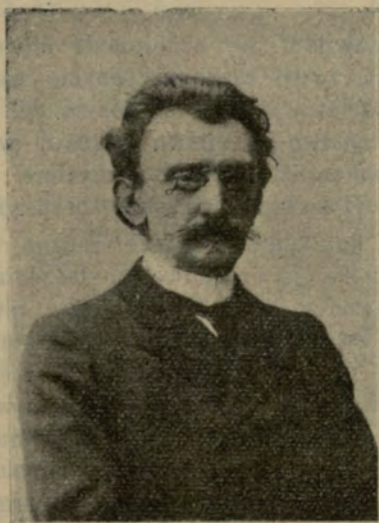


# GAZETA LEKARSKA

## S. p. Władysław Krajewski.



Zmarł w Warszawie dnia 4-go marca r. b. w 52-gim roku życia; rozstał się ze światem przedwcześnie, zostawiwszy w spuściznie cenne pamiątki, które jednak późniejszym pokoleniom nie odzwierciadła w pełni jego wielce owocnej działalności chirurgicznej. Gdyby s. p. KRAJEWSKI zdążył utrwalić w druku zdobycze swojego doświadczenia i usystematyzował materiał operacyjny, doskonale opracowany, niktby nie mógł wątpić, że stanął w szeregu najbardziej zasłużonych lekarzy polskich.

Ś. p. KRAJEWSKI, syn lekarza z Hrubieszowa, urodził się w Janowie lubelskim, w r. 1855, gimnazjum ukończył w Lublinie w r. 1871, studia lekarskie odbywał na Uniwersytecie Warszawskim. Jako lekarz świeżo dyplomowany przyjmował udział w wojnie tureckiej. Powróciwszy do Warszawy, wstąpił na klinikę chirurgiczną prof. KOSIŃSKIEGO, którą po paru miesiącach opuścił, przyjmując stanowisko pomocnika prosektora przy katedrze anatomii opisowej w Uniwersytecie Warszawskim.

Pamiętamy z tych czasów młodą, a jednak już przygarbioną postać ś. p. KRAJEWSKIEGO, o długich włosach i bladych zapadłych policzkach. W obec nieudolności profesora, KRAJEWSKI był jedynym u nas przedstawicielem anatomii. Doskonały kierownik w ćwiczeniach na zwłokach, posiadał wielki dar jasnego wykładu. Rad swoich udzielał chętnie i z gotowością służył własnymi precyzyjnymi preparatami anatomicznymi.

Stan zdrowia jednak, podupadający w opłakanych warunkach prosektoryum, jako też brak jakichkolwiek nadziei, przy największych usiłowaniach, uzyskania należnego stanowiska naukowego, skierowały ś. p. KRAJEWSKIEGO na pole praktycznej chirurgii, z żalem młodzieży akademickiej, która już odpowiedniego zastępcy na tem stanowisku nie widziała.

Ale to wyćwiczenie się w anatomii odbiło się pomyślnie na dokładności zabiegów i śmiałości młodego chirurga, który wstępował na drogę praktyczną, niewyszkolony klinicznie, bo szkołą nie można nazwać ani paromiesięcznego pobytu na klinice prof. KOSIŃSKIEGO, ani dwukrotnego zwiedzania klinik zagranicznych, ani wreszcie krótkotrwałego praktykowania na oddziale chirurgicznym w szpitalu Dzieciątka Jezus. Można by go nazwać samoukiem w chirurgii; świetne wyniki, do jakich doszedł, zawdzięczał swojej niepospolitej samodzielności.

Jak jednak szybkim krokiem rozwijało się uzdolnienie chirurgiczne ś. p. KRAJEWSKIEGO, dowodzi tego fakt, że po rocznym pobycie na oddziale ś. p. ORŁOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus, w którym był również lekarzem miejscowym, mógł objąć zastępstwo MATLAKOWSKIEGO, w czasie kilkumiesięcznego jego pobytu za granicą, i dokonać pomyślnie szeregu ciężkich, zwłaszcza na owe czasy, operacji na narządach jamy brzusznej.

Jako lekarz miejscowy opracował dokładnie pierwsze roczne sprawozdanie ze szpitala Dzieciątka Jezus, które po urzędowym ogłoszeniu, pomimo niewątpliwej wartości stało się powodem wielu dla ś. p. KRAJEWSKIEGO przykrości, które się jeszcze bardziej zwiększyły, gdy otrzymał stanowisko ordynatora oddziału chirurgicznego w r. 1886, utworzonego z części oddziałów swojego kierownika dra ORŁOWSKIEGO oraz dra MATLAKOWSKIEGO. Czuli urazę ordynatorzy, poszkodowani uszczupleniem swej działalności, dotknięci byli również długoletni asystenci klinik i oddziałów odznaczeniem niespodzianem lekarza, stawiającego pierwsze kroki na polu chirurgii praktycznej.

Do rozgoryczenia przyczynił się nie mało artykuł, umieszczony w odcinku Kroniki Lekarskiej p. t. „Dlaczego w naszych oddziałach chirurgicznych rezultaty są gorsze niż za granicą?“, który wywołał przykrą polemikę, gdyż dotyczył srodze, choć nie bez pewnej słuszności, osobistości znane i cenione.

Ciernista więc była droga, po której zaczął stąpać młody ordynator szpitalny. Ale śmieje naprzód zdązał. Wnet urządził oddział zgodnie z wymaganiami ówczesnemi; nie zapomniał też o tem, że oprócz sali operacyjnej i pomieszczenia na przyrządy sterylizacyjne, niezbędnym warunkiem

dla skutecznej działalności szpitalnej jest pracownia naukowa, która jedynie daje możność dokładnego opracowania materiału klinicznego.

Na takim terenie ugruntował ś. p. KRAJEWSKI rozwój nowego warsztatu, na którym praca wydała plon bujny. Niewyczerpana energia i bezprzykładna pracowitość kierownika sprawiły, że oddział stanął w rzędzie pierwszych i że zjednał sobie liczny zastęp współpracowników, którzy tworzyli zgraną orkiestrę chirurgów.

Niepospolicie cennymi cechami ś. p. KRAJEWSKIEGO, jako kierownika oddziału, były: ścisłość badania i spostrzegania przy szerokim stosowaniu wszelkich pomocniczych metod naukowych. Biegły we wszystkich działach chirurgii, ze szczególnem zamiłowaniem oddawał się chirurgii narządów jamy brzusznej, dążąc w każdej dziedzinie do osiągnięcia możliwej doskonałości. Wyzyskiwał też umiejętnie wielki materiał, jakim rozporządzał. Zaznaczyć tu również należy, iż w znacznej mierze przyczynił się do ugruntowania w naszej chirurgii zasad antyseptyki i aseptyki.

Ś. p. KRAJEWSKI dotarł w naszych warunkach do szczytu praktyki i cieszył się wielkiem uznaniem tych, którzy kiedykolwiek jego porady zasięgali. Bo też wielką była jego troskliwość i staranność w stosunku do chorych, pieczy jego powierzonych nie tylko w praktyce prywatnej, lecz i na salach szpitalnych.

Poważną część zdobytych środków obracał na potrzeby oddziału, na rysunki, preparaty, fotografie, narzędzia i t. d., znaczny też fundusz własny poświęcił na urządzenie pawilonu chirurgicznego, którego był kierownikiem w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus.

W r. 1882 — 1884 ś. p. KRAJEWSKI był redaktorem Kroniki Lekarskiej, a w r. 1893 założył pierwsze polskie pismo chirurgiczne: „Przegląd Chirurgiczny”, w którego 5-u tomach znajduje się wiele cennych prac dotyczących chirurgii u nas. Wydawnictwo to nie mogło liczyć na szersze poparcie materialne i istniało niemal wyłącznie dzięki ofiarności redaktora.

Porwany wirem praktyki, ś. p. KRAJEWSKI stał jednak zawsze na poziomie nauki, znał doskonale literaturę bieżącą, nowe odkrycia do potrzeb chirurgii przystosowywał. W stosunku do olbrzymiego zebranego materiału zdążył ogłosić względnie niewiele, wszystkie jednak jego prace posiadają rzetelną wartość.

Do nich należą: „Bąblowiec jamy brzusznej i jego leczenie. Kronika Lek. 1886. „O doszczętnem leczeniu przepuklin niezaciśniętych metodą MAC-EWEN'a”. Przegl. Lek. 1888. „Berichtungen u. Ergänzungen zu dr MORELL-MACKENZIE's statistischen Angaben über Totalexstirpation krebssiger Kehlköpfe. D. med. Wsch. 1889. „Rak krtani, całkowite wycięcie krtani”. Medycyna 1889. „Jeszcze kilka słów w kwestyi doszczętnego leczenia przepuklin metodą MAC-EWEN'a”. Przegl. Lek. 1889. „O doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu” [praca niedokończona]. Kron. Lek. 1890. „O chirurgicznem leczeniu pęknięcia macicy podczas porodu”. Odczyty Klin. 1892. „O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii”. Przegl. chir. 1894. „Operacyjne leczenie wypadnięcia odbytnicy”. Przegl. chir. [praca niedokończona].

Ostatnią była praca p. t. „O kamicy przewodu żółciowego wspólnego”, ogłoszona w r. z. w Medycynie. Praca ta wywołała ożywioną dyskusję w Tow. Lekarskiem w ciągu 3-ch posiedzeń, które zaliczyć należy do najbardziej może owocnych i uzyskała nagrodę im. MOCZUTKOWSKIEGO za najlepszy odczyt, wygłoszony w r. 1906.

