

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 45.

Warszawa d. 23 Października (5 Listopada) 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — { pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10
Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek przepukliny płucnej. Podał d-r S. Goldflam. (Dokończenie). — Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a w r. 1903. Podali W. Palmirski i Z. Karłowski. — WYKŁADY KLINICZNE. Rak krtani. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 12 kwietnia 1904 r. — Kronika. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. GOLDFLAM — Un cas de hernie pulmonale. 2) D-r W. PALMIRSKI i Z. KARŁOWSKI — Les resultats des injections préventives selon la methode de Pasteur en 1903.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r S. GOLDFLAM — Ein Fall von Lungenhernie. 2) D-r W. PALMIRSKI i Z. KARŁOWSKI — Ergebnisse der Schutzimpfungen mit der Pasteur'schen Methode im Jahre 1903.

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

PRACE ORYGINALNE.

Przypadek przepukliny płucnej.

Podał

S. GOLDFLAM.

(Z 2 fotografiami i 2 roentgenogramami).

(Dokończenie — Patrz Nr. 44).

Warunki dla powstania przepukliny płucnej, powyżej omówione, istniały w danym przypadku: z jednej strony *locus minoris resistentiae*

klatki piersiowej w miejscu złamania żebra, z drugiej zaś wzmoczenie ciśnienia wewnątrzpiersiowego, jak to ma miejsce przy silnym kaszlu. Pacjent, dotknięty rozedmą płucną, przechodził właśnie nasilenie swego kataru oskrzeli, zdaje się więc naturalnem, że pod wpływem mocnych wydechów kaszlowych blizna coraz bardziej się rozciągała, pozwalając na wypinanie się coraz większej ilości tkanki płucnej, aż wreszcie wystąpił guz, spostrzeżony przez samego chorego

Gdyby bowiem przepuklina powstała nagle, jak chory przypuszcza, to nie obeszłoby się przy najmniej bez bólów.

Odprowadzaniu guza towarzyszył szmer, który określiłem jako strzykający, i który istotnie przypominał forsowne przeciskanie powietrza wzgl. powietrza z płynem przez ciasny otwór; ów szmer wyczuwało się bardzo dobrze uciskającą dłonią, słyszało go się też za pomocą słuchawki na całej klatce piersiowej, naturalnie najmoeniej w pobliżu guza. Obecność w guzie powietrza przemawiała oczywiście bardzo na korzyść przepukliny płucnej, w pewnym stopniu czynił to i kaszel, wywoływany przez repozycę.

MOREL-LAVALLÉE mówi o trzeszczeniu przy obmacywaniu przepukliny płucnej: „c'est comme un lobule pulmonaire qu'on vous insuffle entre doigts, car ils sentent en même temps consistance souple et spongieuse du tissu qui se développe“. Zapewne, takiego wrażenia nie doznawało się przy obmacywaniu i uciskaniu, raczej trzeszczenie, podobne do otrzymywanego przy uciskaniu zawierającego powietrze i płyn płuca, a zwłaszcza kruczenie, bulgotanie, podobne do gargouillement w obrębie kiszek, słyszalne i wyczuwalne, a występowało także przy wypuklaniu i napinaniu się guza pod wpływem kaszlu i wydymania się.

Po odprowadzeniu guz zniknął, lecz nie całkowicie, pozostawała pewna płaskookrągława wyniosłość mięsistej konsystencji, składająca się z 2 warstw, dających się jedna po nad drugą przesuwają, przyczem wyczuwało się pewne delikatne suche trzeszczenie, przypominające to, które się otrzymuje przy *tendovaginitis crepitans*, niektórych zapaleniach torebek maziowych.

Zjawisko to można sobie tem tłumaczyć, że w czasie występowania przepukliny powstało krwawienie między workiem przepuklinowym, stanowiącym prawdopodobnie rozciągniętą opłucną żebrową i powięź wewnątrzpiersiową (*aponeurosis endothoracalis*), a odłuszczonej od szkieletu klatki piersiowej głębokimi mię-

śniami grzbietu; osadziły się skrzepy włóknikowe, powstały nierówności, które wytwarzały przy przesuwaniu się powierzchni owo delikatne trzeszczenie. Że krwawienie miało miejsce, dowodziły i roentgenogramy, z których pierwszy wykonany został jeszcze przed punkcją, a wykazywał ów duży ciemny cień (G). Mniej prawdopodobnym wydaje się przypuszczenie, że repozyeci ulegała jedynie zawartość przepukliny, wzgl. wypuklona część płuca, a worek przepuklinowy pozostawał nazewnętrz klatki piersiowej i przy tarcu swych wewnętrznych powierzchni wywoływał owo trzeszczenie; należałoby w takim razie przyjąć istnienie nierówności na wewnętrznej powierzchni opłucny żebrowej, a więc ograniczone zapalenie, które musiałyby się rozszerzyć i na opłucną trzewiową, przynajmniej w obrębie wypuklonego płuca, z wytworzeniem się w krótkim czasie zrostów. W samej rzeczy znajdowano niejednokrotnie zrośnięcie obu listków opłucny w przypadkach przepukliny płucnej, zwłaszcza zaś w obrębie wrót przepuklinowych, przypadki te jednak dotyczą przepuklin, nie dających się reponować. W naszym więc przypadku, gdzie odprowadzanie udawało się, i gdzie guz znikł ostatecznie, musimy istnienie zrostów wyłączyć. Przez krótki tylko przeciąg czasu — 8—10 dni — nie udawało się odprowadzać guza; stało się to wkrótce po drugiej punkcji, której wynikiem było wystąpienie w guzie powietrza i krwi; być może, iż tym razem wypadło do worka więcej płuca; być może, uległo ono zapalnemu i obrzękowemu powiększeniu zarówno na skutek nieprawidłowych warunków krążenia, jak i licznych manipulacji z guzem, prawie codziennie dokonywanych; w owym czasie był on istotnie bardzo napięty i nawet wywoływał ból. Być może, iż przyczyniło się do tego zmniejszenie się wrót przepuklinowych, albowiem od tej właśnie chwili nastąpił zwrot w tem znaczeniu, że guz zaczął szybko się zmniejszać. Należy właśnie sądzić, że samowyleczenie nastąpiło w ten sposób, iż wrota prze-

puklinowe stopniowo się zmniejszały, pozwalając na coraz to bardziej ograniczone występowanie tkanki płucnej. Albowiem daleko mniej prawdopodobieństwa miałyby przypuszczenie, że odprowadzenie przepukliny do jamy piersiowej we właściwym znaczeniu nie było skuteczne i że jedynie wyciskano powietrze z płuca; gdyż wtedy powinienby guz natychmiast po zaprzestaniu ucisku wracać do poprzednich rozmiarów, co jednak nie miało miejsca, lecz dokonywało się tylko powoli pod wpływem oddechania i kaszlu.

Spostrzegane przy obmacywaniu, uciskaniu i odprowadzaniu szmery kazały wnioskować, że w jamie oprócz powietrza znajduje się i płynna zawartość. Mieliśmy do czynienia z chorym, dotkniętym rozedną płucną wskutek często powtarzających się katarów oskrzeli; wydalenie obfitej wydzieliny oskrzelowej było utrudnione, zwłaszcza zaś w obrębie wypukłonej części płuca, która, być może, jeszcze w dodatku, wskutek niepomysłnych warunków krążenia, była przepojona płynem przesiękowym. Słychać też było w obrębie guza przy zwykłym oddechaniu zaostrozony szmer pęcherzykowy, może nieco osłabiony, z wilgotnemi rżęczeniami. Dopiero przy forsownym wydechu występowało i z oddali głośnie kruczenie. Te wyczuwalne i słyszalne szmery są notowane prawie we wszystkich spostrzeżeniach przepukliny płucnej i zależnie od przypadku i autora rozmaicie określane. KÖHLER⁷⁾ np. mówi o bardzo głośnym, w odległości kilku metrów dającym się słyszeć szmerze, bardzo podobnym do szmeru gotującej się wody.

Przy perkusyi otrzymywało się na guzie stłumiony odgłos płucny — nie tępy—boć przepuklina nie znajdowała się bezpośrednio pod skórą, od której dzielił ją gruby pokład mięśniowy, a ponadto jeszcze warstwa krwi, przytem wyłączone było współdrżanie klatki piersio-

wej. Z wzmożeniem napięcia w guzie wskutek kaszlu, wydymania się, w czasie gdy repozycja nie udawała się, odgłos opukowy stawał się prawie tępy, zgodnie z prawem fizycznym, wedle którego w miarę wzmożenia napięcia w płucu odgłos opukowy staje się wyższym i bardziej tępym. Ostatnio, gdy guz już znacznie się zmniejszył, a przypuszczalnie i wrota przepuklinowe, otrzymywało się odgłos pękniętego garnka, który, jak wiadomo, powstaje wtedy, gdy powietrze ewentualnie z płynem nagle, z powodu raptownego uderzenia, umykać musi przez ciasny otwór.

Po drugiej głębokiej punkcji próbnej—obie z wynikiem ujemnym—wystąpił w najwyższej położonym odcinku guza, przy jakimkolwiek położeniu chorego, odgłos tympanityczny, w dolnej zaś połowie guza stępienie; to ostatnie, prawdopodobnie jako rezultat ponownego krwawienia, jak tego dowodzi i ciemny cień G II roentgenogramu. To wystąpienie powietrza i krwi miało miejsce prawdopodobnie nazewnątrz worka przepuklinowego, a nie do niego samego, ponieważ nigdy nie było objawów *haemopneumothoracis*, bólów lub duszności. Przekłutem więc zostało płuco; dziwnem tedy było, że w swoim czasie krwi chory nie wyksztuszał, lecz dopiero po blisko 2 miesiącach, gdy guz już znacznie się zmniejszył i był na drodze do samowyleczenia.

