

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. Przypadek „nerki chirurgicznej“, leczony odłuszczeniem torebki nerkowej. Str. 377. II. FR. KJEWSKI. O torbielach trzustki. Str. 381. (Dok.). — III. Z. BYCHOWSKI. O niektórych wskazaniach do radykalnej i paliatywnej trepanacji w nowotworach mózgu. Str. 386. (C. d.). *Notatki lekarskie.* 5. Praktyczna wskazówka dla szczepiących ospę. Str. 390. — *Dział sprawozdawczy.* 73. GMINDER. O odłuszczeniu torebek nerkowych w przypadkach eklampsji. Str. 391. 74. NEUHAUSER. O rozwoju nadnercza przeszczepionego do nerki. Str. 391. 75. GUIBÉ. O krwotokach kiszkowych po operacji wycięcia wyrostka robaczkowego. Str. 392. 76. CARREL. O przeszczepianiu kończyn. Str. 392. — *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Posiedzenie dnia 2-go marca 1909 r. Str. 393. — *Wiadomości bieżące.* — *Ogłoszenia.*

I. ZE SZPITALA UJAZDOWSKIEGO.

Przypadek „nerki chirurgicznej“, leczony odłuszczeniem torebki nerkowej.

Podał

Jan Świątecki.

„Ropne zapalenia nerki i miedniczki nerkowej (*pyelonephritis*), jak dotychczas, dawały powód do zabiegów chirurgicznych tylko wtedy, gdy doprowadzały do roponercza (*pyonephrosis*) lub też do zropienia wodonercza (*hydronephrosis suppurata*), w przypadkach zaś, gdzie sprawa chorobna polegała na wytworzeniu się w nerce licznych drobnych (*miliaris*) ropni, sądzono, że chirurg nie ma tu nic do czynienia, gdyż nefrotomia wydawała się bezskuteczną, a nefrektomia w większości przypadków niedopuszczalną ze względu na zbyt częste zajęcie sprawą chorobną obu nerek. Na podstawie kilku niżej przytoczonych przypadków dowiodę, że poglądy te winny ulegć zmianie, gdyż nie tylko że ciężka sprawa septyczna może się ograniczyć do jednej nerki, a więc wraz z nią może być usunięta, ale także zabiegi więcej zachowawcze, jak nefrotomia i częściowa resekcyja nerki, winny znaleźć miejsce w terapii omawianego cierpienia“.

Tak pisał w r. 1901 ISRAEL w swem znakomitem dziele *Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten* [str. 31]. Przytoczywszy 7 przypadków wyleczenia wielogniskowego ropnego zapalenia nerki przez jej wycięcie, opisuje przypadek, gdzie u chorego pozbawionego już przedtem prawej nerki z powodu gruźlicy, wystąpił nagle po lewostronnej kolce nerkowej bezmocz i objawy mocznicy, tak, że przypuszczając zatkanie moczowodu przez kamień, zdecydował się naciąć nerkę: kamienia nie znalazł, stwierdził zato na powierzchni nerki liczne drobne ropnie prosówkowe. Po tej operacji, wbrew wszelkim oczekiwaniom, chory wyzdrowiał. W uwagach o tym przypadku ISRAEL pisze: „Ustąpienie bezmoczu pojąć łatwo, gdyż nacięcie nerki usunęło ciśnienie wewnątrznerkowe i przez upust krwi, chłonki i produktów zapalnych umożliwiło krążenie krwi w naczyniach włosowatych; trudniej jednak zrozumieć zniknięcie niewątpliwie stwierdzonych w tym przypadku licznych drobnych ropni, rozsianych w mięszu nerki; odtąd jednak z faktem tym trzeba się rachować, i kiedy dotychczas nerki takie kwalifikowały się zawsze do wycięcia, obecnie sądzę, że będzie tu uprawnioną operacja więcej konserwatywna, a mianowicie nacięcie nerki (*nephrotomia*). Wychodząc z tego założenia, w innym przypadku ograniczyłem się do wycięcia części usianego ropniami mięszu nerkowego i osiągnąłem wyleczenie zupełne“ [str. 48].

Każdemu, kto obecnie czyta te słowa, musi przyjść na myśl, że aby osiągnąć zmniejszenie ciśnienia wewnątrznerkowego, niekoniecznie trzeba przecinać nerkę, a dość będzie naciąć i odluszczyć jej otoczkę (*decapsulatio*); wiemy zaś już dzisiaj, że operacja EDEBOHLS'a o ile została zarzuconą w przewlekłych zapaleniach nerki, o tyle zyskuje coraz większe zastosowanie w jej ostrych sprawach chorobnych.

Dziwnemby było, gdyby sam autor tej operacji nie wypróbował jej w cierpieniu wyżej omawianem; i w rzeczy samej zastosował ją w dwu przypadkach ¹⁾.

Pierwszy przypadek dotyczył kobiety 34-letniej, której EDEBOHLS z powodu septycznego rozpadu mięśniaka macicy po porodzie, usunął był [17. III. 1901] macicę wraz z trąbkami i jajnikami; w następstwie operacji powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa i ostra prawostronna *pyelonephritis* z licznymi prosówkowymi (*miliäris*) ropniami w nerce, którą też EDEBOHLS usunął w cztery miesiące [9. VII. 1901] po pierwszej operacji. Pomimo to mocz zawierał białko i ropę w dalszym ciągu, tak, że w 4 miesiące później, 10. XI. 1901, EDEBOHLS wykonał dekapsulację na pozostałej lewej nerce, w której i makro- i mikroskopowo ustalono, oprócz przewlekłego mięszonego zapalenia, liczne drobne ropnie. Chora poprawiła się o tyle, że 10. II. 1902 poddała się doszczętniej operacji przepukliny brzusznej, a w parę lat po tem, 25. III. 1904 rozbiór moczu wykazał ślady białka i w osadzie z rzadka leukocyty, erytrocyty i wałeczki szkliste.

¹⁾ Renal decapsulation versus nephrotomy, resection of the kidney and nephrectomy. Brit. Med. Journal 1902, list. 8.

Drugi przypadek dotyczył 22-letniej kobiety w 4-ym miesiącu ciąży, która zachorowała 8-go maja 1902 r. przy objawach ostrego bólu i powiększenia prawej nerki, dreszczów, silnej gorączki i ropomoczu; 19-go maja EDEBOHLS usunął uległą zapaleniu (*inflamed, greatly congested*) torebkę tłuszczową wraz z torebką właściwą, poczem spostrzegł na powierzchni nerki niezliczone mnóstwo ropni prosówkowych, tak podobnych do gruzełków, że wyciął kawałek nerki i posłał do pracowni dla zbadania mikroskopowego; otrzymawszy w kwadrans potem odpowiedź: „ropne zapalenie, nie gruźlica“, nerki nie usunął i chora wyzdrowiała zupełnie, jeśli wyzdrowieniem nazwać można stan taki, że mocz stale zawierał niewielką liczbę leukocytów.

Czy tylko co przytoczone przypadki przemawiają bezwzględnie za dodatnim wpływem dekapsulacji na znikanie ropni w nerce, można się na to zapatrywać dość krytycznie: w przypadku pierwszym jako sądzić można z historii choroby, chora nie gorączkowała i wskazaniem do operacji było przewlekłe, a nie ostre zapalenie nerki i znalezienie tu ropni było poniekąd niespodzianką; w przypadku drugim chora przestała gorączkować na dwa dni przed operacją, tak że sam EDEBOHLS ma wątpliwość, czy chora nie wyzdrowiałaby i bez operacji; nic też dziwnego, że ogłoszenie tych przypadków przeszło bez wrażenia, i aż po dzień dzisiejszy, o ile sądzić można z bieżącej literatury, nerkę, usianą ropniami prosówkowymi, po staremu nacinają, rezekują albo też nawet usuwają zupełnie.

Dlatego też poczuwam się do obowiązku ogłosić przypadek, który udało mi się spostrzegać w szpitalu Ujazdowskim, i w którym zastosowałem najbardziej zachowawczą, mojem zdaniem, operację, t. j. dekapsulację nerki— z wynikiem pomyślnym.

Przypadek dotyczy 22-letniego żołnierza, dobrej budowy i odżywienia, który w październiku 1907 r. zaraził się miękkim szankrem. Porządnie leczyć zaczął się dopiero w lutym 1908 r., kiedy szankier zniszczył mu tylną część napletka i odłuszczył na znacznej przestrzeni cewkę od skóry, tak, że dla obnażenia wrzodu wypadło przeciąć skórę na członku prawie aż do jego nasady.

W lipcu tegoż roku przeniesiono chorego na oddział chirurgiczny z powodu licznych [8]przetok wzdłuż przebiegu cewki, które postanowiłem zaszyć, co też skutecznikiem 26-go lipca i po operacji założyłem do pęcherza cewnik *à demeure*. T. v. 36,8°.

27. 36,4°—36,7°.

28—30. *Status afebrilis*.

31. Z powodu obfitego ropienia z cewki, narażającego zagojenie doraźne nałożonych szwów, miałem nieostrożność usunąć cewnik *à demeure* i załecić na dzień następny wypuszczanie moczu cewnikiem cztery razy dziennie.

1-go sierpnia chory zaczął oddawać mocz przez cewkę; sześć przetok z liczby ośmiu zagoiło się *per primam*, nazajutrz jednak chory zaczął silnie gorączkować i skarżyć się na ból w okolicy lewej nerki; mocz mętny z dość znacznym osadem ropnym.

2. VIII. 38,2°—39,2°.
3. 38,7°—40,1°.
4. 38,8°—40,6°.
5. 39,3°—39,5°.
6. 38,9°—39,7°.
7. 39,7°—38,9°.
8. 39,3°—39,9°, i to pomimo obfitych dawek salolu i urotropiny.

Dodać należy, że przez cały ten czas chory robi wrażenie ciężko zatrutego [septycznego] chorego; język suchy, tętno 110, dość pełne. Mocz o odczynie kwaśnym, mętny, ropny.