We wstępie do ostatniej tej pracy ś. p. KRAJEWSKI w działalności chirurga naszego upatruje 3 fazy: 1) wywalczenie bytu; 2) porwanie potokiem praktyki z dążnością do możliwego wydoskonalenia swych środków operacyjnych i gromadzeniem materiału naukowego; 3) szczyt osiągniętego uznania i powodzenia z chęcią zestawienia swojego bilansu życiowego, któremu często jednak stoją na przeszkodzie braki w nagromadzonym materiale oraz niewystygły nałóg do operowania, podsycany zaufaniem. Do tego dodać należy czwartą fazę, w której niestety brak już sił i zapału do pracy naukowej, chociaż sprzyjają jej i warunki materialne i wytrącenie z praktyki.

Ś. p. KRAJEWSKI zgaśł w początku trzeciej fazy działalności chirurga. Gdyby zdążył był zestawić bilans swój życiowy, to bilans ten wykazałby niewątpliwie wysoce dodatnie wyniki działalności jego zawodowej. W innych warunkach moc jego energii mogłaby się wyładować z większym jeszcze dla społeczeństwa pożytkiem.

Przy ciągłej, gorączkowej, wyczerpującej pracy, życie, jak sam powiedział, liczył nie na lata, lecz na liczbę przebytych kampanii, a każda z nich po jej przeżyciu wydawała mu się zwaloną z piersi jeszcze jedną ciężką zmorą. Nie zaznawszy wytchnienia, chyżym pędem przeleciał przez życie.

Miłości do chirurgii dał wyraz i w ostatniej swej woli, cześć Towarzystwu Lekarskiemu wyraził, czyniąc je wykonawcą swoich zamiarów.

Przeświadczony o chorobie, trawiącej wątłe jego powłoki, końca życia oczekiwał ze spokojem, umierał jednak z goryczą, że nie mógł dokończyć dzieła, które było jego ideałem.

Przedwczesna śmierć ś. p. WŁ. KRAJEWSKIEGO stanowi dotkliwą stratę w naszych szeregach lekarskich, w historii chirurgii polskiej nazwisko jego zapisze się trwałemi zgłoskami.

# I. PRZYPADEK GŁUCHOTY HISTERYCZNEJ PRZY OBJAWACH ZNIECZULENIA OGÓLNEGO.

Podał

B. Łuczycycki.

Głuchota bez przedmiotowych zmian w uszach w wielu przypadkach nasywa podejrzenie symulacji. Istotę choroby rozstrzyga dopiero szczegółowe zbadanie u usobnika układu nerwowego; wtedy to przychodzimy do wniosku, że głuchota jest bardzo często jednym z objawów podstawowego cierpienia — histeryi.

Zaburzenia słuchowe histeryczne mogą się przejawiać w rozmaitych postaciach, poczynawszy od lekkiego stopienia słuchu, aż do zupełnej utraty tego zmysłu. Zauważono, że przy głuchocie na jedno ucho, występują często po tej samej stronie, co i głuchota, objawy cierpienia czucia skóry powierzchowne i głębokie. Jednocześnie mogą istnieć na odpowiedniej stronie ciała niedowład, porażenia lub skurcze. Zdarza się również, że przy głuchocie na jedno ucho po tej samej stronie dają się spostrzegać znieczulenia częściowe, np. tylko ręki lub nogi. Również dają się zauważyć, prócz zaburzeń czucia, niemota, zaburzenia czynnościowe serca, zaburzenia w narządach moczopłciowych i t. d.

Przy obustronnej głuchocie objawy histeryi przejawiają się bardzo wyraźnie. Przy tej postaci można zauważyć znieczulenia lub przeculice innych zmysłów, zaburzenia czucia skóry, błon śluzowych [gardzieli, cewki moczopłciowej, nosa] i t. d.

Jako materiał kazuistyczny przypadki te są najbardziej interesujące. Jeden z takich przypadków, dostrzeganych przeze mnie w szpitalu Ujazdowskim w roku zeszłym, pragnę ogłosić.

Roman S-ki, 21 lat, z Kieleckiego. Z wywiadów, nadesłanych przez gminę i nieczelnika powiatu, dowiedzieliśmy się, że z dwóch braci — jeden jest umysłowo chory od lat 8-u, drugi zaś zdrów, że chory od dziecka jękał się, był nerwowy, często bez przyczyny płakał, był przygnębiony i t. d. Po spadnięciu z konia rok temu raptem ogłuchł i stopniowo zaniemówił. Przy badaniu uszu w oddziale usznym, dokąd był przepisany dla obserwacyi, w ciągu tygodnia absolutnie nie dostrzeżono żadnych zmian. Wskutek tego pomieszczono chorego w oddziale psychiatrycznym dla dalszego spostrzegania.

Przy badaniu chorego okazało się: zniekształcenie czaszki i twarzy, lewa strona czaszki mniej rozwinięta niż prawa, wobec tego prawa połowa twarzy wydaje się znacznie dłuższą, niż lewa. Małżowiny uszne niekształtne. Zęby rzadkie i nierówne. Wyraz twarzy oziębiały, apatyczny. W układzie kostnym zmian żadnych. Gruczoły łokciowe, szyjne i pachwinowe nie powiększone. Ciężota, tętno i oddech prawidłowe.

Co do słuchu, to na lewej stronie stwierdzono u chorego zupełną głuchotę; wtedy tylko cokolwiek słyszy, gdy mu krzyżeć z całych sił w prawe ucho. Uderzeń zegarka i dźwięków kamertonu bezpośrednio i przez kości czaszki chory zupełnie nie słyszy. Żrenice równe i prawidłowo oddziałują na światło i akomodują. Obraz oftalmoskopowy oka normalny. Ruchy gałek ocznych swobodne. Pole widzenia bardzo wybitnie zwężone. Lewym okiem chory prawie wcale nie widzi; prawe posiada siłę  $\frac{1}{4}$  wzroku normalnego. Barw chory nie odróżnia. Smaku zupełnie nie ma. Soli, nasypanej na język, nie odróżnia wcale, a wyjąwszy ją z ust, dobrze się jej przygląda i dopiero wtedy rozpoznaje. Cukru i pieprzu na języku nie odróżnia. Krople miętowe wywołują u chorego pewne podrażnienie: z oczów płyną łzy, a smaku chory zupełnie nie uczuwa. Węch zupełnie zniesiony: chory nie odróżnia zapachu kamfory, eteru, amoniaku i t. d.

Zupełny brak z obu stron wszystkich rodzajów czucia [dotyku, bólu, ciepłoty, umiejscowienia] na twarzy, wargach, podniebieniu twardem, na języczku, łącznicach, tułowiu i kończynach, przyczem żrenice na ból wcale nie reagują. Bez żadnego wahania i bólu chory trzyma rękę nad zapaloną świecą, kładzie palec na rozpaloną blachę, pozwala wyrwać sobie pojedyncze włosy z głowy, wąsów, brody i t. d. Brak zupełny czerwienienia się skóry (*dermographia*) od nakłucia; przy głębokim ukluciu krew nie pokazuje się, widocznie wskutek skurczu naczyń. Najsilniejszy prąd faradyczny wywołuje zaledwie bardzo nieznaczny skurcz mięśni. Brak zupełny czucia mięśniowego i stawowego. Przy zamkniętych oczach chory wpada w stan kataleptyczny; kończynom wtedy można nadać różnorakie pozycje, niekiedy bardzo złożone i niewygodne, przyczem zmian w równowadze zauważyć się nie daje. Odruchy brzuszne, jądrowe, łopatkowe, pośladkowe i podeszwowe bardzo osłabione. Brak zupełny odruchów z łącznicy, gardzieli, ucha i nosa. Odruchy ścięgnowe, kolanowe i z ACHILLESA silnie wzmoczone. Daje się zauważyć wzmoczone napięcie mięśniowe. Siła mięśniowa ręki zmniejszona o połowę: w prawej 32, w lewej 29. Mocz chory oddaje prawidłowo. Czynność odbytnicy prawidłowa. W narządach wewnętrznych zmian żadnych. Zupełny brak pociągu płciowego.

Co do sfery psychicznej, to znaleziono, że chory słabo się orientuje, nie jest pewny, gdzie się znajduje, kto go otacza, jaki mamy miesiąc, rok i t. d. Myślenie powolne i utrudnione. Większą część dnia spędza chory w łóżku bez ruchu. Nic nie mówi i porozumiewa się na migi. Gniewa się, gdy go nie pojmują, ale wogóle zachowuje się spokojnie i taktownie. Sfera pojmowania osłabiona: z trudnością chory odróżnia monety 2—3—5-kopiejkowe

i wartość ich wykazuje zapomocą zapalek, nb. bardzo powoli i często się myli. Zasób wiadomości z życia praktycznego bardzo ograniczony. Skarży się chory na migi, że mu dokuczają różne sensacje w okolicy gardła, przełyku i serca. Cierpi na bezsenność. Żadnych omamów i urojeń u chorego nie skonstatowano.

Za naturą histeryczną w danym przypadku przemawiają: wywiady, fizykalne znamiona histeryi i objawy zaburzeń umysłowych.

Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że chory dziedzicznie obciążony, od dzieciństwa jękał się, był nerwowy, o bardzo zmiennem usposobieniu, że nagle ogłuchł i zaniemówił po upadku z konia. Podmiotowe znamiona histeryi: różnorakie parestezye w okolicy gardzieli, przełyku i serca; przedmiotowe: brak wszystkich rodzajów czucia w całym tułowie i kończynach, zwężenie pola widzenia, niemota, głuchota, brak węchu i w końcu silne wzmoczenie odruchów ścięgnowych. Charakter histeryczny zaburzeń umysłowych: ogólna apatya, osłabienie woli, zmienny nastrój usposobienia, zupełny brak skarg na zaburzenia wzroku, słuchu, łatwość wpadania w stan kataleptyczny i t. d.

Wszystkie te objawy przemawiają za naturą histeryczną danego cierpienia.

---

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH I PRACOWNI PATOLOGICZNEJ  
SZPITALA NA CZYSTEM.

---

## Nowotwory przysadki i okolicy przysadkowej.

Napisali:

L. Bregman,

ordynator szpitala.

J. Steinhaus,

b. zarządzający pracownią.

---

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 27-go listopada 1906 r.]

(Dokończenie — Patrz Nr. 12).

ERDHEIM poruszył kwestyę, czy otyłość jest następstwem uszkodzenia samej przysadki, czy też jakichkolwiek części na podstawie mózgu, w jej bliskości, których zresztą bli-

żej określić nie jest w stanie. Uderzyło go, że w większości przypadków z otyłością nowotwór wyrasta na podstawie mózgu, a w 3-ch sama przysadka okazała się niezmienną. Pewne wytłómaczenie tego faktu obecnie nie jest jeszcze możliwe. Możliwe są zaburzenia czynnościowe bez zmian anatomicznych. W każdym bądź razie wobec przeważającej liczby przypadków, w których sama przysadka była naruszona i wobec argumentów ogólnych, które powyżej z powodu akromegalii przytoczyliśmy, prawdopodobniejsze jest, że to sama przysadka powoduje zaburzenia troficzne.

Niektórzy wreszcie zastanawiają się nad tem, jakiego rodzaju są zaburzenia czynnościowe przysadki, które dają powód do zmian troficznych: akromegalii, otyłości i innych. Wzorem gruczołu tarczowego próbowano nawet już stworzyć pojęcie o *hyperpituitarismus*, *hypopituitarismus* i *dyspituitarismus*.

Mojem zdaniem, niema wątpliwości, że różnice takie istnieć mogą i istnieją. Już teraz widzimy, że zmiany w przysadce znajdowane są w stanach i przy objawach różnorodnych, a nawet wręcz sobie przeciwnych <sup>1)</sup>.

Mówiliśmy już o akromegalii. Gdy w początku MARIE i inni mieli na myśli głównie zniszczenie przysadki, a zatem hipofunkcję, w ostatnich czasach przeważa zdanie, że to raczej hiperfunkcja przysadki sprowadza akromegalię. Przekonano się, że w wielu przypadkach jednak guz przysadki ma charakter czysto hiperplastyczny. BENDA badał 4 przypadki. We wszystkich widywał przejścia bezpośrednie pasemek komórkowych nabłonkowych (*Epithelzellstränge*) w alweole nowotworowe. W 3-ch przypadkach tkanka nowotworowa składała się wyłącznie z komórek ziarnistych, a zatem z komórek czynnych przysadki. W 4-ym również znaleźć można było pojedyncze takie komórki. Zdaniem B., jest to guz hiperplastyczny, który przeszedł w zwyrodnienie złośliwe.

Zdaniem ZACK'a <sup>2)</sup> nowotwory przedstawiające hiperplazję przysadki, w których można przypuścić hiperfunkcję, prowadzą do akromegalii, nowotwory zaś złośliwe, sprowadzające szybkie zniszczenie gruczołu, przebiegają bez akromegalii.

Według TAMBURINI'ego <sup>3)</sup> nowotwory są w początku hiperplastyczne i wtedy dają powód do powstania akromegalii, potem ulegają zwyrodnieniu złośliwemu; wtedy następuje *cachexia*.

---

<sup>1)</sup> Niektóre zaburzenia mogą być zależne nie od samej przysadki, lecz od innych gruczołów, będących z nią w pewnym związku. Tak np. *amenorrhoea* może powstać bądź przez bezpośrednie oddziaływanie na jajniki, bądź przez wpływy naczynioruchowe, zmieniające ukrwienie jajników. Nawet niektóre ogólne zmiany troficzne mogą być następstwem zmian w jajnikach [E. MÜLLER].

<sup>2)</sup> ZACK. Wiener klin. Rundschau. 1904. N. 10, str. 165.

<sup>3)</sup> Zob. CAGNETTO l. c.



LEWIS<sup>1)</sup> niedawno ogłosił przypadek, w którym przysadka była makroskopowo normalna, mikroskopowo przedstawiała obraz hiperplazji.

Wreszcie według poglądu BRISSAUD'a i MEIGE'a hiperfunkcja przysadki w wieku dziecięcym prowadzi do olbrzymiego wzrostu, w wieku dojrzałym do akromegalii, w późniejszym zaś do zgrubienia części miękkich.

Co się tyczy gigantyzmu, to bliski stosunek jego do akromegalii jest od dawna znany. Według STERNBERG'a 40% olbrzymów cierpi na akromegalię<sup>2)</sup>. 20% akromegalów odznacza się olbrzymim wzrostem. U olbrzymów również dość często spotykają się zmiany przysadki. Jeden taki przypadek opisał niedawno BASSOC<sup>3)</sup> (*sarcoma*). Z drugiej strony mamy już badania przysadki karłow, również z wynikiem dodatnim. HUTCHINSON<sup>4)</sup> znalazł włókniak i zanik tkanki gruczołowej. BENDA<sup>5)</sup> u 38-letniego karła—*terotoma* w *sella turcica* ze zropowaciałym nabłonkiem płaskim, komórkami rogowymi, cholesteryną, beleczkami kostnymi. Sama przysadka była mocno uciśnięta, komórki wypełnione barwikiem, bardzo mało komórek ziarnistych.

Zanik przysadki u kretynów wykazali: VIRCHOW<sup>6)</sup>, SCHÖNEMANN<sup>7)</sup>, de COULON<sup>8)</sup> COMTE. BAYON<sup>9)</sup> znalazł przerost łącznotkankowy, zwyrodnienie koloidalne, ale liczba komórek ziarnistych była zwiększona. W przypadkach nowotworów przysadki notowano 7 *obesitas*. Oprócz tego parę razy zatrzymanie się wzrostu ciała. Krótko wzmiankuje o tem PECHKRANC. Chory BÉRGER'a od 12-go do 16-go roku wyrósł wszyskiego o 4 ctm. zamiast prawidłowo 25 ctm.

O otyłości w związku z nowotworami przysadki mówiliśmy już. Mamy wszelako i spostrzeżenia, które, przeciwnie, przebiegały z nadmiernym wychudzeniem. Chora KOESTER'a 36-letnia doszła do wagi 29½ kg. Stan kachektyczny notuje w 1-ym przypadku CAGNETTO.

Dalej znane są związane z cierpieniami przysadki zaburzenia w sferze narządów płciowych. *Amenorrhoea* i *impotentia* są częstym i nieraz początkowym objawem akromegalii. W niektórych przypadkach nowotworów przysadki bez akromegalii, a z otyło-

1) LEWIS. Bull. of John Hopkins Hosp. t 16, str. 157.

2) Częściową makrosomię opisał jeden z nas w przypadku akromegalii. BREGMAN. Medycyna, 1899, NN. 7 i 8, oraz Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

3) BASSOC. Journ. of nerv. and ment. dis. 1903. Sept.—October.

4) HUTCHINSON. New-York med. Journ. 1900.

5) BENDA. Berl. klin. Woch. 1900. N. 52.

6) VIRCHOW. Untersuchungen über die Entwicklung des Schedelgrundes. Berlin, 1857.

7) SCHÖNEMANN l. c.

8) De COULON. VIRCHOW's Archiv, t. 147.

9) BAYON. Neurolog. Centralblatt. 1905, str. 145.

łością notowano niedorozwój narządów płciowych, brak owłosienia na sromie, twarzy, pod pachami.

BRISAUD i MEIGE <sup>1)</sup> ogłosili niedawno przypadek wzrostu olbrzymiego z niedorozwojem narządów płciowych [i *infantilisme psychique*].

Wbrew temu podaje HUDOVERNIG <sup>2)</sup> przypadek olbrzymiego chłopaka 6-letniego [wysokość 137 cm.] z przedwczesnym rozwojem narządów płciowych i instynktu płciowego. Badanie ROENTGEN'em pokazało znaczne powiększenie *sellae turcicae*.

Wreszcie notowano przy nowotworach przysadki zmiany skóry podobne do *myxoedema* <sup>3)</sup>, suchość skóry, pękanie jej, wypadanie włosów, zmiany paznokci, łamliwość ich; niską temperaturę ciała [GÖTZL i ERDHEIM].

Jako *pendant* do tego stwierdzono zmiany i w chorobie BASEDOW'a. BENDA <sup>4)</sup> badał 3 przypadki: w 2-eh przysadka mała, twarda, w 1-ym pozornie normalna, ale na przekroju przedni płąt zmniejszony, tylny zaś kompensacyjnie zwiększony. Mikroskopowo liczba komórek ziarnistych zmniejszona, pasemka komórek nabłonkowych zwężone.