Cień widoczny przy prześwietlaniu i na roentgenogramach odpowiada wprawdzie guzowi pod względem miejsca, wielkości, kształtu i t. d., z tem wszakże zastrzeżeniem, że wskutek ukośnego kierunku promieni X guz na roentgenogramach wydaje się przesuniętym ku kręgosłupowi, jakkolwiek *de facto* dzieliła je pewna odległość—nie dotyczy jednak właściwie przepuklinowej części płuca, co jest zrozumiałe, albowiem powietrzna tkanka płucna nie rzuca ciemnego cienia. Dowodził też tego fakt, że cień nie okazywał żadnych ruchów, żadnej zmiany wielkości i kształtu ani przy oddechaniu, ani

7) Deut. med. Woch. 1888. N. 49.

przy wypuklaniu się guza za pomocą kaszlu, wydymaniu się, a jeszcze bardziej ta okoliczność, że cień trwał jeszcze długo po tem, kiedy guz już był znikł; zmniejszał się daleko wolniej, stawał się jaśniejszy, i jeszcze w końcu września, kiedy już przeszło miesiąc guza nie było, dawał się jeszcze dostrzedz delikatny rąbek konturu. Cień na pierwszym roentgenogramie zależał od powolnego i prawdopodobnie nieznacznego krwawienia, które miało miejsce podczas tworzenia się przepukliny między jej workiem a głębokimi warstwami mięśni w miarę ich odluszczenia. Gdy po drugiej punkcji próbnej krew wystąpiła do guza, zebrała się ona w najniższych jego odeinkach; widać też na roentgenogramie II, że dolna prawie pozioma połowa jego zajęta jest przez ciemny cień, gdy górna jest jasna wskutek wystąpienia powietrza. W miarę jak się krew wsysała, cień stopniowo jaśniał.

Wątpliwem jest, czy można w naszym przypadku mówić o ostatecznym wyleczeniu. Sam chory przecie opowiada, że już raz ten sam guz po dwutygodniowym trwaniu samoistnie znikł, aby po trzech miesiącach znowu powrócić. Już MOREL-LAVALLÉE dzielił samoistne przepukliny na przestankowe i ciągłe. W przypadku BUNTZEN'a, dotyczącym 13-letniej dziewczynki z przepukliną przestankową, trwającą od urodzenia, cierpienie ponowiło się po 2-letniej przerwie. Przepukliny płucne ustępują samoistnie tylko bardzo rzadko, jak w cytowanym przypadku WIGHTMAN'a. SOULIGOUX wspomina jeszcze o przypadku Fox'a. W ostrym, urazowym (bez rany skóry) przypadku KÖHLER'a guz wielkości pięści zmniejszył się w przeciągu 6 tygodni; ale jeszcze i wtedy występowała przy kaszlu wyniosłość wielkości włoskiego orzecha w VII prawem międzyżebrow z przodu; czy nastąpiło ostateczne wyleczenie, nie zanotowano.

Zazwyczaj powiększają się te guzy pod wpływem ciężkiej pracy, kaszlu i niekiedy po-

zostają w jednej mierze. Z początku dają się odprowadzać, tracą następnie tę własność z powodu zrostów między przepuklinową częścią płuca a workiem.

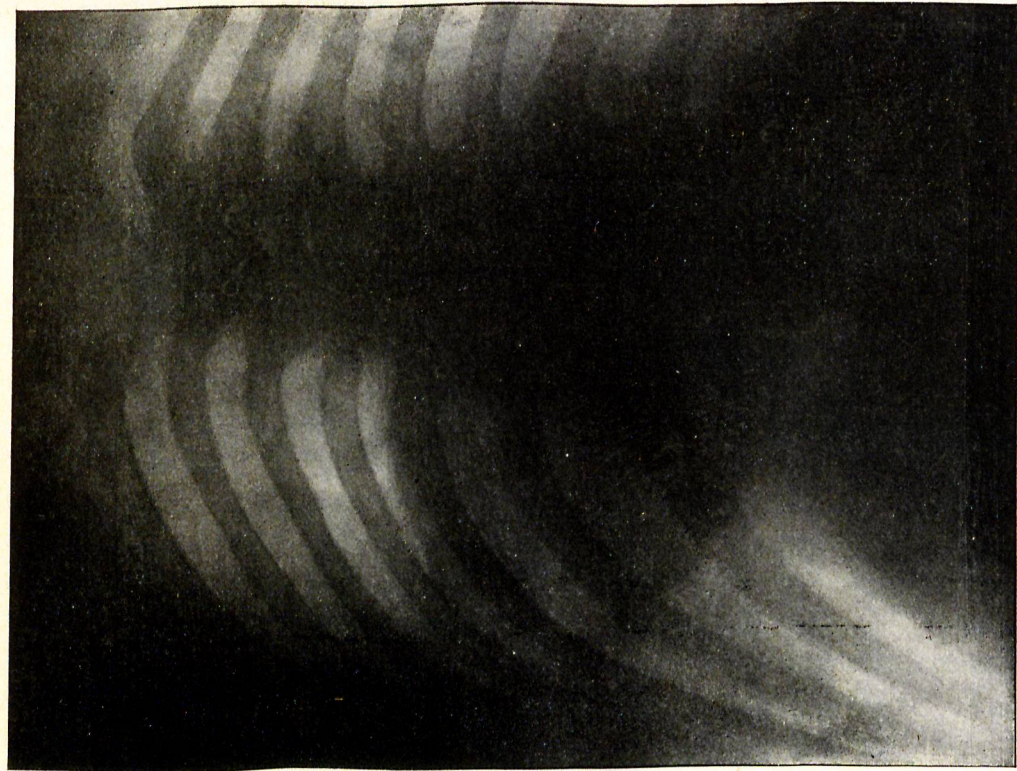
Gdy większość przepuklin płucnych sadowi się w przedniej i bocznych okolicach klatki piersiowej, a zawartość przepukliny stanowi brzeg płuca, nasz przypadek dotyczy tylnej okolicy klatki piersiowej i mianowicie strony lewej pod dolnym kątem łopatki, jak to zanotowano w dość licznych przypadkach z literatury. Nie może być jednak mowy o pewnym uprzywilejowaniu miejsca, przynajmniej w naszym przypadku, gdzie siedlisko guza zależne było od miejsca złamania żebra.

Przepuklina w naszym przypadku należy rozmiarami do wielkich, zazwyczaj są one znacznie mniejsze; kształtu była przeważnie gruszkowatego z wąskiem wydłużeniem równoległym do wewnętrznego kantu łopatki; przez pewien czas przy wypuklaniu się jej można było wyczuć pewną zrazikowatość, podobną do emfizematycznej tkanki płucnej.

Przepuklina w naszym przypadku pojawiła się późno, w 33 lata po doznaniem złamaniu żebra; ale nie jest wyłączone, że występowała ona już wcześniej, była mniejsza i przez chorego niespostrzeżona, jako nigdy bólów nie sprawiająca. W przypadku CRUVEILHIER'a zmiążdżenie żebra miało miejsce na 50 lat przed pojawieniem się przepukliny.

Przepukliny płucne nie są ciężkim cierpieniem. Chory przybył do nas przy okazji i był zdumiony, żeśmy sobie tyle z nim trudu zadawali. Lecz mogą one stać się cierpieniem uciążliwym i powodować bóle. SOULIGOUX zaznacza, że nawet urazowe przepukliny płucne nigdy nie sprowadzają śmierci.

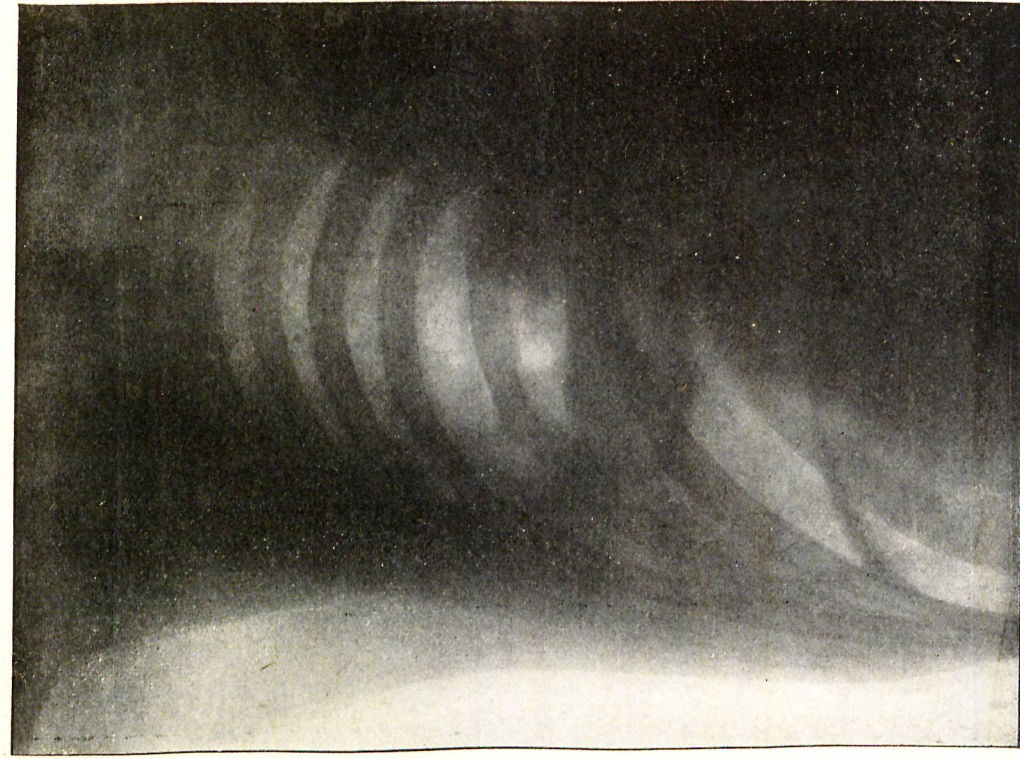
Rozpoznanie najeczęściej nie przedstawia trudności. Jeśli na klatce piersiowej okaże się guz, który wydaje przy palpacji trzeszczące szmery, spłaszcza się przy wdechu, a wypukła przy wydechu, znacznie się powiększa i staje się



VIII IX

Roentgenogram I.

F = Złamanie lewego VIII żebra
G = Cień przepukliny płucnej
S = Kąt lewej łopatki.



IX

Roentgenogram II.

