

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Rozpoznawanie i leczenie raków krtani.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(Rzecz przeznaczona na niedoszły w r. b. zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie).

WSTĘP.

W roku 1896 w Przeglądzie Chirurgicznym ¹⁾ ogłosiłem obszerną, nagrodzoną na konkursie międzynarodowym we Francji, monografię o nowotworach złośliwych krtani (raki, mięsaki)—ich rozpoznawaniu, oraz leczeniu.

W 2 lata później z okazji niedoszęłego—niestety! zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu wypowiedziałem kilka uwag w kwestyi, operacyjnego leczenia raków krtani ²⁾ Jeżeli obecnie po raz trzeci zabieram głos w tej kwestyi, to czynię to przede wszystkim dla tego, że sprawa ta staje się obecnie znowu aktualną wobec podejrzenia rakowatej natury cierpienia krtani u obecnego cesarza niemieckiego Wilhelma II-go.

Dowodem tej aktualności, tego żywszego zainteresowania się kwestyą raków w ogóle, a leczenia operacyjnego raków

¹⁾ Oraz oddzielnie po niemiecku. Wiesbaden 1897.

²⁾ Nowiny Lekarskie 1898 Nr. 1, oraz Monatschr. f. Ohrenheilk. 1899, Nr. 9.

w szczególności jest poniekąd też wzmożony ruch, jaki w ostatnich czasach znowu daje się zauważyć w piśmiennictwie, oraz na zjazdach lekarskich. Że wspomnę tu tylko poświęcenie tegorocznego kwietniowego zeszytu Nowin Lekarskich w ogóle sprawie rakowatej, jakoteż świeżą ankietę Dr. Serkowskiego i Majbauma z Łodzi w sprawie zaraźliwości raków, dalej postawienie kwestyi chirurgicznego leczenia raków krtani na porządku dziennym w roku zeszłym w Towarzystwie lekarskiem Brytyjskiem (sekcya laryngologiczna ¹⁾), odnośny komunikat Sota y Lastra'y na zeszłorocznym zjeździe międzynarodowym w Madrycie ²⁾), wreszcie odczyt jednego z najpierwszych obecnie znawców laryngo-chirurgii prof. Gluck'a z Berlina, wypowiedziany w r. z. w Heidelbergu na posiedzeniu połud. niem. laryng. o obecnym stanie chirurgii krtani ³⁾).

Jest jeszcze inny wzgląd, który mnie zniewala do wygłoszenia odczytu w tej kwestyi w tym mianowicie roku, gdyż jest on poniekąd jubileuszowy: w roku bowiem bieżącym ubiega 25 lat od chwili wykonania po raz pierwszy przez słynnego chirurga wiedeńskiego Billroth'a rezekcyi połowicznej krtani, oraz 30 lat od wycięcia przez tegoż autora po raz pierwszy całej krtani z powodu raka tego narządu.

Przytem w roku bieżącym laryngologia święci wielki jubileusz — złote gody wiekopomnego odkrycia laryngoskopu, w roku bowiem 1854 dokonaniem były pierwsze w tym kierunku próby przez słynnego tenora Manuel'a Garcia, który nawiasem mówiąc obchodzi w tych czasach w Londynie 100 letnią rocznicę swoich urodzin. Odkrycie to, jak wiadomo, stanowi nową erę w laryngologii, a specyalnie w leczeniu ra-

¹⁾ Moure „the surgical treatment of Cancer of the larynx,” four. of. Laryng, 1903 Nr. 12.

²⁾ „Ist der chirurgische Eingrif in allen Fällen von Larynxcarcinom und in allen seinen Stadien vom medicinischen und socialen Standpuncte aus gerechtfertigt.“ Int. Centr. f. Laryng. 1893 — p. 382.

³⁾ Monat, f. Ohrenheilk, 1904 Nr. 3 i 4.

ków krtani, umożliwiając wczesne rozpoznawanie, a co zatem idzie i skuteczne leczenie tego cierpienia. Dzięki odkryciu laryngoskopu stały się dopiero możliwymi zabiegi wewnątrz-krtaniowe, już bowiem w 10 lat później (1864 r.) amerykański laryngolog Elsberg dokonał po raz pierwszy wycięcia raka krtani na tej drodze (endolaryngealnie).

Sądzę więc w obec powyższego, że obecnie najodpowiedniejszym jest czas dla krytycznego ponownego zestawienia danych, dotyczących rozpoznawania, oraz leczenia raków krtani, a to w celu ostatecznego wytworzenia sobie istotnego pojęcia o obecnym stanie naszej wiedzy o operacyjnym leczeniu tego cierpienia.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości i z tem zgadzają się jednomyślnie wszyscy wybitniejsi laryngologowie (Semon etc.), jakoteż i chirurdzy (Gluck), że wynik operacyjnego leczenia raków krtani, gdyż tylko o takim, jako jedynie racjonalnem w tem cierpieniu, mowa tu być może, w pierwszej linii i przede wszystkim zależnym jest od wczesnej interwencji chirurgicznej, to zaś ostatecznie znowu możliwem jest jedynie dzięki wczesnemu rozpoznaniu tego cierpienia.

Czy jednak wczesne rozpoznanie raka krtani jest przy obecnym stanie naszej wiedzy możliwem?

Co do tego nie może być dwóch zdań, jak się o tem zresztą zaraz przekonamy.

W tym celu rozpatrzmy krytycznie wszystkie dane, które nam ostatecznie umożliwią rozpoznanie tego cierpienia częstokroć w najpierwszych jego okresach.

Już same *wywiady* (anamnesis), oceniane krytycznie, mogą nas do pewnego stopnia naprowadzić na podejrzenie raka krtani. Przede wszystkim niewątpliwie ważną w tem cierpieniu rolę odgrywa *dziedziczność*, jak tego dowodzą przypadki Schmid'ta, Baratoux'a, Lublińskiego i in.

Przytem w bliższej, lub dalszej rodzinie bywał notowany rak bądź w innych narządach (żołądek, macica i t. p.), bądź

również w krtani, a nawet absolutnie w identycznym miejscu np. na jednej i tej samej strunie głosowej — w jednym i tym samym odcinku.

Ważnym również momentem, usposabiającym do cierpienia rakowatego krtani, jest niewątpliwie przebyty *syphilis*, o czym również wywiady nas pouczają.

W większości moich przypadków istniał ten moment etyologiczny podobnie jak i *nadużycia w napojach wysokowych i paleniu*. Te ostatnie, drogą stałego drażnienia wywołując stany nieżytowe przewlekłe górnych dróg oddechowych wzgl. krtani, stanowią niewątpliwie moment usposabiający dla cierpienia rakowatego krtani, naturalnie przy istniejącem usposobieniu wrodzonym (dziedziczność).

Do tejże kategorii przyczyn, usposabiających do pewnego stopnia do tego cierpienia należy też cały szereg szkodliwości t. zw. zawodowych, przy których drogą ustawicznego drażnienia strun głosowych powstają również nieżyty przewlekłe. Zajęcia te, połączone bądź z nadużyciem głosu (nówczy), bądź z oddechaniem szkodliwych pyłów (pracownicy pewnych fabryk), jak wiadomo, w ogóle usposabiają do spraw konstytucjonalnych przewlekłych, w pierwszej zaś linii gruźlicy.

Dalej *wiek* też ma pewne znaczenie w różniczkowej dyagnozie między rakiem krtani, a nowotworami łagodnymi, oraz gruźlicą i syfilisem. Podczas gdy te ostatnie sprawy chorobowe występują w większości przypadków w wieku młodszym, o tyle znowu rak krtani wyjątkowo tylko zdarza się poniżej lat 35—40; im wiek późniejszy, tem większe prawdopodobieństwo rakowatego cierpienia krtani.

Natomiast płeć ma już mniejsze znaczenie rozpoznawcze przy raku krtani, jakkolwiek nie ulega wątpliwości (przynajmniej w moich przypadkach różnica ta była wyraźna), że mężczyźni o wiele częściej zapadają na to cierpienie, co niewątpliwie zależnem jest od zajęć profesjonalnych z jednej strony, a więc od związanych z temi zajęciami szkodliwościami

dla aparatu fonacyjnego, oraz z drugiej strony od wszelkiego rodzaju nadużyć (in Baccho, Venere et tabaco), jakim mężczyźni niewątpliwie częściej podlegają.

Z objawów, na jakie się chorzy z rakowatym cierpieniem krtani uskarżają, na zaznaczenie przedewszystkiem zasługuje: *chrypka*, która istnieje już od najpierwszych okresów tego cierpienia (naturalnie mowa tu o najczęstszej postaci raka krtani, mianowicie umiejscowionego na strunach głosowych, w przeciwnym bowiem razie objawu tego może nie być wcale).

Jakkolwiek objaw ten bynajmniej nie jest znamieny dla raka krtani, gdyż może występować przy najróżnorodniejszych sprawach chorobowych, umiejscowionych na strunach głosowych, a więc gruźlicy, syfilisie, pachydermii, guzach łagodnych, wreszcie zwykłym nieżytkowym zapaleniu krtani, to jednak na zaznaczenie zasługuje fakt, mający pewne znaczenie zwłaszcza w rozpoznaniu różniczkowym tego cierpienia od łagodnych guzów krtani, mianowicie uporczywość, oraz stosunkowo znaczniejsze natężenie chrypki przy raku krtani, co się tłumaczy jednoczesnym zajęciem (nacieczeniem) warstw głębszych resp. podłoża (Semon). Przyczem i długość trwania chrypki ma tu również pewne znaczenie, gdyż jak to już wspomniałem powyżej, częste i długotrwałe drażnienia aparatu fonacyjnego, warunkujące stań nieżytkowy przewlekły strun głosowych mogą też usposabiać do spraw rakowatych (Fauvel, Newman, Schmidt).

