

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. ERBRICH. O tracheo i bronchoskopii, oraz kliniczmem znaczeniu tej metody. Str. 443. II. Z. BYCHOWSKI. O niektórych wskazaniach do radykalnej i paliatywnej trepanacji w nowotworach mózgu. Str. 447. (Dok.) *Notatki lekarskie.* JAN KALINOWSKI. Ciało obce w tchawicy. Str. 453. *Dział sprawozdawczy.* 83. OTTO KOHIER. Przyczynek do bronchoskopii w przypadkach ciał obcych. Str. 454.—89. KILIAN. O cierpieniach zatok bocznych nosa w przebiegu szkarlatyny. Str. 455.—90. A. WOLFF-EISNER. O katarach wierzchołka niegruźliczych. Str. 456. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Sekcja neurologiczno-psychiatryczna. Posiedzenie dnia 20-lutego 1909 r. Str. 456. *Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.* X posiedzenie naukowe dnia 26-go marca 1909 r. Str. 459. XI posiedzenie naukowe dnia 2-go kwietnia 1909 r. Str. 460. XII posiedzenie naukowe dnia 16-go kwietnia 1909 r. Str. 461. XIII posiedzenie naukowe dnia 23-go kwietnia 1909 r. Str. 461. XIV posiedzenie naukowe dnia 24-go kwietnia 1909 r. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

I. O tracheo- i bronchoskopii, oraz kliniczmem znaczeniu tej metody.

Podał

F. Erbrich,

kierownik ambulatorium chorób gardła i nosa w szpitalu Św. Ducha w Warszawie.

Odczyt wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem 2-go marca 1909.

Najwydatniejsze postępy, które osiągnęła ogólna wiedza lekarska w ostatnich pięciu dziesiątkach lat, bez wątpienia dotyczą udoskonalenia techniki badań.

Mozolne zabiegi nad zbadaniem rozmaitych przestrzeni wewnętrznych organizmu [jam wewnętrznych] zapomocą gołego oka stały się możliwe dopiero z chwilą udoskonalenia techniki; jej rozwojowi zawdzięczamy powstanie cystoskopii, otoskopii i t. p. Również bronchoskopia stanowi przeważnie metodę techniczną. Metody badania lekarskiego, oparte na umiejętności bezpośredniego oglądania rozmaitych przestrzeni wewnętrznych organizmu zapomocą odpowiednich przyrządów, noszą ogólną nazwę — endoskopii [nazwa, wprowadzona przez francuza DESORMEAUX'a, który pierwszy zastosował t. zw. uretroskopię].

Najpóźniej ze wszystkich endoskopii powstała tracheo- i bronchoskopia, t. j. metoda bezpośredniego wglądania do tchawicy i oskrzeli. Wprawdzie już

dość dawno prof. wiedeński SCHROETTER, a przedewszystkiem prof. PIENIAŻEK wykonywali t. zw. tracheoskopię, ale wprowadzali oni odpowiednie rury [wzierniki] do tchawicy przez otwór tracheotomijny. Prof. PIENIAŻKOWI już w ósmym dziesiątku lat zeszłego wieku udawało się nawet przez wprowadzenie przez otwór tracheotomijny odpowiednich narzędzi wydobywać [bez kontroli oka] w niektórych przypadkach z rozgałęzień oskrzeli uwięzione w nich ciała obce. Bezspornie wielką zasługę położył nasz laryngolog, rzec można pierwszy w zastosowaniu tracheoskopii. Aby wprowadzić rurę tracheoskopową, obaj wspomniani autorowie wykonywali uprzednio tracheotomię, t. j. stosowali t. zw. tracheoskopię dolną.

Tracheo- i bronchoskopię górną nazywamy taką metodę, która pozwala wprowadzić odpowiednią rurę [tracheoskop i bronchoskop] do tchawicy i do oskrzela drogą zwykłą przez usta, przez krtani do tchawicy i do oskrzeli. Z chwilą wprowadzenia tej metody, zakres jej stosowania znacznie się zwiększył.

Wiadomo powszechnie, jaką nieocenioną zasługę oddał medycynie laryngoskop, t. zw. lusterko krtaniowe. Z chwilą powstania możliwości badania bezpośrednio krtani, rozszerzyła się nauka o sprawach patologicznych tego narządu, a co zatem idzie—rozwinęła się terapia spraw chorobnych krtani. Jakkolwiek zapomocą lusterka krtaniowego nieraz możliwe jest zobaczenie tchawicy, a nawet podziału jej na oskrzela, ale zdarza się to rzadko.

Pierwszy KIRSTEIN w 1895 r. ogłosił nowy sposób badania bezpośrednio krtani i tchawicy, t. j. nie zapomocą lusterka krtaniowego, które odpowiednio ustawione w jamie ustnej daje nam odbicie obrazu krtaniowego. Metoda KIRSTEIN'a polega na tem, że zapomocą odpowiedniego szpatla ugniata my na nasadę języka tuż przy nagłośni, tak, że nagłośnia odchyła się ku przodowi, a wtedy zapomocą reflektora, oświetlając jamę ustną, jesteśmy w stanie dojrzeć krtani, część jej pod strunami i tchawicę. Nieraz przez ucisk na nasadę języka nagłośnia nie poddaje się ku przodowi, wtedy należy nieco na końcu zagięty szpatel wprowadzić pod nagłośnię, pociągnąć ją ku przodowi i w ten sposób dać dostęp światła do wnętrza krtani. Dodam jeszcze, że dla wykonania tej metody należy głowę chorego przechylić ku tyłowi, aby w ten sposób otrzymać między otworem jamy ustnej [brzegiem warg] a wejściem do krtani linię prawie prostą, odpowiadającą prostej linii wprowadzonego szpatla. Jakkolwiek KIRSTEIN w swych publikacjach o nowej metodzie dowodził, że można w ten sposób posunąć się głębiej, wejść do tchawicy, sam jednak zabiegu tego nie dokonał. Pierwszym, który tą drogą przeszedł przez struny krtaniowe, t. j. wprowadził odpowiednią rurę [tracheoskop] do tchawicy, był prof. KILIAN z Freiburga.

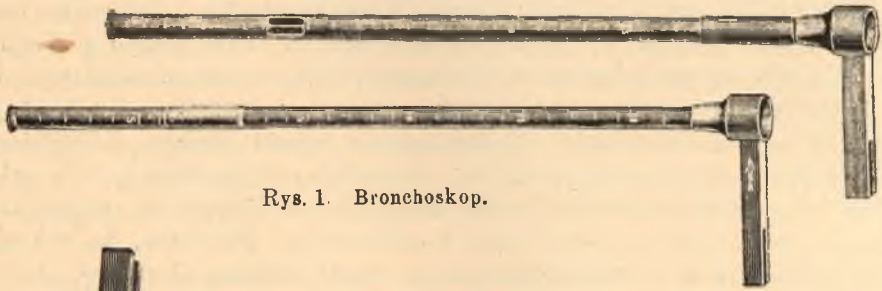
Wprawdzie już przed nim GOTTSTEIN, MIKULICZ, HACKER wprowadzali rury do tchawicy, ale stało się to przypadkowo. Będąc w zamiarze wykonania ezofagoskopii, niechcący wprowadzili ezofagoskop do tchawicy. KILIAN pierwszy wprowadził przez usta tracheoskop do tchawicy w celu wydobywania uwięzionej w niej kości. Było to w 1897 r. Odtąd datuje się powstanie nowej metody badania tchawicy i oskrzeli zapomocą wprowadzania do ich wnętrza odpowiednie

dnich rur i oświetlania ich zapomocą odpowiednich lamp elektrycznych. KILIAN pierwszy wykazał, że można zupełnie proste rury wprowadzić do tchawicy, stąd do oskrzeli głównych, drugo- i trzeciorzędnych. Oskrzela, choć w rzeczywistości są zagięte, jednak tak są elastyczne i tak łatwo poddające się przesuwaniu, że można je ustawić w prostej linii, co jest niezbędnem, aby je oświetlić. Nowa metoda, t. zw. tracheo- i bronchoskopia górna bardzo szybko wzbudziła zainteresowanie wśród świata lekarskiego, w wielu przypadkach stała się potrzebną, a w niektórych powitano ją jako jedyną, dawno oczekiwaną, jako taką, która ratuje życie w niektórych cierpieniach, dotychczas nieuleczalnych [obce ciała w oskrzelach]. Nie dziw, że znalazła szerokie zastosowanie i stworzyła dziś już dość obszerną literaturę. U nas w tym przedmiocie nieco obszerniej pisali prof. PIENIĄŻEK i docent NOWOTNY i podali przypadki, w których skutecznie metodę tę stosowali. Również w roku zeszłym zabierał głos w tej sprawie kol. RONTALER w artykule drukowanym w Medycynie. Z obcej literatury oprócz prac samego KILIANA i jego asystentów, na wyróżnienie zasługuje obszerne dzieło, raczej podręcznik bronchoskopii, H. SCHROETER'a z Wiednia.

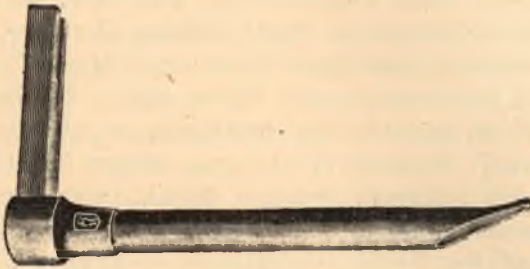
Po tym krótkim zarysie historycznym o powstaniu i rozwijaniu się tracheo- i bronchoskopii, postaram się podać sposób stosowania tej metody, opisać potrzebne narzędzia, przedstawić kliniczne znaczenie bronchoskopii. Muszę jednak na wstępie zastrzedz się, że nawet najbardziej szczegółowy opis nie jest w stanie dać dokładnego pojęcia o wykonywaniu tej metody jako też o potrzebnych do tego narzędziach. Dlatego też pozwoliłem sobie przedstawić na zebraniu Towarzystwa Lekarskiego dwu chorych, u których wobec zebranych kolegów wykonałem bronchoskopię [w jednym przypadku zastosowałem bronchoskopię górną, w drugim dolną], oraz cały komplet narzędzi.