D = Przepona
G = Cień przepukliny płucnej
F = Złamanie lewego VIII żebra.
S = Kąt lewej łopatki.
A = Lewy staw barkowy.

odporniejszym przy forsownej ekspiracji, który zwłaszcza daje się odprowadzić do jamy pierśsiowej z towarzyszeniem kruczających szmerów, jeśli guz ten daje nietympanityczny odgłos opukowy, którego wysokość wzmagą się wraz z powiększeniem napięcia w guzie i który jednocześnie staje się bardziej stłumionym, jeśli nad guzem słyhać szmer pęcherzykowy i t. d., wtedy rozpoznanie nie ulega żadnej wątpliwości. Przy rozedmie podskórnej niema ograniczonego guza, powietrze ucieka na wszystkie strony i szybko się wsysa; wolne nagromadzenie powietrza daje zresztą przy opukiwaniu dźwięk tympanityczny.

W niezmiernie rzadkich przypadkach przepukliny przeponowej z przebicciem się przez międzyżebrze, występują dźwięczne, metaliczne szmery zarówno przy perkusji (Plessimeter-Stäbchen Perkussion), jak auskultacji i wstrząsaniu, oraz zmiana powyższych zjawisk w zależności od napełnienia żołądka, kiszki, zmiany położenia i t. d. ⁸⁾; podobne zjawiska zachodzą i przy *pneumopyothorax*.

U naszego chorego nastąpiło samowyleczenie, być może, tylko czasowe. Byłoby słusznem kazać choremu nosić pelotę, która obecnie byłaby bardziej na miejscu, niż w czasie trwania przepukliny, przynajmniej w naszym przypadku, gdzie trzeba było użyć dużego ucisku, by przeszkodzić wystąpieniu przepukliny na zewnątrz, a i wtedy udawało się to tylko częściowo. Ponieważ usunąć *locus minoris resistentiae* na klatce pierśsiowej nie jesteśmy w stanie, należałoby wystąpić przeciwko drugiemu momentowi przyczynowemu, mianowicie, katarowi oskrzeli, w danym razie bez nadziei na skutek, wobec urągających wszelkiej higienie warunków mieszkaniowych naszego pacjenta i jego zawodowego zajęcia pod gołym niebem o każdej porze roku.

W przypadkach, nie dających się reponować przepuklin, jest istotnie wskazany bandaż

z wkleśłą pelotą w celu przeciwdziałania w pewnej mierze powiększaniu się przepukliny.

TUFFIER stosował operację doszczętną (*pneumectomy*), i to z dobrym rezultatem. Według SOULIGOUX jest ona wskazana w przypadkach przepuklin, połączonych z bólami, nie dających się przy pomocy peloty utrzymać i mających tendencję do powiększania się.

W przypadkach po ciężkim urazie w postępowaniu leczniczem kierować się należy towarzyszącymi ogólnymi objawami i zasadami chirurgii: gdzie ogólne objawy nie są wydatne, można się ograniczyć do nałożenia uciskającego opatrunku, jak w przypadkach POIRIER'a, KÖHLER'a i in., zakończonych wyzdrowieniem.

Z Pracowni Bakteryologicznej w Warszawie.

Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a

w roku 1903.

Podali

WŁ. PALMIRSKI i Z. KARŁOWSKI.

W roku 1903 zgłosiło się o poradę ogółem 1511 osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekłe lub podejrzone. Z tej liczby 221 osób nie podlegało leczeniu, a to z powodu, iż pokąsane zostały przez zwierzęta zupełnie zdrowe albo też, chociaż przez wściekłe lub podejrzone, to jednak nie do krwi, t. j. bez zdarcia naskórka, jeżeli zaś do krwi, to bez rozdarcia ubrania. Następnie 43 osoby przerwały kurację samowolnie. Oprócz tego 17 osób z leczonych nie wciągnięto do statystyki z powodu, że próby na królikach nie wykazały wściekliczności zwierzęcia kąsającego. Tym sposobem w r. 1903 zaliczono do statystyki 1230 osób, o których zebrano wiadomości w przeciagu r. b.

⁸⁾ LEICHTENSTERN. Zur Diagnose der Hernia diaphragmatica. Ber. klin. Woch. 1874 N. 40 i nast.

Co do płci, było mężczyzn 822, kobiet 408.

Leczeni pochodzili z miejscowości następujących: z gub. Warszawskiej 368 (w tej liczbie z Warszawy i okolic: Pelcowizny, Mokotowa, Powązek, Woli, Pragi i t. d. 135), z gub. Łomżyńskiej 97, z gub. Płockiej 59, z gub. Lubelskiej 90, z gub. Piotrkowskiej 183, z gub. Radomskiej 55, z gub. Kaliskiej 50, z gub. Kieleckiej 60, z gub. Siedleckiej 72, z gub. Suwalskiej 59, z gub. Wołyńskiej 19, z gub. Grodzieńskiej 92, z gub. Kowieńskiej 6, z gub. Mińskiej 10, z gub. Mohilowskiej 6, z gub. Witebskiej 2, z gub. Kijowskiej 1 i z gub. Bessarabskiej 1.

Co do wieku, było dzieci: 1-letnich 7, 2-letnich 17, 3-letnich 23, 4-letnich 42, 5-letnich 42, 6-letnich 52, 7-letnich 68, 8-letnich 54, 9-letnich 52, 10-letnich 60, 11-letnich 39, 12-letnich 52, 13-letnich 29, 14-letnich 35, 15-letnich 38, 15—25-letnich 237, 25—35-letnich 164, 35—45-letnich 123, 45—55-letnich 51, 55—65-letnich 35, starszych nad lat 65 — 20.

Co się tyczy czasu, w którym od chwili ukąszenia rozpoczęto leczenie, to w 1-szym tygodniu po ukąszeniu leczyło się 1087 osób, w 2-gim 108, w 3-cim 15, w 4-tym 15, później niż w 4-tym 5.

Pokąsanych przez psy było 1186 osób, przez koty 28, przez konie 4, przez krowy 4, przez świnię 4, przez wilki 3 i przez człowieka 1.

Zwierzętami kąsającymi były psy w przypadkach 802, koty w 16, konie w 2, krowy w 3, świnię w 4, wilki w 1 i człowiek w 1.

Odnosnie do pór roku leczyło się osób: w styczniu 70, w lutym 99, w marcu 102, w kwietniu 150, w maju 110, w czerwcu 117, w lipcu 133, w sierpniu 114, w wrześniu 124, w październiku 87, w listopadzie 72 i w grudniu 72.

Co się tyczy większej lub mniejszej pewności, czy zwierzęta kąsające były wściekłe, dzielimy pokąsanych wzorem PASTEUR'a na 3 grupy.

A. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została przez szczepie-

nie królika lub wścieknięcie się równocześnie pokąsanych zwierząt.

B. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została na zasadzie badania zwłok, dokonanego przez weterynarza.

C. Pokąsanych przez zwierzęta, uznane za wściekłe na zasadzie objawów, podejrzane lub niewiadome.

Dane porównawcze z r. 1903, dotyczące się kategorii pokąsanych, ukąszeń okolic ciała i przypałów, przedstawia niżej umieszczona tablica.

(Patrz str. 943).

UWAGA. Przypalania dzielimy na wystarczające i niewystarczające. Do wystarczających zaliczamy przypalania żegadłem lub stężonymi kwasami mineralnymi zaraz lub po upływie kilku minut, w przeciwnym zaś razie wszelkie przypalania uważamy za niewystarczające.

Z leczonych w 1903 r. zmarło:

1) Jan K. lat 40, ze wsi Wrzelów gm. Szczekarów pow. Nowo-Aleksandryjskiego, gub. Lubelskiej, został ukąszony 14 kwietnia 1903 r. w mały palec lewej ręki przez psa, uznanego za wściekłego — z sekcyi. Na miejscu ukąszenia 2 draśnięcia, przypalane nie były. Leczenie rozpoczęto 18 kwietnia, trwało dni 16. Umarł na wodowstręt 17 maja 1903 r. Okres wylegania trwał miesiąc.

2) Michał T. lat 20 ze wsi Chełmo gm. Masławiec pow. Noworadomskiego gub. Piotrkowskiej ukąszony 21 maja 1903 r. w nos przez psa, podejrzanego o wściekliznę. Pies zabity. Na miejscu ukąszenia 9 ranek, przypalane nie były. Leczenie rozpoczęto 24 maja, trwało dni 28. Pierwsze objawy wodowstrętu wystąpiły 11 lipca: gwałtowny niepokój, strach, ból głowy, pić nie mógł, przytomność względna, umarł 13 lipca r. z. Okres wylegania trwał dni 48.

3) Konstanty W. lat 27 z Pułtuska gub. Warszawskiej, ukąszony 9 grudnia 1903 r. w le-

	A		B		C	
	Przypalania. Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypalania. Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypalania. Liczba pokąsanych.	Razem.
I. Ukąszenia zadane w twarz lub głowę {pojedyncze liczne	3) 9)	12	4) 8)	12	15) 40)	55
Przypalania wystarczające	—		—		—	
„ niewystarczające	1		1		5	
„ żadne	11		11		50	
II. Ukąszenia zadane w ręce {pojedyncze liczne	45) 63)	108	33) 62)	95	210) 360)	570
Przypalania wystarczające	2		—		8	
„ niewystarczające	11		13		64	
„ żadne	95		82		498	
III. Ukąszenia zadane w tułów i nogi . {pojedyncze liczne	12) 19)	31	16) 22)	38	117) 155)	272
Przypalania wystarczające	—		2		3	
„ niewystarczające	5		2		40	
„ żadne	26		34		229	
IV. Liczne ukąszenia w rozmaite okolice ciała	—	1	—	5	—	31
Przypalania wystarczające	—		—		—	
„ niewystarczające	—		—		2	
„ żadne	1		5		29	
Ukąszonych przez rozdarte ubranie	33		34		205	
Ukąszonych w nagie ciało	119		116		723	
Razem		152		150		928
Ogólna liczba pokąsanych				1230		

wą goleń przez psa, podejrzanego o wściekliwość. Pies przepadł. Na miejscu ukąszenia 2 draśnięcia przez spodnie i kamasze, ząb przeszedł. Ranki nie były przypalane. Leczenie rozpoczęto 11 grudnia, trwało dni 16. Umarł na wodowstręt w końcu marca 1904 r. Okres wylegania trwał około 3 miesięcy.