Nie należy zapominać, że w wielu razach przebieg raków krtani bywa bardzo powolny np. w przyp. Lannois'a, jakoteż Donaldson'a po 8 lat, w jednym z moich przypadków około 5 lat.

Oprócz chrypki ma również pewne znaczenie rozpoznawcze *powolna i stale się zwiëkszejaca duszność*, zależna od mniej lub więcej upośledzonej ruchomości zajętej sprawą chorobową struny głosowej jednej, a zwłaszcza obu wskutek nacieczenia w okolicy chrząstek nalewkowych resp. w bliskości

stawów obrączko-nalewkowych. Do objawu tego, mającego duże znaczenie rozpoznawcze—znamienne do pewnego stopnia dla raka krtani, powrócę jeszcze raz.

Istniejący zazwyczaj przy zajęciu strun głosowych sprawą rakowatą *kaszel* oraz *wydzielina* w początkowych zwłaszcza okresach tego cierpienia jakiegoś większego znaczenia niema, nie przedstawiając zazwyczaj nic charakterystycznego.

Natomiast *ból w krtani*, oraz *bolesne, utrudnione łykanie* (dysphagia), jakkolwiek również nie znamienne dla raków krtani, do pewnego jednak stopnia mają znaczenie w różniczkowym rozpoznaniu tego cierpienia od innych spraw przewlekłych, pokrewnych, jak gruźlica i syfilis.

Przedewszystkiem ból ten, istniejący zwłaszcza przy zajęciu tylnej ścianki, lub nagłośni, stale prawie promieniuje do ucha po stronie zajętej. Objaw ten, zależny od przeniesienia podrażnienia gałązek czuciowych n. laryngei sup. na ramus auricularis n. vagi, Ziemsén uważa za znamienny dla raka krtani.

Na pogląd ten jednak tylko z wielkiem zastrzeżeniem zgodzić się można, gdyż istnieje on i przy innych sprawach chorobowych, zarówno ostrych (ropień około—migdałkowy), jak i przewlekłych (gruźlica krtani), a więc znamiennym dla raków krtani być nie może. Co się tyczy natomiast utrudnionego łykania, to jak mnie moje doświadczenie poucza, dotyczy ono przedewszystkiem przy raku krtani stałych pokarmów, a więc przeciwnie, jak w gruźlicy, gdzie chorzy z naciskiem podkreślają fakt, że najtrudniej, najboleśniej im jest łykać płyny (mleko i t. p.), co wywołuje stale kaszel, oraz często wylewanie się płynu przez nos.

Przyczem sam akt polykania jest bardziej utrudniony (rodzaj zawady «knebla» w krtani, jak się obrazowo jeden z moich chorych wyrażał), aniżeli bolesny, a więc znowu przeciwnie, jak w gruźlicy krtani. Szczególnie znamieniem to jest w w zajęciu rakowatym nagłośni.

Z innych objawów: *euchmienię z ust* (foetor ex ore), *krwa-*

wienie¹⁾, zajęcie gruczołów szyjowych, wreszcie nędzny stan ogólny (cera «ziemista» w ogóle t. zw. cachexia carcinomatosa), jako występujące zazwyczaj w późnych okresach raka krtani, okresach rozpadowych i jako takie znamienne wówczas do pewnego stopnia, nie mogą natomiast mieć ważniejszego znaczenia dla wczesnego rozpoznawania tego cierpienia.

Jakkolwiek należy mieć na uwadze, że niektóre z tych objawów, zwłaszcza zaś zajęcie gruczołów chłonnych na szyi, mogą występować i we wczesnych okresach raków krtani (Schwartz, Le Dentu) i dla tego to z objawem powyższym przy rozpoznawaniu tego cierpienia bądź co bądź liczyć się należy.

Gruczoły te zwykle (zwłaszcza podszczękowe) są w raku krtani obrzmiałe, oraz bolesne, w czym różnią się od powiększonych również, lecz nie bolesnych gruczołów w syfili-stycznym zajęciu krtani.

Wogóle winieniem zaznaczyć, że wszystkie wyżej wymienione objawy, jakkolwiek oddzielnie nieznamienne dla raka krtani, w połączeniu jednakże mogą mieć pewne wstępne, że się tak wyrażę, znaczenie w rozpoznawaniu tego cierpienia — mianowicie mogą one nas naprowadzić na myśl prawdopodobieństwa rakowatego charakteru danego cierpienia krtani.

Prawdopodobieństwo to zamieni się następnie na pewność, dzięki z kardynalnym metodom badania obiektywnego: laryngoskopii oraz drobnowidzowego próbnego.

Zacniemy od pierwszego, niesłusznie w ostatnich czasach systematycznie usuwanego na drugi plan na korzyść badań drobnowidzowych wyciętych cząstek guza, jak na to mianowicie słusznie w ostatnich czasach zwraca uwagę John Mackenzie. Jak już wspomniałem na wstępie, odkrycie przed 50-ciu laty laryngoskopu stanowi nową erę w leczeniu radykalnem raków krtani, umożliwiając wczesne rozpoznawanie

1) To ostatnie szczególnie ma miejsce przy jednoczesnym zajęciu migdałka językowego, jak to miało miejsce w jednym z moich ostatnich przypadków — porównaj Nowiny Lekarskie 1904 Nr. 4.

tego cierpienia. I rzeczywiście śmiało rzec można, że w większości przypadków bez uciekania się nawet do «summum criterium,» jakim ma być według niektórych autorów badanie drobnowidzowe wyciętych cząstek guza, a co do czego jeszcze raz powrócimy, li tylko na podstawie obrazu krtaniowego jesteśmy w stanie z absolutną prawie pewnością rozpoznać rak w krtani w najwcześniejszych jego okresach.

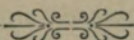
Opieramy się przytem przedewszystkiem: 1) na umiejscowieniu sprawy chorobowej: *jednostronne* zajęcie krtani, zwłaszcza *jednej struny głosowej*, w najbardziej początkowych okresach raka krtani, jest już do pewnego stopnia znamieniem dla tego cierpienia, zwłaszcza jeżeli to jest połączone.

2) *Z rozlanym, nierównym charakterem* danego cierpienia (guzowate nacieczenie tkanki otaczającej resp. podłoża), oraz co zwykle idzie w parze.

3) *Z mniej lub więcej wyraźnemi zaburzeniami w ruchomości zajętej struny głosowej*, na co jeden z pierwszych zwrócił uwagę Semon, uważając objaw ten za wysoce charakterystyczny dla wczesnych postaci raków krtani, a co następnie potwierdzili wszyscy wybitniejsi laryngologowie, a z czem i ja również na podstawie własnego doświadczenia zgadzam się najzupełniej.

Zapewne można by tu zrobić zaraz zarzut, że powyżej opisany obraz krtaniowy, a więc rozlane guzowate nacieczenie jednej struny głosowej z mniej lub więcej upośledzoną ruchomością tej ostatniej, aczkolwiek wysoce znamienny dla rakowatego cierpienia krtani, spotykać się czasami daje i w innych cierpieniach przewlekłych natury poważniejszej, a więc przedewszystkiem w syfilisie i gruźlicy, w tych razach jednakże możemy się uciec do innych metod, które nam ostatecznie ułatwią właściwe rozpoznanie: a więc przedewszystkiem zastosowanie t. zw. metody «*ex juvantibus et nocentibus*» t. j. swiostego leczenia próbnego (jodek potasu i rtęć) w razie podejrzenia syfilitycznego pochodzenia danego cierpienia. Nie należy jednak zapominać, że jodek potasu, zwłaszcza w dużych dawkach

może w początkach wywoływać też pewną poprawę w raku krtań, na co już dawno zwrócił uwagę B. Fraekel, a co i ja niejednokrotnie w mojej praktyce stwierdzić mogłem. Zwykle jednakże po takim chwilowem polepszeniu następuje wyraźne pogorszenie, co i ostatecznie zniewała nas do zaprzestania dalszych prób w tym kierunku. (C. d. n.)



DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

337. Dr. med. A. Kaiser (Drezno). **Nowy sposób dogodny nakładania opatrunków spirytusowych.** (Therapeut. Monatshefte. H. 5. Mai. 1904). Pożytek, wynikający z opatrunków wysokiem, jest dziś rzeczą, stwierdzoną napewno. Z uwagi, że sprawę zakaźną zwalczać należy przedewszystkiem energicznym pobudzeniem krwiobiegu miejscowego, opatrunkom, w mowie będącym, przypisać wypadnie wpływ nader dodatni, wyskok bowiem, drażniąc chemicznie, rozszerza naczynia bezpośrednio, a działanie to szerzy się nawet na nerwy naczynioruchowe, nie przykrytych okładem okolic sąsiednich. Dzięki wybitnej tego rodzaju rozstrzeni naczyń wzmagają się znacznie skuteczność wszelakich zysków, dających się z krwi wyciągnąć, a więc w pierwszym szeregu własności jej wysysające, oraz bakteryobójcze; dalej, wyskok działa tu również jako środek przeciwwzakaźny, gdyż zamieniony w parę pod wpływem ciepłoty ciała nasyca, po przedostaniu się pod skórę, tkanki i czyni z nich podłoże, do rozwoju drobnoustrojów bardzo niedogodne, a upośledzone w swej sile życiowej zarodki łatwo padają ofiarą samoobrony, jaką ustrój rozwija.