Wspominałem już wyżej, że za pierwowzór bezpośredniego badania górnego odcinka dróg oddechowych służy metoda KIRSTEIN'a, nazwana przez niego, niezupełnie słusznie, „antoskopią”. Metoda ta ogranicza się do obejrzenia krtani i części tchawicy, a więc odcinka dróg oddechowych, dostępnego zbadaniu zapomocą zwykłego lusterka krtaniowego, t. j. laryngoskopu. Autoskopia KIRSTEIN'a nieraz mozolna w wykonaniu również nieraz przykra dla chorego, wreszcie nie obejmująca szerszego pola widzenia, chociaż została zarzuconą i nie znalazła szerszego zastosowania, to jednak stanowiła pierwszy krok naprzód w technice badania górnego odcinka dróg oddechowych, utorowała drogę innym badaczom, bardziej szczęśliwym, którym udało się przejść przez struny głosowe, wejść do wnętrza krtani, stąd do do tchawicy i oskrzeli. Do wykonania tracheo- i bronchoskopii potrzebne są przede wszystkim odpowiedniej długości i grubości rury [tracheo- i bronchoskopy] rys. 1 i aparat oświetlający wnętrze rury.

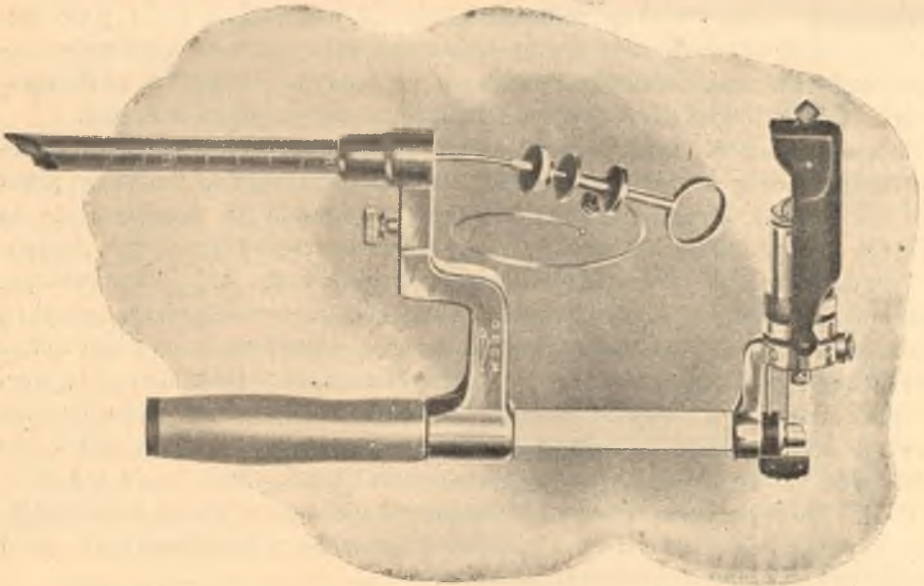
Tracheoskopy są znacznie krótsze od bronchoskopów. Te zaś znowu, zależnie od tego, jak głęboko zamierzamy badać oskrzela, również posiadają rozmaite długości. Rury na całym przebiegu jednakowego rozmiaru, na końcu zwróconym do badającego, posiadają rączkę, dopasowaną do aparatu oświetlającego. Aparaty oświetlające z lampką elektryczną są rozma-



Rys. 1. Bronchoskop.



Rys. 1. Tracheoskop.



Rys. 2.

Aparat oświetlający BRUNINGS'a wraz z przymocowanym do niego bronchoskopem, w którym znajduje się przyrząd do wydobywania ciał obcych.

itej konstrukcyi. Do ostatniej chwili używano aparat oświetlający, umocowany na czole, KIRSTEIN'a lub elektroskop KASPER'a, przydatny w tych razach, kiedy chodzi o pokazanie danego przypadku postronnym osobom. Od dwu lat powszechnie wszedł w użycie aparat pomysłu asystenta prof. KILIANA, BRUNINGS'a [rys. 2], bardzo wygodny ze względu na siłę światła i praktyczny, gdyż jednocześnie służyć może i do demonstrowania otaczającym.

[D. c. n.].

II. Z ODDZIAŁU DLA CHRONIKÓW PRZY SZPITALU NA PRADZE.

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

Napisał

Z Bychowski,

ordynator oddziału.

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

(Dokończenie. — Patrz Nr. 18).

Jest to fakt banalny, z którym ciągle u takich chorych się spotykamy, że zmiany na dnie oka mogą już być wcale posunięte, a chory jeszcze na żadne zaburzenie wzroku się nie skarży. Spotykaliśmy się z objawem tym w większości naszych przypadków [I, II, III, IV]. Dopiero po dokładnem wypytywaniu się, chorzy przypominają sobie, że od czasu do czasu u nich występuje jakies chwilowe zamglenie wzroku, które chorzy stawiali w związku z bólami głowy i którym zresztą i lekarze nie przypisywali żadnego znaczenia. Tymczasem właśnie te zmiany na dnie oka w postaci *neuritis* i *neuroretinitis* zasługują na szczególną uwagę. Badając systematycznie obraz oftalmoskopowy i siłę widzenia takich chorych, jest się, że tak powiem, naocznym świadkiem tego, jak siła widzenia stopniowo zaczyna słabnąć, a na miejscu *neuritidis* i tarczy zastoinowej zaczyna występować rozpoczynający się zanik nerwów wzrokowych. W niektórych przypadkach [według naszego wrażenia, tam, gdzie stosowano *experimenti causa* leczenie przeciwsyfilityczne] zmiany siły widzenia i obrazu oftalmoskopowego nawet dosyć prędko mogą postępować i w przeciągu już 2—3 mies. do zupełnej ślepoty doprowadzić. I nasuwa się pytanie, czy nie jesteśmy w stanie zapobiedz temu najstraszniejszemu z kalectw? Pytanie to nabiera tem większej wagi, jeżeli sobie uprzytomnimy, że chorzy z nowotworami mózgu w skutek jakichś specyficznych warunków tych nowotworów, mogą długo żyć [10 i więcej lat], nawet i po wystąpieniu ślepoty. I może nawet zdarzyć się taka kombinacya, że wtedy,

kiedy wynurzą się już ściśle wskaźniki miejscowe i radykalna operacja będzie możliwą, ta właśnie, co do wzroku przynajmniej, okaże się bezcelową. Widzieliśmy to bardzo jaskrawo u naszego chorego G. [przyp. VII]. Dopiero po wystąpieniu amaurozy, miejscowe rozpoznanie nabrało pewności. Ale wobec tego, że i bole głowy wtedy ustąpiły—co zresztą w nowotworach mózgu się spostrzega—uważaliśmy trepanację za spóźnioną, bo wszak wzroku, o co najwięcej chodziło choremu, trepanacyaby nie przywróciła. I jeszcze na jedną okoliczność należy zwrócić uwagę. W ostatnich czasach nauczyliśmy się wyodrębniać kilka oddzielnych postaci nozograficznych, przebiegających w pierwszych swoich okresach zupełnie tak, jak nowotwory mózgu (*meningitis serosa*, *pseudotumor NONNEGO*, *acute Gehrinschwellung REUCHARDT'a*). Wszystkie te postaci nie są jeszcze dokładnie zbadane i wyjaśnione, ale w każdym razie jest ustalonem, że w pierwszych okresach mogą one dawać zupełnie te same ogólne, a nawet miejscowe objawy, co dają nowotwory. Otóż przy tych postaciach nozograficznych zmiany na dnie oka nie należą do rzadkości. I ważną jest szczególnie ta okoliczność, że zmiany na dnie oka mogą i w tych cierpieniach, niezależnie od zwykłego dobrego przebiegu samego cierpienia, doprowadzić do zaniku nerwów wzrokowych. I ostatecznie otrzymuje się taki obraz, że cierpienie mózgowe stopniowo ustępuje, zostawiając jednakże na zawsze zupełną ślepotę. W przypadku II mamy prawdopodobnie właśnie z taką kombinacją do czynienia. Chora od dwu przeszło lat nie miewa ani bólów głowy, ani wymiotów, nawet i te miejscowe objawy, które przedtem były (*ptosis*, porażenie *recti interni*) ustąpiły. Z wyjątkiem więc ślepoty samo cierpienie mózgowe przeszło bez śladu, czego najlepszym dowodem jest kwitnący wygląd chorej. Osobiście mam jeszcze jeden taki przypadek, a od czasu, jak NONNE ogłosił swoje przypadki pseudotumoru, coraz więcej neurologów przyznaje się, że widywali takie przypadki z zanikiem nerwów wzrokowych.

Sądzę, że i teoretycznie i praktycznie nie trudno będzie dowieść, że w takich przypadkach, a właściwie mówiąc—we wszystkich przypadkach nowotworów mózgu, ślepotą nie jest bezwzględna, niemożliwą do ominięcia koniecznością i że wobec takich chorych nie powinniśmy się zachowywać zupełnie beczynnie i wyczekująco. Owszem bliższe zastanowienie się nad istotą zachodzących tu zmian i nad tymi skutkami, do których one, jeżeli nie przeszkadzać ich biegowi, muszą doprowadzić, pcha nas na inną, co prawda stromą i niezupełnie bezpieczną, ale zato i wiele zapowiadającą drogę.