A zatem ze wszystkich osób, leczonych metodą PASTEUR'a w r. 1903, wskutek wodowstrętu zmarły 3 osoby. Odsetka śmiertelności w 1903 r. wynosi 0,24%.

Z osób nieleczonych, zmarłych na wodowstręt, udało się zebrać wiadomości o 4 przypadkach.

1) Michaś K. lat 5 ze wsi Oronne gm. Maciejowice pow. Garwolińskiego gub. Siedleckiej, ukąszony w twarz przez psa, podejrzanego o wściekliwość. Pies zabity. Na lewym policzku 2 draśnięcia zębem dość długie. Umarł w lipcu 1903 r. na dworcu kolejowym w Sobolewie.

Okres wylegania trwał w przybliżeniu miesiąc. Krowa, pokąsana równocześnie z chłopcem, wściekła się 4 dni wcześniej.

2) Zygmunt Ż. lat 3 z Bogusławki pow. Łuckiego gub. Wołyńskiej, ukąszony przez psa niewiadomego 1 sierpnia 1903 r. w czoło. Nad prawem okiem 1 ranka. Po 6 tygodniach zachorował na wodowstręt, choroba trwała dni 5.

3) Wojciech M. lat 43 ze wsi Wsedny gm. Częstocice pow. Opatowskiego gub. Radomskiej, doglądał byczka chorego na wściekliwość. 2 września 1903 r. wystąpiły pierwsze objawy wodowstrętu. 6 września umarł, przez czas choroby nie oddawał moczu.

4) Józefa S. lat 30 z gm. Ramotówek gub. Płockiej, ukąszona w połowie października 1903 r. w wielki paluch prawej ręki przez psa błakającego się. 28 listopada 1903 r. wystąpiły pierwsze objawy wodowstrętu, 1-go grudnia przywieziona do pracowni. Przy badaniu nie-

spokojna, objawy hidro- i aerofobii wyraźne. S. niezwłocznie przewieziona została do szpitala Św. Jana Bożego. Podczas przewożenia zachowywała się niespokojnie, chciała uciekać. W ten sam sposób zachowywała się w szpitalu, uskarżała się na ból w miejscu ukąszenia, który stopniowo posuwał się w górę. Umarła 2 grudnia 1903 r.

Przy stosowaniu leczenia według metody PASTEUR'a w 1903 r. posiłkowaliśmy się metodą wzmocnioną, rozpoczynając szczepienia rdzeniami 8-dniowymi, kończąc 3-dniowymi. Tym

sposobem mleczę lecznicze podlegały kontroli bakteryologicznej od 3 do 8 dni. U osób, pokąsanych w twarz, rozpoczęliśmy leczenie od 8 dniowych rdzeni, kończąc jednodniowymi. Leczenie trwało od 16 do 30 dni, zastrzykiwano pokąsanym dwa razy dziennie po 2 ctm. sz. dość gęstej zawiesiny z rdzenia królika, zarzonego jadem stałym (*virus fixe*). Ciężko pokąsani otrzymywali dawki podwójne.

Rdzenie lecznicze były przechowywane w ciepłocie *maximum* 12°—15°C.

WYKŁADY KLINICZNE.

BRYSON DELAVAN.

RAK KRTANI.

W pracy niniejszej autor zwraca uwagę na postępy, jakie w ostatnich 2—3 latach poczyniono pod względem badania przyrody, etiologii, a zwłaszcza leczenia raka. W znacznej mierze postępy te zawdzięczać należy ufundowaniu licznych instytucji i laboratoriów, głównie cel ten mających na widoku. Aczkolwiek z odnośnych prac w tym kierunku należy się spodziewać bardzo poważnych i pomyślnych wyników, to — jak dotąd jednak, przy obecnym stanie nauki, jedynie wcześnie dokonana operacja zdaje się dawać widoki radykalnego wyleczenia.

Przedmiotem niniejszego artykułu jest leczenie raka krtani. Przed przystąpieniem jednak do ściślejszego omówienia tegoż, autor, stosownie do nauki KRIESHABER'a, zaznacza podział raków krtani — odpowiednio do ich umiejscowienia względem jamy krtaniowej — na zewnętrzne i wewnętrzne, t. j. zewnątrzkrta-

nie i wewnątrzkrtańowe. Zewnętrzne należą do postaci prawie nieuleczalnych na drodze operacyjnej; próby usunięcia ich są bardzo niebezpieczne, a nawrót prawie pewny. Tutaj jedynie chyba zastosowanie promieni ROENTGEN'a albo wreszcie podwiązanie tętnic szyjowych (*carotis*) może przynieść czasową ulgę.

Wewnętrzne raki — pod względem leczenia — dają o wiele lepsze widoki powodzenia — i o nich wyłącznie w artykule niniejszym jest mowa.

Sposoby leczenia raka krtani można sklasyfikować w sposób następujący: 1) leczenie wewnętrzne, 2) antytoksyny, 3) płynne powietrze, 4) podwiązanie tętnic szyjowych, 5) promienie ROENTGEN'a, 6) promienie ultrafioletowe i promienie wielkiej częstości (t. j. raczej prądy przerywane wielkiej częstości w połączeniu z działaniem promieni fioletowych i ultrafioletowych. Przyp. spr.), 7) radium, 8) metody chirurgiczne: a) wewnątrzkrtańowe i b) zewnątrzkrtańowe.

1) Co do leczenia wewnętrznego — jak

dotąd, nie ma leku, którymby można wyleczyć raka.

2) Antytoksyny, jak dotąd, zawiodły oczekiwania: ani surowica ADAMKIEWICZA, ani surowica COLEY'a nie dały pożądaných wyników.

3) Płynne powietrze, zalecane do leczenia rozmaitych powierzchownych narośli, nie zdaje się być możliwe do zastosowania w raku krtani, a tem samem nie ma praktycznego znaczenia.

4) Podwiązanie obydwóch tętnic szyjowych metodą DAWBARN'a nigdy nie dawało — o ile autorowi jest wiadomem — rzeczywistego wyleczenia, aczkolwiek w niektórych przypadkach powodowało wyraźne opóźnienie się rozwoju nowotworu i często sprzyjało znacznemu polepszeniu się stanu chorego. W mięsaku znaczenie tego zabiegu zdaje się nie ulegać zaprzeczeniu. W przypadkach, nie nadających się do operacyi, a zwłaszcza w raku zewnątrzkrtniowym metoda ta zasługuje na uwagę.

5) Zastosowanie promieni ROENTGEN'a nie sprawdziło pokładanych w nich nadziei. Z wyjątkiem jednego przypadku, w którym nawrót po częściowej ekstyrpacyi krtani ustąpił zupełnie po 16 - torazowem ich zastosowaniu — (pacjent — jak dotąd, już 17 miesięcy ma się dobrze) — nie były notowane przypadki uwieńczone pożądanym skutkiem. Bądź jak bądź, jeśli promienie te nie powodują faktycznego wyleczenia, to w każdym razie przynoszą choremu znaczną ulgę co do najbardziej przykrych przypadłości: ból ustępuje niekiedy zupełnie, zbytnie sączenie i przykry odór zostają usunięte, a postęp choroby w pewnej mierze wstrzymany. Z tego względu promienie te należałoby zaliczyć do najlepszych środków objawowych, jakimi w omawianem cierpieniu rozporządzamy.

6) Pomysł zastosowania promieni ultrafioletowych i promieni wielkiej częstości (*high-frequency rays*) w leczeniu raka krtani oraz udoskonalenie odpowiednich narzędzi dla posłużenia się nimi — są jeszcze zbyt świeże i za mało zbadane, aby o ich skuteczności można było wyrokować.

7) Co się tyczy promieni radu, to zanotować tu należy, że wilk i powierzchowne nabłoniaki (*epithelioma*) były za pomocą nich wyleczone, i że zastosowanie ich w niektórych przypad-

kach raka, nie nadających się do operacyi, bardzo dodatnie dawało wyniki.

EXNER leczył w ten sposób 20 przypadków raka w klinice GUSSENBAUER'a i we wszystkich otrzymał znaczną poprawę. Takież wyniki, otrzymane przez Roberta ABBE'ę w New-Yorku, godne są uwagi. Żałować tylko należy, że promienie radu, powstrzymując rozwój drobnoustrojów i działając niszcząco na miejsce chore, jednocześnie szkodliwie oddziałują na tkanki sąsiednie, powodując oparzeliny podobne do oparzelin (*burnus*) od promieni ROENTGEN'a. Ten powód, jak również i wzgląd na trudność zastosowania radu we wnętrzu krtani — jak dotąd, zmusza do wyłączenia go z rzędu środków, stosowanych w leczeniu raka krtani.

Ponieważ większość nabłoniaków wnętrza krtani należy z początku do kategorii nabłoniaków powierzchownych, a nabłoniaki powierzchowne mogą być i bywały wyleczone przy zastosowaniu energii promieniotwórczej, więc teoretycznie wnioskować można, że i wczesne nabłoniaki krtani mogłyby być przy jej pomocy usunięte.

8) Z powyższego widać, że z wyjątkiem czynników promieniotwórczych, które też czasową jedynie przynoszą ulgę i poprawę — na innych zupełnie, jak dotąd, polegać nie możemy, i że jedynie chirurgia w pewnych przypadkach może dać rękojmię trwałego usunięcia cierpienia. Sposób wewnątrzkrtniowego usuwania złośliwych nowotworów, aczkolwiek znajduje jeszcze gorliwych obrońców (FRAENKEL — Berlin), ze względu jednak na coraz częściej notowane niepomyślne rezultaty, otrzymane przy tej metodzie operacyjnej, coraz mniej znajduje zwolenników, a nawet — rzecz można — zupełnie zarzucony zostaje. Natomiast zwrócono się do metody operacyjnej zewnątrzkrtniowej. Choć i tutaj wyniki z początku nie były zbyt zachęcające, to jednak z biegiem czasu, przy ulepszonej technice chirurgicznej i ściślejszym wyborze nadających się do operacyi przypadków, stały się znacznie pomyślniejszymi, jak to wykazuje porównanie danych statystycznych z ostatnich lat 10 i lat uprzednich.

I tak, przed rokiem 1881 — śmiertelność *ex re* 41 całkowitych laryngektomii wynosiła 60%, — *ex re* 10 częściowych laryngektomii — 40%.