Głównem więc dla omawianych opatrunków polem popisu staje się chirurgia. Do nader licznych wskazań zalecają też słusznie przypadki rozpoczynających się spraw takich, jak zanogcica, zastrzał, ropówka, zapalenie naczyń chłonnych, czyrak, wąglik, ropień, zajęcie szpiku kostnego, sprawy zapalne w gruczołach i sutce i t. p. Działanie wyskoku dodatnie sprowadza się do 1) ukojenia bólów miejscowo, 2) zatrzymania rozwoju sprawy zakaźnej wraz z następczem obniżeniem się ciepłoty i wybitną staną ogólnego poprawą, do 3) skró-

cenia, wreszcie, choroby i okresu leczenia. Niezależnie od cierpień, wyszczególnionych powyżej, dobroczynne działanie okładów z wysokoku zarysowuje się wyraźnie w obec oparzeń; w przypadkach natury łżejszej nie tworzą się nawet pęcherze, a owrzodzenia strup powleka daleko wcześniej, niż po zastosowaniu środków innych. Nadto—w przypadkach dymienicy ropienie, pod wpływem spirytusu, przebiega prędzej, a szybsze załatwienie sprawy zauważa się również w cierpieniach gruczliczych (spina ventosa, fungus articulationis), zapaleniu żył, wobec róży, ropnego zapalenia gardzieli, dny, podostrych i przewlekłych gośćców stawowych. Nawet nowotwory złośliwe, raki np. ulegają w stopniu niejakim lekowi, będącemu w mowie: guz staje się bardziej odgraniczonym, a związane z nim srogie bóle łagodnieją znacznie.

Ze względu na tak poważne owej metody leczniczej zalety dziwić się tylko należy, iż ta ostatnia nie jest do dziś jeszcze tak rozpowszechnioną, jak zasługuje na to, tem więcej, że trwalszych jakichś ujemnych zmian w skórze wysokok nie wywołuje bynajmniej. Przyczyną małej popularności zabiegu szukać wypadnie przedewszystkiem w arcyzmudnej i kłopotliwej technice opatrunkowej, wiążącej się z koniecznością nasycaenia wyskokiem wielkich przestrzeni ciała, zwilżania środkiem tym co godzin kilka opasek i t. p. Dla zaradzenia złemu autor wprowadził w użycie t. z. opaski z duralkolu (duralcol-Binden); są to bandaże, szerokie na 6 ctm., nasycone 94% alkoholem, któremu, na skutek związania z mydłem obojętnem, nadaje się spoistość stałą. Opaski takie, przechowywane w pudełkach blaszanych, przez rok cały zatrzymują wilgoć, są świeże i zdadne do użycia; dr. K. wypróbował je w 93 spostrzeżeniach i wynikami nie może się nachwalić zadość. Z licznych, przytoczonych w pracy, przypadków wybieramy jeden: osobnik, z wąglikiem na karku, miał sięgające od wyniosłości potylicy zewnętrznej aż do VI-go kręgu szyjowego nacieki i narzekał na bóle niesłychane. Po zastosowaniu dokoła szyi okładu duralkolowego ulga wystąpiła prawie natychmiast; wąglik przecięto—operowany wyzdrowiał z upływem dni pięciu. Zdumiewająco skutecznym okład taki był w niektórych zastarzałych przypadkach zapalenia sutki, gdzie nacieki i obrzęk gruczołów pod pachą ulegały wessaniu po dwukrotnej niemal zmianie opatrunku.

Samo nakładanie kompresów odbywa się w sposób bar-

dzo prosty. Po obmyciu i oczyszczeniu skóry benzyną nakłada się wyjętą z blaszanki szeroką, jak dłoń, opaskę w 3 — 4 warstwy. Po nad tą ostatnią kładziemy cienką warstwę waty i pokrywamy z wierzchu nieprzepuszczającym papierem nawoskowanym. Cały ten opatrunek okręcić wypadnie raz jeszcze bandażem z gazy. Dla zabezpieczenia skóry dokoła przed wpływem drażniącym pary wysokości używa się namaszczeń wazeliną lub lanoliną. Po upływie 24 godzin opatrunek, lubo zachowujący wilgoć, należy zmienić.

K. Niedzielski.

338. Dr. F. Lejars. **Rozpoznawanie i leczenie sprawy chorobowej, zależnej od zrostów otrzewnowych.** (La semaine médicale. Nr. 12. 1904). O ile zrosty otrzewnowe ograniczają wpływ swój na stawieniu tamy dalszym sprawy zapalnej postępowi, prowadząc do otarbiań się ognisk chorobowych, uważać wytwory owe należy za czynnik dodatni, za rodzaj samoobrony ustroju, za przejaw terapii naturalnej. W większości jednak razy zrosty te stają się punktem wyjścia różnych natury zagadkowej bólów i kolek brzusznych, a poprawa, osiągnana nieraz po laparotomii próbnej w nieoperacyjnych przypadkach nowotworu złośliwego, często zaliczona być winna na karb rozwikłania niektórych zlepień przy najmniej. Obok występujących z rzadka wrodzonych pasem nieprawidłowych, te ostatnie są najczęściej pozostałością po urazie dawnym lub wygasłym ognisku zapalnym; obrażenia pierwotne minęły niby bez śladu, pacjent o wypadku zapominał, podczas badania nie widzi się nic i nic nie wyczuwa. Lekarz więc staje wobec arcyskomplikowanego obrazu klinicznego, którego rozpoznanie i, co idzie zatem, leczenie staje się niesłychanie trudnem.

Autor rozróżnia trzy rodzaje objawów, których źródła szukać wypadnie w istnieniu zrostów otrzewny, a mianowicie: 1) objawy, sprowadzające się do bólów głównie, 2) objawy niedrożności kiszki i 3) symulujące typowe jakieś cierpienie brzucha.

Ad 1. Rzecz zrozumie się najlepiej po uwzględnieniu szczegółów pierwszego lepszego z odnośnych przypadków. Spostrzeżenie d-ra L. dotyczy pewnego 35 l. mężczyzny, który spadł z 12-metrowej wysokości i uderzył się w okolice nadbrzusza. Po upływie kilku miesięcy chory zaczął odczu-

wać palenie, przepelnienie i bóle po jedzeniu; po jakimś czasie wystąpiły krwotoki z żołądka. Badanie, prócz lekkiej nadkwaśności soku żołądkowego, nie wykryło zmian żadnych. Dokonana z upływem 4-letniej przerwy prawie od chwili urazu, laparotomia przekonała, że żołądek był zupełnie zdrowym, cały jednak szereg błon włóknistych oplatał okolice odźwiernika i w części dwunastnicę. Zrosty wycięto. Operowany wyzdrowiał najzupełniej.

Jednobrzmiące niemal przypadki opisali Credé, Riedel, Fürbringer i Noack, a ze spostrzeżeń tych wynika, iż faktem jest związek między lekkim nawet z pozoru urazem i seryą następczych objawów niepokojących, pozbawionych dostępnego dla dyagnozy podłoża. Trudniej jeszcze układają się stosunki, gdy brak w wywiadach owego czynnika (urazu), któryby mógł od biedy naprowadzić na domysł o powstaniu zlepów. W sprawie tej pouczającym jest bardzo przypadek Permana'a, który leczył 21-letniego mężczyznę, chorego od lat 13 na kolkę brzuszną, stale po jedzeniu i wysiłkach fizycznych w okolicy pępka umiejscawiającą się. Napady kolki, kończącej się nagle obfitem oddawaniem wiatrów, trwały zazwyczaj od 12 do 14 godzin; stan pacyenta ogólny pogarszał się coraz widoczniej. Zmian przedmiotowych nie wykryto zupełnie. W przebiegu laparotomii znaleziono włóknisty postronek zaokrąglony, długi jak obsadka od pióra i stanowiący poniekąd część dalszą więzu okrągłego (lig. teres); pasmo to, rozpoczynające się od pępka, biegło w kierunku ku dolnej części kątnicy esowatej, gdzie kończyło się wachlarzowato. Po usunięciu zrostów otrzymano wyzdrowienie zdumiewająco szybkie.

Zależnie od umiejscowienia bólu w przytoczonej kategorii spostrzeżeń wyosobnić tu można jeszcze odmianę żołądkową, kiszkową i miedniczą. Bólów tych nie należy uważać za przejaw nerwic lub neurastenii. Chorzy tacy dostają, wprawdzie, nieraz t. zw. osłabienia nerwowego, będzie to jednak tylko cierpieniem wtórnem.

Ból stały, powtarzający się zawsze w okolicy tej samej, wzmożony podczas wyprostowywania tułowia lub pochylenia na bok, jest wskazówką, dającą wiele do myślenia. Objawy ze strony miednicy warunkują się zwykle istnieniem pozostałości jakiejś po zapomnianej dawno sprawie zapalnej (pelvi-peritonitis), po zastarzałych w wyrostku robaczkowym zmia-

nach, dalej—obecnością zrostów dokoła przydatków, gdy jednocześnie jajnik lub macica mogą być całkiem zdrowe, wolne od śladów nawet zakażenia pierwotnego. Gersuny zauważał u kobiet takich bóle podczas miesiączkowania, spółkowania lub badań, uporczywe zaparcia, point douloureux Mc Burney'a po stronach obu w miejscach jednostajnych i t. p., a wynik zadowolniający osiągał wtedy dopiero, gdy wszystkie kłęby zrostów zostały przeszukane starannie i pousuwane dokładnie.

Ad 2. Objawy niedrożności w związku z istnieniem zlepek są rzeczą częstą (30⁰/₀) i czynią wczesne wykonanie operacji niezbędnym. W mechanizmie powstawania sprawy oraz w odmianach obrazu klinicznego zauważamy różnorodność wybitną. Obok niedrożności ostrej (ileus), wyosobnić musimy bardzo znaczną ilość przypadków cięższych jeszcze, mniej wyrazistych, przebiegających wolniej, wywołanych przez wytworzenie się licznych, a rozległych zmarszczek otrzewny i zlepek. W spostrzeżeniu, opisanem przez Hallégo, nie znaleziono podczas laparotomii przeszkody w jelitach żadnej; chora umarła. Dopiero na oględzinach pośmiertnych wykryto w odległości metra od zastawki biodrokrętniczej pętlę кишки cienkiej, która, zgięta pod kątem ostrym, przyrosła do miednicy.