9. VIII. T. m. 39,5°. W uspieniu chloroformowem przez cięcie lędźwiowe naciąłem wzdłuż torebkę tłuszczową i właściwą, poczem palcem odłuszczyłem ją od nerki. Wtedy na powierzchni nerki w jej części środkowej, na przestrzeni około 2 rubli sr. ukazało się mnóstwo ropni prosówkowych. Ranę wytamponowałem gazą jodoformową i na tem zakończyłem operację; torebki nie wycinałem, tak, że cała operacja trwała nie więcej, nad pięć minut. T. v. 39,0°.

10. 38,2°—39,0°. P=90. Chory czuje się znacznie lepiej.
11. 39,0°—39,2°.
12. 38,8°—39,2°.
13. 38,6°—37,4°.
14. 36,4°—36,8°.

15. 35,8°—36,8° i dni następnych stan bezgorączkowy. W ciągu 4-ch tygodni rana zagoiła się bez powikłań, chorego jednak ze względu na ropę w moczu wypisałem dopiero 3-go listopada.

Kilkakrotne badania moczu [ostatnie d. 17-go paźdz.], dawały zawsze jeden i ten sam wynik: białka ledwie dostrzegalne ślady, osad bardzo nieznaczny, składa się z kłaczków śluzu, zawierającego szarobiałe nitki i kulki; twory te kładają się: 1) z warstw płaskiego ogoniastego i okrągłego nabłonka z dużym jądrem [nabłonek miedniczki nerkowej], 2) z leukocytów czasem ugrupowanych w pasemka, a czasem leżących pojedynczo na warstwach nabłonka. Waleczków nerkowych, mimo bardzo pilnych poszukiwań, nigdy nie znaleziono. Jak widzimy, analizy przemawiają li tylko za katarem miedniczki nerkowej.

Na zakończenie podnieść muszę jeden szczegół techniczny: w moim przypadku nie wycinałem wcale torebki nerkowej, tak, że nie wykonałem typowej operacji ЕДЕВОИЛС'a, która, jak wiadomo, polega na odseparowaniu torebki właściwej nerki od torebki tłuszczowej i całkowitem jej usunięciu; ЕДЕВОИЛС robi to w tym celu, aby ułatwić wrastanie naczyń z tkanek otaczających do nerki i przez to poprawić jej odżywianie. Skoro dziś jednak wiemy już bardzo dobrze, że—po pierwsze, owe nowopowstające naczynia, jak wogóle wszelkie naczynia tkanki bliznowej, nie są długowieczne; powtórę zaś, że naokoło dekapulowanej w ten sposób nerki powstaje nowa i to dość gruba otoczka bliznowa, która, kurcząc się, ściska nerkę i przez to może upośledzać jej czynność fizyologiczną, to, mojem zdaniem, wycinanie torebki wła-

ściwej nerki jest rzeczą zgoła zbyteczną, a nawet wręcz szkodliwą. Sądzę zatem, że będzie najlepiej, jeżeli nie przy ropniach, to w każdym razie w ostrych sprawach zapalnych, odłuszczywszy torebkę od nerki palcem, pozostawimy ją na miejscu i pozwolimy następnie nerce wrosnąć, że tak powiem, w swoją własną skórę, i im prędzej odbędzie się ta sprawa, tem lepiej, tem mniej rozwinie się tkanki bliznowej. Jeszcze jeden zysk z takiego sposobu postępowania—operacja sprowadza się niemal do prostego nacięcia i może być wykonana w ciągu paru minut.

II. O TORBIELACH TRZUSTKI.

Podał

Dr med. Fr. Kijewski,

ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Św. Rocha w Warszawie.

Rzecz wygłoszona 3-go lutego 1908 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lek. Warszawskiego.

(Dokończenie — Patrz Nr. 16).

Zatrzymam się tu cokolwiek nad kwestyą, jakie wyniki daje leczenie operacyjne torbieli trzustki. Wnioski swoje opieram na rozpatrzeniu 240-u operacyi, zebranych przez KOERTE'go, LISSNER'a i JASIŃSKIEGO oraz porównaniu całego szeregu oddzielnych spostrzeżeń, ogłoszonych do ostatniej chwili, dostępnych dla mnie.

W 1898 r. KOERTE ogłosił 122 operowanych przypadków torbieli trzustki, w 1902 r. LISSNER zebrał jeszcze 84 spostrzeżeń, z tych jednak operowano tylko 74 [dwa przekłucia]. JASIŃSKI w 1903 r. dodaje do tego jeszcze 18 spostrzeżeń. W statystyce JASIŃSKIEGO, przedstawiającej 38 przypadków nowych, dwadzieścia jest przytoczonych już uprzednio przez LISSNER'a. Zebrałem jeszcze następujące spostrzeżenia:

2.	DICK'a	1902 r.	a)	wszycie	—	ś m i e r ć
			b)	"		wyzdrowienie
1.	LISSNER'a	1902 r.		"		"
1.	PICHLER'a ¹⁾	1902 r.		"		"
1.	CUMSTON'a	1903 r.		"		"
1.	WALASZKO	1903 r.		"		"
1.	DWUŻYLNEGO	1904 r.		"		ś m i e r ć

¹⁾ PICHLER. Wiener klin. Wochenschr. 1902, Nr. 52.

1. EXNER'a	1905 r.	dwucz. oper.	"	wyzdrowienie
1. KOPFSTEIN'a	1905 r.	jednocz.	" "	"
1. BURMEISTER'a ¹⁾	1905 r.	"	"	"
1. HONIGMANN'a ²⁾	1905 r.	"	"	"
1. LUBIENSKIEGO	1906 r.	"	"	śmierć
TOFANOWA ³⁾				
1. IHNSON'a ⁴⁾	1907 r.	"	"	wyzdrowienie
1. GRUNDA	1907 r.	"	"	"
1. LILIENSTEIN'a ⁵⁾	1907 r.	"	"	"
1. WOELFLER'a ⁶⁾	1907 r.	"	wyłuszcz.	"
1. KLEINSCHMIDT'a ⁷⁾	1907 r.	"	"	śmierć
2. ALEKSANDROWA ⁸⁾	1908 r.	"	"	wyzdrowienie
1. OUTERBRIDGE'a	1908 r.	"	wszycie	śmierć
1. BATTLE'a	1907 r.	"	wyłuszcz.	wyzdrowienie
1. HARDUINA ⁹⁾	1908 r.	"	wszycie	"
1. CAWARDINE'a ¹⁰⁾	1908 r.	"	"	"

oprócz tego znane mi są spostrzeżenia naszych chirurgów:

1. SAWICKIEGO—wszycie, śmierć nastąpiła po kilku miesiącach z przyczyn ubocznych.

2. WATTENA—wszycie; wyzdrowienie,—obadwa przypadki przedstawione w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim; jeden komunikowany mi ustnie [dotąd nieogłoszony].

1. KRAJEWSKIEGO—wszycie, wyzdrowienie.

Jeżeli dodam do tego 3 moje własne spostrzeżenia, to otrzymamy 240 przypadków torbieli trzustki, które były operowane.

Na 240 operacji przypada 209 zejść pomyślnych,
oraz " 31 " śmiertelnych.

W tych spostrzeżeniach stosowane były operacje:

wytworzenie przetoki jedno- lub dwucz. 197 razy
wyłuszczenie 43 razy.

¹⁾ BURMEISTER. Ueber Saugpumpendrainage bei Pankreascyste. Archiv Langenbeck'a, t. 75, z. 2. Ref. Zentralblat f. Chir. 1905, Nr. 7.

²⁾ F. HONIGMANN. Deutsche Zeitsch. f. Chir., t. 80.

³⁾ LUBIENSKIJ i TOFANOW. O nowoobrazowaniach podżełudocznój żelazy. Russkij Wracz, 1906, Nr. 13.

⁴⁾ JOHNSON. A case of pancreatic cyst. Buffalo med. journ. 1907. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1907, Nr. 41.

⁵⁾ LILIENSTEIN. Kazuistischer Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der Pankreascyste. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 34.

⁶⁾ WOELFER. Zur operativen Behandlung der Pankreascysten. Prager med. Wochens. 1907, Nr. 2. Ref. Zentralblatt f. Chir. 1905, p. 1531.

⁷⁾ KLEINSCHMIDT. Zentralblatt f. Chir. 1908, Nr. 5.

⁸⁾ ALEKSANDROW. l. c. Zentralblatt f. Chir. 1908.

⁹⁾ HARDOUIN. Zentralblatt f. Chir. 1908, str. 986.

¹⁰⁾ CAWARDINE. Pancreatic cyst in a boy aged seven. Bristol med.-chirurg. journ. grudzień 1908. Ref. Zentralblatt f. Chir. 1909, str. 474.

Wszycie w ranę brzuszną i następnie otworenie torbieli było dokonane 197 razy. w tej liczbie jednoczasowych operacyi było 172 [150 wyzdrowień, 22 śmierci] dwuczasyowych 25 [24 wyzdr. 1 +] czyli w 23-ch przypadkach zejście było niepomysłne.

Wycięcie torbieli (*exstirpatio*) było stosowane w 43-ch przypadkach, z których 8 miało zejście śmiertelne.

Przy wytworzeniu przetoki, jeżeli rozpatrzemy przyczyny śmierci, to okaże się, że znaczna odsetka śmiertelności nastąpiła skutkiem wyniszczenia chorego i zbyt późno przedsiębranej operacyi.

Jako przyczyny śmierci, wykazać należy zapałenie otrzewnej w 10-u przypadkach, lecz w tej liczbie są również przypadki, gdzie *peritonitis* było do operacyi. Dalej notowano wyniszczenie silne i zapaść po operacyi w 4-ch przypadkach, śmierć skutkiem charakteru raka w 4-ch przypadkach, zejście niepomysłne skutkiem cukromoczu w 4-ch przypadkach, oraz w jednym z przyczyny wtórnego zakażenia z przetoki.

Po wyluszczeniu torbieli, śmierć nastąpiła w 8-u przypadkach, głównie z przyczyny septycznego zapalenia otrzewnej, w mniejszości skutkiem wyniszczenia. Wyluszczenie całkowite torbieli daje lepsze zejścia, aniżeli wycięcie jej częściowe, co objaśnia się ważnością i trudnością wykonania samego zabiegu, gdyż wyluszczenie z łatwością udaje się tylko w lżejszych przypadkach, mocne zaś zrosty z częściami otaczającymi, zniewalają do częściowego wycięcia torbieli.