GLUCK zaś w roku 1900 na 34 przypadki całkowitej laryngektomii z powodu raka notuje tylko 8½% przypadków śmierci po operacji, KOCHER — na 12 rozmaitego rodzaju operacji z racy raka krtani — 8,3% śmierci, z pozostałych zaś operowanych — mających się dobrze po upływie trzech lat 16,6%, wreszcie wolnych od nawrotu w czasie, wynoszącym mniej niż 3 lata po operacji — 33,3%.

Zmniejszenie się odsetki śmiertelności po laryngektomii od r. 1889—1900 wyraża się stosunkiem 44% : 8,5%, zwiększenie się odsetki mających się dobrze po upływie 3 lat stosunkiem 7% : 15 — 16%, wreszcie odsetka wolnych od nawrotu w ciągu mniej niż 3 lat wzrosła z 13%—14% do 33%.

Przy tyreotomii z usunięciem chorych części miękkich przypadków trwałego wyleczenia było 44%, przypadków śmierci 11%. Z tej kategorii operowanych przez BUTLIN'a — 9,5% zmarło po operacji, 66,6% zaś żyło dłużej, niż 3 lata po operacji.

Nawroty raka krtani zdarzają się niekiedy po upływie szeregu lat po operacji, tak że pewnych granic co do czasu pod tym względem ustanowić nie można. Zwykle trzecia część albo nawet połowa operowanych, którzy się mieli dobrze w ciągu pierwszego roku — umierała w ciągu lat trzech. Przyjętem jest lat trzy uważać za najkrótszy okres, po upływie którego — jeśli pacjent ma się dobrze, można go uważać do pewnego stopnia za wyleczonego.

Według HARTLEY'a, postęp pod wpływem otrzymywanych wyników przypisywać w znacznej mierze należy zabiegom, stosowanym celem usunięcia tych wpływów, które uprzednio często stawały się powodem śmiertelnego zejścia, a mianowicie t. zw. aspiracyjnego zapalenia płuc i infekcji tchawicy oraz tkanek, w związku z nią pozostających. Tutaj więc należałoby zaliczyć unikanie ogólnego znieczulenia, zwłaszcza eterem, a natomiast częstsze stosowanie kokainy. KOCHER najrozleglej zdaje się ją stosował, mając na widoku zapobieganie kaszlowi, miarkowanie krwotoku przy jednoczesnym miarkowaniu bólu. Zaprzeczyć się jednak nie daje, że oba sposoby znieczulania — czy to miejscowego kokainą — czy też ogólnego eterem lub chloroformem — mają swoje dobre i złe strony. Eter zmniejsza odruchową drażliwość tchawicy

i oskrzeli, lecz za to zwiększa ich wydzielinę. Chloroform także zwiększa ich wydzielinę, lecz w mniejszym stopniu, niż eter. Za to oba posiadają cenną zaletę, że przy ich stosowaniu osiąga się ogólne znieczulenie, a tem samem unika się bólu i wstrząsu (*shock*).

Kokaina wprawdzie nie powoduje rozdrażnienia krtani, tchawicy i oskrzeli, zmniejsza ich wydzielinę, i przy użyciu jej unika się nagłych i groźnych objawów ze strony serca i oddechania — zależnych od zwrotnego podrażnienia *nervi pneumogastrici*, lecz za to do ujemnych jej stron zaliczyć należy to, że ból przy stosowaniu jej nie może być całkowicie usunięty, i że operacja, przy zupełnej świadomości chorego wykonywana, bardzo źle na niego oddziałuje.

Obok ulepszonej techniki i oględności w stosowaniu środków znieczulających wielką wagę przywiązuje się też do ułożenia chorego przy operacji, t. j. do tak zwanej pozycji MAAS'a, której wielkimi zwolennikami są TRENDELENBURG i ROSE: chorego układa się w ten sposób, że barki i głowa znajdują się niżej od tułowia, co znacznie ułatwia wydalanie się płynów w tymże kierunku i często w mniej skomplikowanych operacjach ma czynić zbytecznym uprzednie wykonanie tracheotomii.

Metoda GLUCK'a — w razach całkowitej laryngektomii — polegająca na przecięciu tchawicy na wysokości górnych jej pierścieni i przyśwyciu jej do skóry, według HARTLEY'a miała dawać lepsze wyniki, aniżeli inne metody operacyjne.

Wreszcie przy całkowitej laryngektomii — zamknięcie przez odpowiedni zabieg komunikacji między gardzielą, ranami i otwartem światłem tchawicy było zalecane przez wielu chirurgów w celu zapobieżenia zakażeniu tkanki łącznej peritrachealnej i dawało dobre wyniki.

Takie to były racye, któremi kierowali się wybitniejsi chirurdzy ostatnich lat dziesięciu, i one to wpłynęły na ukształtowanie się pomyslniejszych rubryk statystyki raka krtani. Zdaniem jednak autora, na otrzymanie lepszych wyników i inne jeszcze złożyły się czynniki, które — życzyłoby należało — aby i nadal w swej sile się utrzymały, a mianowicie: 1) operatorowie nauczyli się kwalifikować do operacji tylko przypadki odpowiednie, t. j. dające widoki pomyslnego wyniku, 2) operować jaknajwcześniej,

skoro tylko mały guzik złośliwego nowotworu obecność swą ujawnił. Zdaniem BUTLIN'a, jest to sprawa pierwszorzędnej wagi. Zaleca więc on, dopóki sprawa złośliwa zajmuje jedynie części miękkie na ograniczonej przestrzeni, niezwłocznie przystąpić do tyreotomii, w przypadkach dalej sięgających robić częściową ekstirpację. Szczególną też wagę przywiązuje do tego, żeby pacyenta jaknajwcześniej mieć w swo-

jej obserwacji, zanim sprawa tak się rozszerzy, że już nie będzie można go uchronić od całkowitej laryngektomii. Wogóle — zdaniem autora — metodzie, technice i staraniom BUTLIN'a należą się słowa najwyższego uznania — bo też i nie mało one wpłynęły na poprawę wyników, notowanych w statystyce raka.

(D. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie chirurgiczne z dnia 12. IV. 1904.

1. W. SZTEYNER przedstawia grubą szpilkę podwójną do włosów, wydobytą z pęcherza moczowego dziewczyny 15-letniej, w którym znajdowała się przez 8 tygodni. Przy badaniu stwierdzono, iż jeden koniec szpilki przebił cewkę moczową w górnej części i sterczał ukośnie do pochwy. Po uśpieniu chorej rozszerzono cewkę, przesunięto do niej koniec, stereczający w pochwie, i, wyprostowawszy szpilkę palcem od strony pochwy, udało się uchwycić ją kleszczykami i przez cewkę wydobyć na zewnątrz. Dalszy przebieg po tym rękoczynnie był zupełnie pomyślny.

ODERFELD nie uważa za odpowiednie postępowanie, zastosowane tu przez SZTEYNERA. W przypadkach ciał obcych w pęcherzu należy jako zabieg zasadniczy stosować cięcie nadłonowe (*sectio alta*), który nie stanowi operacji ciężkiej, a daje możność dokładnego wydobycia ciała obcego bez większego obrażenia tkanek otaczających. W ten sposób operował w jednym przypadku w celu wydostania szpilki, znajdującej się w pęcherzu, i wynik miał pomyślny.

KRYŃSKI stanowczo nie godzi się ze zdaniem ODERFELDA. W takim przypadku, jak ten, gdzie część szpilki znajdowała się w pęcherzu, drugi zaś koniec sterczał na zewnątrz, jedynie odpowiednie było postępowanie, którego użył

właśnie SZTEYNER, t. j. wyciągnięcie drutu przez rozszerzoną cewkę. Do otwarcia pęcherza przez cięcie nadłonowe przystąpić należałoby wtedy, gdyby ciało obce w całości znajdowało się w pęcherzu, i gdyby dokładne badanie, potwierdzone cystoskopią, wykazało niemożliwość wydobycia go *per vias naturales*.

KIJEWSKI zarówno jest zdania, że niema co myśleć o *sectio alta*, jeżeli uda się uchwycić szpilkę przez cewkę moczową, którą przecież można bardzo rozszerzyć.

BORZYMOWSKI w jednym przypadku mógł wyjąć szpilkę podwójną z pęcherza po rozszerzeniu znacznem cewki rozszerzadłami FRITSCH'a.

2. W. STANKIEWICZ przedstawia: 1) preparat mikroskopowy guza ślinianki podszczękowej, wyłuszczonego u mężczyzny 36-letniego przed 9 miesiącami. Preparat okazuje naokoło normalnych przewodów gruczołu nacieczenie drobnokomórkowe i miejscami pasma podłużne tkanki włóknistej. Główny interes tego rodzaju guzów, zwanych przez KUETNER'a guzami zapalnymi (*Entzündliche Tumoren*), polega na trudności ich rozpoznania i rozróżnienia od guzów złośliwych; są twarde, niebolesne, złane z otaczającymi tkankami i mają dążność do powiększania się znacznego, dochodzą one do wielkości jaja kurzego, a nawet bywają i większe.

Jako następstwo przewlekłego zapalenia wytwarza się w nich z początku nacieczenie drobnokomórkowe jednocześnie z zanikiem prawidłowej tkanki gruczołowej, a następnie tkanka włóknista. Przyczyną zapalenia najczęściej bywają zakażenia drobnoustrojami z jamy ust lub też zatkanie przewodów kamykiem. W danym przypadku część gruczołu była budowy i spoistości prawidłowej; większa zaś część twarda i nacieczona; na granicy zaś między nimi był mały kamyk wielkości grochu w rozszerzonym przewodzie. Gruczoły szyjowe nie były zajęte.