Ad 3. Z szeregu postaci, naśladowujących choroby typowe, wymienić należy przede wszystkim a) zrosty okołozłazkowe, które mogą stworzyć obraz kliniczny, właściwy dla wrzodu okrągłego lub raka. Narząd skleja się ze ścianą brzucha, bądź ze zrazem wątroby, tworząc «rzekomą guzowatość nadbrzusza.» Niekiedy na powstawanie guza takiego składa się, prócz powłok brzucha, sieć, okrężnica poprzeczna, wątroba lub pęcherz moczowy, wzajemnie zrastające się w następstwie zaciągniętego przez bliznę jakiegoś owrzodzenia starego. Osobnik źle trawi i marnieje, a lekarz postawić może dyagnozę raka tam, gdzie chodzi tylko właściwie o bliznowate zwięzienie odźwiernika.

Dalej wyróżnia się b) odmiany, symulujące kamice żółciową. Chora Paton'a, kobieta 51 letnia, mieszała od lat kilku napady bólów w okolicy nadbrzusza, wymioty i nader wybitną od roku żółtaczkę z odbarwieniem stolca. Po postawieniu rozpoznania (cholelithiasis) wykonano laparotomię, w przebiegu której odnaleziono zwój zrostów, zlepiających wzaje-

mnie pęcherzyk, żołądek i dwunastnicę. Pracownicy dokonane rozplątanie pasem rzekomych przekonało, że drogi żółciowe są wolne, drożne i wcale nie zawierają złożeń. Operowana wyzdrowiała zupełnie. Przypadki tego rodzaju opisywali również Lejars, Sudeck i Kehr.

Nie należy mniemać, że twarde ów pęk zrostów otrzewnowych tworzy w każdym wypadku zbitą bryłę włóknistą, która, posiadając granice wyraźne, daje się, niby nowotwór, wyciąć dowolnie. Myśleć tak mógłby chirurg o małej eksperyencji tylko. W ogromnej większości razy chodzi tu o pozlepiane, zaciśnięte, powiązane przez bryty, pętle kiszki, które tworzą seryę całą nierówności napiętych. W zatoce Douglasa wyczuwa się nieraz obecność zaokrąglonej, twardej masy nieruchomej, którą przyjąć łatwo za jakiś włókniak przyrośnięty lub guz jajnika, a jest to poprostu kłęb starych złożeń zapalnych otrzewny miedniczej, mieszczący w sobie rzeczy różne, bo znajdziesz tam i sieć, i adneksy, i kiszki. Również błędnym stałby się pogląd taki, iż zrosty da się usunąć zawsze za pomocą rozplątania. U wielu chorych zwolna, stopniowo i ostrożnie chirurg wycinać musi ową bryłę włóknistą, lub bliznowate paciorki. Tam, gdzie resekowanie zrostów jest niemożliwe, wykonywa się operacje wytwórcze, więc: pyloroplastykę, gastroenterostomię, cholecystenterostomię lub enteroanastomozę.

K. Niedzielski.

339. Mayo Robson. **Patologia i leczenie chirurgiczne niektórych chorób trzustki.** (Lancet 19 i 26 marca r. 1904). Autor kładzie ogromny nacisk na odczyny moczowe, które wprowadził Cammidge (patrz Lancet z 19 marca 1904 r.). Nieraz udało mu się za pomocą tych odczynów rozpoznać złośliwe zachorowanie trzustki i odradzić operację. Autor jest tego zdania, że za pomocą tych odczynów przy staranności nie trudno większą część zachorowań trzustki rozpoznać zawczasu, aby móżdż przystąpić do operacji. Ma to ogromne znaczenie do rozpoznania tak często nie skonstatowanego ostrego zapalenia trzustki (obstrukcja kiszki); udało mu się rozpoznać 6 takich przypadków, dwoje chorych nie zgodziło się na operację i umarło po upływie 3 i 8 dni od początku choroby; resztę przypadków 4 zoperowano i dwoje z chorych wyzdrowiało. Z ostrym zapaleniem trzustki ma się do czynienia, gdy przedtem zupełnie zdrowy człowiek (czasami by-

wały przedtem napady dyspepsy) nagle dostaje silnych bólów w epigastrium; przytem są wymioty i kollaps i po upływie 24 godzin przy niewielkiej gorączce pojawia się ograniczone wzdęcie w epigastrium. W takich przypadkach radzi autor zrobić po linii środkowej ewentualnie pod kokainą małe nacięcie; gdy znajdujemy zmartwienie tkanki tłuszczowej i nabrzmienie trzustki, to zwykle lepiej zaszyć ten otwór i zrobić drugie nacięcie u lewego kąta żebrokręgowego, aby ztamtąd dostać się do trzustki i wydrenować. Czasami trzeba obrać drogę przez otrzewną. Obok ostrych, szybko przebiegających i kończących się zwykle śmiercią, rodzajów zapalenia trzustki spotyka się też i podostre rodzaje, które przebiegają wolniej. Wytwarza się ropień, który czasami pojawia się na powierzchni i sam się otwiera, czasami otwiera się do jelit, albo do płuc i wypływa się, albo odchodzi ze stolcem. Taki przypadek bardzo rzadko wygaja się bez operacyi. Autor obserwował 8 przypadków ropnia trzustki, jeden się wygoił przez perforacyę do kiszki, 6 razy przystąpiono do operacyi i 5 z chorych wyzdrowiało, jeden zmarł po upływie kilku tygodni. W jednym przypadku ropa dostała się do żołądka i wywołała ciężkie ostre zapalenie, usunięte za pomocą gastroenterostomii. Jeżeli możebne, należy usunąć przyczynę ropienia (kamień żółciowy albo trzustkowy), przytem należy, o ile to możebne, i w takich przypadkach operować od strony pleców. Dalej autor opisuje przewlekłe zapalenie trzustki. 27 razy operował on śródmiąższowe zapalenie trzustki (19 choledochotomii, 5 cholecystotomii, 3 cholecystenterostomii). W 24 przypadkach zapalenie trzustki wywierało ucisk na ductus choledochus (kamieni żółciowych nie znaleziono podczas operacyi, chociaż w niektórych przypadkach te przedtem napewno się znajdowały); w 12 przypadkach zrobiono zwyczajną cholecystotomię, w 9 cholecystenterostomię, w 3 usunięto zrosty. Z tych 24 przypadków tylko dwoje chorych zmarło, reszta wszyscy wyzdrowieli. Takim sposobem z 51 przypadków przewlekłego zapalenia trzustki zmarło tylko 2, tak że operacyę można gorąco polecać.

W. Biehler.

340. Eckehorn. **Anatomiczna postać skręcenia i zamknięcia jelit przy ruchomej ślepej kiszce i okrężnicy wstępującej.** (Archiv für klinische Chirurgie, 72 Bd., 3 Heft, 1904). Nienormalną ruchomość kiszki ślepej i okrę-

znicy wstępującej należy w większej części przypadków uważać za wstrzymanie w rozwoju, jako pozostanie w warunkach płodowych. W niewielu przypadkach cała okrężnica wstępująca jest zupełnie ruchoma, wtedy zwykle bywa ruchomą też i prawa część okrężnicy poprzecznej. Zwykle bywa przyrośnięte zgięcie wątrobiane, tylko poniżej takowego przyrost okrężnicy wstępującej do ściany brzusznej tylnej się kończy, tak że cała dolna część okrężnicy wstępującej od tego miejsca, razem z nią i ślepa kiszka, są zupełnie ruchome. W wielu przypadkach jednocześnie znajduje się i nienormalność w dwunastnicy, w której wtedy brakuje dolnej części poziomu, a część zstępująca przechodzi w jelito czcze bez granicy.

Autor spróbował dać podział różnych postaci skręcenia kiszki ślepej i przyszedł do następujących wniosków. Pierwszą grupę stanowi kilka przypadków skomplikowanych i trudnych do wytłomaczenia, w których skręt przyjął charakter odsunięcia ku tyłowi okrężnicy. Do drugiej grupy zalicza autor te przypadki, w których cała okrężnica wstępująca aż do okrężnicy poprzecznej jest zupełnie ruchoma. W tych przypadkach skręcenie powstaje różnymi sposobami: a) ruchoma ślepa kiszka i okrężnica wstępująca okręciła raz lub kilkakrotnie kreski kiszki cienkiej; b) okrężnica okręciła się naokoło swej osi pionowej, nie będąc przytem ani zboczoną, nie wciągając też do udziału kiszki cienkiej; c) cała okrężnica i wszystkie (bardzo rzadko tylna część) cienkie kiszki jako jedna całość okręciły się naokoło kreski jako wspólnej osi.

Do trzeciej grupy zalicza autor te przypadki, w których zgięcie wątrobiane i przylegająca część okrężnicy wstępującej są normalnie umocowane, gdy tymczasem dolna część okrężnicy wstępującej i ślepa kiszka są ruchome. I w tej grupie autor odróżnia kilka rodzajów skręcenia: a) ruchoma część jest skręconą i zboczoną — większa część kiszek cienkich nie wciągnięta do udziału (najczęstszy przypadek); b) ruchoma część jest skręconą bez zboczenia kiszki ślepej; c) ruchoma część kiszki ślepej i okrężnicy wstępującej jest skręconą z większą częścią kiszki cienkiej; d) większa część kiszki cienkiej okręciła się naokoło ruchomej kiszki ślepej i okrężnicy wstępującej i zamknęła takowe. Czwarta grupa: trzon kreskowy staje się tem węższym, im większa część kiszki ślepej i okrężnicy wstępującej jest ruchoma, więc może się zdarzyć, że tylko kiszka cienka okręca się naokoło swej osi kreskowej

zupełnie bez udziału kiszki ślepej. Nakoniec, do piątej grupy zalicza autor niektóre przypadki, w których skręcenie zostało wywołane przez obszerne wstrzymanie w rozwoju jelit.