Z pomiędzy chorych, którzy przetrwali dobrze okres pooperacyjny i wyszli z pod opieki lekarskiej, pewna część zginęła skutkiem innych cierpień, jak np. gruźlicy, niewielka bardzo odsetka skutkiem cukromoczu, a znakomita część chorych została zupełnie wyleczoną.

Jeżeli chory opuszcza szpital lub lecznicę, to niezmiernie trudno śledzić dalsze jego losy, stąd też w wielu bardzo razach nie możemy powiedzieć nic stanowczego o dalszym przebiegu omawianego cierpienia trzustki.

EXNER w 7-u przypadkach po upływie kilku lat sprawdził losy operowanych. Jeden z nich zmarł w 10 lat po operacyi skutkiem cierpienia płuc; jeden w rok po operacyi jeszcze z niezagojoną przetoką skutkiem ostrego cukromoczu; jeden chory w trzy lata po operacyi zmarł skutkiem *ileus*, co lekarze, którzy zajmowali się chorym, stawiali w związku z przyszcyciem torbieli do przedniej ściany brzucha. Jeden zaś chory zmarł w 5 lat po operacyi skutkiem gruźlicy krtani.

Śmierć operowanego w kilka lat po zabiegu z przyczyn, będących w luźnym związku, albo też nie mających żadnej łączności z cierpieniami trzustki, dla nas niema znaczenia co do wartości samego zabiegu. Dla chirurga przedstawia interes ta okoliczność, czy operacya naraża życie chorego, czy dolegliwości, spowodowane przez obecność torbieli, ustępują, czy zmiany chorobne, zachodzące w samej trzustce pod wpływem zabiegu wyrównują się, czy też sprawy rozwijają się dalej i doprowadzają do wyniszczenia organizmu. Cała znana nam kazuistyka przemawia tylko na korzyść zabiegów chi-

ruragicznych przy torbielach trzustki. Usunięcie torbieli znosi cały szereg dolegliwości, zmienia warunki spowodowane przez ucisk na sam gruczoł. Wprawdzie znane są przypadki, w których po otwarciu torbieli i wypuszczeniu zawartości dolegliwości w jamie brzusznej co pewien przeciąg czasu się ponawiały, co świadczyło o zaburzeniach w samej trzustce, jak na przykład o rozwijającym się chronicznym zapaleniu, o powstawaniu nowych kamieni, lecz i to bynajmniej nie przemawia na niekorzyść leczenia operacyjnego.

Po przyszczeniu torbieli i otwarciu jej pozostaje przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu przetoka, z której ustawicznie sączy się wydzielina, powodująca częstokroć pryszczycę i nadżarcia naokoło rany. Przetoki takie trwają niekiedy bardzo długo, jak np. w spostrzeżeniu PEARCE GOULD'a przetoka istniała trzy lata, i stanowią źródło licznych dolegliwości dla chorych. Stąd też chirurdzy używają wszelkich sposobów, aby wywołać zarośnięcie przetoki; stosuje się tu wyskrobywanie kanału, zastrzykiwanie do jamy *Trae jodi*, *Sol. argenti nitrici* i t. p., zastosowywano nawet cięcie lędźwiowe, ułatwiające odpływ wydzieliny i przez to przyspieszające zagojenie. WOELFLER wyciął całkowicie przetokę z wynikiem pomyślnym. Proponowano również zagojenie przetoki przez zmianę diety. W dwu spostrzeżeniach naszych chirurgów stosowana była ta metoda, w jednym, jak mi komunikował sam chory, bez rezultatu, w drugim zaś po zastosowaniu w myśl WOHLGEMUTH'a diety antydiabetycznej z dodatkiem dwuwęglanu sodu otrzymano w przeciągu 11-u tygodni zagojenie się przetoki ¹⁾.

Niekiedy pomimo dosyć obfitej jeszcze wydzieliny może nastąpić zarośnięcie zewnętrznego wylotu przetoki; wtedy chorzy uskarżają się na ból w okolicy żołądka, uczucie ciśnienia, dreszcze, a nawet wymioty, jak to było w jednym z naszych spostrzeżeń, a w miejscu rany wyczuć można stwardnienie. Wszystko to wskazuje na zatrzymanie się wydzieliny i zebranie się jej w pozostałej części torbieli, co zniewala chirurga do bezwłocznego utorowania drogi w celu swobodnego odpływu zawartości.

Takie wstrzymanie się wypływu wydzieliny świadczy o możliwości nawrotu cierpienia, o czem przekonać się możemy ze spostrzeżenia, podanego przez RICHARDSON'a.

U 50-letniego mężczyzny w 5 lat po urazie brzucha rozwinęła się torbiel trzustki, którą wszyto w ranę ściany brzusznej i otworzono. Po upływie 9-u miesięcy przetoka się zagoiła, w 4 jednak miesiące później [w styczniu 1892 r.] wystąpiły bole w okolicy blizny i objawy ostrej niedrożności kiszek. Przy nowej operacji znaleziono w okolicy trzustki guz twardy, który przyjmowano za nowotwór złośliwy. Ponieważ zrosty guza z częściami otaczającymi były nader mocne, a guz był przymocowany do kręgosłupa, przetokę nie przedsięwzięto w celu usunięcia guza, a jamę brzuszną zaszyto. Chory wkrótce zmarł. Sekcja wykazała, że miało się do czynienia z torbielą trzu-

¹⁾ Gazeta Lekarska 1909, Nr. 10, str. 236.

stki, z którą to torbielą łączył się *ductus pancreaticus*; zrosty ścian torbieli były tak mocne, że nie można było oddzielić ich od części otaczających ¹⁾).

W przebiegu pooperacyjnym spostrzegano zgorzel samej ściany torbieli i wtedy wydzielały się strzępy nekrotyczne przez przetokę, czemu towarzyszyły wahania ciepłoty.

W spostrzeżeniu OGSTON'a zgorzel ściany torbieli nastąpiła bardzo szybko i doprowadziła do zakażenia ogólnego, następstwem czego była śmierć operowanej czwartego dnia ²⁾).

Niekiedy mogą wkrótce po operacji wydzielać się z matrwiałe części trzustki, jak to widzimy w przypadku ADLER'a, gdzie po upływie 10-u dni wyszedł odcinek trzustki długości 10-u ctm., a szerokości 4 ctm. ³⁾).

Znane są również spostrzeżenia, świadczące o możliwości krwotoków z torbieli i przetoki nawet po upływie kilku tygodni po operacji. GRAVEMANN pod tym względem podaje ciekawe przypadki. 48-letni mężczyzna miał przyszytą torbiel trzustki do przedniej ściany i otworzoną po upływie tygodnia; a więc operacja była dwuczasowa. W 6 dni po otwarciu torbieli nastąpiło żywe krwawienie, które wymagało tamponowania. Chory ten wyzdrowiał ⁴⁾. W drugim spostrzeżeniu u kobiety 54-letniej po dokonanej operacji po upływie 20-u dni nastąpiło obfite krwawienie z torbieli, co zmusiło do tamponowania jamy; następny krwotok ponowił się po 5-u dniach, lecz i ten był wstrzymany przez tamponadę. W ciągu 3-ch miesięcy przetoka się zagoiła i chora opuściła klinikę w stanie wybornym.

Spostrzeżenia powyższe świadczą o tem, że na ścianach torbieli były owrzodzenia, drążące dosyć głęboko, i owrzodzenia te przy zmianie warunków ciśnienia były przyczyną krwotoku.

Posiadamy jeszcze jedną bardzo ciekawą obserwację, dotyczącą krwotoków z przetoki, które powstały 1½ roku po operacji i spowodowały śmierć chorej. Chora przed 1½ rokiem poddała się operacji z przyczyny torbieli trzustki. Przetoka po operacji nie zagoiła się, sączyła się z niej ciągle skąpa wydzielina. Na raz bez żadnej przyczyny ze strony chorej z przetoki wypłynęło około łyżki stołowej krwi. Po 6-u dniach obfite krwawienie zniewoliło chorą do szukania pomocy w szpitalu. Krwawienia się ponawiały, nie bacząc na tamponowanie przetoki, krew wypływała strumieniem w nader wielkiej ilości. Po jednym z takich krwotoków, chora skończyła życie. Sekcja wykazała, że u chorej był *aneurysma spurium arteriae lienalis*, umieszczona w jamie, leżącej za *pylorus*, z której prowadziła przetoka na

¹⁾ MAURICE RICHARDSON. Boston med. Journal 1892. Ref. DICK. Zur Kasuistik traumat. Pankreaszysten 1902, p. 15, 16, 17.

²⁾ KOERTE. l. c. str. 118.

³⁾ ADLER. A chemical, physiological and cinical study of parcreatic kystfluid. Medical Record 1898, Aug. 6. Ref. Centralblatt f. die Grenzgebiete der Medizin u Chirurgie 1899.

⁴⁾ GRAVEMANN. Ein Beitrag zur Lehre der Pankreaszysten, 1902, str. 15-20.

zewnątrz; ściana aneuryzmatu pękła, co było przyczyną krwotoku śmiertelnego ¹⁾.

Biorąc pod uwagę wszystko, co przytoczyłem wyżej o torbielach trzustki, można wyprowadzić wnioski następujące:

1. Aczkolwiek rozpoznanie torbieli trzustki jest trudne, jednak w większości przypadków jest ono możliwe, jeżeli tylko krytycznie będziemy rozpatrywali wywiady, stosunek guza do narządów otaczających, a także szereg objawów, będących w ścisłym związku z samym guzem.

2. W każdym przypadku torbieli trzustki powinno być dokonywane badanie moczu i kału.

3. Brak zmian w moczu i kale bynajmniej nie jest dowodem, abyśmy w danym przypadku nie mieli do czynienia z torbielą, wychodzącą z trzustki, świadczy on tylko o dostatecznej jeszcze sprawności gruczołu.