Z tego wszystkiego, co powiedzieliśmy, widać, jak różnorodne są objawy, spostrzegane w cierpieniach przysadki i jak dalecy jeszcze jesteśmy od ścisłego określenia, w czym się wyraża nadmiar czynności przysadki, a w czym niedostateczną jej czynność. Musimy pamiętać o tem, że fakty dotąd zebrane są jeszcze nazbyt nieliczne i często z sobą sprzeczne, że trzeba liczniejszych badań na większym materiale, ażeby sprawy te wyświecić. Przytem, niestety, osiągnięcie tego celu jest przy przysadce i z tego względu trudniejsze, że nie możemy naszych danych klinicznych, jak przy gruczole tarczowym, poprzeć i skontrolować doświadczeniem chirurgów.

Nad innymi objawami, które u naszych chorych spostrzegaliśmy, nie mamy potrzeby szerzej się rozwódzić. Objawy te nie były następstwem naruszenia samej przysadki, lecz powstały bądź z sąsiednich części na podstawie mózgu, bądź jako objawy ogólnego ucisku. Zaburzenia psychiczne u naszej 1-ej chorej występowały w postaci najzwyczajszego dla nowotworów wszelkiego umiejscowienia.

Według SCHUSTER'a <sup>5)</sup> zaburzenia umysłowe są w nowotworach przysadki względnie bardzo częste [na 61 przyp. 23 razy] i mają często charakter bardziej czynny, co SCHUSTER przypisuje naciskowi na sąsiedni zraz czolo-

1) BRISAUD i MÉIGE. Société neurolog. du Paris. 4/II 1904.

2) HUDOVERNIG. Orvosi Hirlap. 1905. N. 46.

3) FONFICK stwierdził zmiany w przysadce [zanik] u chorych na *myxoedema*.

4) BENDA. Berl. klin. Woch. 1900.

5) SCHUSTER. Psychische Störungen bei Hirntumoren 1902.

wy. W naszym przypadku miały one wogóle charakter porażeń władz umysłowych i tylko przejściowo zauważyć można było lekkie podniecenie. T o n i c z n e s k u r c z e c a ł e g o c i a ł a , j a k i e w i d z i e l i ś m y u d r u g i e j c h o r e j , n a j p r a w d o p o d o b n i e j s ą z a l e ż n e o d *hydrocephalus internus*. Najczęściej widzimy je w nowotworach mózdzku, w których i wodogłowie bywa największe.

W naszym przypadku z tak kolosalnem rozszerzeniem komórek obraz ten jest zupełnie wytlómaczony.

Porażenie typu WEBER'a, które nadawało piętno naszemu 1-mu przypadkowi, powstało skutkiem ucisku na lewą odnogę i lewą połowę mostu VAROL'a. Wreszcie zaburzenia ruchowe gałek ocznych 2-iej chorej tłómaczyły się zajęciem *aquaeductus Sylvii* i uciskiem na sąsiednie części. O ile w porażeniu skojarzonych ruchów ku górze przyjmowały udział uciskane również ciała czworacze w myśl poglądów, o których wyżej mówiliśmy, trudno orzec. Być może pewne światło na tę sprawę rzuci szczegółowe zbadanie tych części, które jeszcze dokonać zamierzamy.

#### Objaśnienia rysunków,

zamieszczonych w № 6-ym i 9-ym.

#### Rysunek 1-szy.

Przypadek 1-szy. Przekrój frontalny przez mózg poza *chiasma n. opticorum*. Nowotwór w miejscu lejka (*infundibuli*). Nowotwór wypukła się do 3-ciej komory mózgowej, unosząc nad sobą dno tej komory.

#### Rysunek 2-gi.

Przypadek 2-gi. Przekrój frontalny przez mózg poza *chiasma n. opticorum*. Nowotwór w postaci 2-ch torbieli zajmuje miejsce 3-ciej komory, unosząc nad sobą jej dno. Torbiele wypełnione częściowo masą włóknikową, zawierają złogi wapienne i nawarstwienia obumarłych komórek.

---

### III. O wpływie nieprawidłowej emisji na zaburzenia głosowe u śpiewaków i śpiewaczek.

Opracował

Aleksander Zięciakiewicz.

(Dokończenie. - Patrz Nr. 12).

Oprócz tego ujemnego wpływu na gardziel unieruchomienie krtani pociąga za sobą cały szereg zmian patologicznych i wewnątrz samego narządu. Skurcz mięśni, utrzymujących krtani *in situ*, wpływa w pewnym stopniu na położenie chrząstki tarczowej względem chrząstki obrączkowej, wskutek czego następuje zmiana warunków działalności mięśni wewnątrzkrtaniowych i ograniczenie swobody ruchów tych mięśni. Weźmy dla przykładu mięśnie obrączkowo-tarczowe (*mm. crico-thyreoidei*). Działanie ich polega na zbliżaniu chrząstki obrączkowej do tarczowej; przy unieruchomieniu chrząstek nalewkowych ruch ten wywołuje rozciąganie strun głosowych, przy czem chrząstka obrączkowa musi być pociągana ku tyłowi, chrząstka zaś tarczowa—ku przodowi [HERYNG]. Przy unieruchomieniu krtani *in toto*, gdy stosunek topograficzny obu tych chrząstek ulega zmianie, następuje z konieczności i zmiana warunków działania mięśni obrączkowo-tarczowych, co z kolei pociąga za sobą ograniczenie swobody ruchów i innych mięśni krtaniowych. W tych warunkach sprawność i energia zwieraczy głośni i mięśni, naprężających struny głosowe, wskutek nadmiernej pracy wyczerpuje się szybko i w krtani po pewnym czasie zaczynają występować objawy niedomogi mięśniowej.

Wszystko to, cośmy powyżej mówili o położeniu krtani podczas śpiewu, *mutatis mutandis* dotyczy i innych narządów, przyjmujących udział w powstawaniu dźwięków. Śpiew nie powinien stanowić ciężkiej, męczącej pracy dla śpiewaka, lecz przeciwnie—normalną, prawidłową funkcję narządów głosowych. Z fizjologicznego stanowiska nauka śpiewu polega przeważnie na wyszukaniu i wystudyowaniu najdogodniejszych, najbardziej celowych pozycji narządów głosowych śpiewaka; wynika stąd konieczność ścisłego indywidualizowania przy technicznym kształceniu głosów.

Anatomiczna budowa krtani i rezonatorów u rozmaitych osobników przedstawia tyle najrozmaitszych wariantów, że bezkrytyczne, szablonowe stosowanie jednej i tej samej metody do wszystkich bez wyjątku śpiewaków, bez uwzględnienia ich indywidualnych warunków, z konieczności prowadzi do opłakanych następstw. Wszelkie stałe, szablonowe prawidła, dotyczące podziału głosu na rejestry, pozycyi krtani podczas śpiewu, położenia języka, podniebienia miękkiego, formy ust — są tu nie na miejscu. Zadanie inteligentnego nauczyciela śpiewu polega na tem, by stopniowo i umiejętnie, kierując się dźwiękiem głosu, wyszukać dla każdego z uczniów taką formę i położenie tych narządów, przy którym głos będzie brzmieć najlepiej. Codzienne doświadczenie uczy nas, że pewna np. forma ust u jednego osobnika wpływa dodatnio na głos, a u drugiego ta sama forma daje ujemne wyniki. Przewaga jednego nauczyciela nad drugim polega w pierwszym rzędzie na umiejętnem przystosowaniu danej metody, danego systemu do indywidualnych warunków każdego z uczniów.

Przy kształceniu głosów natykamy się na każdym kroku na cały szereg technicznych szczegółów, przy których stosowaniu zasada indywidualizacji winna znaleźć jak najszersze uwzględnienie. Szczegółowe omówienie i rozbiór każdego z nich przechodziłoby ramy mej pracy, to też z konieczności ograniczam się do przytoczenia tu najważniejszych i najczęściej gwałconych.

Zasada ściślego indywidualizowania winna być przestrzegana:

1) Przy wyborze samogłoski dla początkowych ćwiczeń wokalnych. Wybór odpowiedniej samogłoski zależy w każdym poszczególnym przypadku od rodzaju, charakteru i gatunku głosu, powierzonego pieczy pedagoga. Nauczyciel winien wyszukać najodpowiedniejszą, najdogodniejszą samogłoskę dla każdego osobnika i stopniowo przechodzić do innych samogłosek, bacznie uwzględniając przytem stosunek fonetyczny samogłosek do rozmaitych rejestrów głosowych.

2) Przy podziale głosu na rejestry. W skali każdego głosu istnieje pewien punkt graniczny, poza którym możliwe są jeszcze wyższe tony, lecz produkcya ich wymaga zmiany mechanizmu wydobywania dźwięków. Te dwie grupy tonów skali głosowej nazywamy rejestrami. Tak bywa zazwyczaj, lecz nie zawsze. MACKENZIE z swej praktyki notuje cały szereg pierwszorzędných śpiewaków [tenorzy TAMBERLICK, DUPREZ, MAAS] i śpiewaczek [NILSON, ALBANI, VALERIA], którzy na całej rozciągłości swej skali posługiwali się wyłącznie rejestrem piersiowym. Prawidłowe użycie rejestrów, przystosowane ściśle do indywidualnych warunków, ma pierwszorzędne znaczenie dla trwałości karyery śpiewaka. Uporczywe niezdyty krtani z niedomogą mięśniową znikają bardzo często u śpiewaków bez leczenia, jedynie tylko po zamianie piersiowego rejestru na głowowy<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Przykład słynnego francuskiego tenora DUPREZ'a, który w swoim czasie robił furorę górnymi dźwiękami, brany *voce di petto*, podzielał nader ujemnie na cały szereg śpiewaków, bezkrytyczne i naśladowujących znakomitego artystę [MACKENZIE].