W. Biehler.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

341. Emil Pollak. **Rzeżączka kanalików przycewkowych (parauretralnych, gruczołów Skene'go) u kobiet.** (Centralbl. f. Gynäk. 1904, Nr. 9, str. 290). Chrobak opisał zapalenie ropne gruczołów Skene'go, które się znajdują po obu stronach cewki kobiecej w postaci przewodów długich, wypełnionych ropą na głębokość 2 cm.

Po nim Metzenuer rozważa znaczenie tych gruczołów w sprawie rzeżączki ukrytej, zapewniając, że ukryte w nich gonokoki mają przy sposobności wywołać wtórne zakażenie rzeżączkowe cewki, obostrzenie przycichłej, lub rzekomo wygasłej rzeżączki. W tym samym duchu odzywa się Bumm, który twierdzi, że powyższe twory stają się źródłem wtórnych zakażeń bądź u tej samej osoby, bądź u innych osób.

Falk sądzi, że urethritis externa stanowi u kobiet przyczynę zapalenia przewlekłego cewki. Etesse zaś zwraca uwagę na niebezpieczeństwo, grożące płodowi ze strony zakażenia rzeżączkowego podczas porodu. Wyrzynająca się główka może wycisnąć z tych kanalików ropę, zawierającą gonokoki i zakazić płód. Etesse radzi niszczyć doszczętnie gruczoły Skene'go.

Autor, interesując się pytaniem, jak często ulegają zakażeniu kanaliki przycewkowe, gdy w cewce wykazano obecność gonokoków, zbadał 100 kobiet, u których wykryto gonokoki w wydzielinie cewki. Z przedstawionej tabelki widać, że u kobiet, które się leczyły na inne choroby weneryczne i jednocześnie były dotknięte rzeżączką przewlekłą lub podostrą, u $\frac{1}{4}$ części znaleziono znaczną ilość gonokoków. W 45% wszystkich przypadków w zawartości kanalików przycewkowych wykazano obecność gonokoków.

Z tych 45% sprawa rzeżączkowa 31 razy (= 68,88%) wykrytą została w kanalikach przycewkowych tylko z jednej

strony, a w pozostałych 14 przypadkach ($= 31,11\%$) oba gruczoły przyjmowały udział w sprawie zakaźnej. W kilku (9) przypadkach, pomimo obecności gonokoków w cewce, w gruczołach Skene'go nie znaleziono ich wcale. W jednym przypadku stosunek był odwrotny: pomimo badania subtelnego w wydzielinie cewki nie wykryto ani jednego gonokoka, a w zawartości lewego gruczołu Skene'go otrzymano prawie czyste kultury gonokoków, które się gnieździły pomiędzy komórkami. Przypadek ten i kilka (5) innych usprawiedliwiają poglądy Matzenauer'a i Bumm'a.

Na mocy powyższego autor żąda, aby w przyszłości na równi z wydzieliną cewki badano zawartość kanalików Skene'go. Na dowód przytacza następujący przypadek kazulistyczny: 25 letnia kobieta leczyła się u autora z powodu zastarzałej rzeżączki. Znalazłszy gonokoki w cewce autor przepłukał pęcherz i cewkę 1% roztworem protargolu. Po kilku miesiącach chora znowu była badana, lecz badanie dało wynik ujemny. Stosunki płciowe z mężem odbywały się z wiedzą lekarza, który leczył męża.

W rok potem zachorował mąż, który nie miał żadnych stosunków płciowych poza domem, przy objawach ostrej rzeżączki. Pacjentka zgłosiła się do autora, który tym razem znalazł w cewce moc gonokoków. Nie mogąc sobie zdać sprawy z etyologii obecnego zakażenia, autor, zbadal pod względem bakteryologicznym zawartość obu kanalików przycewkowych i znalazł w prawym liczne gonokoki. Nie ulegało wątpliwości, że tym razem roznośicielami zakażenia były ukryte w gruczołach Skene'go gonokoki. Przypadek ten w zupełności potwierdza poglądy powyższych autorów.

M. Warszawski.

342. D-rka Agnes Blum. **Przypadek kastracyi wskutek ciągłych bólów podczas miesiączki po hysterektomii.** (Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol. w lutym 1904). Autorka opisuje przypadek, w którym robiona była hysterektomia wskutek fibromyosarcoma—pomimo niektórych powikłań chora wyzdrowiała. W 7 dni po operacyi miała krwotok z otworu stolcowego, który wzięto za miesiączkę—ponieważ wypadł w tym okresie, kiedy ją chora miała mieć. W przeciągu 6 miesięcy pacjentka nie miała żadnych przypadłości. Dopiero w 7 miesięcy po operacyi chora zaczęła cierpieć na silną

dysmenorrhoea. Ponieważ jednocześnie znaleziono w bliźnie—węzelki nowotworu—zaproponowano laparotomię z podwójnym celem: wycięcia wtórnych guzów i jajników. Operacja dokonana została w 15 miesięcy po pierwszej—znaleziono, że recydywy nie można było operować, co się tycze jajników, to były one powiększone, znaleziono zaledwie trochę zrostów—zostały one usunięte. Od tej chwili bóle w okresie odpowiadającym miesiączce znikły, pozostały tylko objawy, towarzyszące zwykle sztucznie wywołanemu climacterium (poty, zawroty głowy, bicie serca i t. p.) Objawy te zostały zmniejszone dzięki zażywaniu wyciągu z corpora lutea.

Jak widzimy operacja ta nie przemawia za pozostawianiem jajników. Pani Blühm ogranicza się jednak tem, że odradza pozostawiania jajników w przypadkach hysterektomii wskutek raka, gdyż napływ krwi, który wynika z pozostawienia ich, może tylko przyspieszyć pojawienie się recydywy.

Matylda Biehler.

III. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

343. Dreuw. **O leczeniu psoriasis.** (Münc. med. Wochenschrift, Nr. 20. 1904). W „Monatshefte für praktische Dermatologie“ Tom 36, str. 508, 1903 r. autor podał przepis nowej maści, która okazała się świetną w leczeniu łuszczycy szczególnie w praktyce po wsiach i małych miasteczkach. Lassar wypróbował ją u 300 chorych ze świetnym wynikiem; kładzie on nacisk na prostotę i dogodność tej metody leczenia. To samo potwierdza Unna. Maść zapisuje się następującym sposobem:

Acidi salicyl. 10,0; Chrysarobini. Olei rusci ana 20,0. Sapon. viridi. Vaselini ana 25,0. Używa się tej maści w następujący sposób:

Chore miejsce na skórze rano i wieczór za pomocą pędzelka naciera się w przeciągu 4—6 dni (po nasmarowaniu można po wyschnięciu nasypać amylum albo proszek cynkowy). Na 5 albo na 6 dzień każe się choremu wykąpać w ciepłej wannie i to dwa lub trzy dni po kolei. Po kąpeli chore miejsce należy nasmarować wazeliną. To trwa mniej więcej 8 dni. Tym sposobem powtarza się kurację 2, 3 albo więcej razy, stosownie do ciężkości przypadku, aż do zniknięcia wysypki. Przebieg leczenia następujący: Już na 1 lub 2 dzień po nasmarowaniu można zauważyć, że maść przyle-

ga do zdrowej skóry naokoło wysypki jako czarna gruba skorupka, a do wysypki wcale nie przylega, przeciwnie daje się zauważyć silne luszczzenie się wysypki. Ta maść wskazuje zatem, gdzie znajduje się skóra zdrowa, a gdzie chora. Przez kąpanie usuwa się te skorupki, które przylegają do zdrowej skóry. Zaletą tej maści jest to, że działa ona tylko na miejsce przykładania, a nie jak inne maści chryzarobinowe, które, jak wiadomo, wywołują silne podrażnienie skóry zdrowej. Co się zaś tyczy bielizny, to należy chorym zalecać, aby nosili stare ubranie i bieliznę podczas tej kuracji. Najlepiej poświęcić z bielizny dwie koszule i dwie pary dolnego ubrania, które się co tydzień pierze i nosi na zmianę póki trwa kuracja.

W. B.

344. Kolbassenko. **Okłady z wysokoku.** (Ther. Monatshefte, Nr. 12, 1903.) Autor w przeciągu pięciu lat zebrał ogromny materiał, robiąc, gdzie tylko trzeba było, okłady z wysokoku wedle przepisu Salzwedla. Przekonał on się na tym materiale, że ten okład daje doskonałe wyniki nawet i w tych przypadkach, gdzie się zdawało, że bez noża się nie obejdzie. Pierwszy raz wypróbował on go na sobie. Zakaził on sobie lewą rękę przy porodzie, tak że cała kończyna była pokryta zapalnymi naczyniami chłonnymi, gruczoły pod pachą były spuchnięte, ciepłota trwała przez dłuższy czas do 40° C.—jednym słowem—miał on septycenię. Kładł on na całą kończynę okłady z wysokoku i wyzdrowiał najzupełniej. Kładzie się okład wysokokowy Salzwedla w następujący sposób: Kawał miękiej gazy składa się w 6—8 warstw (można wziąć li tylko dwie warstwy gazy, a między nimi umieścić watę; ten okład rozdrażnia trochę więcej skórę, lecz nie wysycha tak prędko) i macza się w 57—70 do 90—95% wysokoku; do 90—95% wysokoku można dodać Acetum aromaticum 1:20 albo nawet i więcej. Zmaczaną watę kładzie się na chore miejsce; na nią kładzie się ceratę, lub coś podobnego, co nie przepuszcza gazów wysokokowych. Przytem należy pamiętać, aby te ochronne przykrycie było znacznie większe niż gaza, która powinna być zakryta szczelnie ze wszystkich stron, aby wysokok, rozgrzany ciepłem ciała, nie ulatniał się tak prędko. Tutaj należy nadmienić, że autor nie przedziurawia ochronnego przykrycia, jak to poleca Salzwedel. Gdy się chce zmniejszyć działanie wysokoku, to zamiast przedziurawienia, lepiej wziąć wysokok mniejszej koncentracji. Delikatną skórę albo odkryte rany należy przed nałożeniem okładu wysokokowego obsypać kseroformem, albo posmarować maścią; i część kseroformu na 10 części wazeliny i lanoliny, dodając trochę ortoformu.