Nie tu miejsce na roztrząsanie długiego sporu o patogeniezie spostrzeganych przy nowotworach mózgu zmianach na dnie oka. Z przeglądania nowszej literatury oftalmologicznej, odbiera się wrażenie, że spór ten stracił wiele ze swojej dawnej ostrości i że teraz prawie wszyscy uznają, że moment czysto mechaniczny odgrywa wielką, a według niektórych—wyłączną rolę przy powstawaniu *neuritidis opticae*. Przedewszystkiem posiadamy teraz szereg przypadków, gdzie mogły być przeprowadzane dokładne badania histologiczne nad nerwami wzrokowymi, które się znajdowały w stanie mniej lub więcej rozwiniętej tarczy zastoinowej i gdzie żadnych zmian właściwych

zapaleniu nerwów nie znaleziono. Z drugiej strony znamy teraz przypadki, gdzie jedyne zmniejszenie ciśnienia wystarczało do usunięcia *neuritis opticae*, jakkolwiek przyczyna, która ją wywoływała w dalszym ciągu została. Znamy też teraz nie mało przypadków, gdzie *neuritis optica* spostrzeżono przy sprawach ekstrakranjalnych, [aneuryzmatach, torbielach], gdzie już nie mogło być żadnej mowy o przypuszczalnych toksynach nowotworowych, że wspomnę między innymi o przekonującym przypadku NOISZEWSKIEGO, gdzie przy aneurysmacie *carotidis internae* wystąpiła obustronna tarcza zastoinowa, która po upływie 14-u dni przewiązania *carotidis com.* zupełnie znikła. Cała ta bogata kazuistyka wprost kategorycznie nakazuje nam zalecić trepanację paljatywną każdemu choremu z *neuritis optica* i postępującem osłabieniem wzroku pochodzenia nowotworowego, zwłaszcza wtedy, kiedy miejscowe rozpoznanie jest niemożliwe. Jest to jedyny niezawodny sposób zapobiegania ślepotie, która, jak widzieliśmy, szybko może nastąpić i o lata całe poprzedzić ostateczne skutki cierpienia mózgowego.

Jakkolwiek z wielu dawniejszych spostrzeżeń już wnioskować można o dodatnim wpływie otwarcia czaszki na zmiany na dnie oka, to SAENGER z Hamburga, pierwszy, w Niemczech zwłaszcza—na tę kwestję zwrócił uwagę. W odczycie wygłoszonym w 1906 r.¹⁾ SAENGER omawia 19 własnych spostrzeżeń, gdzie w 16-u dzięki li tylko paljatywnej trepanacyi wzrok został w mniejszym lub większym stopniu uratowany. Niektóre z nich są rzeczywiście imponujące. Dwa z nich przytaczam w krótkim streszczeniu.

I. 25-letni mężczyzna w przeciągu 2-u lat cierpi na bole głowy, wymioty, zaburzenia równowagi i postępujące w skutek tarczy zastoinowej osłabienie wzroku. Rozpoznanie nowotworu nie ulegało kwestyi, a wobec niektórych wskazówek, że nowotwór znajduje się może w lewej półkuli mózdkowej, w tej okolicy została dokonana trepanacja. Nowotworu nie znaleziono, ale bole głowy i wymioty ustąpiły, a wzrok który już znajdował się na progu zupełnego zaniku o tyle się poprawił, że chory od 7-u lat pracuje w biurze.

Drugi przypadek SAENGER'A. U 33 letniego nauczyciela rysunków z objawami nowotworu w lewej półkuli mózdkowej i z ogromnem upośledzeniem wzroku, trepanacja w miejscu wskazanym, bez usunięcia nowotworu, do takiego stopnia poprawia ogólny stan i wzrok chorego, że chory już po 6-ciu mies. wraca do poprzedniej swojej pedagogicznej działalności. W danym razie dla nas jest kwestyą obojętną, czy rozpoznanie co do nowotworu było prawidłowe, czy nie; ważnem jest, że przybliżała się nieunikniona ślepotą. Są zresztą i u SAENGER'A przypadki, gdzie sekcyja po pewnym czasie potwierdziła obecność nowotworu i gdzie paljatywna trepanacja usunęła na krótszy lub dłuższy czas grożącą ślepotę. Analogiczne, jak

¹⁾ Ueber die Palliativtrepanation bei inoperablen Hirntumoren zur Vermeidung drohender Erblindung. Klinische Monatsblaetter für Augenheilkunde 1907.

SAENGER, spostrzeżenia ogłosił angielski oftalmolog LESLIE I PATON ¹⁾, pracujący razem z HORSLEY'em. W 11-u przypadkach, gdzie wzrok był znacznie osłabiony, resp. było tylko zachowane jeszcze wrażenie światła, nastąpiło po trepanacji zupełne lub prawie zupełne odzyskanie wzroku. Pojedyncze przypadki znajdują się także u OPPENHEIM'a, FRAZIER'a i u innych. Bardziej szczegółowo omówił niedawno wpływ trepanacji na tarczę zastoinową HIPPEL ²⁾ na zasadzie 221 zestawionych z literatury przypadków. Rzecz oczywista, że kazuistyka, pochodząca od rozmaitych autorów i ogłoszona z rozmaitych punktów widzenia, a zwłaszcza odnosząca się do chorych, którzy znajdowali się w najrozmaitszych okresach cierpienia, nie może służyć zupełnie za dokładną ilustrację całej tej kwestyi. W wielu przypadkach operacja była dokonana dopiero po długich wyczekiwaniach, kiedy ogólny stan chorych już był bardzo wyczerpany i tarcze już się znajdowały w stanie zaniku, gdzie wzrok więc już był niepowrotnie stracony. Ale pomimo tego w połowie przypadków HIPPEL znalazł zaznaczone, że trepanacja wpłynęła dodatnio na wzrok, i im wcześniej ona była dokonana, tem lepsze były wyniki i co do wzroku. I po szczegółowym krytycznem omówieniu wszystkich *pro* i *contra*, HIPPEL przychodzi do wniosku, że trepanacja działa zbawiennie na zagrożony przy nowotworach wzrok i że tam, gdzie operacja radykalna nie jest możliwa, należy przedsięwziąć paljatywną.

Co się tyczy najwięcej stosownego miejsca dla pal. trepanacji, to przedewszystkiem należy wybrać to miejsce, gdzie są niektóre chociażby wskazówki, że guz tam może się znajduje. Liczy się więc na to, że może uda się dokonać radykalną trepanację. Tam zaś, gdzie żadnych miejscowych wskaźników niema, albo wszystko przemawia, że sprawa odbywa się w miejscu zupełnie niedostępnem (podstawa, torebka wewnętrzna i t. p.), radzą trepanować w prawej okolicy ciemieniowej — najwięcej bezbarwnej pod względem fizyologicznym. W tem miejscu są też i najmniejsze techniczne trudności. Nie czuję się powołanym do omówienia tu wszystkich szczegółów technicznych, zwłaszcza że co do szczegółów wśród samych chirurgów panuje jeszcze wiele spornych punktów. ³⁾ Tworzenie się wypięcia mózgu po trepanacjach paljatywnych stanowi niezawodnie ujemną stronę tych operacji. Dla zapobiegania temu CUSCHING obmyślił kilka specjalnych metod operacyjnych. Proponuje on operować pod mięśniem skroniowym, którym potem zakrywa i zabezpiecza otwór trepanacyjny. Ostatnio CUSCHING

¹⁾ On the course of optic neuritis and its subsidence after operations in cases of cerebral tumour. *Lancet* 1905, str. 1649.

²⁾ Ueber die Palliativtrepanation bei Staunungspapille. *Graefes Archiv für Ophthalmologie*, tom 69.

³⁾ Por. oprócz wyżej wymienionej pracy HORSLEY'a, monografię CUSCHING'a w zbiorowej chirurgii angielskiej (*KEENS SURGERY*, vol. III, 1908 r.). BALLANCE, Some points in the surgery of the brain 1908. KRAUSE, *Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks* 1908. KOCHER, *Hirnerschütterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnkrankheiten* (w *Szczegół. patologii i terapii NOTHNAGEL'a*).

proponuje trepanować w okolicy tylnej jamy, licząc na to, że znajdujące się tu grube warstwy mięśniowe będą przeszkadzać zbytniemu wypadnięciu. Na ostatnim Zjeździe niemieckich chirurgów prof. KUETNER z Wrocławia ¹⁾ zalecał też okolicę mózdkową jako najwłaściwszą dla trepanacji przy każdym nowotworze mózgu, nie dającym się umiejscowić, wychodząc z założenia, że dla uratowania wzroku niezmiernie ważnem jest uwolnienie od ucisku przedewszystkiem tylnej jamy, resp. mózdku, gdzie znajdują się duże, przepełnione płynem mózgowordzeniowym przestrzenie subarachnoidalne. Może być, że w przyszłości uda się po części zapobiedz wypadnięciu, zapomocą proponowanej przez KRAUSE'go i innych przy wodogłowie *drainage à demeure*, jak to zastosował SAENGER w jednym ze swoich przypadków. Z drugiej strony, wielu doświadczonych autorów twierdzi, że wypadnięcie w gruncie rzeczy nie jest tak straszne, jak na pierwszy rzut oka się wydaje [BALLANCE, CUSHING, KOCHER i inni]. „Jest to sprawa, którą należy kontrolować, powiada CUSHING, lecz wcale nie zwalczać.“ Do takiego samego wniosku przychodzi PROFE na zasadzie 49 przypadków z wypadnięciem mózgowym. „O ile tylko *hernia* mózgowa—powiada ten autor—pokryta jest zdrową skórą, nie przedstawia ona żadnego niebezpieczeństwa“ ²⁾. Zresztą technika operacyjna dojdzie prawdopodobnie z biegiem czasu do wielu jeszcze udoskośleń, dzięki którym uda się zredukować wypadnięcia do rozmiarów minimalnych [por. odnośny rozdział w monografii KRAUSE'go].