3) Przy określaniu tonu przejściowego od rejestru piersiowego do rejestru tonów z głowy. Niema i być nie może jakiejś stałej nuty przejścia od jednego rejestru do drugiego nawet dla głosów jednej i tej samej kategorii. Co najwyżej mówić możemy o pewnych tylko granicach tonów przejściowych, z których nauczyciel winien ustalić ton najodpowiedniejszy dla ucznia, bacząc indywidualizując w każdym poszczególnym przypadku<sup>1)</sup>. Ze względów czysto higienicznych wystrzegać się przytem należy nadmiernego rozciągania ku górze rejestru tonów piersiowych.

Z fizjologii wiemy, że w miarę podnoszenia się tonów skali, struny głosowe naprężają się coraz bardziej, tak iż najwyższy, krańcowy ton rejestru piersiowego śpiewak wydobywa zapomocą maksymalnego napięcia więzadeł. Przy przejściu do tonów z głowy, mechanizm ten zmienia się zasadniczo: śpiewak nie napręża już dalej strun, lecz skraca je [FRENCH, MICHAEL, MACKENZIE]. Wynika stąd dla śpiewaka konieczność możliwie wczesnego przejścia od rejestru piersiowego do tonów z głowy. Przy rozszerzaniu rejestru piersiowego, wskutek nadmiernego rozciągania strun głosowych i związanego z niem wzmożonego przyływu krwi do naczyń, szybko bardzo występują objawy przewlekłego przekrwienia krtani, skąd tylko jeden krok do nieżyty krtani, ze wszystkimi jego następstwami dla głosu. Naderwania włókien elastycznych i mięśniowych więzadeł głosowych, pęknięcia naczyń nie należą do rzadkości w tych razach, pomijając już to, że struny wskutek rozciągania ich po za granicę elastyczności, tracą swą sprężystość i stają się wiotkimi.

Przytoczone powyżej zmiany w mięśniach krtani wskutek nadmiernego rozciągania rejestru piersiowego występują jeszcze jaskrawiej w przypadkach mylnego zarejestrowania głosu, przy określaniu jego natury.

Podział na grupy, czyli tak zw. klasyfikacja głosów śpiewaczy nie opiera się na pewnej, ściśle naukowej podstawie i pozostawia szerokie pole dla subiektywizmu nauczyciela śpiewu. Ten brak ścisłego *criterium*, rządzącego klasyfikacją głosów, jest przyczyną bardzo częstych omyłek, rujnujących najpiękniejsze nieraz głosy. Źle zarejestrować głos, znaczy z góry przesądzić jego przyszłość. Pamiętać należy, że wszelkie sztuczne wyszrubowywanie głosu na wyższy rejestr prowadzi do szybkiego zmęczenia mięśni strun głosowych i bardzo ujemnie odbija się na krtani. Śpiewak powinien starać się rozwinąć jedynie to, co otrzymał w darze od natury, a nie dążyć do osiągnięcia tego, co jest niemożliwe dlań wskutek niezłomnych praw fizjologicznych.

---

<sup>1)</sup> Granice dźwięków przejściowych stanowią tony od *re* do *fa diez* dla wszystkich kategorii głosów, tak męskich jak i kobiecych [GARCIA].

Przy klasyfikacji głosów skala ich gra rolę drugorzędną; są np. barytoni, biorący z łatwością *SI<sup>b</sup>bemol*, niektórzy basiści dochodzą do *la<sup>3</sup>*, lecz „brać” ton i śpiewać w danej tessiturze, są to dwie rzeczy różne dla mięśni krtani. Jednorazowe silne napięcie strun głosowych, potrzebne do wydobycia wysokiego dźwięku, przychodzi śpiewakowi z łatwością; stałe jednak śpiewanie w tessiturze, nieodpowiedniej dla danego głosu, musi wcześniej czy później, wskutek nadmiernej pracy mięśni, ujemnie odbić się na krtani. Charakterystyki głosu szukać należy nie w krańcowych tonach ich skali, lecz prędzej już w barwie (*timbre*) głosu. Lecz i barwa głosu, nawet z uwzględnieniem skali nie gwarantują absolutnej pewności przy klasyfikacji, gdyż często spotykamy głosy o skali barytonowej a tembrze tenorowym i odwrotnie. To też przy klasyfikacji głosów po dokładnem określeniu skali i barwy *criterium ad hominem* winna być wokalna tessitura śpiewaka, czyli względna łatwość, z jaką śpiewak bez zmęczenia, bez forsowania wydobywa szereg tonów danego rejestru głosowego [BOTKY].

Istnieje cały szereg przypadków, w których właściwe określenie natury głosu od razu jest niemożliwe nawet dla bardzo doświadczonego nau czyciela. W tych razach nie należy nigdy śpieszyć się z dyagnozą, lecz kształcić głos przez czas dłuższy na średnich tonach, a po pewnym czasie właściwy charakter głosu wyjdzie na jaw.

Subiektywne uczucie niewyszkolonego śpiewaka gra przy określaniu natury głosu rolę drugorzędną, gdyż względna trudność wydobywania tonów danego rejestru zależeć może od braku należytego wywiczenia lub od złych nawyków. Nie jest jednak ono pozbawione pewnego znaczenia i jeżeli śpiewanie w danym rejestrze wywołuje stale szybkie zmęczenie muskulatury krtani, jeżeli śpiewak po każdej lekcji uczuwa zmęczenie, ból gardła i chrypie, wtedy wątpliwości nie ulega, że przy klasyfikacji głosu popełniono omyłkę. Tu już laryngolog wstępuje w swoje prawa i ostatecznie rozstrzyga kwestyę: jeżeli, badając śpiewaka lusterkiem bezpośrednio po śpiewie, znajdujemy za każdym razem objawy zmęczenia krtani [zaróżwienie strun, niedomogę mięśni], będzie to najwymowniejszym dowodem, że dany głos zarejestrowano mylnie [MACKENZIE].

Konieczność ustalenia ściśle naukowych podstaw dla klasyfikacji głosów zwróciła już dawno uwagę laryngologów w tym kierunku, pierwsze jednak próby MANDL'a i FOURNIÉ'go klasyfikacji głosów na podstawie anatomicznych cech krtani dały wynik ujemny. Ostatniemi czasy kwestyę tę poruszyli na nowo GOUGUENHEIM, LERMOYCYZ, ERNST i KRAUSE. Wyniki ich badań, przeprowadzonych na całym szeregu śpiewaczek i śpiewaków, są następujące:

B a s i ś c i — mają długie, szerokie i grube struny głosowe <sup>1)</sup>. Roz-

<sup>1)</sup> Długość strun głosowych u tenorów wynosi od 15 — 17 mm, u barytonów od 18—21 mm, u *basso-cantante* od 21 — 22 mm, u *basso-profondo* od 23 — 26 mm. Z kobiet — naj-

miary krtani we wszystkich kierunkach, zwłaszcza w pionowym, są duże; boczne płyty chrząstki tarczowej spojone są pod kątem ostrym i krawędź spojenia (*pomum Adami*) występuje silnie na przedniej powierzchni szyi; cała krtąń jest duża i wysoka.

Tenorzy — mają krótkie i cienkie struny głosowe. Tenorzy *di forza* i *di grazia* różnią się przytem szerokością strun głosowych: pierwsi mają zazwyczaj struny krótkie i szerokie, drudzy — krótkie i wąskie. Przecznym wymiar krtani jest względnie duży, pionowy wymiar — mały, wskutek czego cała krtąń robi wrażenie szerokiej i niskiej.

Krtąń barytona pod względem cech anatomicznych zajmuje pośrednie miejsce między tenorem a basem.

Analogiczne różnice w budowie krtani widzimy u kobiet: *contraltystki* mają długie, szerokie i grube struny głosowe, *soprany* — krótkie, wąskie i cienkie; *mezzo-soprany* zajmują pod względem cech anatomicznych krtani pośrednie miejsce między *sopranami* a *contraltystkami*.

Z przytoczonych powyżej danych anatomicznych należy korzystać bardzo oględnie i w praktyce określanie natury głosu jedynie zapomocą laryngoskopu będzie zawsze ryzykowne; jako jednak środek pomocniczy, w przypadkach wątpliwych, badanie lusterkiem może oddać rzetelne usługi.

## L I T E R A T U R A .

- 1) MANDL. De la fatigue de la voix. Gazette médicale.
- 2) SPIESS. Archiv für Laryngologie.
- 3) HELMHOLTZ. Die Lehre von den Tonempfindungen als physiologische Grundlage für die Theorie der Musik.
- 4) BOTEY. Les maladies de la voix, etc.
- 5) TOSI FRANCESCO. Opinioni dei cantori antichi e moderni [La scuola di canto dell'epoca d'oro].
- 6) LABLACHE. Méthode complète de chant.
- 7) HAUPTNER. Die Ausbildung der Stimme.
- 8) BUKOFZER. Hygiene des Tonansatzes.
- 9) PIENIAŻEK. Laryngoskopia.
- 10) CURTIS. New York Med. Journ. 1898.
- 11) HODGKINSON. Ueber chorditis tuberosa.
- 12) GRANT. Lond. laryng. Gesellsch. 1898. Internat. Centralblatt für Laryng. 1899.
- 13) CHIARI. Beitrag z. Kenntnis des Baues der sogenannten Sängerknötchen.
- 14) KRAUSE. XII Internat. medicn. Congress zu Moskau.

dłuższe struny mają *contraltystki*: od 15 — 17 mm, dalej idą *mezzo-soprany*: od 12 — 14 mm, wreszcie *soprany*: od 11 — 12 mm [podług BOTEY'a].