Czasami wypada stosować takie okłady przez kilka dni, w takim przypadku należy przerywać leczenie, aby skóra odpoczęła od działania wysokoku, smarując ją maścią jakąkolwiek bądź, która by nie drażniła skóry, na przykład maścią kseroformowa, borną i t. d.

Autor się przekonał, że taki opatrunek zmniejsza bóle, które mogą zupełnie zniknąć z tem, aby się znowu pojawić, gdy opatrunek wyschnie. Opatrunek działa nie tylko na powierzchnię skóry, lecz i na głębiej położone części ciała, jakoto: gruczoły, para—i perimetritis i t. d.

Jak długo powinien być stosowany taki opatrunek, trudno powiedzieć, gdyż to zależy od danego przypadku. W większej części przypadków można go zdjąć, gdy ustąpiły zupełnie bóle z zaognionej okolicy ciała. Ustąpienie bólu w większej części przypadków pokazuje, że zakażenie, które wywołało zapalenie, ustąpiło pod wpływem naturalnych obronnych sił organizmu. Dalej, te okłady są w stanie wstrzymać powstanie ropienia i to jest według autora ich najgłówniejsza zaleta, gdy się należy zaraz w początku zapalenia. Oprócz tego już rozpoczęte ropienie, nawet przy późnionem użyciu okładu wysokokowego, znacznie się zmniejsza i umiędzcawia. Przy obszernych flegmonach pod takim okładem znajduje się tylko nieznaczna ilość ropy, czasami niema wcale ropy i zapalenie ogranicza się na zmartwieniu małego kawałka; po opadnięciu zmartwiałej tkanki utrzymuje się zamiast ropy wysięk krwawo-surowiczny.

Używał autor takiego opatrunku przy niezliczonej ilości antraksów i u starych i młodych, nie bacząc na to, gdzie on się znajduje, ze świetnym wynikiem. Bóle ustępowały natychmiast, ropienie i zmartwienie tkanek były nieznaczne i przebieg choroby znacznie się zmniejszał w porównaniu z leczeniem chirurgicznym. Należy tylko pamiętać, aby dobrze ochraniać przylegającą skórę, maścią lub proszkiem.

Dalej autor opisuje dla dokładności kilka przypadków: zapalenia głębokich gruczołów szyi, zapalenia piersi, paraproctitis, pelveoperitonitis, septicaemia i para-perimetritis, phlegmone między palcami, zakażona rana po zmiążdżeniu palca. Oprócz tego autor zauważył, że przy angina phlegmonosa i w początku szkarlatyny takie okłady wysokokowe dodatnio wpływają na przebieg tych chorób. Okład w obydwóch chorobach kładzie się naokoło szyi. Takie anginy prędko przechodzą bez utworzenia się ropnia.

W końcu autor poleca gorąco lekarzom praktykującym na wsi te okłady wysokokowe, które przy zapaleniach powierzchownych

wnych lub głębiej położonych zmniejszają, nawet usuwają bóle i nie dopuszczają do ropienia, ewentualnie ograniczają takowe; nie należy tylko zapominać o ochronie skóry i wyniki będą świetne.

W. B.

345. Bulling. **Inhalacje fenylopropiolowo kwaśnym sodem przeciwko gruźlicy krtani i płuc** (phenylpropioislaures Natrium). (Münch. med. Wochenschr. Nr. 17, 1904 r.). Profesor O. Loew z Tokio-Komaba pisze: Kwas cynamonowy oddziałuje więcej na drobnoustroje niż kwas fenylopropiolowy — chemiczną różnicę między nimi stanowi brak dwóch atomów H w kwasie cynamonowym — więc jeszcze lepiej oddziaływać na drobnoustroje powinien środek, który ma jeszcze mniej H, to jest kwas fenylopropiolowy.

$C_6H_5 - C_2H_4 - COOH$ — kwas fenylopropionowy.

$C_6H_5 - CH = CH - COOH$ — kwas cynamonowy i

$C_6H_5 - C \equiv C - COOH$ — kwas fenylopropiolowy.

Autor chętnie zgodził się to rozumowanie teoretyczne Loew'ego zbadać w praktyce i leczył kilka przypadków gruźlicy krtani i płuc inhalacją sodem fenylopropiolowo kwaśnym. Autor dla dokładności przytacza trzy przypadki, z których widać, że ten środek świetnie oddziałował na chorych i że można go używać we wszystkich niezbyt beznadziejnych przypadkach gruźlicy krtani i płuc. Przytem ma się rozumieć, nie należy zupełnie odrzucić dyetetycznych przepisów Brehmer-Dettweilera, które i bez tego powinny być zastosowane. Leczenie tym środkiem trwa czasami przez całe miesiące i wymaga wiele cierpliwości tak ze strony chorego, jak i ze strony lekarza.

Co się zaś tyczy samego sposobu leczenia i dawki, to autor daje następujące przepisy. Dwa razy dziennie każe on inhalować ten środek przez pół godziny. Ciężota spraya z początku wynosi 25° — 30° C., a za parę minut powinna wynosić 43° C., a w przypadkach, w których z pewnością można wykluczyć pojawienie się krwotoków, ciężota może wynosić 45° C. Spray wywołuje przekrwienie błon śluzowych dróg oddechowych, które bezwzględnie zabija drobnoustroje i tym sposobem pomaga działaniu tego środka. W ostatnich minutach chory zmniejsza znowu ciężotę spraya do 35° C. Po inhalacji chory powinien całą godzinę zupełnie cicho leżeć i nie rozmawiać.

Co się zaś tyczy dawki, to zaczyna autor inhalacje $\frac{1}{2}\%$ roztworem. Co tydzień powiększa on roztwór o $\frac{1}{2}\%$ aż do 3% . Kil-

ka razy pojawiały się powiększenia ciepłoty i wydzielin, niezbyt okolicy chorych części — objawy, które zupełnie odpowiadają znanemu odczynowi na tuberkulinę. Objawy te prędko znikwały, chociaż dawki nie zmniejszano. W każdym razie należy na to zwracać uwagę, aby nie zanadto prędko powiększać dawkę. W każdym razie nie wykluczone jest użycie silniejszych roztworów, aby przyspieszyć leczenie — należy w tym kierunku robić badania, które autor wkrótce przeprowadzi.

W. Biehler.

346. Elkan i Wiesmüller. **Próby leczenia gruźlicy in-halacyjami z fenylpropiolowo kwaśnego sodu wedle przepisów Bul-ling'a.** (Münch, med. Wochenschr. Nr. 18, 1904 r.). Autorowie robili inhalacje w następujący sposób: Rano i wieczór chorzy na gruźlicę płuc i krtani wzięwali ten środek w przeciągu pół godziny. Po inhalacji chorzy odpoczywali w ciepłym pokoju przez godzinę, aby błony śluzowe przekrwione tak prędko się nie ostudzały. Zaczęto inhalacje $\frac{1}{2}\%$ roztworem, po kilku dniach powiększono roztwór o $\frac{1}{2}\%$, a po upływie 14 dni inhalacje robiono 2% roztworem. Po upływie dalszych trzech tygodni inhałowali chorzy $2\frac{1}{2}\%$ roztwór, a po upływie dalszych tygodni 3% roztwór. Ciepłota sprawa była w pierwszych 5 minutach 25° C., potem przez następne 20 minut 40° C., a w ostatnich 5 minutach znowu 25° C.

Tym sposobem leczono 13 chorych w najrozmaitszych okresach rozwoju gruźlicy płuc, częściowo połączone z gruźlicą krtani. Wyniki okazały się więcej niż zadowolniającymi. U dwóch chorych, którzy poddawali się tej kuracji przez dwa miesiące, znikły rzęzenie i drobnoustroje. U jednego chorego gruźlica krtani znacznie się polepszyła, chociaż gruźlica płuc i stan ogólny wcale się nie zmieniały. Środek choroby znosili bardzo dobrze i prócz nieznacznego podwyższenia ciepłoty innych ubocznych zjawisk nie zauważono. Wszyscy chorzy jednogłośnie oświadczyli, że po upływie 12 godzin po inhalacji czuli jeszcze smak środka przy wypluwaniu i że płwociny miały zapach tegoż. Wszystko to przemawia za tem, że ten środek dostał się do w najgłębszych dróg oddechowych. Ekspektoracja wedle słów chorych, stała się znacznie lżejszą i mniej bolesną. Nawet badanie płuc okazywało mniej lub większe polepszenie.

W żadnym przypadku nie osiągnięto zupełnego wyzdrowienia, gdyż chorzy zanadto krótko poddawali się tej kuracji. W każdym razie należy zwrócić uwagę na ten sposób leczenia i dalej go używać i próbować. Do tego potrzeba, aby i lekarz i chorzy uzbili się w cierpliwość i sumiennie przeprowadzali ten sposób leczenia

Jak dawniej, tak i teraz, należy jak najwcześniej brać się do kuracji i, co najważniejsze, jak najwcześniej postawić rozpoznanie gruźlicy.