Sz. Pp. Zalecając pal. trepanację nie taję wcale przed sobą, że to jest tylko półśrodek i to wcale niewinny. Ale ze względu na ogromną ulgę subiektywną, którą ona choremu może przynieść [bole głowy, wymioty, por. nasz przyp. VI], a głównie zaś, że może ochronić go na krótszy lub dłuższy czas od tak strasznego kalectwa, jakim jest ślepotą, uważam ją stanowczo w pewnych przypadkach za wskazaną, tem bardziej, że zbiegiem czasu rozpoznanie co do nowotworu może się okazać mylnem, a ślepotą może pomimo tego nastąpić [nasz przyp. II]. Ale nawet, tam, gdzie nowotwór niezawodnie istnieje, sama trepanacja już może być w swoich skutkach bardzo pożyteczna, a czasami wprost nieoceniona. HORSLEY, który osobiście spostrzegał i operował największą może liczbę nowotworów mózgu, opisuje 12 przypadków, gdzie sama trepanacja już wystarczyła [*directly exposing but not removing*] nie tylko do przedłużenia choremu z niezawodnym nowotworem mózgu życia na lat kilka, lecz nawet do zupełnego prawie usunięcia wszystkich chorobliwych objawów. Nie mogę sobie odmówić przytoczenia 2-u przypadków H'a w krótkim streszczeniu.

I. Padaczka JACKSON'a i lewostronne porażenie połowicze. *Neuritis optica*. Bole głowy i wymioty. Przy trepanacji okazuje się, że znaczna

¹⁾ Verhandlungen der deutschen Gesel. f. Chirurgie 1908, str. 101.

²⁾ Ueber die bei operativer Behandlung von Hirntumoren auftretenden Hirnhernien. Bibliotheca medica, zes. 7. Por. także pracę neurologa FUERSTNER'a. Ueber die Behandlung der Gehirngeschwülste. Arch. f. Psychiatrie, t. 41.

część strefy ruchowej zmienioną jest w „ciemny, czerwony, rozlany nowotwór,” wskutek czego zaniechano radykalnej operacji. Po $2\frac{3}{4}$ latach jeszcze chory cieszy się z „normalnego zdrowia [*normally healthy*] z wyjątkiem spastycznych objawów w dolnej kończynie.

II. Wszystkie objawy, a także i *neuritis optica*, szybkorosnącego nowotworu lewej półkuli mózdkowej. Przy trepanacji znaleziono „nadzwyczajne napięcie i ciemno czerwone zabarwienie mózdku” Radykalnej operacji zaniechano. Już po kilku miesiącach chory wraca do swego zajęcia [pomocnik lekarski], które uprawia jeszcze po 4 l. [t. j. podczas ogłoszenia pracy H'a.].

Pewne światło na te przypadki rzuca inny, nie jedyny zresztą przypadek H. Chory u którego podczas trepanacji znaleziono niemożliwy do wyluszczenia glejak [badanie mikroskopowe] umiera po $2\frac{1}{2}$ l. na różę. Przy sekcji na miejscu dawnego nowotworu znajduje się tylko blizna, [w innym analogicznym przypadku torbiel]. Przytoczone wyżej przypadki takiego wiarogodnego badacza jakim jest H., są tak wymowne, że nie potrzebują chyba żadnych komentarzy ¹⁾.

Pozostaje mi odpowiedzieć jeszcze na jedno pytanie, może najważniejsze, zwłaszcza u nas, gdzie trepanacja jest tak mało popularną nawet wśród lekarzy. Chodzi o to, czy trepanacja już jako taka nie jest jednakże tak ciężkim i w swoich następstwach nieobliczalnym rękoczynem, że nawet i te „szczęśliwe” przypadki nie okupują zupełnie wszystkich niebezpieczeństw, na które ona naraża.

Z wszystkiego, com poprzednio powiedział wynika, że i pod względem technicznym trepanacja nie jest najeżona zbyt wielkimi trudnościami i że bezpośrednio jej skutki dla organizmu wogóle nie są groźne.

Nie będę się powoływał na KOCHERA, który dosłownie powiada, że niebezpieczeństwo, które grozi od samej trepanacji równa się zeru [*ist bis auf Null gesunken*], nie będę się też zaslaniał HORSLEY'em, który otwarcie czaski i twardej opony uważa za prosty zabieg [*simple proceeding*]. Wyjątkowo obdarzeni i szczęśliwi mistrzowie nie mogą służyć za ogólną miarę. Tu właśnie należy się liczyć z większymi statystykami, pochodzącymi od rozmaitych chirurgów i z rozmaitych krajów. Otóż z wszystkich zebranych statystyk wynika jednobrzmiąca prawie odpowiedź, że trepanacja jako taka nie jest wcale tak ciężkim zabiegiem. DURET ²⁾ zestawił 400 operowanych przypadków i u 258 znalazł wyleczenie albo wybitną poprawę. OPPENHEIM [ost. wydanie jego podręcznika] uwzględnia w swojej statystyce 371 przyp. W 88 [23—24%] przyp. nastąpiło wyleczenie albo wybitna poprawa; w 111 [28—30%] operacja była bez skutku, ale i bez ujemnego wpływu. Statystykę FRAZIER'a, tyczącą się trepanacji w nowotworach mózdku, przytoczyłem wyżej. Mniej więcej takież odsetki dają i statystyki innych autorów. W każdym razie wszystkie te liczby dowodzą, że trepanacja nie jest tak straszna, jak się kiedyś zdawało i że należy ją z czystym sumieniem zalecać

¹⁾ Por. Auton. Selbstheilungsvorgänge bei Gehirntumoren. Münch. med. Wochens. 1909.

²⁾ Les tumeurs de l'Encephale 1906.

ciężko chorym, nie mającym innego ratunku. I nie ulega kwestyi, że przy coraz częstszem i wczesnem stosowaniu, i co wynika z tego, coraz większej wprawie technicznej, stanie się ona coraz mniej niebezpiecznym i mniej ciężkim zabiegiem, jak to się stało z laparatomią i t. d.

Jestem przy końcu swego odczytu. Ideał do którego powinniśmy dążyć, to — radykalna trepanacja. Z biegiem czasu, kiedy lokalna dyagnostyka mózgowa dojdzie do jeszcze większej finezyi, a technika operacyjna do większej wprawy i kiedy, co jest najgłówniejsze — znajomość dyagnostyki chorób mózgowych i oftalmoscopii w ogólnych przynajmniej zarysach, stanie się własnością wszystkich internistów, a obawa przed trepanacją, jak przed czemś bezwarunkowo śmiertelnem, przejdzie tak samo do historii, jak to było w swoim czasie z pleurotomią, appendikotomią i t. p., — coraz częściej będziemy w stanie do tego ideału się przybliżać, jakkolwiek rozczarowania nas tu nigdy zupełnie nie ominą, bo to leży w naturze rzeczy samego cierpienia. Ale wobec tego, że od tego ideału jesteśmy jeszcze bardzo oddaleni, wobec tego, że niektóre krainy mózgu na długo, a może i na zawsze będą niedostępne i dla najśmielszej dłoni chirurgicznej, powinniśmy nieustannie pamiętać o tem, że nowotwór mózgu oprócz miejscowych uszkodzeń naraża na niebezpieczeństwo całe życie i — co jest jeszcze ważniejsze — może stać się powodem długoletniego straszego kalectwa — ślepoty. „W żadnym przypadku tarczy zastoinowej, powiada HORSLEY, nie należy dopuścić żeby ona została, skoro raz była rozpoznana. I jeżeli ona pociąga za sobą ślepotę, to pada ciężka odpowiedzialność na każdego, kto ominął zalecić tak prosty zabieg, jak otwieranie twardej opony mózgu.“ To co dla H'a obecnie jest zwykłym zabiegiem, dla niejednego z nas jeszcze powinno być pełnym rozważa i zastanowienia się krokiem. Ale to istoty rzeczy, zwłaszcza obowiązków naszych wobec nieszczęśliwych naszych chorych, nie zmienia.

W lutym 1909 r.

NOTATKI LEKARSKIE.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO PROF. L. KRYŃSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA.

CIAŁO OBCE W TCHAWICY.

Podał

Jan Kalinowski.

Niniejszy przypadek i kazuistyczny ośmielałem się podać do wiadomości, ze względu na dość oryginalne ciało obce, aspirowane do tchawicy. Dnia 10-go

kwietnia wieczorem zapisałem na oddział chirurgiczny chłopca, który, jak opowiedział mi jego ojciec, bawiąc się dzisiaj fujarką od gumowego balonika, połknął ją. Przy badaniu okazało się: M. O., lat 12, bardzo słabo rozwinięty fizycznie, w narządach wewnętrznych zmian niema, oddech stenotyczny, przy wdechu słychać dźwięk fujarki. Badanie laryngoskopowe nie wykazało, mimo to nie ulegało wątpliwości, że ciało obce znajduje się w drogach oddechowych. Następnego dnia oddech stawał się coraz bardziej utrudnionym. O wydobyciu ciała obcego przez szparę głosową, drogą naturalną, nie było mowy, ze względu na brak na oddziale odpowiednich przyrządów do tracheoskopii. Postanowiłem więc zrobić próbę wydobycia przy pomocy tracheotomii. W uśpieniu chloroformowem wykonałem dolną tracheotomię i zgętym zgłębnikiem wyczułem owo ciało 6 ctm. poniżej otworu tracheotomijnego. Wydobicie ciała zgętym klampem po wielu próbach okazało się niemożliwe. Postanowiliśmy przeto skonstruować coś w rodzaju tracheoskopu, by móc manipulować *ad oculos*. Osiągnęliśmy to zapomocą rurki od grubego trójkątca, i oświetlenia jej reflektorem laryngoskopowym. Kol. Łogucki, obecny przy operacji, oświetlił rurkę reflektorem i podciągnął haczykiem obce ciało nieco ku górze; wtedy uchwyciwszy obce ciało szczypcami KOCHERA, wy dobyłem je na zewnątrz. Owem ciałem rzeczywiście była drewniana fujarka od gumowego balonika, długości 5 ctm., grubości zaś 5 mm. Fujarka wypełniała całkowicie tchawicę, zajmowała położenie ukośne, oparta była na wejściu do lewego oskrzela. Przez jej otwór chory oddychał, a powietrze przy wdechu, przechodząc przez stroik fujarki, wydawało właściwy jej dźwięk.