2) Pęcherz moczowy wraz z moczowodami i nerkami, wydobyty po śmierci chorego na nabłoniaka pęcherza. Chory, owarzarz z prowincyi, przed laty kilkunastu leczony był w szpitalu Ewangelickim na silne zwężenie cewki moczowej, zwłaszcza w części żołądziowej jąca. W roku zeszłym przybył do szpitala z powodu dotkliwych bólów w pęcherzu, parcia i brudnego moczu ze krwią. Ponieważ cystoskopowe badanie z powodu skurczu pęcherza było niemożliwe, S. w narkozie zrobił cystotomię i, przekonawszy się o zajęciu całego pęcherza nowotworem, uznał wyłuszczenie organu za spóźnione. Chory zmarł po kilku miesiącach. Pęcherz w całości nacieczony masą nowotworu, niezmiernie skurczony; ściany grube na 2—3 ctm., wewnętrzna powierzchnia w rozpadzie, pokryta kosmkami różnej wielkości i kształtu; ujścia moczowodów zwężone; moczowody niezmiernie rozszerzone, grubości palca, miejscami większe wypuklenia; ściany zgrubiałe i w niektórych miejscach nacieczenia rakowate. Miąższ nerek w zaniku, miedniczki rozciągnięte w kształcie torby, mogącej pomieścić pełną szklankę płynu.

Wobec tak znacznych zmian wstępujących w nerkach, powstałych skutkiem ucisku ujść moczowodów przez nacieczone ściany pęcherza, S. wskazuje, iż proponowane niekiedy wyłuszczenie całego rakiem zajętego pęcherza niema żadnej szansy z powodu istniejących już wcześniej zmian w nerkach,

3) Lewą nerkę, wyłuszczoną dziś u kobiety 39-letniej, dotkniętej oddawna gruźlicą. Chora od 6 miesięcy skarżyła się na bóle w boku lewym, upadając ciągle na siłach; przed dwoma tygodniami przybyła z Otwocka do szpitala Ewangelickiego bardzo wycieńczona, bezkrwi-

sta, narzekając na ciągle dotkliwe bóle, przytem ciągle gorączkowała. W lewym podżebrzu guz wielkości głowy noworodka, zajmujący przestrzeń aż do grzbietu kości biodrowej a ku wewnątrz do brzegu m. prostego. Guz twardy, dość gładki, nie chleboczący, daje wyraźny objaw ballotement. Płuca w stanie dobrym, łaknienie podupałe. Ilość dzienna moczu od 900 — 1200 ctm. Badanie moczu wykazuje obecność ropy w znacznej ilości, bez krwi, laseczników gruźliczych nie znaleziono.

S. rozpoznaje gruźlicę nerki, która jest przyczyną bólów, gorączki i ciągłego wycieńczenia chorej. Operację uważa za wskazaną, ale ze względu na naturę cierpienia, wielkie wycieńczenie chorej oraz wielkość guza, poczytuje rezultat operacji za bardzo wątpliwy. Rodzina chorej pomimo tego zgadza się na operację. Z powodu chwilowej niedokładności separatora S. decyduje się operować w przekonaniu, iż tak zmieniona nerka nie może prawie funkcyjować, i otrzymywana ilość moczu musi być wydzielana przez drugą nerkę, której się nie wydziela.

Operacja przedstawiała znaczne trudności z powodu zlania się samej nerki z torebką tłuszczową, która miała grubość do 1 centymetra i więcej, i z trudnością wielką dało się ją oddzielić od *capsula propria*. Szypułka z naczyniami została podwiązana, nerka odcięta, a cała torebka tłuszczowa wyłuszczona, następnie zaszyto mięśnie i skórę po wypełnieniu jamy gazą. Największą trudność oddzielenia miał S. u góry, gdzie nadnercze bardzo silne miało zrosty, w których znajdowały się dość grube pnie żyłne.

Nerka czterokrotnie większa od prawidłowej, ma powierzchnię gładką, torebka jej bardzo gruba. Na powierzchni pod torebką liczne ogniska tkanki tłuszczowej, szczególnie całe nadnercze przedstawia masę tłuszczową z pewną ilością dość zbitej tkanki łącznej. Podobnie zwyrodniała okazuje się istota rdzenia nerki, a w każdym jej kielichu znajduje się ognisko z rozpadem serowatym szaro-żółtawej barwy z gęstą ropą. Cała miedniczka zredukowana jest do bardzo wąskiej rynienki, przechodzącej w rozszerzony moczowód.

Jest to niezwykle stopień zwyrodnienia tłuszczowego nerki gruźliczej wraz z nadner-

czem przy jednoczesnym rozpadzie serowatym wszystkich kielichów.

Chora zniosła operację stosunkowo dobrze, ale do wieczora (6 godzin po operacji) nie oddawała wcale moczu.

3. KIJEWSKI przedstawia chorego, któremu z powodu gruźlicy wyciął najądrze wraz z przewodem nasiennym (*epididymectomy et vasectomy*), pozostawiając jądra, i wyraża przekonanie, że zabieg ten przedstawia nie gorsze szanse dla chorego co do nawrotu cierpienia, niż trzebienie, a jest operacją, daleko mniej okaleczającą chorego.

4. KRYŃSKI przedstawia preparaty mikroskopowe z jądra, zajętego sprawą gruźliczą. W przypadku tym u mężczyzny 26-letniego zmiany chorobowe w narządach płciowych tak były posunięte, że trzeba było wykonać trzebienie wraz z rozległą rezekeją powrózka nasienno po stronie prawej. Na preparatach mikroskopowych widać, iż tkanka jądra usiana jest gruzelkami, w których znajdują się liczne komórki olbrzymie o obwodowym przeważnie układzie jąder; nadto obfite nacieczenie drobnokomórkowe i zmiany w naczyniach świadczą o ostro rozwijającej się sprawie. W takich więc przypadkach nie można, rzecz prosta, ograniczać się do epididymektomii, lecz należy doszczętnie usunąć jądro, będące w całości ogniskiem gruźlicy.

5. AL. KOPCZYŃSKI. Wydobyte przez przetokę żołądkową zgłębnik przelykowego. 27-letnia robotnica w sierpniu 1902 r. oparzyła sobie przelyk ługiem. W sierpniu 1903 r. wykonano gastrostomię, po której chora szybko zaczęła powracać do sił. W grudniu tegoż roku przystąpiono do rozszerzania zwężonego przelyku od strony żołądka, lecz, według słów chorej, przy pierwszej próbie zgłębnik przelykowy złamał się i część jego pozostała w żołądku. Próby usunięcia złamanej części zgłębnika były bezskuteczne. Chora na własne żądanie opuściła szpital 17 stycznia r. b. z sączkiem gumowym w przetocze żołądkowej, przez który sama odżywiała się należycie.

14 marca r. b. pojawiły się nagle bóle w okolicy żołądka, mdłości, wylewanie się żółci przez przetokę. Po dwudniowym pobycie w domu wstąpiła do szpitala św. Rocha. Po uspokojeniu się ostrych objawów przystąpiono 20 mar-

ca r. b. do zbadania stanu przetoki żołądkowej, przez którą pomimo obecności sączka niepodobna było wprowadzić płynnego pokarmu do żołądka. Okazało się, że otwór w żołądku zwęził się lejkowato, sączek zaś spoczywał jedynie w ścianie przetoki w powłokach brzusznych, do jamy zaś żołądka z trudem zdołano przeprowadzić cienki zgłębnik metalowy. W celu wprowadzenia sączka zaczęto ostrożnie rozszerzać małym palcem przetokę i po rozszerzeniu jej końcem palca można było wyczuć w żołądku złamany zgłębnik fiszbinowy, którego dwa oddzielne odłamki, wielokrotnie włamane, ogólnej długości 47 cm., zdołano usunąć zgłębieniami kleszczykami pod kontrolą palca. Po wprowadzeniu nowego sączka gumowego i odżywianiu chorej tą drogą, dolegliwości niezwłocznie ustąpiły, i chora 29 marca r. b. szpital opuściła.

Przytoczony przypadek stwierdza niebezpieczeństwo rozszerzania zwężonego przelyku od strony żołądka i zmusza do pilnego przestrzegania następujących ostrożności przy wykonywaniu omawianego rękoczynu.

1) Zgłębnik powinien być pół-twardy, ażeby raczej wielokrotnie zaginał się, lecz nie nadłamywał.

2) Należy zawsze sprawdzać elastyczność i całość zgłębnika.

3) Każdy opór przy wprowadzaniu zgłębnika powinien skłaniać do zmiany kierunku.

4) Wrazie ułamania się części zgłębnika należy niezwłocznie przystąpić do usunięcia odłamanej części pod kontrolą palca, pozostawienie bowiem w żołądku ciała obcego, ostro zakończonemu, może spowodować poważne niebezpieczeństwo dla chorego.

KARCZEWSKI uzupełnia niektóre dane co do tej chorej, operowanej w jego oddziale, i wyraża przypuszczenie, iż objawy nie musiały być bardzo groźne, skoro w ciągu trzech miesięcy żołądek znosił dość obojętnie obecność tkwiącego w nim ciała obcego.

ODERFELD ostrzega przed rozszerzaniem w tych przypadkach palcem przetoki żołądkowej, gdyż łatwo w ten sposób rozerwać zrosty pomiędzy żołądkiem a ścianą brzuszną i spowodować wylanie się treści żołądkowej do jamy otrzewny.

KOPCZYŃSKI sądzi, że w danym przypadku od takiego oderwania zabezpieczało długotrwa-

Istnienie przetoki i, co zatem idzie, istnienie mocnych zrostów pomiędzy żołądkiem a ścianą brzuszną. W innych przypadkach można dążyć do rozszerzenia na drodze operacyjnej. Co się tyczy uwagi KARCZEWSKIEGO, to trzymiesięczna obecność zgłębnika w żołądku bez wywołania zaburzeń nie przemawia bynajmniej za dalszym zachowaniem się obojętnym żołądka, jak też i stało się w tym przypadku: opróżnienie żołądka po wysunięciu się z przetoki sączka dało niezwłocznie powód do wystąpienia ciężkich objawów.

J. ŚWIĄTECKI był obecny przy próbie wydobycia zgłębnika pod kontrolą cystoskopu;

sposób ten zastosowano tu dlatego, że nie chciało psuć idealnego wyniku gastrostomii, co musiałyby nastąpić, gdyby chciano rozszerzać otwór gastrostomijny. Zresztą wydobycie zgłębnika palcami było tu niemożliwe, gdyż leżał on bardzo głęboko i wystawał do żołądka zaledwie na 5—6 cm. Próby pochwylenia zgłębnika długimi szczypcami zawiodły, gdyż za każdym razem znikał on z pola widzenia, tak że w końcu wypadło odłożyć interwencję. To, że kol. KOPCZYŃSKIEMU udało się pochwycić ciało obce palcami, dowodzi, że z czasem wysunęło się ono z przełyku do żołądka, z możliwością czego liczone się i wówczas.