Lekkie podniesienie ciepłoty podczas tej kuracji nie każe bynajmniej zaprzestania takowej, gdyż podniesienie ciepłoty prędko znika i nie ma żadnego większego znaczenia. *W. Biehler.*

347. Gessner. **O leczeniu gruźlicy płuc za pomocą wstrzykiwań zawiesiny jodoformowej z gliceryną.** (Zentralblatt f. Chirurgie, Nr. 16. 1904). Mając na widoku świetne wyniki, które osiągnęli chirurdzy zastrzykowaniami zawiesiny jodoformowej do stawów przy gruźlicy takowych, autor spróbował wykonać to samo i na płucach. Zalicza on gruźlicę płuc w ostrym okresie do chorób, które należy leczyć według wszelkich zasad chirurgicznych. Poleca on leżenie w łóżku przez 4 — 6 tygodni i zastrzykiwanie co 10—14 dni 5 gramów 10% zawiesiny jodoformowej. Ten sposób leczenia, połączony ze ściśłym wykonaniem wszelkich fizyko- i dietetycznych przepisów, daje się najlepiej przeprowadzić w lecznicach dla chorych na gruźlicę. Do wykonania tej operacji autor używa szklanej szprycki, zawierającej 5 cm., z bardzo cienką igłą i zastrzykuje zawiesinę przy chorych wierzchołkach, w odległości 2—3 palców na lewo lub na prawo od pierwszego i drugiego żebra, nachylając igłę pod kątem 45 stopniowym na zewnątrz, przy chorych dolnych częściach płuc wkłwa igłę pod kątem łopatki w szóstym międzyżebżu.

Im wcześniej przystąpimy do tego leczenia, im świeższy przypadek, tem wyniki lepsze. Nawet i w bardziej rozwiniętych przypadkach autor chwali nieszkodliwość tego leczenia i działanie, zmniejszające wydzieliny. W pierwszych dniach po zastrzyknięciu choroby czasami uskarżają się na bóle, które autor przypisuje glicerynie i jest tego zdania, że inny środek, któryby zastąpił glicerynę (Waselina), jeżeli to możebne, nie wywoływał by tych bólów.

W. Biehler.

Z Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego.

Posiedzenie 5-go Października 1903 r.

1. W. Chodźko przedstawił przypadek **zapalenia nerwów obwodowych** pochodzenia ołowianego (neuritis peripherica saturnina); będzie on podany w szczegółowym opracowaniu do prasy lekarskiej.

2. Rudzki. przedstawił chorą z **gruźlicą płuc, powikłaną przez miąższowe zapalenie nerek z niezwykle dużym wydzielaniem białka** (do 6%). Chora włościanka, 28 lat, zamężna, kaszle od 1½ roku; parokrotnie pluła krwią; w ostatnim roku miewa częste rozwolnienia z boleściami. Nigdy nie zauważyła obrzęków; na bóle głowy nie cierpiała; wymiotów nie miewała.

Główne dane badania przedmiotowego były następujące: w lewym szczytce płucnym stłumienie, wydech wydłużony, oraz drobne rżenia; powłoki i śluzowe blade; bardzo nieznaczny obrzęk goleni na kości, oraz lekkie zapuchnięcie dolnych powiek. Brzuch wzdęty, czuły. (Stolec 3—4 razy dziennie wolny). Serce bez zmian, tętno 108, umiarkowanego napełnienia. Wątroba i śledziona normalne. Mocz odchodzi niewiele, przy ogólnej ilości dziennej 650 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1031, białka 60⁰/₁₀₀ (według Essbach'a przy odpowiednim rozcieńczeniu 6 razy). cukru niema; wygląd mętny, barwa żółta; w centryfugowanym osadzie — bardzo obfitym — znajdujemy składniki nerkowe w niezmiernej ilości; w każdym polu widzenia wałeczki leżą jeden koło drugiego, przeważnie drobnoziarniste, rzadziej gruboziarniste i szkliste; gdzieniegdzie są wałeczki ziarniste z komórkami nabłonkowymi. Nabłonek nerkowy oraz białe ciała w umiarkowanej ilości; czerwonych ciałek niema.

Po paru dniach leżenia, przy tej samej ilości moczu (koło 600 cmt.³) zawartość białka zmniejszyła się stopniowo do 15⁰/₁₀₀ i trzymała się mniej więcej w tej samej mierze. Osad był, jak przedtem.

Po dwóch tygodniach pobytu w szpitalu chora wypisała się z uregulowanym stolcem i zmniejszonym kaszlem; pod innymi względami samopoczucie cały czas było dobre. Zawartość białka przy wypisaniu się była 20⁰/₁₀₀.

Po wykluczeniu innych cierpień nerkowych, R. zatrzymuje się na rozpoznaniu nephritis parenchymatosa w chr. gruźlicy płuc. (*Autoreferat*).

3. Dobrucki przedstawił 4-ro-letniego chłopca, syna kolonisty z pod Lublina, u którego to chłopca wskutek wadliwego zestawienia złamanej przed rokiem goleni w dolnej trzeciej części, nastąpiło zrośnięcie odłamków pod kątem prostym tak, że cała podeszwa zwrócona jest zupełnie ku tyłowi, uniemożliwiając chodzenie. Przypadek nadaje się do krwawego zabiegu, co autor ma zamiar w najbliższym czasie uczynić. (*Str. własne*).

4. Czerwiński przedstawił dwa preparaty macic rakowatych, wydobytych przez pochwę sposobem Doyen'a.

5. Rudzki opisał drugi spostrzegany przez się przypadek **systolia alternans**. 8 lipca 1903 roku dostarczono do szpitala św. Wincentego w Lublinie włościankę 28-letnią z wybitną sinicą, ogromną dusznością, nikłem, nierównem tętnem 112 na 1'; cała jama brzuszna była wypełniona płynem. Po zastrzyknięciu chorej dwóch szprycek kamfory, przystąpiono niezwłocznie do wypuszczenia płynu: wyszło 9 litrów przezroczystej bursztynowej cieczy o własnościach przesięku. Stan chorej po tym zabiegu o tyle polepszył się, że umożliwił dokładniejsze badanie, które wykazało, co następuje: serce ogromnie powiększone, prawa granica przechodzi na 4 cmt. l. stern. dext., górna zaczyna się od 2-go żebra, lewa dochodzi do l. axill. med., gdzie w VII-em międzyżebżu wyczuwa się dość silny rzut. Na wierzchołku słycać szmer skurczowy, mniej wyraźny na innych otworach; 2-gi ton wierzchołkowy nieczysty. Na tętnicy płucnej 2-gi ton wybitnie wzmożony. U podstawy wyczuwa się drżenie skurczowe. Tętno 108 na 1' średniego napięcia, nierówne, czasem z charakterem p. paradoxus. Hydrothorax umiarkowany. Wątroba znacznie powiększona (na linii sutkowej prawej wychodzi z pod łuku żeberowego na 12 cmt.). Ogromne obrzęki całego ciała, szczególnie nóg. Mocz o składzie prawidłowym.

W wywiadach mamy: przed 10 laty bóle w stawie kolanowym; przed 3 laty zapalenie płuc lewostronne; od tego czasu chora czuła się osłabioną; duszność od roku; obrzęki nóg od 6 miesięcy; przy kaszlu bywała w płwocinie domieszka krwi.

W szpitalu, po podaniu naparstnicy i kofeiny, stan chorej nieco poprawił się, tętno wyrównało się, lecz na 4-ty tydzień wystąpił krwotok płucny (zator) i powrót duszności oraz nieprawidłowości tętna. Na 8-y dzień zaznaczono p. alternans przy 104 uderzeniach, a na 11-ty dzień hemisystolia: tętno obwodowe 48 na 1', uderzeń serca 96, tętno żyłne 82; po kilku dniach takiego stanu i na żyłach szyjnych mieliśmy równo dwa razy mniej uderzeń, niż na sercu. Uderzeń sercowych w tym okresie było 80—104 na 1'; napełnienie tętnic obwodowych umiarkowane, uderzeń 40—52. Oddechów przeciętnie 30 na 1'. W tym czasie zdjęto sfigmogram przy tętnie 41 na 1' (na sercu i żyłach 82).

Systolia alternans trwała u chorej 11 dni, poczem uderzenia zaczęły tracić swą miarowość; wystąpił rytm galopu, potem pulsus quadrigeminus alternans, wreszcie żadnej prawidłowości nie zostało: uderzenia serca były w różnych odstępach i różnej siły, do tętnic dochodziła tylko część fal. Tętno zrobiło się bardzo słabe; chora

zaczęła często wymiotować po każdym lekarstwie i jedzeniu i w takim beznadziejnym stanie 3 sierpnia została wzięta przez krewnych do domu.

Prelegent przedstawił sfigmogramy tętna chorej i opisał szczegółowiej sposób powstawania systolia alternans. (*Str. własne.*)

Kronika bieżąca.

(jw). Na *Daleki Wschód* znów powołani zostali następujący koledzy: Zygmunt Messing (z Warszawy), Adam Rappaport (z Warszawy), Stanisław Wasowski (z Siedlec), Krukowski, Czesław Kujawski (ze Sławuty), Jankowski (z Kielc), Stanisław Wojno (z Petersburga) i Ignacy Dyski (z Moskwy).

Zmarli. Ś. p. Leon Nencki. Dnia 22 z. m. zmarł nagle, jak już donosiliśmy, ś. p. Leon Nencki, rodzony brat Marcelego.

Leon Nencki urodził się d. 28 czerwca 1848 roku w rodzinnym majątku Boczkach w powiecie Sieradzkim. Do szkół średnich uczęszczał w Piotrkowie i Kaliszu.