Stopniowe utrudnienie oddychania zależało od obrzęku błony śluzowej tchawicy naokoło fujarki i zbierania się śluzu w jej kanale. Do tchawicy wstawiłem rurkę tracheotomijną, którą usunąłem na 4-ty dzień. Obecnie chory jest zdrow zupełnie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



88. Otto Kohler. Przyczynek do bronchoskopii w przypadkach ciał obcych.

W pracy tej opisane są trzy przypadki ciał obcych, usuniętych przy pomocy bronchoskopii:

1) Osesek, 6 $\frac{1}{2}$ -miesięczny, przed 29-u godzinami, pijąc sok mięsny, zachłysnął się i zaraz wystąpiły objawy zaduszenia. Opukiwaniem i osłuchiowaniem stwierdzono zatkanie oskrzela lewego i przystąpiono niezwłocznie do badania w uśpieniu zapomocą szpatla rurowatego BRUENING'a o 7-u mm. średnicy i 19-u ctm. długości. Ciało obce znajdowało się tuż poniżej wejścia do oskrzela głównego lewego i było przednim końcem nieco white w przednią ścianę oskrzela. Zapomocą zwycających szczypczyków do ciał obcych wydobyto bardzo duży odłamek kostny, kształtu romba, mający 12 $\frac{1}{2}$ mm. w wymiarze podłużnym i 9 mm. w poprzecznym ¹⁾. Po dwu dniach dziecko było zupełnie zdrowe.

1) Wymiar poprzeczny tchawicy w 1-m roku życia=5—6 mm

2) Dziewczynka 6-letnia połknęła przed 6-u godzinami pestkę od śliwki. Przyniesiono ją w stanie ciężkim z objawami duszenia się. Zapomocą wzornika krtańowego dostrzeżono obecność ciała obcego w tchawicy na wysokości 4-go pierścienia; chcąc usunąć je drogą zwykłą przez krtań, K. wkroplił do krtańi kokainę, w tej chwili jednak wystąpił silny napad kaszlu i objawy duszności znacznie się zmniejszyły. Badanie płuc wykazało, że pestka wpadła do lewego oskrzela. Po znieczuleniu krtańi i tchawicy kokainą, wprowadzono z łatwością bronchoskop, poczem można było widzieć poruszanie się pestki, która podczas wdechu wpadała do lewego oskrzela, podczas wydechu zaś wznosiła się ku górze, do tchawicy. Pomimo to przez długi czas nie udawało się schwycić jej szczypcami. Dopiero po ułożeniu dziecka uczul K. po uchwyceniu ciała obcego wyraźny opór, czuł potem, że się obluzowało i wyciągnął razem z rurką szczypczyki, ale okazało się, że szczypczyki były puste. Zbadano ponownie i tchawicę i oba oskrzela, lecz ciała obcego nie było widzieć; badanie płuc wykazało oddech jednakowy z obu stron. Zrodziło się podejrzenie że dziecko połknęło pestkę, która w jamie ustnej wyslizgnęła się ze szczypczyków. Rentgenizacja dała wynik ujemny. Nazajutrz wystąpiły objawy obrzęku krtańi z ciepłotą 39°; następnego dnia duszność jeszcze większa; wyraźne objawy prawostronnego zapalenia płuc i śmierć dziecka na trzeci dzień po operacji. Badanie pośmiertne wykazało: Krupowe zapalenie tchawicy i oskrzeli, rozlane zapalenie płuc, zwłaszcza w płatkach dolnych; wysięk włóknikowy w jamie opłucnej; zmętnienie nerek i wątroby; katar przewodu żołądkowo-kiszczowego. Ciała obcego nie znaleziono.

3) Górnik 17-letni, gryząc przed 6-u dniami orzechy, połknął kawałek łupiny, która, jak to stwierdzono przy badaniu płuc, wpadła do prawego oskrzela głównego. Po skokainowaniu i wprowadzeniu bronchoskopu wydobyto z łatwością ciało obce kleszczami hakowatemi BRÜENING'a. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

(*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1909, z. 2).*

Szumlański.

89. Kilian. O cierpieniach zatok bocznych nosa w przebiegu szkarlatyny.

Spostrzegamy dwie formy zapaleń zatok nosa: zwykłą i powikłaną; pierwsza prawdopodobnie występuje bardzo często; przemawia za tem porównanie z innymi chorobami zaraźliwymi, jako też to, że na sekcjach zwłok zmarłych na szkarlatynę WOLFF i WERTHEIM dość często wykrywali zmiany chorobne w zatokach nosa. Ostre przypadki cierpień zatok nosa, jak to zresztą wogóle się zdarza również i w przebiegu szkarlatyny, leczą się samoistnie; nieznaczna liczba przechodzi w przewlekłe, i jako takie bywają rozpoznawane dość późno, a nawet i po dłuższym czasie mogą przebiegać z pewnymi powikłaniami. Co się tyczy drugiej formy, t. zw. powikłanych cierpień zatok bocznych nosa, to w przebiegu szkarlatyny przedewszystkiem występuje w tych przypadkach dość wcześniej zewnętrzny obrzęk [w dwu przypadkach już 5-go dnia], w okolicy jamy czołowej, nasady nosa, a najczęściej na wewnętrznej części powieki górnej. U dzieci do 7-u lat cierpienie umiejscowia się w komórkach sitowych, od 8—9-u lat w zatokach czołowych, a już w późniejszym wieku również i w zatoce klinowej. Stosunkowo dość rzadko mamy do czynienia z powikłaniem cierpieniem zatoki szczękowej.

Obrzęki i ropienie powstają w skutek tego, że sprawa zapalna z błony śluzowej zatok przechodzi na zewnętrzną okostną i dość szybko obejmuje również tkankę kostną i wywołuje w niej zmiany, poczynając od łżejszych aż do bardzo ciężkich, jak oto: przedziurawienie, tworzenie się sekwestrów; przedziurawienia tworzą się przeważnie w blaszce kości sitowej, również i w górnej ścianie zatoki szczękowej, w przedniej i dolnej zatoce czołowej.

Najbardziej niebezpieczne są powikłania ze strony jamy czołowej, gdyż powstaje obawa wytworzenia się ropnego zapalenia opon mózgowych, zatoru naczyń krwionośnych z następczą posocznicą. Rozpoznanie powikłań zapaleń zatok bocznych nosa w przebiegu szkarlatyny ze względu na obecność zewnętrznych obrzęków bywa łatwe; oprócz tego również pomocnymi okazują się i inne jeszcze znane metody rozpoznawcze [prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a i t. p.]. Zabiegi tego rodzaju cierpienia muszą być zawsze poważne i wymagają energicznej interwencji chirurgicznej.

Erbrich.

90. A. Wolff-Eisner. O katarach wierzchołka niegruźliczych.

Autor dowodzi, że istnieją rozpoznawalne katar wierzchołkowe [stłumienie odgłosu opukowego, obniżenie granicy górnej płuca, oddech oskrzelowy] natury niegruźliczej, a które opisał KÖNIG pod mianem zapadu kolaptycznego (*Kollapsatelectase*) i stwardnienia kolaptycznego (*Kollapsinduration*).

Rozpoznanie tego cierpienia ustalić można na podstawie braku wszelkiego odczynu tuberkulinowego [skórny, łącznicowy, przez nakłucie], przyczem ważną cechą dyagnostyczną stanowi wydatne przemieszczenie dolnej granicy płuc przy wdechu [w katarze gruźliczym jest ono zwykle bardzo ograniczone], oraz obecność wyrośli adenoidalnych w górnych odcinkach drogi oddechowej. Pod względem praktycznym to odróżnianie jest niezmiernie ważne, albowiem w uzdrowiskach dla chorych gruźliczych przebywają tego rodzaju chorzy [BLUMEL w zakładach Görberdorfskich znalazł 7% takich osób], oczywiście z wielkim dla siebie niebezpieczeństwem i dlatego winni być jak najrychlej z nich usuwani. Autor podkreśla doniosłość odczynu łącznicowego, twierdząc, że próba ta nie przedstawia absolutnie żadnego niebezpieczeństwa, o ile będzie ściśle ze wskazówkami swego twórcy wykonywana, i gorąco zaleca ją stosować w sanatoryach dla wykazania obecności osób z katar wierzchołkowym natury niegruźliczej. Zapad kolaptyczny powstaje nie tylko wskutek wchłaniania kurzu, ale i dzięki tworzeniu się próżni przy zatkanie górnych odcinków drogi oddechowej podczas wdechu, gdy muszle nosowe nakształt wentylów schodzą się z przegradą nosową, a usta nie zostały jeszcze otwarte: w tej właśnie chwili występować może atelektaza wierzchołków.

(*Medic. Klinik.* 1909. Nr 12).

A. Lande.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 20-go lutego 1909 r.

- T R E Ś Ć: 1) KRUKOWSKI i HIGIER. Przypadek porażenia LANDRY'ego z wyzdrowieniem.
2) KOPCZYŃSKI ST. Przypadek nowotworu mózgowia.
3) JAROSZYŃSKI i BYCHOWSKI. Przypadek wyleczonego długotrwałego porażenia historycznego.
4) FLATAU. Przypadek padaczki JACKSON'a, pochodzenia organicznego.