K R O N I K A.

Prasa lekarska.

W ukazujących się u nas od czasu do czasu artykułach, dotyczących reformy naszej prasy lekarskiej, zwracano pomiędzy innymi uwagę na nadmierną liczbę czasopism lekarskich polskich, nadmierną zarówno i w stosunku do naszej produkcji literackiej, jak i do szczupłego względnie koła czytelników ich dobrobytu. Jesteśmy przecież wszyscy oszczędni, o ile idzie o wydatki na książki i pisma, czytelnictwo w ogólności wśród nas zbyt rozpowszechnione nie jest, a nasz ogół lekarski, choć mu przyznać trzeba duże odczytanie w piśmiennictwie lekarskim, jednak ze względów materialnych stara się zadosyć uczynić swoim potrzebom literackim przez korzystanie z pism w czytelniach lub wzajemne ich sobie pożyczanie. Już ten jeden wzgląd sprawia, że żadne z naszych pism lekarskich utrzymać się nie jest w stanie, i każde rokrocznie pewien deficyt wykazuje, innymi słowy, że jest ich za dużo. A bardziej, być może, przekonywają o tem skargi czytelników na treść naszych wydawnictw lekarskich: mamy zbyt mało sił i środków, aby uczynić nasze czasopisma in-

teresującymi i niezbędnymi dla ogółu lekarskiego. O przyczynach tego stanu pisałem już przed kilku laty w „Krytyce Lekarskiej“, dziś tylko zaznaczyć mogę, że sprawa bynajmniej nie uległa poprawie, a chwilowo, z powodu wezwania na plac boju wielu dzielnych sił młodszych i paniki, jaka ogarnia pozostałych w Warszawie, nawet pogorszyła się znacznie. Osłabienie ruchu naukowego daje się czuć bardzo wyraźnie, o ile mi wiadomo, we wszystkich redakcjach naszych pism lekarskich. Ale miejmy nadzieję, że są to rzeczy przejściowe, i że bliska przyszłość znowu przywróci równowagę w naszej działalności naukowo-literackiej.

Jeżeli zatem, przy szczupłej naszej produkcji naukowej należałoby się zastanowić, czy nie posiadamy zbyt wielu czasopism lekarskich, czy godzi się prawie rokrocznie powiększać ich liczbę, to już bez żadnych zastrzeżeń utrzymywać wolno, że ogólna liczba peryodycznych wydawnictw lekarskich zaczyna przybierać potworne rozmiary, utrudniając w wysokim stopniu lekarzowi naukowemu oryentowanie się w bujnym

piśmiennictwie, którego liczne płody bez szkody dla ogółu mogłyby pójść do grobu wraz z mózgami swoich autorów. Artykuły takie fabrykują się wprost dlatego, aby było czem zapełnić szpalty wielu niepotrzebnie istniejących pism lekarskich.

Ta bezprzykładna powódź organów, medycynie poświęconych, dała połop d-rowi Hansowi Kohn'owi z Berlina do wypowiedzenia kilku trafnych, śmiałych a i dla nas nieobojętnych uwag pod adresem niemieckiej publicystyki medycznej.

„Nadmierny rozwój lekarskiej prasy periodycznej, powiada d-r K., urósł do rozmiarów istotnej kłębki: utrudnia on w wysokim stopniu pracę naukową i rozluźnia węzły, łączące lekarzy z postępami ich wiedzy. Skargi na ten stan rzeczy nie są nowe, albowiem już przed wielu laty w tej samej sprawie zabrał głos Rudolf Virchow. Jaki był skutek jego przestrogi, trudno osądzić, gdyż nie wiadomo, ile ona projektów wydawniczych zdławiła w zarodku, w każdym jednak razie wpływ jej nie był trwały, gorzej bowiem jest obecnie, niż było niegdyś. I dlatego skargi na nadprodukcję literacką i życzenia zmian w tym kierunku stanowią stały temat rozmów koleżeńskich, dlatego również warto owe skargi i życzenia publicznie poruszyć.

Świat lekarski rozporządzał w końcu 1903 roku przeszło 230 czasopismami niemieckimi, liczbą, która pomimo swojej prawie do śmiechu pobudzającej wysokości dzisiaj powiększyła się zapewne o jakiś tuzin. 240 czasopism, a ciągle ukazują się nowe!

Mniej obyty ze stosunkami lekarskimi człowiek mógłby widzieć w tym urodzaju literackim miarę płodności badań i dociekań lekarskich. Tak, gdyby pisanie było równoważnikiem badania! Albo gdyby autorowie tylko wtenczas chwyтали za pióro, kiedy mają do zakomunikowania publiczności lekarskiej nowy wynik swoich dociekań i owoc swej myśli. Tak, w tym razie można byłoby się istotnie cieszyć z rozkwitu literatury lekarskiej i zgodzić się na jego niedogodności.

Ale jeden rzut oka na większość czasopism przekonywa o jaskrawej sprzeczności pomiędzy tym ideałem a rzeczywistością. Całe numery takich pism fachowych można spokojnie odłożyć nie przeczytane, bez obawy stracenia czegoś, isto-

tną wartość mającego, i zaledwie w najlepszych z naszych czasopism spotykamy się z artykułami, które trzeba przeczytać, jeżeli się nie chce stracić kontaktu z nauką.

Okoliczność ta dowodzi, że istniejące czasopisma wystarczają aż nadto, aby dać gościnę poważnym pracom naukowym, że zatem pracownicy naukowi nie odczuwają potrzeby co raz to nowych dzienników. Wyjątkowo tylko potrzeba taka zająłaby mogła w takim, dajmy na to przypadku, gdyby rozkwitająca nowa jakaś specjalność wymagała dla siebie więcej miejsca, gdzie mogłaby gromadzić wszystkie te drobne cegiełki, jakie do jej dalszego rozwoju są niezbędne. Ale i tu spostrzegamy duże nadużycie! Zamiast jednego organu dla chorób kobiecych mamy ich 7, zamiast jednego pisma okulistycznego — 5, zamiast jednego, poświęconego chorobom dzieci — 6. Zaledwie zwrócono więcej uwagi na sprawę walki z gruźlicą, a już powstały trzy tego rodzaju pisma specjalne.

Skąd jednak wszystkie te czasopisma znajdują dostateczny dla siebie materiał, skoro medycyna nie może się pochwalić taką obfitością badań naukowych? Tajemnica tego tkwi w następujących okolicznościach:

Redaktor, który założył pismo lub objął jego prowadzenie, uważa sobie za punkt honoru utrzymać swój dziennik, chociażby istnienie jego nie odpowiadało koniecznej potrzebie czytelników. W tym celu zwraca się do towarzyszków zawodu z prośbą o „przyczynki literackie“. Uproszony autor zaś, o ile jest młody, uważa sobie za honor, jeżeli jest starszy, za obowiązek odpowiedzieć na zaszczytne wezwanie redakcyi. Mogą go zresztą i inne pobudki do tego skłaniać, w każdym jednak razie liczne w ten sposób powstałe artykuły lekarskie zawdzięczają swe narodziny nie wewnętrznej potrzebie autora, lecz innym zgoła czynnikom.

Inny rodzaj artykułów ukazuje się w druku na życzenie „szefów“, którzy dla podniesienia swojej renomy uważają za rzecz niezbędną, aby z ich klinik i instytutów wyszło corocznie tyle a tyle prac bez względu na ich wartość i powagę naukową.

Należy też w tem miejscu przypomnieć sobie niczem usprawiedliwić się! nie dające rozmiary skromnych spostrzeżeń kazuistycznych — oraz „watowanie literaturą“ (jak wyrażają się

Anglicy o pracach niemieckich) artykułów, w których przytoczenie istoty rzeczy wystarczyłoby najzupełniej.

Nakoniec ogłaszanie jednej i tej samej pracy w kilku pismach również przyczynia się do zapelniania szpalt organów prasy lekarskiej.

Skoro jednak wszystkie te czasopisma istnieją, to muszą mieć prenumeratorów, którzy im egzystencję zapewniają? Tak zdawałoby się napozór. W istocie rzecz wygląda nieco inaczej.

Jeżeli pominiemy z jednej strony wydawnictwa peryodyczne, będące organami towarzystw lekarskich i na zbyt wcale nie liczące, z drugiej zaś te pisemka, które żyją tylko z ogłoszeń i wyciągów z innych pism, to pozostanie jeszcze duża liczba gazet, których odbiorcy nie są tak liczni, aby pokryć mogli koszty wydawnictwa. I tu więc z pomocą przyjsie muszą ogłoszenia, a pismo takie zazwyczaj ma niewiele wspólnego z istotnym postępem wiedzy. Zresztą takie życie na rachunek ogłoszeń nie zawsze jest rzeczą niewinną i nieraz okrywa rumieńcem twarz redaktora, gdy mu, na przykład, fabryka chemiczna, nadsyłając długie ogłoszenie, kładzie za warunek, aby jednocześnie w gazecie zjawił się artykuł, zachwalający skuteczność ogłaszanego środka. Są, niestety, lekarze, którzy artykuły takie za odpowiednim wynagrodzeniem piszą.

Pominąwszy już szkody moralne, jakie sprawia nadprodukcja literatury lekarskiej, podnieść należy szczególnie okoliczność, że skutkiem niej cierpi bardzo intelektualna strona

czytelników. Lekarz, pracujący naukowo, a nie będący w stanie posiadać wszystkich potrzebnych mu do naukowej pracy czasopism, skazany jest na szukanie ich w wielkich bibliotekach, jakimi rozporządzają tylko wielkie miasta, albo musi się zadowolić czytaniem referatów, z których większość nie ma żadnej wartości.

Takiemu studyowaniu literatury lekarskiej z krótkich referatów przypisać należy powierzchowność i brak krytycyzmu, jaki w wielu z naszych prac zauważyć się daje.

Jako środki zaradcze proponuje d-r K., aby profesorowie uniwersyteccy wpływali na swoich asystentów, by mniej pisali, a wzamian pozwalali owocom badań swoich należycie dojrzeć, zanim będą ogłoszone, aby starali się być treściwymi w swych artykułach i wyrzekli się niepotrzebnego „watowania“. Starsi profesorowie i lekarze powinni być powściągliwsi w udzielaniu współpracownictwa swego redaktorom nowopowstających gazet.