Po ukończeniu gimnazjum w Kaliszu wstąpił na wydział lekarski b. Szkoły Głównej, a po zamknięciu jej do Uniwersytetu Warszawskiego, zkąd pod koniec roku 1871 przeniósł się do Dorpatu, gdzie odbywał studia w klinice chorób wewnętrznych pod kierunkiem Schultzen'a.

Następnie pracował przez dwa lata nad chemią fizyologiczną w pracowni znakomitego brata swego Marcelego w Bernie. Tutaj też ś. p. Leon w r. 1873 otrzymał prawo wykonywania praktyki lekarskiej i stopień doktora medycyny po złożeniu odpowiednich egzaminów i obronie rozprawy z zakresu chemii fizyologicznej, p. t: *Ueber das Verhalten einiger aromatischer Verbindungen im Thierkörper.* Rozprawa ta była pierwszym płodem pióra jego i należała do szeregu prac dokonanych wtedy w pracowni Berneńskiej nad grupą związków z rzędu kwasu moczowego i nad utlenianiem fizyologicznym, które tyle światła rzuciły na procesy zupełnie nieznanne.

Następne trzy lata Nencki spędza na dalszych studyach na klinikach i w pracowniach w Wiedniu, Paryżu, Monachium i Londynie, studyując ginekologię u prof. Braun'a u Spaeth'a, urologię w klinice Guyon'a, oddając się badaniom higienicznym pod kierunkiem Pettenkofer'a i fizyologicznym pod kierunkiem Bruecke'go.

W roku 1877 Nencki wraca do kraju, osiada w Warszawie, otrzymuje potwierdzenie dyplomu lekarskiego i zaczyna pra-

қтық лекарскá. Oddajac się praktyce nie zaniedbuje jednak pracy laboratoryjnej, ktorá prowadzi w pracowni prof. Nawrockiego.

Od roku 1881 zaczyna się w zyciu Nenckiego nowa epoka—otrzymuje on stanowisko kierownika swiezo urzadzanej pracowni chemiczno-bakteryologicznej szpitali warszawskich, mieszczacej się w gmachu szpitala sw. Ducha, ktorego nastepnie zostal ordynatorem. Wybór s. p. Leona na tę nowá placówkę lekarz, byl nader trafny. Głęboka wiedza, wszechstronne przygotowanie kliniczne, a szczegolnie laboratoryjne, nabyte zagranicá pod kierunkiem najwiekszych powag ówczesnych, wysoki dar obserwacyjny, sumiennosc i pracowitosc obok zalet charakteru, jego uczynnosci kolezniejskiej i skromnosci osobistej, sprawily, ze do pracowni garneli się zarowno starsi lekarze i chemicy, szukajacy warsztatu dla własnych badan, jak i zadne wiedzy mlode pokolenie lekarzy, ktorym Nencki umial znalezc zawsze interesujacy temat, dac zachete, cenne rady oraz wskazowki, nie krepujac ich w pracy doswiadczalnej narzucaniem swego zadania.

Pomimo skromnych wzglednie zasobow pracowni, dzieki jej kierownikowi, wyszlo z niej przeszlo kilkadziesiat roznorodnych prac, ktore zasilaly polskie pisma lekarskie, a w przekladzie najpowaazniejsze archiwy zachodu, niosac dorobek polski do nauki wszechswiatowej. Nencki pierwszy wykryl osobiście nowy gaz—metylmerkaptan w wyrozniczeniach ludzkich, opracowal z Rakowskim nowá metode oznaczania ilosciowego acetonu w moczu, a z Mizerskim—kwasu solnego w zoladku.

Drugá grupe stanowia prace, odnoszace się do dziedziny bakteriologii. Tutaj zaliczyc nalezy badania nad nosacizná, ktore Nencki oglosil z Pruszyńskim, nad wáglikiem—z Jaworskim, nad zapaleniem torebki Tenona—z E. Zielińskim i Karpieńskim, nad odrznicaniem lasecznika Kocha od lasecznika smegmae—z Podczaskim.

Na trzecia grupe skladaja się prace farmakologiczno-kliniczne; o zastosowaniu fenylhydrazyny, pyoktaniny, bletitu metylenowego i o dzialaniu apolizyny. Tę ostatnia prace oglosil wspólnie z Jaworskim.

Lecz najwieksza liczba prac wypada na czwarta grupe. Prace te mialy przewaznie na celu rozwiázanie zadan praktycznych z zakresu higieny. Do nich zaliczyc nalezy: Projekt regulaminu zywienia w szpitalach warszawskich, ktory stal się podwaliná, oparta na naukowych podstawach przy ukladaniu relew dla chorych w szpitalach naszych, dalej—prace, dotyczace: masla sztucznego i krowy, wody studziennej, ekstraktu slodowego, piwa, kefiru, kumysu, ekstraktu miesnego, pozzywek, wyjalawiania mleka, skladu przetworow ciechocińskich, szkodliwosci sacharyny i t. d., wreszcie prace dotyczace dezynfekcyi: torf otwocki, jako srodek odwaniajacy, pochlaniajacy gazy i dezynfekcyjny, o potrzebie dezynfekcyi mieszkán i rzeczy suchotnikow, o dezynfekcyi formaliná, o zanieczyszczaniu powietrza przez gazy, wydzielajace się z wychodkow.

Cała ta liczna grupa prac została wykonana bądź przez samego kierownika, bądź też przy udziale współpracowników: Fajbana, Fejlchenfelda, Karpińskiego, Łoguckiego, Nussbauma, Podczaskiego, Rakowskiego, Trzcinińskiego, Wesołowskiego i Józefa Zawadzkiego. Z tym ostatnim Nencki obmyślił praktyczny przyrząd do domowego wyjaławiania mleka dla niemowląt, który może służyć do sterylizacji i pasteryzacji. Oprócz tego w pracowni Nenckiego dokonali badań: Barszczewski nad peptozurą, Bączkiewicz nad dezynfekcją kiszek i działaniem podpuszczki, Dmochowski nad oznaczaniem kwasu solnego, Jaworski nad cukrówką moczową, Pacanowski nad obecnością peptonu w moczu (rozprawa na stopień doktora medycyny), Roszkowski nad odkażaniem przewodu pokarmowego u dzieci gorytem i nad wyjaławianiem mleka, Józef Zawadzki nad składem soku trzustkowego (jedyna dotąd analiza soku trzustkowego ludzkiego) i wielu innych.

Przez pracownię Nenckiego przewinął się również znaczny zastęp lekarzy, którzy ćwiczyli się w rozbiorach chemicznych wydzielin, jak również w bakterjologii.

Jeżeli do wszystkich, wyżej wymienionych, prac dodamy badania i rozbiory, które były wykonane w pracowni na zlecenie władz, ordynatorów szpitalnych i kolegów, to zrozumiemy, jak wielkie usługi oddała nam pracownia pod kierunkiem ś. p. Nenckiego.

Ostatnim czynem naukowym życia Jego były dwie prace: jedna—o metodzie biologicznej odróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej, napisana wspólnie z kol. Wesołowskim, który odczytał ją na posiedzeniu sekcji biologicznej Towarzystwa Hygienicznego, druga—o sposobach konserwacji mleka, którą prowadził wspólnie z Roszkowskim, lecz niestety, nie zdążył dokończyć.

Ś. p. Leon Nencki obok tego, że był umiejętnym pracownikiem laboratoryjnym, był też i dobrym pedagogiem, przedstawiał rzecz jasno i dokładnie, to też wykłady jego z zakresu bakterjologii, oraz dezynfekcji, miewane w r. 1892 z pozwolenia władzy dla lekarzy miejskich i powiatowych, cieszyły się uznaniem.

Zmarły brał wybitny udział w naszych i zagranicznych Towarzystwach naukowych.

Od r. 1880 ś. p. Nencki był czynnym członkiem Towarzystwa Lekarskiego, współwłaścicielem Gazety Lekarskiej i jej gorliwym współpracownikiem. Prace z laboratorium Nenckiego wypełniały $\frac{1}{4}$ część posiedzeń sekcji biologicznej Towarzystwa Hygienicznego, w którym do niedawna jeszcze piastował urząd Wiceprezesa Rady.

Sekcja chemiczna przy Muzeum Przemysłu i Rolnictwa cieszyła się również współpracownictwem zmarłego.

Towarzystwo „Freie Vereinigung österreichischen Nahrungsmittel-chemiker in Wien“ zaliczało go do grona swych członków czynnych. Za prace w dziedzinie higieny Nencki otrzymał medale i dyplomy honorowe na wystawach w Krakowie, Lwowie

i Wenecyi, a międzynarodowe Towarzystwo Hygieniczne w Brukselli w uznaniu zasług jego na polu higieny mianowało go w roku 1895 swym członkiem honorowym.

S. p. Leon Nencki nigdy nie uchylał się od obowiązków obywatelskich, które pełnił z rzadką sumiennością.

Od początku zainicyowania Instytutu Higieny Dziecięcej był wielce pożytecznym członkiem Komitetu tej instytucji. Gmina Ewangelicko-Reformowana darzyła go uznaniem i zaufaniem, wybierając trzykrotnie na jednego z trzech radców świeckich konsystorza. Po za działalnością naukową i społeczną był to człowiek wyjątkowej zaiste dobroci serca, wielkiej prostoty i szczerości charakteru i bezwzględny czciciel prawdy, co sprawiało, że obok licznych bardzo i szczerych zwolenników i przyjaciół, miał też i nieprzyjaciół.

Ubył nam człowiek niepospolity i prawy. Pamięć jego utkwiła głęboko w umysłach i sercach tych, co go bliżej znali.

Maryan Roszkowski.



Wyszedł z druku **Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych**
D-ra Moraczewskiego, stanowiący premium dla prenumeratorów Kroniki Lekarskiej.

Redakcja Kroniki Lekarskiej z d. 1 Lipca r. b.
przeniesiona została do domu Nr. 8 przy ul. Szkolnej.

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

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