- 5) STERLING. Przypadek reumatyzmu z objawami nerwowymi.
- 6) HIGIER. Przypadek podwójnego podostrawego zapalenia nerwu ocznego pozagałkowego (*neuritis retrobulbaris duplex subacuta*).
- 7) BYCHOWSKI. Przypadek obustronnego skurczu mięśnia okrężnego powiek.

1) KRUKOWSKI i HIGIER przedstawili przypadek porażenia LANDRY'ego, zakończony wyzdrowieniem.

Chory, lat 16, po kilku dniach ogólnego niedomagania zaczął doznawać bólów i osłabienia najpierw w kończynach dolnych, potem w górnych i po paru dniach zaczął doznawać trudności podczas połykania. Przedmiotowo w szpitalu stwierdzić można było: obustronny niedowład nerwu twarzowego. Siła ruchowa w kończynach dolnych zupełnie zniesiona, w kończynach górnych i tułowiu wybitnie osłabiona. Zniesienie wszystkich odruchów na kończynach dolnych, osłabienie czucia dotykowego na stopach, zniesienie czucia głębokiego w palcach stóp i rąk. Po 4-ch tygodniach nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Wobec ustępującego charakteru porażenia i wobec szybkiego wyzdrowienia, mówcy przyjmują nie zapalenie rozsiane nerwów, a t. zw. porażenie wstępujące LANDRY'ego.

W dyskusyi ORŁOWSKI ST. podkreślał brak podstaw do odróżniania charakteru toksycznego od zapalnego podobnych cierpień. KOELICHEN przedstawił dane z anatomii patologicznej porażenia LANDRY'ego, BREGMAN podawał brak ścisłych podstaw do wyodrębniania tej postaci chorobnej.

2) KOPCZYŃSKI ST. przedstawił przypadek nowotworu mózgowia.

Chory, lat 18, od 3-ch miesięcy doznaje silnych bólów głowy, nudności. W ostatnich tygodniach zaczęło mu się двоić w oczach i zaczął gorzej widzieć, zwłaszcza na oko prawe. W wywiadach uraz na miesiąc przed wystąpieniem objawów. Przedmiotowo stwierdzić można: w oczach obustronną wybitną tarczę zastoinową, przejściowy niedowład obu nerwów odwodzących i niektórych gałązek nerwów okoruchowych, osłabienie pobudliwości na dotyk w obrębie lewego nerwu trójdzielnego, chód z lekka móżdżkowy, nieznaczne osłabienie władzy w lewej ręce, zniesienie odruchów ze ścięgien Achillesa, wybitne osłabienie obu odruchów kolanowych, zwł. prawego, wybitne osłabienie odruchów ścięgowych na kończynach górnych.

Mówca podkreśla trudność należytego umiejscowienia guza [być może w okolicy lewej półkuli mózdku], wybitne osłabienie odruchów ścięgowych, co występuje zwłaszcza podczas wysokiego napięcia ciśnienia wewnątrzczaszkowego w przypadkach nowotworów tylnej części jamy czaszkowej. Leczenie chirurgiczne, zdaje się, efektu nieda.

W dyskusyi HIGIER nie wykluczał możliwości gumatu mózgowia, radził leczenie swoiste. BYCHOWSKI umiejscowił nowotwór więcej ku przodowi wobec porażenia gałek nerwów okoruchowych. ENDELMAN podkreślał brak zataczania się chorego, pomimo podwójnego widzenia i podawanych przez mówcę porażań różnych gałązek nerwów, poruszających gałkami ocznymi.

3) JAROSZYŃSKI i BYCHOWSKI przedstawili chorą, wyleczoną z długotrwałego porażenia lewostronnego.

Chora, lat 29, była przedstawiona już raz w sekcji w kwietniu r. 1907 jako dotknięta porażeniem dolnych kończyn od lat 6-u. Zmian ze strony odruchów nie było żadnych, zaburzenia czucia nosiły charakter połowiczny; chorą uprzednio uważano jako dotkniętą uciskiem rdzenia wskutek próchnicy kręgów [chora ma od 9-go roku życia garb]. Podczas pierwszego pokazu BYCHOWSKI wszczął kwestyę, czy nie mamy tu do czynienia z przypadkiem porażenia histerycznego [brak wzmożenia odruchów, brak objawu BABIŃSKIEGO, charakter połowiczny zaburzeń czucia i t. p.]. Obecnie rozpoznanie to potwierdza wyleczenie chorej po kilkunastu długotrwałych seansach sugestyi

przez elektryzację i hipnozę [JAROSZYŃSKI]. Chora chodzi poprawnie. W wywiadach zapomocą psycho-analizy metodą FREUD'a wykryto w przeszłości kilka urazów seksualnych. Nadto w rozwoju objawów chorobnych odegrali pewną rolę sami lekarze, którzy nie przypuszczając możliwości, iż chora skłonna jest do „symulacji nieświadomej“, mimowoli suggestyjonowali ją w kierunku choroby.

W dyskusyi PRĘGOWSKI, STERLING, FLATAU, HIGIER podnosili jednostronność teoryi FREUD'a w analizie podobnych przypadków histeryi.

4) FLATAU przedstawił 26-letniego mężczyznę, który cierpi na typowe napady padaczki typu JACKSON'a. Pierwszy napad w drugim roku życia. Po pauzie 10-letniej, napady powtarzają się co 2—4 tygodnie, niekiedy kilka razy dziennie. Napad zaczyna się od kurczu i skręcania lewej ręki, drgawki zjawiają się potem w twarzy, podobno i w obu kończynach dolnych. Chory przy cięższych napadach traci przytomność, przy lekkich [drgawienie lewej ręki] nie traci jej. Drgawki nie dotyczą nigdy prawej połowy ciała. Badanie przedmiotowe wykazało niedorozwój lewej kończyny górnej, lekkie wzmoczenie odruchów ścięgowych po stronie lewej; oprócz tego widać, że czwarty, w mniejszym stopniu drugi palec lewej ręki, wykazują nieustanne ruchy rotacyjne, zwł. przy zgięciu. Mówca przypuszcza sprawę organiczną w prawej półkuli mózgu (blizna po *encephalitis*), jako tło danej padaczki. Wobec bezskuteczności leczenia dyetą i bromem, mówca zamierza uciec się do interwencji chirurgicznej.

W dyskusyi HIGIER i KOPCZYŃSKI St., uznając istnienie w danym przypadku wskazania do operacji, mówili o ograniczaniu obecnie wskazań do trepanacji w przypadkach padaczki JACKSON'a.

BREGMAN podkreślał zbyt długi przeciąg czasu pomiędzy przypuszczalnym zapaleniu mózgu a pewnymi napadami padaczki [10 lat].

BYCHOWSKI zaznaczał brak w danym przypadku wyraźnych napadów *petit mal*. STERLING kwestyonował korzyść operacji [zwiększenie blizny]. FLATAU uzasadniał potrzebę odróżniania padaczki połowicznej idyopatycznej od padaczki JACKSON'a na tle organicznym.

5) STERLING przedstawił przypadek przewlekłego reumatyzmu z objawami nerwowymi.

Chory, lat 36, od 1½ roku miewa bole i obrzmienia w rozmaitych stawach we wszystkich kończynach. W ostatnich czasach dzięki ogrzewaniu suchem powietrzem, nastąpiła znaczna poprawa. Przedmiotowo stwierdzić można obrzmienie i bolesność prawego stawu kolanowego i obu skokowych. Odruchy ścięgnowe na wszystkich kończynach żywe, z lewej strony wyraźne drżenie kloniczne stopy, nie wyczerpujące się, o dużych wahanich, powolnem tempie i równomiernych odstępach. Przy drażnieniu podeszwy prawej wszystkie palce stopy zginają się, gdy po stronie lewej palce pozostają nieruchome. Mówca podkreśla obecność drżenia klonicznego lewej stopy, które wobec braku jakichkolwiek objawów ze strony rdzenia, zmusza nas do przyjęcia jako przyczyny tego drżenia stopy cierpienia lewego stawu skokowego. Cierpienie to, zdaniem mówcy, utorowało drogę dośrodkową odruchową i spowodowało wzmoczenie samego odruchu. Mówca przytacza znane w literaturze podobne przypadki.

W dyskusyi BREGMAN i GOLDFLAM podnosili, iż wzmoczenie odruchów ścięgowych w przypadkach cierpienia stawów do rzadkości nie należy.

6) HIGIER przedstawił przypadek podwójnego podostrawego pozagałkowego zapalenia nerwu ocznego.

Chora, lat 20, panna, przed miesiącem zaczęła na oba oczy coraz gorzej widzieć, tak, iż w ciągu 3-ch dni straciła możność czytania drukowanego pisma. Badanie w tydzień od początku choroby wykazało: bolesność gałek

ocznych na ucisk, rozszerzenie prawej źrenicy, skotomaty centralne, osłabienie ostrości widzenia do $\frac{1}{3}$. W ostatnich dniach stwierdzono na dnie obu oczu wyraźne objawy zapalne. Brak odczynu na światło i na przystosowanie; zmniejszenie ostrości widzenia. Mówca przyjmuje reumatyczne pozagałkowe zapalenie nerwów ocznych z przeważającym zajęciem *funiculi papillo-macularis*. Mówca podkreśla porażenie mięśnia akomodacyjnego, co w podobnych przypadkach należy do rzadkości.

W dyskusyi ENDELMAN podnosił trudności rozpoznawcze podobnych przypadków.

7) BYCHOWSKI przedstawił przypadek obustronnego skurczu mięśnia okrężnego powiek.

Chora, lat 40, skarży się, iż często powieki jej się zamykają, tak, iż z trudem zaledwie może je otworzyć. Związszcza dzieje się to z nią wtedy, kiedy jest niezajęta. Pozatem jest zdrowa. Stygmatów histerycznych u chorej nie stwierdzono. Odczyn mięśni twarzy na prąd elektryczny prawidłowy. Żadnych objawów choroby THOMSEN'a nie stwierdzono. Chora ma drobne, jakgdyby skrócone palce u rąk. Po kilku franklinizacyach chora doznała polepszenia.