4. Zaniechać należy w celach rozpoznawczych przekłuć próbnych.

5. W lżejszych przypadkach, wobec małych zrostów zawsze starać się trzeba o wyłuszczenie torbiel, w cięższych zaś przypadkach, gdzie zrosty są nader rozległe i zbyt mocne, należy ograniczyć się do wytworzenia przetoki, gdyż tym sposobem mniej narażamy życie chorego na niebezpieczeństwo.

6. Do operacji trzeba przystępować w c z e ś n i e, aby przez to uniknąć zmian, które mogą być wywołane przez ucisk guza na sam gruczoł, oraz narządy sąsiednie.

III. Z ODDZIAŁU DLA CHRONIKÓW PRZY SZPITALU NA PRAZDZE.

O niektórych wskazaniach do radykalnej i paljatywnej trepanacji w nowotworach mózgu.

Napisał

Z. Bychowski,

ordynator oddziału.

[Odczyt, wygłoszony d. 23-go II. 1909 r. w Warsz. Tow. Lek.].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 16].

1. IV. Przekłuciem lędźwiowym wypuszczono przy niskim ciśnieniu 15 ctm. sz. przezroczystego płynu.

¹⁾ Przypadek ten był opisany przez L. GREISEN'a w jego rozprawie w 1900 r., przy czem autor zwracał uwagę na jednoczesne objawy zamknięcia *ductus choledochi*. Dalszy zaś przebieg, zejście śmiertelne i wyniki badania pośmiertnego przytoczone są przez W. VELTEN'a w jego rozprawie doktorskiej w 1901 r. i powtórzone przez GRAVEMANN'a w 1902 r.

3. IV. Chora dostaje trzy razy dziennie morfinę podskórną, co ją nieco uspokaja. Odruchów kolanowych nie ma, ale są odruchy ze ścięgna Achillesa z obu stron. Z lewej nawet ślady stopotrząsu i niepewny dodatni odruch BABIŃSKIEGO. Odruchy brzuszne są. W lewej górnej nieznaczna, ale wyraźna ataksja. Otwieranie i zamykanie lewej dłoni w porównaniu z takimiż ruchami prawej dłoni są mniej zgrabne i powolniejsze. Zaburzeń czucia miejscowego nie ma.

8. IV. W nocy były ogólne drgawki. Szalone bóle głowy.

11. IV. Szalone bóle głowy, które nie ustępują nawet morfinie. Minimalne ruchy głowy są bardzo bolesne. Jeżeli chora chce się trochę podnieść, to podtrzymuje prawą ręką głowę i szyję, żeby uniknąć wszelkiego poruszenia głowy. Lewa dolna połowa twarzy kurczy się słabiej niż prawa. Lewy wyrostek sutkowy na ucisk bolesny, ale i prawy jest wrażliwy. Nawet przy pomocy dwojga ludzi chora nie może stać i zapada się. Tętno dosyć szybkie.

Ze względu na nieustające szalone bóle głowy i ciągłe wymioty, zjawiała się myśl o trepanacji w celu zmniejszenia ucisku mózgowego.

Żeśmy mieli do czynienia z nowotworem mózgu, nie ulegało kwestii. I dla ściślejszego umiejscowienia nie brakowało wskazówek. Na tylną jamę czaszkową, *respective* na mózdzek wskazywała bolesność potylicy, sztywność i nieruchomość głowy, brak odruchów rogówki, wybitne zaburzenie równowagi, które nie pozwoliło chorej stać pomimo pomocy dwojga ludzi i pomimo braku wybitnych paretycznych objawów [zupełnie jak przy tak zwanej astazji i abazji histerycznej]. Wczesne wystąpienie zaburzeń wzroku [por. dalej] także wskazywało na siedlisko cierpienia w tylnej jamie, *resp.* w mózdzku. Przeciwnie cierpieniu zrazu czołowego, z którym zwłaszcza ze względu na wybitne zaburzenie równowagi należało się tu liczyć, przemawiał głównie brak wszelkich zaburzeń psychicznych. Przy wyborze strony głównym wskaźnikiem była utrata ośrodkowego słuchu z lewej strony. Spostrzeżona w ostatnich dniach lewostronna *adiazokolinesa* i wzmianka w anamnezie o porażeniu lewej dolnej kończyny ¹⁾ tak samo nabierały w połączeniu z lewostronną głuchotą pewnej wartości dla rozpoznania lewostronnego ogniska [węch tak samo z lewej strony był lepiej zachowany niż z prawej]. Ostateczne rozpoznanie nasze brzmiało, nowotwór mózdzku; *respective* w okolicy nerwu słuchowego [kąt między mózdzkiem a mostem] najprawdopodobniej z lewej strony.

Po omówieniu przypadku z naczelnym lekarzem drem I. RAUMEM postanowiliśmy dokonać trepanacji w lewej tylnej jamie czaszkowej. Nie taililiśmy przed sobą ani przed chorą i jej mężem, że głównym celem operacji jest zmniejszenie nieznosnych bólów.

16. IV. 1908. RAUM dokonał trepanacji w okolicy lewej półkuli mózdzkowej. Przy oddzieleniu płatu skórniego od kości, chirurg miał do walczenia

¹⁾ Połowicze porażenia, zależne od ognisk mózdkowych są częściej po stronie ogniska, niż po przeciwległej.

z krwawieniem z emissaryów SANTORINI'ego, które jednakże udało się zatarować zapomocą małych wepchniętych w kość tamponów. Zrobiono płat kostny wielkości mniej więcej 5×6 ctm. który ostatecznie usunięto. Nad górnym brzegiem otworu trepanacyjnego przegląda *sinus transversus*. Przez twardą oponę widać silnie nabrzmiałe żyły. Przy końcu operacji lewa półkula mózdkowa wypukła się. Wskutek drobnego nacięcia pokrywającej ją twardej opony wylewa się dużo płynu. Postanowiliśmy tym czasem na tej operacji się zatrzymać. Operacja trwała koło godziny. Chora zniosła ją względnie dobrze.

Następnego [17. IV] dnia znalazłem chorą zupełnie przytomną. Spała w nocy nieźle. Tylko nad ranem dokuczały jej bole głowy. Łyka dobrze. Odpowiada dobrze. Tętno miękkie 90. Odruchów kolanowych niema, odruchy ze ścięgna Achillesa są.

18. IV. Chora spała dobrze bez morfiny, wymiotów nie było.

20. Podmiotowo chora się czuje wcale nieźle. Od czasu operacji jeszcze nie dostała morfiny. Ciepłota nie podniesiona. Zmiana opatrunku.

24. IV. Ciepłota nie podniesiona. Wymiotów niema. Bolów głowy prawie niema. Sen dobry bez morfiny.

Wobec zadowolającego stanu chorej postanowiliśmy z Naczelnym drem RAUMEM dokonać następnej operacji, t. j. otwarcia twardej opony i, o ile się to okaże możliwem, wyluszczenia guza [25. IV. 08].

Przy przecięciu twardej opony wycieka dużo płynu, wypukła półkula mózdkowa w skutek tego widocznie się zapada. Jest ona koloru ciemno-brunatnego i nie posiada zwykłego wyglądu mózdku. Wygiętym szpatlem i palcem udaje się nieco podnieść półkulę, ale samej substancji mózdkowej nie widać. Ze względu na rozmiary nowotworu — wyluszczenie zostaje zaniedbane. Luźne przysycie płatu skórniego. Opatrunek.

I ta druga operacja miała przebieg spokojny. Oddech i tętno było zadowolające.

W nocy wystąpiły znowu silne bole głowy, co zniewoliło do podskórnego zastrzyknięcia morfiny.

26. IV. Chora jest względnie spokojna i przyjmuje płynne pokarmy. Tętno 100. Tejże nocy nastąpił *exitus*.

Autopsya [dr PASZKIEWICZ] wykazała obecność dużego nowotworu (*sarcoma fusicellulare*), który zajmował całą prawie lewą półkulę mózdkową. Z przodu [p r o k s y m a l n i e] nowotwór dochodzi do mostu VAROLA, medialnie do mózgu przedłużonego, którego lewa połowa jest wskutek tego nieco ściśnięta. Z tyłu nowotwór znajduje się na tym samym poziomie, co prawa normalna półkula mózdkowa. Nowotwór daje się łatwo wyluszczyć. Ma rozmiary małej mandarynki. Po usunięciu nowotworu zostają tylko nieznaczne resztki z lewej kółkuli. Ze zwojów i zrazików powierzchni wentralnej prawie nic nie pozostało. *Vermis inferior* jest zniekształcony i trudno na nim odróżnić zwykłe jego morfologiczne części składowe. Na dorsalnej powierzchni mózdku została tylko przednia część *lobus quadrangularis*, który na zewnątrz i w dół staje się coraz cieńszym. W moście VAROLIA i mózgu

przedłużonym, nie widać zmian makroskopowych. Z nerwów czaszkowych można po lewej stronie odpreparować pnie 5-go i 6-go nerwów. 7-y i 9-y są zupełnie pochłonięte przez nowotwór i odnaleźć ich nie sposób. *Vagus* i *hypoglossus* są wyraźne.

Rozpoznanie w danym przypadku, zwłaszcza w tym okresie, kiedy chora do nas przybyła, było nietrudne. Nie wiemy niestety, jakim był obraz kliniczny wtedy, kiedy wzrok zaczął słabnąć, czy były już wtedy jakieś mniej więcej pewne wskaźniki topograficzne. W danej chwili chciałbym podkreślić fakt, że ślepotą, którą chora potem była dotknięta przez 1½ roku, dosyć szybko się rozwinęła, co podobno ma cechować nowotwory w tylnej jamie czaszkowej, zwłaszcza mózdzkowe [BRANS, OPPENHEIM i inni]. Przekonałiśmy się też dzięki temu przypadkowi, że sama trepanacja w okolicy mózdzkowej nie jest najeżona tak ogromnemi, jakby się zdawało, trudnościami [trwała niecałą godzinę] i że pod względem usuwania bólów nowotworowych głowy jest ona wprost nieoceniona.

Pozwolę sobie tu przytoczyć jeszcze jeden analogiczny, wielce pouczający przypadek, który też skończył się śmiertelnie, ale gdzie autopsya, niestety, nie mogła być dokonana.