Nakoniec docęni prywatni czy profesorowie niech zrozumieją, że tytuł redaktora może wprawdzie bardzo schlebiać ich ambicyi, ale sam przez się nie mówi o wartości naukowej ozdobionego nim osobnika, przeciwnie nawet, czas poświęcony na sprawy redakcyjne, stracony jest dla ich pracy czysto naukowej. *Mutatis mutandis* powyższy punkt widzenia zastosować się da i do tych pracowników naukowych i redaktorów, którzy posad uniwersyteckich nie zajmują.

Zygmunt Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= WALKO przeprowadził szereg badań nad systematycznym stosowaniem oliwy w niektórych cierpieniach żołądka. Wpływ oliwy na czynność wydzielniczą żołądka przejawia się wzmożeniem wydzielania HCl, a następnie, przy dalszym przebiegu trawienia, zmniejszeniem zarówno ilości wolnego HCl ja-

koteż kwaśności ogólnej. Czynność ruchowa nie bywa upośledzona. Ilość zacyznu, rozszczepiającego tłuszczę, bywa największa przy pokarmie mlecznym, mniejsza przy mięsny, a najmniejsza przy węglowodanach. Przytem rozszczepianie zawiesin bywa daleko większe, niż tłuszczów niezawieszonych. Jednoczesny do-

wóz lekkostrawnych tłuszczów nie wpływa na zaburzenia proteolizy i sprzyja trawieniu węglowodanów. Szpik kostny i oliwa są najlepsze przy nadkwaśności i nadmiernem wydzielaniu, w połączeniu z rozszerzeniem, we wrzodzie żołądka i dwunastnicy, w niedomykalności odźwiernika i skurezu tegoż. Trzeba dawać 100 — 200 ctm. sz. oliwy.

(Z. f. Heilk. T. 24).

= Zdaniem COHNHEIM'a, stosowanie oliwy łyżkami przed jedzeniem, jakoteż orszady wpływa kojąco na żołądek; zmniejsza się wydzielina i tarcie. Najlepiej nadaje się to leczenie we wrzodzie, nadkwaśności, skurezach odźwiernika spastycznych i organicznych

(Z. f. kl. Med. T. 52).

= ROSE (New-York) zaleca oliwę w dużych dawkach przeciw przypadłościom, zależnym od przewlekłego nieżytu żołądka i rozszerzenia. Szczególniej dobrze działa oliwa przy kureczach żołądka skutkiem zwężenia odźwiernika i wrzodzie, tak iż może zastąpić bismut. Przy kureczach nerwowych niema wyników dodatnich; jest to ważne dla rozpoznania różniczkowego. R. daje 50 ctm. sz. na godzinę przed jedzeniem lub wprowadza 100 — 150 ctm. sz. przez zgłębnik do czczego żołądka.

(Post-Graduate 2—1904).

= Veronal. Dalsze spostrzeżenia stwierdzają skuteczność tego środka nasennego. Najprędzej, już po 15—45 minutach, działa on, podawany w gorącej herbacie lub mleku (MICHEL i RAIMANN). Sen jest lekki, podobny do naturalnego; po przebudzeniu samopoczucie dobre. Środek działa kumulująco, gdyż druga lub trzecia dawka bywa najskuteczniejsza. Po dawkach dużych (1,5) następuje odurzenie i utrata równowagi. Jako *sedativum* w stanach podniecenia daje się weronal po 0,5 co 3—4 godziny aż do skutku, który następuje najpóźniej po 1,5. Weronal jest jednym z najmniej szkodliwych i najpewniejszych środków nasennych i nie ma przeciwwskazań. (Heilkunde. Styczeń. 1904).

= FISCHER i MERING stwierdzili, iż weronal po większej części opuszcza ustrój w stanie niezmienionym. Wobec trionalu i sulfonalu zasługuje na pierwszeństwo przez łatwiejszą rozpuszczalność w wodzie, dzięki czemu lepiej ulega wehłanianiu i działa pręcej. Zwykła dawka 0,5 w gorącej herbacie lub wodzie; mleka używać nie należy, gdyż przez alkalia mleka powstają sole weronalu, mające smak gorzki. W proszku (w opłatku) działanie występuje dopiero po kilku godzinach. (Ther. d. Geg. Kwiecień. 1904).

= JORDAN dawał weronal z doskonałym wynikiem w obłądzie opileczym i bezwładzie ogólnym; w padaczce skutek był mniej dobry. Dawka zwykła 0,25—0,5; niekiedy przy silnem podnieceniu trzeba było dochodzić do 3,5. Najlepiej dawać 3 godziny przed zamierzonym działaniem. Zjawisk ubocznych nie spostrzegano; raz tylko wystąpiło lekkie zaczerwienienie skóry podobne do pokrzywki. (Brit. med. Journal. 5. 3. 1904).

= Objawy otrucia po zażyciu weronalu zauważył CLARKE u kobiety 19-letniej, która z przepisu lekarza zażyła pierwszego wieczoru 1,0, a dwóch następnych po 1,6. Nazajutrz był sen głęboki ze zwolnieniem tętna, a w 3 dni później wystąpiło zaczerwienienie swędzące na całym ciele. Gdy chora po tygodniu zażyła znów pokrywomę weronalu i wzięła w ciągu 4 dni 8,5, nastąpił sen letargiczny, ogólny niepokój, lekka gorączka oraz podobne do płonicy zaczerwienienie na kończynach i twarzy. Po usunięciu środka szybka poprawa. (Lancet. 23. 1. 1904).

= LANDENHEIMER spostrzegł długoletniego morfinistę, który w ciągu 2 miesięcy zażył 250,0 weronalu, biorąc 2—3 razy dziennie z pudełka na koniec języka bez określonej miary; w ten sposób zażywał około 4,0 dziennie. Znajdował się w przyjemnym stanie podniecenia, podobnym do odurzenia wyskokiem, lecz bez objawów porażenia. (Ther. d. Geg. Styczeń. 1904).

Wiadomości bieżące.

— W instytucie higieny dziecięcej im. bar. Lenvala w ciągu dziewięciu miesięcy, t. j. od dnia 1 stycznia r. b. do 1 października, wydano kąpiele 9482, korzystało z urządzeń gimnastycznych 601 dzieci, ostrzyżono 547, zaszczepiono ospę 9127, pomocy dentystycznej udzielono 262 dzieciom, porcy mleka wydano 20,124. W ambulatoryum udzielono porad w chorobach wewnętrznych 3306, nerwowych 45, chirurgicznych 491, ocznych 124, jamy ustnej i gardła 168, skórnych 158, w oddziale przeciwgruźliczym 43, ogółem porad 5035. W instytucie udzielano nie tylko porad, lecz zarazem dawano matkom szczegółowe wskazówki, jak w danym razie ma się z chorem dzieckiem obchodzić, jak je pielęgnować, i chronić od nowego zachorowania. Zatem w instytucie uczą praktycznie higieny, oświecają lud, a dając zarazem darmo lekarstwo, przywiązują masy do instytucji i obudzają zaufanie do niej. Lekarze też mają tam daleko więcej pracy, niż w innych ambulatoryach, tylko podaniem porad się ograniczających. W obec szczupłości funduszy postanowiono z konieczności zwiększyć opłatę (za poradę i lekarstwo i pogładową nau-

kę higieny dla matek) z 10 cju kop. na 15. Za to cena kąpiele została niżona i wynosi bajecznie mało, bo 3 kop. od dziecka z ręcznikiem i mydłem, do czego dodaje się biednemu dziecku, o ile fundusze pozwalają, szklanek mleka z bułką. Życzyćby należało, aby i w innych okolicach miasta powstały podobne instytucje, mające nie tylko lecznicze i higieniczne, lecz zarazem kulturalne znaczenie.

— W osadzie Kurowie Nowo-aleks. pow., liczącej 7000 mieszkańców, zatwierdzony został stały etat miejskiego lekarza. Etat znaczny. Bliższych informacji udzieli miejscowa apteka.

— Pierwszy Zjazd międzynarodowego Stowarzyszenia chirurgii zbierze się w Brukseli we wrześniu 1905 r. Prof. RYDYGIER weźmie w nim czynny udział, jako referent sprawy „leczenia przerostu gruczolu krokowego.“

— Towarzystwo żeglugi parowej „Kaukaz i Merkury“, warszawska agentura, Królewska 18 (od 5—7), poszukuje lekarzy na statki pocztowo-pasażerskie morza Kaspijskiego.

— ZMARLI. Ś. p. D-r Aleksander STOCKMANN. Ubył nam jeden z najgruntowniej wykształconych lekarzy zdrojowych. W ubiegłym tygodniu zmarł w Ciechocinku znany w obszernych kołach wieloletni lekarz zdrojowy także Aleksander STOCKMANN. Wychowaniec szkół Radomskich i Kaliskich, ukończył studia lekarskie w b. Szkole Głównej w roku 1871. Prócz dwu poważnych prac z zakresu fizjologii nerwów, ogłaszał i spostrzeżenia z dziedziny praktyki i napisał jedną z najlepszych monografii Ciechocinka, świadcząca o jego gruntownem wykształceniu lekarskiem i bystrości spostrzegawczej. Nadto przysłużył się naszemu ogółowi wyborem przekładem czterech obszernych i ważnych dzieł: DONDERS'a, WUNDT'a, NEUMANN'a i HENOCH'a. Od wielu lat ś. p. STOCKMANN był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Zmarły drogiej pamięci nasz Kolega, po za naukami lekarskimi, odznaczał się bardzo wszechstronnem humanitarnem wykształceniem i posiadał wszelkie warunki na pożytecznego działacza społecznego. Od bardzo dawna, bo może od lat kilkunastu, dotknięty cierpieniem systemowem układu nerwowego, nie mógł służyć społeczeńsiwu tak, jakby mu jego rozległa wiedza na to pozwalała, gdyż życie jego lat ostatnich było walką pomiędzy spełnieniem zawodowych obowiązków a gnębiącą go chorobą.

Cześć Jego zacnej, niepokalanej pamięci!

H. D.