W dyskusyi GOLDFLAM przypuszczał nierozwiniętą postać choroby THOMSEN'a. FLATAU podnosił możliwość cierpienia jakiegoś gruczołu wewnętrznego.

St. Kopczyński.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

X posiedzenie naukowe dnia 26-go marca 1909 r.

I. BOCHEŃSKI przedstawia chorą lat 18-u z zarośnięciem pochwy po położu.

II. Prof. BIERNACKI wygłasza odczyt: „O stosunkach zachodzących pomiędzy przemianą ogólną azotu, a przemianą purynową [wydzielaniem kwasu moczowego].”

Prelegent przeprowadził doświadczenia na psach nad wpływem większej ilości tłuszczów i węglowodanów na wydzielanie kwasu moczowego i przekonał się, że pod wpływem ich bądź ilość kwasu moczowego nie podlegała zmianie, bądź zwiększała się, bądź zmniejszała się. To ostatnie zdarzało się wtedy, gdy tłuszcz działał w ten sposób, że ograniczał ogólną przemianę azotu drogą oszczędzania białka. Ograniczenie przemiany azotu, spowodowane za pomocą tłuszczu, cukru, warunkowało sobą zmniejszenie współczynnika kwasu moczowego i zwiększenie względne i bezwzględne ciał purynowych. Dlatego też uważa prelegent zmniejszenie się kwasu moczowego w moczu nie jako wyraz retencji tegoż kwasu, lecz jako wyraz osłabienia przemiany purynowej. Tak należy i klinicznie objaśniać zmniejszenie się ilości kwasu moczowego w moczu przy obfitym dowozie puryn [pokarmu mięsnego]. Suma zaburzeń przemiany materii w skazie moczowej jest bardzo podobna do zaburzeń, jakie prelegent stwierdził w swych doświadczeniach.

W dyskusyi, która się wywiązała, zapytuje SKAŁKOWSKI, jakie praktyczne wnioski wyprowadza prelegent odnośnie do leczenia skazy moczanowej; doc. MARISCHLER zaznacza, że badając wraz z REICHENSTEIN'em chorych na skazę moczanową i cukrzycę, zauważyli zwiększenie się kwasu moczowego

w moczu przy zmniejszeniu ilości dostarczonego białka, co zdawałoby się potwierdzać zdanie prof. BIERNACKIEGO; SILBERSTEIN mówi o zmniejszeniu się ilości kwasu moczowego w moczu u podagryka przed napadem i zwiększeniu po napadzie; W. ZIEMICKI podnosi, że pożądanoby było badanie przez prelegenta w doświadczeniach kwasu moczowego nie tylko w moczu, ale i we krwi; zwraca uwagę na bezcelowość klinicznych jednorazowych określeń ilościowych kwasu moczowego w moczu w celu stwierdzenia skazy moczanowej, oraz zaznacza, że kamica nerkowa nie ma związku ze skazą moczanową.

W odpowiedzi prof. BIERNACKI zaznacza, że pod względem leczniczym należy unikać przekarmiania chorych, że badanie ilości kwasu moczowego we krwi nie mogło być robione w jego doświadczeniach na psach, gdyż badania te wymagają zbyt dużo krwi [około 200 ctm. sz.], a wypuszczenie chociażby 50-u ctm. zmieniloby już warunki doświadczenia, że wreszcie na zasadzie klinicznego doświadczenia nie widział on chorych z kamcią nerkową, którzyby nie mieli skazy moczanowej.

III. W sprawie szkarlatyny podał przewodniczący prof. RENCKI pod głosowanie kolegów szereg wniosków, wpływających z dyskusji, a mających bezpośredni związek ze zwalczaniem tej choroby.

XI posiedzenie naukowe z dnia 2-go kwietnia 1909 r.

L. FEUESTEIN wygłasza odczyt: „O klinicznej wartości próby WASSERMANN’a.

Na zasadzie danych z literatury i swego doświadczenia [452 próby] uważa prelegent tę próbę za swoistą ze stanowiska klinicznego, należy jednak uwzględnić przy ocenie wyniku próby nader zresztą nieliczne wyjątki. Badania surowicy chorych na szkarlatynę [49 przypadków] dały wynik ujemny.

Na 9 badań w okresie wrzodu pierwotnego było 5 odczynów dodatnich; na 50 badań w okresie drugorzędnym, nie leczonym rtęcią—46 odczynów dodatnich; na 20 przypadków syfilisu trzeciorzędnego—18 odczynów dodatnich.

Na 13 przypadków syfilisu bez objawów w pierwszym pięcioleciu od czasu zakażenia—wynik dodatni 7 razy.

Na 22 przypadki syfilisu bez objawów w 6 do 16-u lat od czasu zakażenia—wynik dodatni 7 razy.

Na 104 przypadki paraliżu postępującego—wyników dodatnich 72.

Na 25 przypadków syfilisu, badanych podczas lub po ukończeniu leczenia—wyników dodatnich było 7.

Prawie stałe wyniki dodatnie w przypadkach syfilisu dziedzicznego, a przede wszystkim syfilisu ukrytego u matek, powinny przemawiać za tem, ażeby każda kandydatka na mamkę była badana przy pomocy próby WASSERMANN’a.

O ile chodzi o cele dyagnostyczne, należy uważać tylko zupełne powstrzymanie hemolizy za wynik dodatni.

W dyskusji BLUMENFELD podnosi, że znaczenie próby WASSERMANN’a jest stanowczo przecenione, nie ma wartości praktycznej, przeciwnie zaś wprowadza zamęt do pojęć o syfilisie: dodatni wynik tej próby nie dowodzi, że osobnik przebył syfilis, jako też ujemny, że go nie przebył, w przypadkach zaś wątpliwych owrzodzeń lub wysypek próba ta również nic nie daje, gdyż niespecyficzna i na innym tle wysypka lub owrzodzenie może być u osobnika, który przebył syfilis.

SELZER, prof. KUČERA, MAZURKIEWICZ uważają próbę WASSERMANN’a za cenny środek rozpoznawczy na zasadzie faktów obserwowanych, prof. KUČERA zaś podnosi, że nader ważne przy tej próbie jest nabycie wprawy i odpowiedniej techniki.

W odpowiedzi zabiera głos L. FEUERSTEIN i zaznacza, motywując to obszernie, że chociaż próby WASSERMANN'a nie można uważać za próbę idealną, jednak jej ścisłość i znaczenie pomocnicze kliniczne przemawiają za potrzebą częstego jej stosowania w celach rozpoznawczych.

XII posiedzenie naukowe z dnia 16-go kwietnia 1909 r.

I. M. SELZER przedstawia makroskopowo i mikroskopowo dodatnią próbę CAMMIDGE'a, otrzymaną u dziewczyny 18-letniej otrutej fosforem.

II. ORZECHOWSKI przedstawia chorego 48-letniego z powiększeniem *hypophysis cerebri*, zanikiem *gl. thyreoideae et parathyreoideae*, powiększaniem *thymus*, hiperplazją układu limfatycznego. W związku z tem występują zaburzenia troficzne, wyrażające się przez zgrubienie palców, brak włosów, pękanie i kruchość paznokci, brak zębów, brak pocenia się, szybka utrata wagi, plamy brunatne na skórze, drżenie, szmer w uszach, bezsenność, znaczne osłabienie, obrzęk śluzakowaty wargi górnej, objawy tetanii, 50% limfocytów. Chory od 15-u dni dostaje tyreoideynę i stan jego znacznie się poprawił.

W dyskusji zabierali głos: OSTROWSKI, przedstawiając zdjęcia rentgenograficzne, na których widać: 1) cień, odpowiadający powiększonemu *thymus*, 2) powiększenie *hypophysis*, którego wyrazem jest znaczne rozszerzenie *sellae turcicae*, 3) wyrosłe kostne na falangach palców.

HORNOWSKI, który badał mikroskopowo skórę o zabarwieniu brunatnem, wyklucza schorzenie jej na tle choroby ADDISON'a, a zabarwienie ciemniejsze kładzie na karb chronicznego stanu zapalnego w tkance podskórnej; guzki znajdujące się pod skórą, są to *tophi*.

W. ZIEMBICKI omawia stany, które wywoływać mogą limfocytozę i w danym przypadku obecność jej kładzie na karb powiększenia *thymus*. W guzach rozsianych w skórze nie znalazł kwasu moczowego. Próba CAMMIDGE'a w moczu wypadła ujemnie. Mocz zmian żadnych ani ilościowo, ani jakościowo nie wykazuje.

III. W. ZIEMBICKI mówi: 1) o znaczeniu rozdzielenia różnych rodzajów białka w moczu dla rozpoznania amyloidu nerek. W jednym przypadku badanym współczynnik HOFFMANN'a był 1, gdyż ilość globulinów odpowiadała ilości albuminów, co jest charakterystyczne dla amyloidu nerek, pomimo braku innych cech charakterystycznych.

2) O odczynie globulinowym NONNEGO. Zmętnienie płynu mózgowodziennego po dodaniu siarkanu amonowego obojętnego pochodzi od globuliny i jest charakterystyczne dla syfilisu.

XIII posiedzenie naukowe z dnia 23-go kwietnia 1909 r.

I. MIKULSKI przedstawia chorego; lat 40 kilka, z akromagią, oraz *dementia praecox*. Chory zaraził się w dzieciństwie syfilisem od mamki.

W dyskusji zabierali głos: M. SELZER, radząc zastrzykiwać wyciągi z *hypophysis cerebri*, SKALKOWSKI i prelegent, który omawiał nową metodę leczniczą, polegającą na operacyjnem wyjmowaniu *hypophysis cerebri* przez nos.