VII. X. 32-letni kupiec H. H. ¹⁾ zwrócił się do mnie po raz pierwszy 13. V. 08. Od dwu lat miewa bole głowy. Z początku bywały rzadko, trwały krótko i przechodziły bez pomocy lekarskiej. Dopiero od kilku miesięcy są coraz częstsze i silniejsze. Towarzyszą im mdłości, a czasami i wymioty. Lekarz, do którego się chory zwrócił, rozpoznał u niego chorobę żołądka, ale odpowiednie leczenie zostało bez skutku. Od niedawna chory zauważył, że czasami robi mu się ciemno przed oczyma. Przed kilku tygodniami zdarzyło się, że przez kilka minut nic nie widział. Był zawsze zdrow, żadnej choroby wenerycznej nie przechodził. Napojów wysokowych używał mało. Jest ojcem 4-ga zdrowych dzieci. Rodzice jego są zdrowi.

U prawidłowo i delikatnie zbudowanego chorego, znalazłem co następuje: Intelligencya wybitna. Stan psychiczny bez zboczeń. Lewa źrenica > prawa. Oddziaływanie źrenic leniwe. Nieznaczny, ale wyraźny *nystagmus* w obu dwu kierunkach, ale więcej przy obracaniu gałek ocznych z prawa na lewo. Obustronna wybitna tarcza zastoinowa ²⁾. Przy opukiwaniu czaszki—żadnego szczególnie bolesnego miejsca wykryć nie można. Ze strony odruchów zmian niema. Zaburzeń czucia niema. Zaburzeń równowagi drżenia niema.

Pomimo kuracyi przeciwsyfilitycznej, stan chorego coraz więcej się pogarszał. Po dwu mniej więcej miesiącach chory zupełnie przestał widzieć lewym okiem. Szczegółowe badanie wykazało wtedy brak odruchu na lewej rogówce i utratę słuchu ośrodkowego z lewej strony. *Nystagmus* stał się wy-

¹⁾ Chory ten był demonstrowany w sekcji neurologicznej 21. XI. 08.

²⁾ Stan oczu był kilkakrotnie kontrolowany przez kol. ENDELMANA, za co niniejszem serdecznie mu dziękuję. Przy pierwszym badaniu *visus oculi dex.* było 1/2, *oculi sin.* 1/3.

rażniejszy. Koło tego czasu bole głowy i wymioty stały się rzadszymi. Zaniepokojony utratą wzroku na jednym oku i radą naszą poddania się trepanacyi, chory pojechał za granicę. W szpitalu, dokąd się zapisał, został znowu poddany nacieraniom szaruchą. Wkrótce potem przestał też widzieć i prawem okiem.

[D. c. n.].

NOTATKI LEKARSKIE.

5. Praktyczna wskazówka dla szczepiących ospę.

Do niedawna szczepiono ospę w ten sposób, że po nacięciu lub zeszkrobaniu naskórka napuszczano na zranione miejsce limfę ospową i następnie oczekiwano na zupełne wyschnięcie wilgotnego miejsca, na co tracono około godziny, co wspólnie z wybraniem się z domu i innemi przygotowaniami dawało w stracie czasu dla pacyenta do paru godzin. Niemale znaczenie także miało dla lekarza wysiadywanie szczepionych u niego lub w zakładach na ten cel przeznaczonych z obnażonemi ramionami; przykrywać ich nie można, a kurz wraz z drobnoustrojami, osiadający na ranie, z pewnością niejednokrotnie był przyczyną zakażenia i niepomysłnego przebiegu po szczepieniu. Nowy sposób zabezpieczenia ranki ospowej usuwa wszystkie te niedogodności, dlatego też powinniśmy go rozpowszechnić, gwarantując tem samem absolutną niemożliwość różnego rodzaju zakażenia.

Sposób, wypróbowany przeze mnie od lat trzech, polega na tem: po dokładnem wymyciu ramienia lub miejsca, przeznaczonego do szczepienia, wodą ciepłą z mydłem, a następnie spirytusem lub eterem, napuszcza się na nie jedną lub dwie krople limfy ospowej w jednym lub dwu miejscach. Następnie kaleczy się naskórek, który przeszkadza przedostaniu się limfy do ustroju. Z licznych sposobów nacinania, nakłuwania i t. p. za najdogodniejszy, przeze mnie zwykle stosowany, uważam zdzieranie płaską, ostrą, nie śpiczastą powierzchnią [boczną] lancetu warstwy naskórka do *stratum Malpighii*, które łatwo rozpoznać. Krwawienia w tym wypadku być nie może i wogóle być nie powinno, gdyż wypływająca krew zmyłaby napuszczoną limfę. Rozmiar uszkodzenia nie powinien być większy nad pół centymetra sz. w średnicy.

Do opatrunku sprowadzam z zagranicy [u nas tego dotąd niema] t. zw. tegminki i rurki z maścią do nich dołączone.

Tegminki są to okrągłe, półtora centymetra w średnicy mające, wyjałowione kawałeczki bibułki, w kopertkach zapakowane; w rurce zaś mamy maść z również wyjałowioną zawartością, mającą własność zapobiegania zakażeniu [słabe *desinficiens*], oraz tłuszcz [lanolina, wazelina], przeznaczony do utrzymywania tegminki na szczepionem ramieniu.

Po zaszczepieniu pacyenci nie wyczekują zaschnięcia ranki z limfą: na mokrą szczepioną powierzchnię nakładam [przy zachowaniu bezwzględnej czystości] jedną tegminę z rozprowadzoną pośrodku na niej małą ilością zawartości rurki. Z przyklepioną tegminą szczepieni ubierają się, zachowując jednak ostrożność przez czas jakiś [godzinę], aby ta nie została zarwana; potem obecność jej jest zbędna, rola jej jest skończona, a dalszy przebieg szczepionego miejsca podlega zwykłym warunkom.

Stosując powyższe tegminki: 1) oszczędzam znacznie więcej czasu sobie i pacjentom; 2) mam pewność, że po zaszczepieniu limfy aż do zaschnięcia jej

ochronię ranę od zakażenia; 3) taniść tego udogodnienia i łatwość noszenia tegminek przy sobie [np. w pudełeczku do wyjąławiania igieł] przemawia za rozpowszechnieniem tej u nas nowości.

W przeciagu trzech lat stosuję tegminki i ani razu nie miałem wypadku zakażenia, a u niemowląt nie widziałem wypadku nie przyjęcia się ospy po szczepieniu.

Sprowadzam tegminki z Pragi Czeskiej.

W jednym z zakładów u nas stosowano przykładanie na zaszczeponem miejscu cynfolii, ale wkrótce zarzucono ją, jako pod wielu względami nie odpowiadającą celowi.

Włodzimierz Królikowski,
lekarz warsz. Szpitala dla Dzieci.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

—*—*—

73. Gminder [Essen]. O odłuszczeniu torebek nerkowych w przypadkach eklampsyi.

Wychodząc z założenia, że w eklampsyi najczęściej na pierwszy plan występuje ciężkie zapalenie nerek z objawami zatrucia ustroju, zaczęto i w eklampsyi próbować odłuszczenia torebek nerkowych, operacyi już od roku 1878 z powodzeniem stosowanej w ostrem i przewlekłym zapaleniu nerek [HARRISON, EDEBOHLS]. Takich operacyi w eklampsyi już do dziś ogłoszono kilkadziesiąt.

Po przytoczeniu przypadku eklampsyi połogowej, który pomimo odłuszczenia torebek nerkowych zakończył się śmiercią chorej, autor zwraca uwagę na dwojaki rodzaj nerek, spotykanych w eklampsyi: 1) nerka duża, silnie naprężona, 2) nerka obrzękła, zwiotczała, powiększona. Taką właśnie nerkę znalazł G. podczas operacyi w swoim przypadku. Doświadczenie przekonało, że tylko w przypadkach eklampsyi z nerkami silnie naprężonemi, sinawemi odłuszczenie torebek jest skuteczne; w przypadkach drugiej kategorii operacya ta często bardzo zawodzi. Można by więc przyjąć, że dwa są okresy zapalenia nerek: 1) lżejszy, z nerką silnie naprężoną [t. zw. *glaucoma renum*—SIPPEL] i 2) cięższy, z nerką obrzękłą, zwiotczłą. Tylko operowanie w pierwszym okresie zdaje się dawać gwarancję na wyleczenie.

Co się tyczy określenia czasu, kiedy najwłaściwiej przystąpić w eklampsyi do odłuszczenia torebek nerkowych, to wbrew GAUSS'owi, który radzi odłuszczenie wykonywać tuż za opróżnieniem macicy, najwłaściwiej będzie po rozwiązaniu poczekać, aby się przekonać, czy samo opróżnienie macicy nie podziała zbawiennie, wstrzymując ataki eklamptyczne. Gdyby jednak pomimo opróżnienia macicy ciężarnej ataki nie ustały, a stan chorej pogorszał się coraz bardziej [częste i małe tętno, oddech powierzchowny, przerywany, sinica twarzy, *oliguria* albo *anuria*], to nie zwlekając, należy przystąpić do odłuszczenia torebek nerkowych.

(München. med. Woch. 1908. Nr 51).

M. Zvejgbaum.

74. Neuhauser. O rozwoju nadnercza przeszczepionego do nerki.

Wychodząc z założenia, że nadnerczaki powstają przeważnie z pierwocin tkanki nadnercza, zabłąkanych w mięszu nerkowym, N. przeszczepiał nadnercza płodu króliczego lub osobników będących w okresie pierwszych dni po urodzeniu, próbując w ten sposób wywołać w nerce powstanie nowotworu

o ntkaniu nadnerczaka. Okazało się, że nadnercza płodu w ostatnich dniach ciąży i królików z pierwszych dni po urodzeniu bardziej się nadają do wzmiankowanego celu, niż nadnercza płodów mniej rozwiniętych. Z 22-u doświadczzeń N. otrzymał w jednym wynik decydujący i opisowi tego przypadku poświęca cały swój artykuł. Nadnercze wielkości ziarnka konopnego, przeszczepione przez N. do nerki, po upływie pewnego czasu utworzyło guz, zajmujący jej górną trzecią część, którego własności, wykryte pod drobnowidzem, przemawiają wyraźnie za jego złośliwym charakterem. Nowopowstająca tkanka nadnercza wnika w sąsiednią tkankę organu ją otaczającego, t. j. nerki i wywołuje jej zanik częściowy, a jednocześnie dostaje się do naczyń i szerząc się na tej drodze, tworzy przerzuty w tym samym organie. Przytoczone spostrzeżenie, zdaniem N., stanowi poważny dowód na korzyść teorii powstawania nowotworów COHNHEIM-RIBBEKT'a.