- 15) SCHNITZLER. Ueber diphtonie. Wien. med. Presse.
- 16) MICHAEL. Bildung der Gesangsregister.
- 17) v. LUSCHKA. Der Schlundkopf des Menschen.
- 18) M. SCHMIDT. Die Krankheiten der oberen Luftwege.
- 19) MERKEL. Antropophonik.
- 20) MORELL MACKENZIE. Hygiene of the vocal organs.
- 21) HERYNG. Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani.
- 22) FRENCH. Die Action der Glottis beim Singen.
- 23) FOURNIÉ. Physiologie de la voix.
- 24) GOUGUENHEIM et LERMOYEZ. Physiologie de la voix.
- 25) ERNST. Die Krankheiten der Nase und des Halses.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 25. Hartmann. Postaci chirurgiczne gruźlicy krętniczokątniczej (*ileo-coecalis*).

W 85% przypadków gruźlicy jelit, według statystyki FENWICK'a i DODWELL'a, cierpienie to umiejscowia się w okolicy krętniczokątniczej. Chirurg może tu napotkać dwie odmiany: 1) gruźlicę wrzodząco-serowatą, której najczęściej towarzyszy zapalenie okołokątnicze, dzięki czemu niektórzy nazywają ją odmianą jelitowo-otrzewną, i 2) gruźlicę przerostową, która jednocześnie prowadzi do zwężenia. Przy pierwszej odmianie wyjątkowo tylko sama kątnica bywa objęta sprawą gruźliczą; w większości przypadków jednocześnie bywa zajęty koniec jelita krętego (*ileum*), również owrzodziały wyrostek często jest zniszczony. Cała okolica krętniczokątnicza przedstawia zlepek zrostów, w którym rozsiane są masy serowate, a nawet kawerny gruźlicze z zawartością ropną, łączące się niekiedy ze światłem jelit. O ile takie ropnie gruźlicze rozwijają się w kierunku ku zewnątrz, to ostatecznym ich wynikiem jest powstanie przetok ropno-kałowych, jakie zazwyczaj umiejscowiają się na poziomie dołu biodrowego, na pępku, w okolicy lędźwiowej, i t. d. W przeciwstawieniu do tego, co widzimy na jelitach [cienkich], owrzodzenia te na kątnicy nie kończą się utworzeniem włóknistego zwężenia. Dla chirurga jednak o wiele ważniejszą jest znajomość drugiej odmiany, t. j. przerostowej, ograniczonej prawie zawsze do samej tylko kątnicy, z niewielkimi przy-  
najmnie wyjątkami. Zewnątrz kątnica przedstawia się powiększoną, mniej lub więcej ruchomą nad dołem biodrowym i pograżoną w masie stwardniałej i jednocześnie tłuszczowej (*scléro-adipeuse*), która niekiedy może dosięgać 3—4 ctm. grubości, jako wyraz zapalenia przewlekłego. Ściana kiszki jest nadzwyczaj zgrubiała, stężala, a światło prawie znika. Śluzówka najczęściej pokryta owrzodzeniami, a niekiedy jednocześnie i wyrosłami kosmkowatymi.

Wyrostek zachowuje się nader rozmaicie: bądź pozostaje zdrowy zupełnie, bądź też podlega równorzędnie w swej części początkowej sprawie wrzodzącej. Klinicznie postaci chirurgiczne cechują dwie zasadnicze grupy objawów: jedne są wyrazem odczynu otrzewnej sąsiedniej i symulują w większym lub mniejszym stopniu zapalenie wyrostka robaczkowego; drugie zaś są wynikiem zwężenia światła kiszki i mimowoli naprowadzają na myśl o nowotworze, tem bardziej, że prawie zawsze bezpośrednio badanie daje możliwość stwierdzenia obecności guza. Pozostawiona sama sobie, choroba wciąż postępuje naprzód, nie podlegając przemianom wstecznym w sensie samowyleczenia. Leczenie gruźlicy krętniczokątnicznej jest przede wszystkim chirurgiczne: z chwilą rozpoznania należy otworzyć brzuch i obejrzeć dokładnie, na czym polegają zmiany patologiczne danej okolicy. W przypadkach słabego umiejscowionego zapalenia otrzewnej, bez zajęcia śluzówki jelit, zwykła *coeliotomia explorativa* może sprowadzić wyzdrowienie; najczęściej atoli chirurg jest zniewolony do leczenia operacyjnego bardziej energicznego [częściowa rezekcja kątnicy, *ileo-colostomia*, wyłączenie (*exclusio*) jedno- lub obostronne, rezekcja]. Wybór zabiegu operacyjnego będzie zależał od charakteru danego przypadku cierpienia. Gruźlica przerostowa wymaga najczęściej rezekcji. Przy operacji należy zawsze pamiętać o usunięciu razem z kątnicą i gruczołów, zawsze powiększonych i często zserowaciałych, które zajmują w ogólności kąt krętniczokątniczny. Po dokonaniu rezekcji, końce jelita złączyć bezpośrednio ze sobą, lub też włączyć krętnicę do części bocznej okrężnicy. Sam zaś autor zamyka zupełnie oba końce jelita i kończy operację zapomocą bocznej anastomozy, t. j. łączy końcową część *ileon* z *colon ascendens*. Do rany zakłada sączek. Jeżeli w dole biodrowym istnieje obszerna masa zrębowa, rozlana i nieruchoma, z przetokami ropno-kałowymi lub też bez nich, autor, zamiast niebezpiecznej w tym razie bezpośredniej rezekcji, zaleca drogę pośrednią, a mianowicie wyłączenie jelita (*exclusio intestini*). Bardzo często wystarcza jednostronne wyłączenie; metoda HOCHENEGG'a, polegająca na wyłączeniu obustronnem z przymocowaniem obu końców wyłączonej pętli do skóry, dała dobre wyniki i umożliwiła kilkakrotnie wtórne wyluszczenie. Wyłącznie obustronne zamknięte jest wskazane w tych przypadkach gruźlicy, którym towarzyszą przetoki ropno-kałowe, i które nie zdają się nadać do rezekcji.

(*Revue de Chirurgie*, 1907. Nr. 2.).

Wacław Dobrowolski.

## 26. Imbert. Zmiażdżenie dolnej kończyny (wyczekiwanie czy amputacja?).

Nie należy zmiażdżenia dolnej kończyny uważać za jedno z powikłań zdrzutotaniem kości (*fractures comminutives ouvertes*). Przy właściwem zmiażdżeniu mamy do czynienia: 1) ze strzaskaniem kości w wielu miejscach, 2) z uszkodzeniami skóry, która jest nie tylko rozdarta, lecz i poodrywana, 3) z uszkodzeniami części miękkich, których cechą zasadniczą stanowią głębokie zmiażdżenie utkania mięśniowego, naczyń i nerwów i obszerne odklejenie międzymięśniowej tkanki łącznej. Pod względem rokowania osobne miejsce przynależy zmiażdżeniem palców stopy i śródstopia, te bowiem uszkodzenia nie są tak niebezpieczne. W przebiegu tych obrażeń autor dostrzega cztery okresy o rozmaitem natężeniu i jakości zmian anatomo-patologicznych, a do każdego z nich, zależnie od owych zmian, powinno być odpowiednio dostosowane postępowanie chirurga. W bezpośrednim okresie, to jest w ciągu pierwszych godzin po urazie, rzuca się w oczy wstrząs (*shok*) i rzadko krwotok. Następuje

dalej okres początkowy (*primitive*), ciągnący się od pierwszych godzin do mniej więcej dnia piętnastego; w tym okresie mogą wystąpić na widownię groźne dla życia powikłania ogólne: tężec, zgorzel, zgorzel gazowa, posocznica. W okresie wtórnym przeważają powikłania miejscowe: ropienie, martwica powłok i kości. Ostatni wreszcie—okres późny może dać niedostateczne stężenie (*consolidatio*), które znów może stać się wskazaniem do amputacji. Z punktu widzenia leczniczego, dla chirurga istotnie trudnym jest okres wtórny [powikłania miejscowe], tu bowiem nasuwa się pytanie: zachować się wyczekując, czy też dokonać amputacji? Oczywiście, chirurg winien zawsze dążyć do zachowania kończyny; jednak w wielu wypadkach, a zdaniem autora, w większości, będzie on zniewolony do odjęcia na podstawie następujących rozumowań. Zgorzel kończyny, posocznica zgorzelinowa pozwalają na dokonanie amputacji; przy zwykłej posocznicy—z podniesioną ciepłotą, szybkim tętnem, szybko postępującem osłabieniem ogólnem, specyjalnem zabarwieniem powłok, suchym językiem—można dokonać, według autora, amputacji między 3-im a 6-ym dniem. Z tężcem autor rozprawia się bardzo krótko, powołując się na surowicę specyficzną (?). Amputacja natychmiastowa, w ciągu pierwszych godzin po urazie, jest stanowczo przeciwwskazana z wyjątkiem tych przypadków, gdzie, wykonana prawie w całości przez sam uraz, ogranicza się do obcięcia kilku strzępków skórnych czy mięśniowych. W okresie wtórnym amputacja rzadko bywa wskazana; mogłaby tu ona mieć rację bytu głównie w razie uporczywości zakażenia i stanowczego żądania chorego, aby go wyleczyć możliwie najprędzej. W okresie późnym wskazanie do amputacji może stanowić uporczywy staw rzekomy.