II. BOCHENSKI wygłasza odczyt o dekapulacji nerek w eklampsji. Prelegent uznaje ten zabieg za racjonalny tylko tam, gdzie ma się do czynienia z dużą nerką o napiętej torebce i z podniesieniem parcia śródnerkowego i tylko w czasie porodu, nigdy w ciąży. Środek ten powinien być używany tylko jako *ultimum refugium* po wyczerpaniu innych środków.

Należy wypracować schematy badania klinicznego, ewentualnie sekcyjnego takich chorych — wtedy dopiero można będzie wyciągnąć wnioski nieco bardziej pewne, niż dziś.

W dyskusji A. Czyżewicz [jun.] uważa *accouchement forcé* za znacznie lepszy środek w eklampsyi, opierając się na statystyce oddziału położniczego w Szpitalu Powszechnym Lwowskim.

Prof. SOŁOWIJ zaznacza, że i konserwatywne leczenie osiąga niezłe wyniki; docent NOWICKI zwraca uwagę na obecność adrenaliny we krwi przy eklampsyi, jako na znak zły prognostycznie. Prof. HERMAN w jednym tylko przypadku dekapsulacji nerki w zapaleniu nerek widział dobry wynik; HORNOWSKI widział wpływ dekapsulacji nerek tylko w krwotocznych formach zapalenia nerek [znikanie krwi z moczu]; badania anatomo-patologiczne mówcy wykazywały przy eklampsyi zwyrodnienia tłuszczowe nabłonka naczyń nerkowych, co objaśniłoby mogło większe przesączanie się białka; GRÖBEL uważa za możliwe dojście do pewnych konkretnych wniosków li tylko przy zespole badań klinicznych i anatomo-patologicznych.

W odpowiedzi zabiera głos prelegent mówiąc o *genius epidemicus* w eklampsyi, oraz zaznacza, że chociaż badanie krwi na zawartość adrenaliny mogłoby być bardzo ciekawe, jednak na to w wypadkach eklampsyi zwykle niema czasu.

XIV nadzwyczajne posiedzenie naukowe z d. 24-go kwietnia 1909 r.

BENEDIKT wygłasza odczyt: „O obecnym stanie lecznictwa zapomocą emanacji radu,” omawia rozwój badań w tym kierunku, dawkowania radu i przedstawia przyrząd, służący do dawkowania emanacji radu.

J. Hornowski.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Wydziału matematyczno-przyrodniczego Towarzystwa Naukowego, odbytem w dniu 6-m maja, wygłoszone zostały następujące komunikaty i referaty: 1) P. SZ. MIKŁASZEWSKI — „Sprawozdanie ze Zjazdu międzynarodowego gleboznawców w Peszcie”. 2) P. Z. WÓRCICKI — „Organy ruchu w kwiatostanach traw”. 3) P. J. J. BOGUSKI — „O drugim dwubenzylonaftalinie”. 4) P. Z. WEXBERG — „O skaleniach tatrzańskich”. 5) P. ST. J. THUGUT — „Mikrochemiczny dowód złożoności hydronefelitu z uwagami o pochodzeniu kamieni plewistych”.

— W dniu 6-m b. m. odbyło się doroczne ogólne zebranie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, na którym powzięto dwie ważne uchwały, mianowicie: zatwierdzono projekt kasy chorych lekarzy i ustawę wydziału należytości.

Z 3-ch projektów, przedstawionych zebraniu, najwięcej głosów zyskał i został przyjęty projekt kol. SZUMLAŃSKIEGO, podług którego kapitał obrotowy kasy ma się tworzyć z 5-rublowych wkładów, wpłacanych przez wszystkich uczestników kasy przy zapisywaniu się i z opłat rublowych, wpłacanych przez wszystkich, gdy tylko kapitał pierwotny zmniejszy się o $\frac{1}{5}$. Projektodawcy chodziło o to, aby w kasie był zawsze fundusz równy 5 rub. pomnożonym przez liczbę członków, i aby z tego funduszu wypłacano na wypadek choroby obciążonym rodziną po 5 rubli dziennie, kawalerom po 3 ruble.

Wydział należytości ma na celu ściąganie zaległych honoraryów, jeżeli dłużnik nie chce ich płacić dobrowolnie.

Na temże posiedzeniu dokonano wyborów, przyczem największą liczbę głosów otrzymali:

1) Do Zarządu—kol. Bronowski, Chelchowski, Kamocki, Puławski i Rzętkowski. Kol. Kamocki nie przyjął wyboru i na jego miejsce wszedł kol. Reutt.

Na zastępców—kol. Daszkiewicz i Kijewski St.

2) Do Sądu Koleżeńńskiego—Bączkiewicz, Kamocki, Łapiński W., Męczkowski i Wisłocki.

3) Do Komisji wyborczej—Bruner W., Dąbrowski, Horodyński, Kamieński, Kramsztyk J., Kuczyński, Mutermilch S. i Orłowski Ed.

4) Do wydziału należytości—Knappe, Lubliner, Łazarowicz, Świętochowski.

5) Do Kasy chorych weszli jako członkowie Zarządu: kol. Szumlański, Zawadzki J. i Żera; jako zastępcy: Flaum, Kopczyński St. i Kielkiewicz; jako delegaci: Borzymowski, Kaczkowski, Knappe, Landau A. i Wisłocki.

— Nowowwybrany Zarząd Stowarzyszenia Lek. Pol. dokonał w d. 8-m b. m. wyboru urzędników Stowarzyszenia, przyczem zostali wybrani: na prezesa kol. Nussbaum Henryk, na wiceprezesa kol. Chelchowski Kazimierz, na skarbnika kol. Przyborowski Adam, na gospodarza kol. Reutt Tomasz i na sekretarza kol. Łazarowicz Klemens.

— **Choroby zakaźne w Warszawie.** W ciągu tygodnia od dnia 5-go kwietnia do 1-go maja r. b. do szpitali warszawskich przybyło 106 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 8, odrą 2, płonice 7, różą 7, błonicą 6, tyfusem plamistym 46, tyfusem brzuszny 17, gorączką powrotną 13.

W tymże czasie zmarło 6 chorych, mianowicie: na ospę 1, płonicę 1, różę, tyfus plamisty 2 i tyfus brzuszny 2.

— Międzynarodowa konferencya w sprawie raka odbędzie się w Paryżu we wrześniu 1910 r. Na konferencyi tej zapadnie uchwała w sprawie międzynarodowej statystyki raka i statystyki wyników operacyjnych.

— **Nekrologia.** JÓZEF ŁUSZCZKIEWICZ, zmarły 29-go kwietnia 1909 roku w 48-ym roku życia we Lwowie, był naprzód sekundaryuszem szpitala Św. Łazarza w Krakowie, następnie od 1887 roku przez lat 20 dyrektorem szpitala w Sokalu, ostatnio od 1906 roku inspektorem szpitali galicyjskich w Wydziale krajowym. Na wszystkich tych stanowiskach, jako dzielny pracownik i prawy człowiek zjednał sobie powszechne uznanie i szacunek. Łuszczkiewicz oddawał się z zamiłowaniem studyum nad szpitalnictwem i higieną społeczną, był też tych gałęzi nauki lekarskiej znawcą niepospolitym. Ogłosił w Przegl. Lek.: „Sprawozdanie ze szpitala w Sokalu za lata 1888, 1889, 1890”. „Szpitale na prowincyi” 1898, „Ze szpitala powszechnego w Sokalu”, [sprawa szpitalnego leczenia gruźlicy] 1900, „Nowy szpital prowincjonalny” 1901, wreszcie systematycznie prowadzone „Sprawozdanie ze szpitali krajowych”.

HENRYK GOLDBLUM, zmarły 6-go maja 1909 r. w Warszawie, był mniej znany wśród szerokich kół miasta, zato popularny i otaczany zasłużonym szacunkiem wśród ubogiej ludności Powiśla, której przez ćwierć wieku niósł niestrudzenie pomoc i radę lekarską. Wśród kolegów cieszył się również uznanie i sympatya. Cichy, skromny, usposobienia łagodnego i pogodnego, posiadał umysł kontemplacyjny, serce zaś wrażliwe na wszelką niedolę, a najbardziej na niedolę kraju, dla którego żywił niezmiennie miłość prawdziwie synowską.

OGŁOSZENIA.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych ogłasza, że z procentu od darowizny imienia dra JULIUSZA BOGUSZAWA WIELICZKO, wakuje w roku 1909 wsparcie rub. 34 kop. 20, dla syna po zmarłym lekarzu, ubogiego, polaka, chrześcianina, w wieku od lat 13-u do 18-u włącznie, kształcącego się w szkołach w Warszawie lub w kraju. Pierwszeństwo mają młodzieńcy urodzeni na Ukrainie, mianowicie w Lubomirce, powiecie Czehryńskim Podania do Komitetu Kasy Wsparcia [Warszawa, ul. Niecała Nr. 7] nadsyłane być mają najpóźniej do dnia 15-go czerwca r. b. z załączeniem świadectwa 3-ch lekarzy, członków Kasy Wsparcia o niezamężnym położeniu młodzieńca, oraz świadectwa kierownika szkoły. Wypłata wspaia w dniu 28-m września [n. s.].

Zarządzający Kasą Wsparcia,

Członek Komitetu, *Dr M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra JANA BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24-ym ezerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5-u niezamężnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześciańskiego, a w braku takowych—po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rub. 61 kop. 56. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7]; na prowincyi zaś — w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych [w guberniach Królestwa Polskiego].

Zarządzający Kasą Wsparcia,

Członek Komitetu, *Dr M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra FELIKSA JABŁONOWSKIEGO wakuje wsparcie rub. 276 za rok 1909 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nie-szczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia [ul. Niecała Nr. 7] oznacza się termin do dnia 15-go czerwca r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3-ch lekarzy-członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamężnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczzonego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamieszkali przesłać winni prośby z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce P. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego, lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia,

Członek Komitetu, *Dr M. Jakowski.*