(Deutsch. med. Woch. 1909. Nr 8)

F. Majewski.

75. Guibé. O krwotokach kiszkowych po operacji wycięcia wyrostka robaczkowego.

Dwa są rodzaje krwotoków kiszkowych, powstających po operacji wyrostka robaczkowego: albo powstaje on w miejscu skąd wyrostek został usunięty, albo też w znacznej od niego odległości, najczęściej w dwunastnicy. Krwotoki, pochodzące z kikuta wyrostkowego, przeważnie zależne są od wadliwej techniki operacyjnej, nie uwzględniającej w dostatecznym stopniu dokonania dokładnej hemostazy. Przy stosowaniu sposobu ogólnie przyjętego w Europie, polecającego miażdżenie wyrostka u nasady i podwiązanie go, lub podwiązanie połączone z przyżeganiem końca kikuta, przypadki krwotoków z miejsca operacji zdarzają się tylko wyjątkowo. Częściej natomiast spostrzegano je w Ameryce, gdzie, jak to widzimy ze statystyki zebranej przez MURAR WILLIS'a, niektórzy z tamtejszych chirurgów sprawie dokładnej hemostazy w obrębie kikuta wyrostkowego większej wagi nie przypisują i przed wypukleniem kikuta nawet go nie miażdżą, ani też podwiązują.

Znacznie rzadziej po operacji wycięcia wyrostka robaczkowego występują krwotoki kiszkowe, pochodzące z odcinków jelita, od miejsca operacyjnego mniej lub więcej oddalonych. Zdarzają się one i w przypadkach operacji, dokonywanych na wyrostku robaczkowym *à froid* [częściej] i w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka, powikłanego ogólnem lub częściowem zajęciem otrzewnej [rzadziej]. W tych przypadkach towarzyszą one przeważnie krwotokom żołądkowym i razem z nimi mogą być rozpatrywane, jako jeden z objawów ogólnego zakażenia ustroju. Znacznie trudniej jest wyjaśnić powstawanie krwotoków kiszkowych w okresie pooperacyjnym w przypadkach zapalenia wyrostka rob. *à froid*. G. zgadza się ze zdaniem EISELSBERG'a, wypowiedzianem w sprawie powstawania w okolicznościach analogicznych owrzodzeń żołądka, że powstają one na drodze zatoru wstecznego drobnych gałązek żylnych. Wzmiankowane krwotoki, zdarzające się w przypadkach nie powikłanych ogólnem zakażeniem, często się kończą zejściem pomyślnem [6 przyp. na 8]. O ile można sądzić ze skąpego materiału, otrzymanego z 2-u przypadków pośmiertnego badania, chodzi tu najczęściej o owrzodzenia umiejscowione w dwunastnicy. Leczenie w przypadkach, gdzie daje się stanowczo wyłączyć krwawienie, uwarunkowane niedostatecznem zaopatrzeniem kikuta wyrostkowego, jest wewnętrzne; w przeciwnym razie jest uzasadnioną relaparotomia.

(Presse méd. 1909. Nr 10).

F. Majewski.

76. Carrel. O przeszczepianiu kończyn.

Po przeprowadzeniu całego szeregu doświadczeń i opracowaniu sposobu postępowania, zapewniającego zupełnie aseptyczne warunki operacji, C. osta-

tecznie otrzymał wynik dodatni: nastąpiło zupełne przygojenie się kończyny tylnej, przeszczepionej od jednego psa innemu, na miejscu amputowanej. CARREL spostrzegł w przeszczepionej kończynie szybkie wznowienie się obiegu krwi, a po upływie dłuższego czasu [9—22 dni] najzupełniej dokładne zespolenie się połączonych szwem naczyń, mięśni i kości. Co do odradzania się nerwów C. nic powiedzieć nie może, ponieważ z różnych powodów, często niezależnych od samego zabiegu, zwierzęta ginęły mu wcześniej, niż odrodzenie się nerwów nastąpićby mogło.

(*Revue de Chir.* 1909. Nr 12).

F. Majewski.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie dnia 2-go marca 1909 r.

1) TUCHENDLER ANTONI przedstawił przypadek brodawczaka odbytnicy, rozpoznanego zapomocą rektoskopii. Nowotwór wielkości wiśni usadowił się w odległości 9-u ctm. od otworu stolcowego. Klinicznie notowano zaparcie, bole przy wypróżnianiu się, bole w dole brzucha, krwawienia z odbytnicy. Wobec podeszłego wieku chorego i szybkiego chudnienia, podejrzewano nowotwór złośliwy. Badaniem *per rectum* zapomocą palca udało się wyczuć guz tylko jednemu z 3-ch lekarzy, badających chorego.

2) ŚWIĄTECKI JAN wygłosił rzecz p. t. „*Pyelonephritis abscondens miliaris*“, wyleczona odłuszczeniem torebki nerkowej. [Praca ta drukuje się w numerze bieżącym „Gazety“].

W dyskusyi KRAUZE zaznacza, że pomyślne działanie dekapsulacji nerek da się wytłómaczyć w takich przypadkach, jak ISRAEL'a, gdzie był długotrwały bezmocz, lub jak EDEBOHL'a [ostre i przewlekłe zapalenie nerek]. W przypadkach „nerki chirurgicznej“ K. nie widzi wskazań dla tego rękoczynu. Drobne ropnie nerek, zarówno jak ropnie innych narządów, mogą ulec wessaniu i bez operacyi.

CZESŁAW STANKIEWICZ przed 8—9-u laty w przypadku, jak prelegenta, usunął chorą nerkę drogą cięcia brzuszego. Chora zmarła po upływie kilkunastu tygodni przy objawach zajęcia drugiej nerki, w której istotnie badanie pośmiertne stwierdziło liczne drobno ropnie. W przypadku analogicznym, dzisiaj, S. wykonałby zabieg, proponowany przez prelegenta.

SŁAWIŃSKI podkreśla, że cierpienie omawiane, zwane „*ren chirurgorum*“, dotyczy zazwyczaj obu nerek; częstokroć wygasa samoistnie. Prelegent nie wspominał, jakie miał dane do operacyi na jednej tylko nerce. Pomyślny wynik operacyi mógł zależeć wprost od miejscowego upustu krwi; zresztą poprawa mogła też być wynikiem sprawy samoleczniczej ustroju. Wpływ bezpośredni operacyi powinienby się uwydatnić przedewszystkiem na stanie moczu, tymczasem mocz jeszcze w dwa miesiące po operacyi zawierał ślady białka.

Prezes GĄBSZEWICZ podnosi niewątpliwie dodatni wpływ odłuszczenia torebki nerkowej w przewlekłym zapaleniu nerek. W przypadku, operowanym przez G. i przedstawionym w Towarzystwie przed 4-ma laty, chora przez trzy lata przeleżała w łóżku, miała obrzęk ogólny ciała, *ascites*, około 1 $\frac{1}{\infty}$ białka w moczu, wałeczki nerkowe i czerwone krążki krwi w osadzie. Leczenie zwykle było bezskuteczne. Po wycięciu torebek obu nerek stan chorej szybko się poprawił. Po upływie pół roku chora była już zdolna do pracy; dotychczas czuje się dobrze, obrzęków nie miewa, mocz zawiera tylko

śląd białka. W przypadku tym poprawę przypisać można tylko zabiegowi chirurgicznemu.

ŚWIĄTECKI w odpowiedzi zaznacza, że doświadczenie stwierdza znikanie drobnych ropni nerek po nacięciu torebki, wbrew wszelkim rozumowaniom teoretycznym. Rzecz prosta, że znikanie to odbywać się musi przez wessanie ropy; chodzi tylko o stworzenie warunków, ułatwiających rezorbację. Przypadek omawiany miał przebieg ciężki, nie wyglądał na to, żeby miał skończyć się wyleczeniem samoistnem, tak, jak to bywa w przypadkach lżejszych zapaleń miedniczek nerkowych; przeciwnie Ś. miał wrażenie, że bez operacji niezawodnie zakończyłby się śmiercią chorego, jak to miało miejsce w dwu przypadkach analogicznych, spostrzeganych przez Ś. w oddziale KRAJEWSKIEGO.

O zajęciu jednej tylko nerki w swoim przypadku Ś. wnioskował, bez kateteryzacji moczowodów, na zasadzie bolesności i powiększenia nerki.

3) ERBRICH wygłosił rzecz p. t. „O stosowaniu tracheoskopii i bronchoskopii oraz o znaczeniu klinicznym tej metody badania“. [Praca ta drukowaną będzie w „Gazecie“ w całości].

W dyskusyi KARCZEWSKI uzupełnił pierwsze spostrzeżenie prelegenta danemi następującymi: Chora 6-letnia, przywieziona do szpitala w styczniu r. b., przed 7-u miesiącami połknęła dużą szpilkę. Zaraz po wypadku dostała napadu kaszlu i duszności, trwającego parę minut, przyczem wykrztusiła sporo śluzu z nieznaczną domieszką krwi. Pokarmy, zarówno stałe jak płynne, połykała bez trudności; natomiast unikała pochyleń głowy i sypiała stale w położeniu półsiedzącym. Co 2—3 ch dni, w ostatnim zaś czasie codziennie, miewała parominutowe napady duszącego kaszlu. W ostatnich tygodniach straciła apetyt i szybko chudła.

Przy badaniu—bladłość, liche odżywienie. Laryngoskopii, z powodu niespokojnego zachowania się dziecka, nie udało się wykonać. Zdjęcie rentgenowskie stwierdziło obecność szpilki, ułożonej ukośnie w stosunku do linii pośrodkowej ciała, w kierunku z prawej strony od góry ku dołowi na lewo. Ostry koniec szpilki zwrócony ku górze, odpowiadał pierwszemu, główka szpilki piątemu kręgowi grzbietowemu.