(*Revue de Chirurgie*, 1907. N. 2).

W. Dobrowolski.

## Wiadomości drobne.

— F. KOENIG. Jaki wpływ wywarło stosowanie promieni ROENTGEN'a na zabiegi lekarskie przy złamaniach kostnych.

Lekarz-praktyk nie powinien bynajmniej lekceważyć starych sposobów rozpoznania prostych i powikłanych złamań kostnych, gdyż prześwietlanie służyć powinno dla potwierdzenia naszego rozpoznania. Wiedza nasza o anatomii patologicznej, mechanice i rozpoznaniu złamań kostnych znacznie pogłębiła się od czasu odkrycia promieni ROENTGEN'a; fotografia odkryła nam nowe typy złamań; наконец w przypadkach złamań powikłanych jedynie dokładne zdjęcie fotograficzne może nam umożliwić prawidłowe leczenie.

*Deutsche Medicinische Wochenschrift*

H. G.

— W instytucie FINSER'a przedsięwziął OERUM doświadczenia nad wpływem światła na krew. Ciemność zmniejsza ilość krwi o 3—3,3 procent, oraz zmniejsza ilość Hb [hemoglobiny]. Podobnie jak ciemność działa czerwone

światło; natomiast światło niebieskie wywołuje pletorę (*plethora vera*) i zwiększa ilość Hb. Kąpiel świetlana w przeciągu 4-ch godzin może zwiększyć ilość krwi o 25 procent. Ciemność w ciągu 3—4 tygodni zmniejsza ilość Hb.; silne światło po 4-ch godzinach ten sam skutek wywiera. Ciemność zwiększa ciśnienie krwi, silne zaś światło zmniejsza je. Przebywanie w ciemności przy upuszczeniu krwi niżej  $\frac{1}{4}$  ilości krwi może przeszkodzić momentalnemu rozrzedzeniu krwi. Zwierzęta urodzone w ciemności lub też w świetle czerwonym, przedstawiają większą wagę ciała, natomiast połowę tej ilości krwi, jaką posiadają zwierzęta urodzone w zwykłych warunkach.

(Pflüg. Arch. tom 114, zeszyt 1 i 2).

---

## Wiadomości bieżące.

— Odezwa wydziału przeciwalkoholicznego Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego. W walce z alkoholizmem lekarzom sądono odegrać rolę bardzo doniosłą. Jedną bowiem z najgłówniejszych, może nawet najważniejszą przyczyną szerszenia się pijaństwa jest niedostateczne obznajmienie ludu ze szkodliwym działaniem alkoholu na ustrój, a przede wszystkim fałszywy pogląd na napoje wysokowe, jako na środek odżywczy, podniecający i leczniczy. Pogląd ten w znacznej mierze wiąże się z dawniejszymi zasadami nauki lekarskiej. Te ostatnie dzięki licznym badaniom obecnie zmieniły się zupełnie. Przyswajając sobie najnowsze zdobycze nauki i stosując je w praktyce, lekarze lepiej niż ktokolwiek inny, wpłynąć mogą na usunięcie owych zakorzenionych przesądów, a tem samym i na ukrócenie pijaństwa.

Nie możemy, rzecz prosta, w krótkiej notatce, uwzględnić całej olbrzymiej literatury. Chcielibyśmy tylko zwrócić uwagę lekarzy na niektóre punkta, mające największe znaczenie w walce z alkoholizmem.

Najważniejszą jest kwestya wartości odżywczej alkoholu. Jakkolwiek alkohol zapobiegać może w pewnej mierze spalaniu tłuszczów i białka, zawartych w pokarmach, to jednak wpływa on, jak wiadomo, na zmniejszenie przeróbki materii w ustroju, a przy stałym użyciu wynikiem tej niedostatecznej przeróbki jest tłuszczowe zwyrodnienie narządów, które spotykamy w przewlekłym alkoholizmie.

Pokarm, który podobne następstwa spowodować może, nie zasługuje na miano pokarmu. Należy uświadomić to przede wszystkim warstwom robotniczym, którym wódka bardzo często zastępuje wszelkie inne pokarmy. Niemniej szkodliwym jest używanie reklamowanych win leczniczych, a zwłaszcza tak rozpowszechnione podawanie ich dzieciom słabym i anemicznym, którym one jeszcze bardziej niż dorosłym szkodzić mogą. Na potępienie zasługują również niektóre zakłady lecznicze, które dziś jeszcze, aczkolwiek rzadziej niż przedtem, opierają swe istnienie na dobrze zaopatrzonych piwnicach, skąd czerpią trunki,

„w celu wzmocnienia i lepszego odżywiania chorych”. Niestety, przyznać musimy, że w wielu razach lekarze sami przez schlebianie gustowi i żądaniom publiczności, a często przez niedostateczne uświadomienie następstw, znaczną część winy sobie przypisać powinni.

Dalej, badania i obserwacje wykazały, że dawkowania indywidualnego, rzekomo nieszkodliwego, obliczyć nie podobna, że neuropatyczne usposobienie, przy którym alkohol jest najbardziej niebezpieczny, istnieje często tam, gdzie go wcale nie podejrzujemy. Jeżeli następnie weźmiemy na uwagę, że alkohol przy dłuższym, stałym użyciu wzmagá pragnienie coraz to większych dawek i powoduje stan przewlekłego otrucia, uszkadza głęboko wszystkie tkanki w organizmie, a przede wszystkim układ nerwowy i naczyniowy, to przyjdziemy do wniosku, że obowiązkiem lekarza jest przy każdej sposobności stałe używanie alkoholu jak najkategoryczniej potępić.

A co do wartości leczniczej alkoholu, to, oczywiście, rzeczą jest sumienia i wiedzy każdego lekarza stosowanie tego środka w poszczególnych przypadkach. Pozwalamy sobie jednak zwrócić uwagę lekarzy, że w ostatnich czasach i pod tym względem zmieniły się zapatrywania, że nawet w ostrych chorobach gorączkowych i w zapaściach wielu wybitnych klinicystów tak za granicą, jak i u nas wyrzekło się zupełnie stosowania alkoholu, a wyniki leczenia, w tych szpitalach, w których alkohol absolutnie usunięto z kategorii leków [np. Londyński *Temperance Hospital*], w którym jako środki pobudzające używane są tylko kamfora, eter, kofeina i t. p., bynajmniej nie wykazują większej odsetki śmiertelności.

Co się tyczy okresu zdrowienia, to wszak jest rzeczą aż nadto dobrze znaną, że zapoczątkowane w tym czasie używanie alkoholu w celu rzekomego wzmocnienia [zwłaszcza koniaku z mlekiem] stało się nieraz początkiem nałogu pijaństwa.

Jeśli do tego dodamy jeszcze ten fakt, że sankcyonowane przez lekarza używanie alkoholu podnosi urok tej używki w oczach tłumu, każe mu zapatrywać się nań jako na lek życiodajny, dla którego zdobycia w celu „uratowania” życia osoby chorej ostatni grosz się wydaje, ostatnią poduszkę zastawia,—lek, który i w stanie zdrowia nieraz „wzmocniać” go będzie — to przyjdziemy do wniosku, że lekarz, zalecając w wielu razach alkohol, może bezwiednie, wbrew swym zamiarom, przyczynić się do szzerzenia tej wielkiej klęski, jaką jest alkoholizm i dlatego powinien w każdym poszczególnym przypadku wskazania dla alkoholu jak najskrupulatniej rozważyć i możliwie ograniczyć.

Biedny kraj nasz zużywa około 30 milionów litrów alkoholu rocznie, wydaje dziesiątki milionów rubli na ruinę zdrowia i mienia swych obywateli, na rozpręganie życia rodzinnego, zwyrodnienie moralne i fizyczne całych pokoleń. Zmniejszyć pole nędzy i klęsk, jakie za sobą alkohol sprowadza, skierować zaoszczędzone w ten sposób pieniądze na zadośćuczynienie tysiąca potrzebom kulturalnym, o które gwałtem dopomina się społeczeństwo nasze — to zaszczytny obowiązek lekarza-obywatela.

Te słowa uważaliśmy za właściwe skreślić w głębokiem przeświadczeniu, że lekarze w walce z wielkiem złem społecznym, którą podjęliśmy, skorzystają też z powagi stanowiska swojego i zabieg i usiłowania nasze słowem i czynem bez wątpienia skutecznie poprą.

— Kol. Władysław Biegański nadesłał: Sprawozdanie z funduszów, zebranych przez Częstochowskie Tow. Lekarskie dla rodzin lekarzy, udających się na Daleki Wschód podczas minionej wojny, z którego okazało

się, że składki zbierane były regularnie od kwietnia 1904 r. do stycznia 1905 r. wśród lekarzy, członków Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie, Zawierciu, Dąbrowie, Będzinie i Sosnowcu. Przez ten czas zebrano 402 rub. 50 kop. W marcu i kwietniu 1905 roku wpłynęło jeszcze 30 rub. czyli ogółem 432 rub. 50 kop. Suma ta została ulokowaną w Częstochowskiej kasie pożyczkowo-oszczędnościowej. Przez cały ten czas wydano tylko jednorazowo żonie jednego z kolegów w listopadzie 1904 r. 50. Dalszych zapotrzebowań nie było, gdyż większość kolegów, którzy wyjechali na plac wojny z Zagłębia Dąbrowskiego, jako kawalerzy nie pozostawili na miejscu rodzin. Stąd przy zamknięciu rachunków z dnia 4-go stycznia 1906 r. pozostało wraz z procentami (25,76) suma 408 rb. 26 kop.

Ogólne zebranie Tow. Lekarskiego na posiedzeniu 1906 r. postanowiło sumę tę użyć jako zaczątek kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy lub rodzin pozostałych po lekarzach w Zagłębiu Dąbrowskiem.

— Komitet zarządzający Wystawę przyrodniczo - lekarską i higieniczną X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zwraca się do wszystkich osób i instytucji, które zapowiedziały swój udział w wystawie, aby nadesłały w najbliższym czasie deklaracje, gdyż wobec licznych zapotrzebowań, może się okazać brak odpowiedniego miejsca na umieszczenie okazów.

---

## NEKROLOGIA.

---

# Prof. Ernest Bergmann.

Wspomnienie pośmiertne.

---

Przerzedzają się szeregi chirurgów niemieckich „wielkiej ery”. W ciągu ostatnich lat dziesiątka widzieliśmy, jak ustępowali kolejno BILLROTH, THIERSCH, NUSSBAUM, ALBERT, GUSSENBAUER, HEINECKE, LUECKE, BARDELEBEN, SOGIN, SCHEDE, przed dwoma niespełna laty zmarł MIKULICZ; dziś zastęp ten powiększa znów jeden z zasłużeńszych w rozwoju chirurgii współczesnej — BERGMANN.

Ustępująca dziś z pola generacja chirurgów niespożyte położyła zasługi w budowie wspaniałego gmachu chirurgii dzisiejszej. Za ogrom ich pracy, tak owocnej dla naszej nauki, należy się im wielkie uznanie i wdzięczność przede wszystkim od nas, tej następnej generacji chirurgów, ich bezpośrednich zastępców i spadkobierców, którzy stanęliśmy od razu wobec tej nowej chirurgii, przebudowanej od podstawy i potężnie rozszerzonej. I mimowoli przyłącza się tu uczucie jakby zazdrości, że „tamtych” sądzono było żyć i działać w epoce, kiedy, właściwie mówiąc, w chirurgii wszystko było do zrobienia. Genialna myśl LISTER'a i epokowe badania PASTEUR'a były tem słońcem, które rozjaśniło ciasne i brudne pole chirurgii, oświetliło szerokie horyzonty.

I zawrzało nowe w niej życie: istniejące zasady i metody poddano rewizji i ocenie na nowych podstawach, zarzucono odwieczne błędy, zdobywano coraz szersze pole dla terapii chirurgicznej. Powstała antyseptyka, olbrzymi krok naprzód w postępowaniu operacyjnym, będący jednak tylko okresem przygotowawczym, przejściowym do formy doskonalszej, panującej dziś niepodzielnie w chirurgii — aseptyki. W ewolucji tej, obejmującej 30-letni okres czasu od roku 1870 — 1900, wybitną rolę odegrał zmarły profesor kliniki berlińskiej.

Wielostronna działalność naukowa BERGMANN'a w trzech głównie zarysowała się kierunkach. Pierwszy z nich za treść swą i zadanie miał walkę z tym „biczem bożem” chirurgii ówczesnej — zakażeniem przyranem.

Dzisiaj prawie z niedowierzaniem słuchamy opisów lub opowiadań starych chirurgów o ówczesnych stosunkach w klinikach i oddziałach chirurgicznych, kiedy to panowały wszechwładnie posocznica, róża i zgorzel szpitalna. Dzisiejszy chirurg, który własnymi oczami nie oglądał może nigdy okazów *gangraenae nosocomialis*, czyta ze zdumieniem i zgrozą, że w tych czasach, zwykła zankcja lub czyrak nie rzadko dawały wynik śmiertelny, że amputacja uda stanowiła zabieg bardzo ciężki, w wyjątkowych tylko przypadkach dający zejście pomyślne.

I to wszystko zaledwo trzydzieści lat temu! Pierwsze prace BERGMANN'a usiłowały wyjaśnić istotę procesów zakaźnych badaniem ich strony chemicznej. Dzisiaj prace te („*Ueber das septische Fieber*”, „*Ueber das putride Gift*” i t. d.) nie mają już znaczenia i zasługują na uwagę jedynie, jako dążenie do rozjaśnienia zagadkowej natury tych strasznych spraw chorobnych, których rozwiązanie i opanowanie zawdzięczamy dopiero LISTER'owi. Od pierwszych chwil pojawił BERGMANN doniosłość badań Listerowskich i stał się propagatorem zasad antyseptyki, doskonaląc ją coraz więcej w zastosowaniu klinicznym. Jemu zawdzięczamy między innymi wprowadzenie do naszego arsenału chirurgicznego tego potężnego środka przeciwnilnego — sublimatu. Dalsze prace w tym kierunku doprowadziły do zamiany postępowania przeciwnilnego na bezgnilne i system aseptyki, wprowadzony na klinikę BERGMANN'a, stał się wzorem i bodźcem dla szeregu innych zakładów chirurgicznych. W pracach tych duże zasługi położył asystent jego, zmarły przedwcześnie dr SCHIMMELBUSCH, którego dziełko „*Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung*” obiegło świat cały, służąc jako jeden z pierwszych i najlepszych podręczników bezgnilnej metody operowania i opatrywania ran.

Drugi teren, na którym pracował BERGMANN ze szczególnem zamiłowaniem, stanowił chirurgia mózgu. Pomimo usiłowań w tym kierunku jeszcze chirurgów starożytnych, średniowiecznych, pole to aż do czasów antyseptyki leżało zupełnie odlegiem. Wyniki wszelkich zabiegów wewnątrzczaszkowych były tak odstrasające, iż jeden z chirurgów niemieckich z przed lat kilku dziesięciu [STROMAJER] określił ironicznie, jako pierwsze wskazanie do trepanacji, to, aby sam chirurg przedtem upadł mocno na głowę. Wprowadzenie postępowania bezgnilnego w chirurgii z jednej strony, z drugiej zaś wielkie postępy fizjologii mózgu w zakresie lokalizacji umożliwiły BERGMANN'owi pracę nad rozpoznaniem i leczeniem operacyjnym różnych cierpień mózgu. Wynikiem tego jest szereg ogłoszonych prac, któremi wielką zdobył zasługę w rozwoju chirurgii mózgu. Tu należą: „*Die Lehre von den Kopfverletzungen*”, „*Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten*”, „*Die chirurgische Behandlung der Gehirnschwülste*”, wreszcie „*Hirnverletzungen mit allgemeinen und Herdsymptomen*”.

Trzeci kierunek działalności naukowej BERGMANN'a dotyczy chirurgii wojennej, której potrzeby i braki poznać mógł dokładnie podczas trzech kampanii, w jakich brał udział w latach: 1866-ym, 1870-ym i 1877-ym. Wyniki doświadczeń swych przedstawił w licznych pracach, dotyczących różnorodnych stron chirurgii polowej zarówno w zakresie organizacji pomocy lekarskiej na polu

bitwy, jako też i samej techniki operacyjnej w przypadkach obrażeń postrzałowych. W tym względzie wielką zasługę jego stanowi wprowadzenie i rozpowszechnienie aseptycznego opatrunku szczelnego (*Occlusionsverband*) ran postrzałowych, opatrunku, którego zalety w długotrwałych bitwach wojen współczesnych potwierdziło doświadczenie chirurgów z ostatniej wojny rosyjsko-japońskiej.

Działalność nauczycielska, jako profesora kliniki chirurgicznej w trzech kolejno uniwersytetach: w Dorpacie, w Würzburgu i w Berlinie, działalność literacka, jako redaktora lub założyciela szeregu najpoważniejszych niemieckich wydawnictw chirurgicznych, jak *Langenbeck's Archiv*, *Centralblatt für Chirurgie*, *Volkmann's Vorträge* i wielkiego wydawnictwa *Deutsche Chirurgie*, — wreszcie ogromna praktyka lekarska, obejmująca poza własnym krajem inne państwa Europy, dopełniają całokształtu olbrzymiej i płodnej pracy tego wybitnego lekarza. Przed trzema miesiącami, w końcu grudnia roku zeszłego 1906-go, z okazji obchodu 70-tej rocznicy urodzin BERGMANN'a, świat naukowy lekarski wraz z całym społeczeństwem niemieckim dał wyraz uznania jego niespożytym zasługom.

L. Kryński.

— ZMARLI: Dr Dawid PERETZ w Ieku [Obwodzie Uralskim].

Dr KŁOPOWOWSKI w Berdyczewie.

Dr fil. Aleksander Maryan WEINBERG, chemik w Warszawie.

Dr ROSENBACH były profesor med. wewnętrznej we Wrocławiu.

Dr GEORGE B. FOWLER, prof. med. wewnętrznej w New-Yorku.

---

## OGŁOSZENIE.

---

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu dra Jana BĄCOWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienia testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takich — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po Rub. 61 kop. 56. Wdowa po lekarzu, która by 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 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 Gubernijalnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Zarządzający Kasą Wsparcia, *Dr M. Jakowski.*