Nie ulegało wątpliwości, że szpilka tkwi w drogach oddechowych, niezawodnie w tchawicy. Na radzie kol. ERBRICH zalecał wykonać przedwstępną tracheotomię dolną w przypuszczeniu, że może uda mu się dosięgnąć szpilki. Po nacięciu skóry i rozdzieleniu mięśni, pokrywających tchawicę, z poza mostka zaczęły wydostawać się pęcherzyki powietrza i powstała odma podskórna, która wciągu kilku minut zajęła szyję, twarz i górną część klatki piersiowej. Z chwilą otwarcia tchawicy dalsze tworzenie się odmy podskórnej ustało. Badanie tchawicy zgłębnikiem metalowym obecności szpilki nie wykryło. Po tracheotomii dziecko gorączkowało w ciągu dni 7-u; odma podskórna zmniejszała się stopniowo. Ponowne prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a w dniu 12. II. wykazało, że szpilka opuściła się znacznie ku dołowi, przesunęła się całkowicie na lewo i przybrała położenie prawie prostopadłe do pośrodkowej linii ciała. W dniu 13. II. chorą zachloroformowano, rurkę tracheotomijną usunięto i znieczulono tchawicę kokainą. Przy pomocy bronchoskopu kol. E. szpilkę wydobyl. Bezpośrednio po tym zabiegu wystąpiły objawy lekkiego zatrucia kokainą [szybkie tętno; sinica kończyn. poty]. Objawy te ustąpiły nazajutrz, odąd szybka poprawa. W dniu 27. II. chora wypisała się ze szpitala z zagojoną raną tracheotomijną.

Prezes GABSZEWICZ w uzupełnieniu drugiego spostrzeżenia ERBRICH'a, dodaje, że widział chorą 8 dni przed wydobyciem ciała obcego z oskrzela. Z wywiadów dowiedział się, że chora 3 tygodnie temu połknęła spinaczkę do papieru. Objawów ze strony dróg oddechowych na razie nie było. Dopiero po kilku dniach wystąpiło klucie w lewym boku, kaszel i gorączka, która

trwała bez przerwy dwa tygodnie. Przy badaniu stwierdzono stępienie w lewej połowie klatki piersiowej, sięgające z przodu do 3-go żebra, z tyłu poniżej 5-go żebra; brak oddechu. Zapomocą przyrządu POTAIN'a udało się wydobyć z opłucnej zaledwie łyżkę płynu surowiczno-krwawego, mimo przekłuwania paru międzyżebry. Nie przypuszczając aspiracji ciała obcego do oskrzela, G. sądził, że ma do czynienia z zapaleniem opłucnej włóknikowem.

Sekretarz stały SOKOŁOWSKI podnosi, że obraz kliniczny uwięźnięcia ciała obcego w oskrzelu należy nieraz do najtragiczniejszych, zwłaszcza u dzieci. Chorzy, po niesłuchaniu ciężkiej egzystencji z powodu kaszlu, duszności, bólów, czasami po 5—6-u latach wypływają ciało obce; częstokroć jednak giną wskutek różnorodnych powikłań płucnych. W bronchoskopii znaleźliśmy środek, oszczędzający choremu nieraz długie lata cierpień, a często ratujący mu życie. U KILIANA S. widział całe niemal muzeum ciał obcych. Metoda bronchoskopii wymaga jednak wielkiej wprawy i umiejętności.

Z. DOBROWOLSKI podkreśla, że po tracheotomii dzieci częstokroć wykrztuszają ciało obce z oskrzeli samodzielnie i bronchoskopia staje się wtedy zbędną. Nieraz wykrztuszenie takie zdarza się i bez tracheotomii, przy nieznacznej interwencji ze strony lekarza. D. spostrzegł przypadek, w którym łupinka od orzecha utkwiała w drogach oskrzelowych 6-letniej dziewczynki, powodując w następstwie zapalenie płuc zrazikowe; w przypadku tym wykrztuszenie ciała obcego nastąpiło po upływie 3-ch lat od czasu wypadku przy napadzie kaszlu po zakokainizowaniu krtani. Nieraz, po usunięciu ciała obcego w oskrzelu występują natychmiastowo objawy tak groźne, że niema nawet czasu na wykonanie tracheo-bronchoskopii. Dla objaśnienia D. przytacza dwa takie przypadki ze swojej praktyki. Niezbędność uprzedniej tracheotomii przed wykonaniem bronchoskopii u dzieci zraża częstokroć rodziców do tego zabiegu. Pod tym względem ezofagoscopia ma wyższość nad bronchoskopią. D. zwraca jeszcze uwagę na charakter kaszlu przy uwięźnięciu ciała obcego w oskrzelu: kaszel ten jest spazmatyczny, zbliżony do kokluszowego. Wreszcie D. przypomina przypadek, operowany przez GRUŻEWSKIEGO, w którym kłosa zboża dostał się do dróg oddechowych i po dłuższem przebywaniu w nich znalazł się w ropnym wysięku opłucnej.

L. LUBLINER stosuje tracheo- broncho- i ezofagogoskopię od lat pięciu. L. sądzi, że w przypadku ERBRICHA użycie haczyka do podważenia szpilki, tkwiącej w oskrzelu już parę tygodni, byłoby niewłaściwe, gdyż mogłoby rozbić skruszałą szpiłkę na drobne cząstki i utrudnić przez to jej wydobicie. Przyrząd do odcinania nacieków twardzieliowych, przedstawiony przez prelegenta, L. uważa za b. pożyteczny i dobrze obmyślany.

TUCHENDLER opisuje spostrzegany przez siebie przypadek ciała obcego w przelyku, w którym rozpoznanie było możliwe jedynie drogą wziernikowania. W przypadku tym ciało obce [proteza z 3-ma zębami] tak się usadowiło w przelyku, że najgrubsze sondy swobodnie przechodziły do żołądka.

ADOLF MESZ przypomina o przypadku WILDA z Zurychu. W przypadku tym proteza z 4-ma zębami uwięzła w lewem oskrzelu, usunięto ją drogą tracheo-bronchoskopii. Właściwe rozpoznanie lokalne ustawiono tylko dzięki bronchoskopii, gdyż rentgenogram dał cień w okolicy prawego, nie zaś lewego oskrzela.

JUDT zaznacza, że drogą promieni ROENTGEN'a wykrywać się dadzą w drogach oddechowych i ciała obce niemetalowe [ciała roślinne, szkło i t. p.], o ile ich ciężar gatunkowy przewyższa ciężar tkanki płucnej. Zdarza się tylko, że nacieczenie płucne lub silny rozwój gruczołów utrudnia wyznajdowanie rentgenograficzne tych ciał obcych. Analogicznie—nie można wykazywać na rentgenogramie kamieni żółciowych, ponieważ ciężar gatunkowy cholesteryny jest nie o wiele niższy, niż ciężar tkanki wątrobowej; natomiast możliwe jest

otrzymywanie konturów nerki, o ile torebka jej jest bardzo gruba. Z drugiej strony w przypadkach rzadkich można przeoczyć drobne ciała obce metalowe w oskrzelach, o ile znajdują się one w płaszczyznach, łączących mostek z kręgosłupem i jeżeli pominąć prześwietlanie w kierunkach bocznych i ukośnych.

Zdaniem SŁAWIŃSKIEGO i badanie rentgenograficzne daje czasem pole do wniosków zawodnych. Na dowód przytacza przypadek, w którym rentgenografią stwierdzono cień w 2-em międzyżebrowym lewym i na tej zasadzie umiejscowiono ciało obce w lewym oskrzeli; tymczasem podczas operacji znaleziono je pomiędzy tchawicą a kręgosłupem.

POLIKIER w dwu przypadkach zdołał wyczuć ciało obce w przełyku przez powłoki zewnętrzne. Uwięzione ciało obce [pieniądz] w obu przypadkach powodowało groźne objawy wskutek naciskania na tylną ścianę krtani. Po wymacaniu z zewnątrz ciała obcego w przełyku, P. naciskaniem od dołu ku górze i ku tyłowi zdołał wypchnąć je do jamy ustnej. Opis podobnego zabiegu znalazł w rozprawie z oddziału BROCA'Ń w Paryżu. Wykonywanie tego prostego zabiegu zalecałby w przypadkach odnośnych przed przystąpieniem do metod bardziej złożonych.

W. Starkiewicz.

Wiadomości bieżące.

— U c z c z e n i e z a s ł u g p r o f . A . W I T K O W S K I E G O .

Otrzymał miśmy odezwę następującą:

Od długich lat profesor August WITKOWSKI służy nauce i społeczeństwu swemu. Służy im wiernie, jako profesor Szkoły Jagiellońskiej, ucząc pokolenia uczniów, prowadząc ich wytrwale ku pojmowaniu Natury, ku poszanowaniu Nauki. Służy im, jako kierownik Zakładu Fizycznego, w którym pierwsze kroki stawiają ci, którzy pragną zrozumieć istotę przyrodniczego badania. Służy im wreszcie jako uczony, jako badacz, jako pisarz polski. Uczony i badacz ofiarował nauce szereg prac, związanych jedną myślą, idących wspólnie ku jednemu celowi; szereg prac tak ścisłych i zbudowanych tak mocno, że tworzą już dzisiaj trwałe pomniki polskiej pracy w Rocznikach nauki, a tak mozolnych i trudnych, że rzadko kto w Europie odważy się podejmować podobne. Pisarz jasny, prosty, dokładny, wytworny, profesor WITKOWSKI wzbogacił kulturę polską o dzieło pierwszorzędnej wartości, o „Zasady Fizyki“.

W roku ubiegłym, 1908, jedno z pomiędzy dążeń profesora WITKOWSKIEGO poczęło się iść. Rozpoczęto w Krakowie roboty około dzwignięcia nowego gmachu Zakładu Fizycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zbliżył się ku nam cel gorących, wieloletnich zabiegów profesora. Niedaleka jest chwila, gdy w godnych siebie, w godnych Uniwersytetu i Nauki ramach profesor WITKOWSKI rozpocznie nową epokę pracy i badania.

Koleczy, przyjaciele, starsi lub młodszy współpracownicy, dawniejsi i obecni uczniowie profesora WITKOWSKIEGO, a wszyscy bez wyjątku Jego wielbiciele, wszyscy wdzięczni Mu głęboko za wysokość poziomu moralnego i umysłowego, ku któremu wiódł ich zawsze, postanowili objawić swe przywiązanie, swą cześć dla Jego dzieł i Jego życia.

W dniu, w którym profesor WITKOWSKI wygłosi pierwszy wykład w nowym gmachu, pragniemy w tym dniu złożyć Mu w ofierze fundusz stypendyalny Jego imienia, przeznaczony dla ucznia Uniwersytetu Jagiellońskiego, poświęcającego się specjalnie studjom w zakresie Nauki Fizyki.

Zwracamy się o pomoc do intelligentnego ogółu polskiego. Zwracamy się do tych, którzy cenią badanie zjawisk w otaczającym nas świecie, którzy rozumieją, jaki przemożny wpływ na kulturę duchową człowieka wywiera poszukiwanie odwiecznej prawdy w Naturze. Zwracamy się do tych, którzy widzą naszą przyszłość w pracy około podstaw naszej kultury. Zwracamy się do uczniów profesora Wirnkowskiego, do czytelników Jego dzieł, do słuchaczy Jego odczytów; zdają oni sobie sprawę z pewnością z długu wdzięczności, który zaciągnęli względem Niego. Zwracamy się do przyjaciół Uniwersytetu Jagiellońskiego i Młodzieży, zjeżdżającej się ze wszech stron Polski, ażeby uczyć się w Krakowie. Zwracamy się do nich wszystkich z serdeczną prośbą o poparcie naszego przedsięwzięcia.

[Następują podpisy].

Uprasza się o przesyłanie składek pod adresem: „Bank hipoteczny w Krakowie“ [Na rachunek bieżący fundacji im. prof. A. WITKOWSKIEGO] albo „Dom Bankowy H. WAWELBERG“. Warszawa, Kotzebue 6.

— W dniu 19-ym b. m. odbyło się zebranie ogólne Warsz. Tow. Hygienicznego, na którym wybrani zostali do Rady: M. BIAŁOBRZEŃSKI, dr K. CHEŁCHOWSKI, dr W. DĄBROWSKI i dr O. HEWELKE, na zastępców: dr J. GRUNDZACH, dr B. JAKIMIAK, inż. R. KORNIZOWICZ, H. KOTZUBAJ i ks. SZKOPOWSKI, do komisji rewizyjnej: dr H. LUBOWSKI, dr J. MAJKOWSKI i dr J. ZAWADZKI. Na tem również posiedzeniu wybrano na członka honorowego Towarzystwa dra HENRYKA DOBRZYCKIEGO.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 28-go marca do 3-go kwietnia r. b. do szpitali warszawskich przybyło 95-u chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 3, szkarlatyną 3, tyfusem plamistym 53, tyfusem brzuszny 8, gorączką powrotną 14, błonicą 1, różą 7, zimnicą 1, grypą 5.

W tymże okresie czasu zmarło: na tyfus brzuszny 4 i na tyfus plamisty 1.

— Od Zarządu Częstochowskiego Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego otrzymaliśmy odezwę następującą:

Zarząd Częstochowskiego Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego zwraca się do Szanownych czytelników i prenumeratorów „Gazety Lekarskiej“ z prośbą o poparcie usiłowań Częstochowskiego Oddz. W. T. H., zmierzających do stworzenia w Częstochowie Muzeum Hygienicznego. Magistrat m. Częstochowy udzielił Częstochowskiemu Oddz. W. T. H. część parku Jasnogórskiego na lat 96. Muzeum Hygieniczne będzie zbudowane w r. b. w Parku Jasnogórskim i zawierać będzie salę muzealną i salę odczytową na 300 osób; w sali odczytowej odbywać się będą odczyty popularne z dziedziny higieny i nauk pokrewnych; kosztorys budynku wraz z wewnętrznym urządzeniem obliczony jest na 15000 rub., Oddział Częstochowski posiada zaś dotychczas na ten cel zaledwie 7000 rub., zebrane drogą ofiar i musi uzupełnić sumę tę przed lipcem b. r., gdyż Muzeum musi być ukończone i oddane do użytku publicznego najpóźniej w dniu otwarcia wystawy w Częstochowie.

Muzeum Hygieniczne, które posiadać będzie zbiór okazów z dziedziny higieny i nauk pokrewnych i salę odczytową, znajdując się u stóp Jasnej Góry, gdzie corocznie zbierają się tysiące naszego ludu, mieć będzie znaczenie ogólnokrajowe; światło wiedzy czerpać tam będą liczne rzesze pątników, Częstochowa stanie się dla pątników przybytkiem wiedzy.

Zarząd Częstochowskiego Oddziału Warsz. Tow. Hygienicznego jest przekonany, że Szan. czytelnicy i prenumeratorzy „Gazety Lekarskiej“ udzielą mu swego poparcia i przyczynią się do urzeczywistnienia Muzeum Hygienicznego, składając ofiary pieniężne na budowę Muzeum i sali odczytowej bądź w Szan. Redakcyi „Gazety Lekarskiej“, bądź przysyłając je bezpośrednio pod adresem Prezesa Zarządu dra NOWAKA [Częstochowa, II Aleja Nr. 33], lub sekretarza dra BELLONA [Częstochowa, II Aleja Nr. 31] i zbierając okazy dla Muzeum, które stanie się zawiązką Muzeum Krajowego.

— O zdrojach i uzdrowiskach polskich. Bardzo na czasie prof. RYDZIEB wygłosił odczyt publiczny w lwowskiej sali ratunkowej, dnia 13-go marca r. b, [Głos. Lek. Nr. 7] o zdrojach i uzdrowiskach polskich w porównaniu z prusko-niemieckimi. Nie podobna nam przytaczać tu bardzo cennych wskazówek szanownego prelegenta, z których wynika, że nasze zdrojowiska mineralne w zupełności zastępują sławne zdrojowiska zagraniczne. Odczyt swój zakończył prof. RYDZIEB słowami ś. p. DIETLA. „Snać, nie dosyć jeszcze zubożeliśmy i zniszczeliśmy, aby nie gonić za obcymi, częstokroć mniej skutecznymi, a nawet lichymi zakładami zdrojowymi. Trzeba jeszcze większej biedy i nędzy w kraju, ażeby poznać i pokochać jego cenne uzdrawiające wody; wyleczyły i opamiętały się z tego nalogu już niemal wszystkie narody cywilizowanej Europy, z wyjątkiem tylko Polaków, Rosyan i Wołochów“.

— W sprawie W arszawskiej Szkoły felczerskiej komisya powołana przez Magistrat orzekła, że ponieważ utrzymanie szkoły kosztowałoby rocznie 15,000 rubli, miasto mogłoby objąć szkołę pod swą władzę w takim tylko razie, gdyby rząd dał przynajmniej 14,000 rubli zapomogi.

— W ostatnich dniach września lub w początkach października r. b. projektowany jest w Warszawie Zjazd neurologiczno-psychiatryczny.

— Wyszedł zeszyt V, tomu I R o c z n i k a L e k a r s k i e g o, wydawanego przez wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarz. Lekar. Krakowski pod redakcyą prof. dra STANISŁAWA CIECHANOWSKIEGO. Zeszyt ten zawiera prace następujące: dr W. MAZURKIEWICZ. „Części stałe i teoria wydzielania soku trzustkowego“ [z Zakładu farmakologicznego Uniwersytetu Lwowskiego—dyr. prof. dr L. POPIELSKI]. Prof. dr JAN PILTZ. „Poszukiwania nad topografią korowych ośrodków ruchów żrenicy“. Zeszyt obejmuje 10¹/₂ arkuszy druku i zawiera 7 tablic rysunkowych. Cena 4 kor.

— Wyszedł z druku 5—6 zeszyt II tomu „Ginekologii“, zamykającej to wydawnictwo, starannie i umiejętnie przez kol. Cz. STANKIEWICZA prowadzone. Krótkotrwały, acz zaszczytny żywot Ginekologii świadczy wymownie o tem, że bez poparcia szerszego ogółu pismo specjalne o własnych siłach u nas istnieć nie jest w stanie.

— Wyszła z druku praca dra FR. GIEDROJCIA, p. t. „Nauka o chorobach wenerycznych w piśmiennictwie lekarskiem polskim“. Jest to odbitka z „Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych“.

— Pan STANISŁAW SYROCIŃSKI z Ukrainy i jego małżonka złożyli Polskiemu Towarzystwu Lekarskiemu w Kijowie 40,000 rubli na założenie szpitala dla ludności katolickiej. Suma ta jest zbyt mała na ufundowanie szpitala, postanowiono przeto tymczasowo przeznaczyć odsetki na utrzymanie jednego łóżka przy lecznicy prywatnej.

— W Saratowie otwarty będzie w jesieni r. b. uniwersytet, w którym na początek ma być tylko wydział lekarski. Rektorem mianowany został prof. RAZUMOWSKI, chirurg z Kazania.

— Towarzystwo imienia PIROGOWA zawiadamia, że w miejsce zawieszonego przez władze pisma „Obszczestwiennyj Wracz“, wydawać będzie w terminach niestálych „Sbornik“, który rozsyłany będzie członkom Towarzystwa, przedpłacicielom zawieszonego pisma i redakcyom. [Rus. Wracz, 1909, Nr. 13].

— W Petersburgu powstaje „Towarzystwo ochrony życia niemowląt i wychowania dzieci“. Ma ono na celu zmniejszenie śmiertelności wśród dzieci, wychowanie zarówno fizyczne jak i moralne, okazywanie pomocy rodzicom i wychowawcom w nabywaniu zdrowych produktów spożywczych, dostarczanie pomocy lekarskiej i kształcenie osób, pielęgnujących dzieci. Towarzystwo zamierza urządzać zakłady do karmienia niemowląt i wychowania dzieci, zakładać szpitale i ambulatorya, przytulki położnicze, fermy i t. p.