

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Rozpoznawanie i leczenie raków krtani.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(*Ciąg dalszy*).

Z pośród innych narodowości operatorów, leczących pomyślnie tą drogą raka krtani—wypada zaledwie po 2 przyp. na Anglię i Francję, oraz po jednym na Austrię (przypadek Schnitzler'a — najdłużej trwające wyleczenie — bo 22 lat), Amerykę i Hiszpanię.

Jednym słowem z wyjątkiem Niemiec metoda wewnątrz-krtaniowa w leczeniu raków krtani nie zdołała sobie zyskać zbyt wielu zwolenników, którzy głównie koncentrują się około osoby B. Fraenkel'a z Berlina — największego propagatora tej metody.

Zobaczmy teraz, jak się przedstawiają cyfry odnośnie do ujemnych stron po operacyi endolaryngealnej.

Co się tyczy przedewszystkiem *nawrotów* (recydyw) raków krtani po rękoczynach wewnątrz-krtaniowych, to przedstawiają one mniej więcej te same stosunki, co i wyniki pomyślne, mianowicie 20 przypadków, z tych na 1-szy okres przypada 7, na 2-gi zaś t. j. po roku 1888—13 przyp. czyli, że również recydywy zdarzały się mniej więcej w $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków raków krtani, leczonych metodą wewnątrz-krtaniową.

W jednym przypadku Noltenius'a z Bremy recydywa wystąpiła dopiero w 2 lata po operacji endolaryngealnej.

Ta stosunkowa częstość recydyw po tego rodzaju operacjach wskazuje dowodnie, że o operacji wewnątrzkrtańowej, jako metodzie «par excellence» leczniczej w rakach krtani, nie może być mowy w ścisłym znaczeniu tego słowa i że przedewszystkiem metoda ta powinna być zredukowana do celów rozpoznawczych (próbne wycięcia cząstek guza w celu zbadania ich pod drobnowidzem).

Zajść śmiertelnych, zależnych od samej operacji, nie notowano ani razu, co dowodzi absolutnej nieszkodliwości tego rodzaju rękoczynów.

W pozostałych (13 przypadkach) spostrzeżenia były zbyt krótkie, lub niedostateczne. W jednym z nich (przyp. Arslan'a z Padwy) jeszcze po 10 miesiącach stan był zadowalniający.

Przechodzę obecnie do 2-iej metody, która, jak o tem się zaraz przekonamy na cyfrach, jest obecnie najracjonalniejszą, najlepsze dającą wyniki, metodą leczniczą w raku krtani:

II. *Laryngofissura* (thyreotomia). Przypadków raków krtani, operowanych za pomocą tej metody do roku 1903 włącznie, mam zanotowanych 109, z tych do r. 1888 — 89 zaś w ostatniem piętnastoleciu 120 przyp.

Wyników pomyślnych t. j. absolutnych i względnych wyleczeń raków krtani po zastosowaniu laryngofissury—mam zanotowanych w obecnej mojej statystyce przyp. 64, z tych wia część—mianowicie 59 przypada na 2-gi okres t. j. po roku 1888.

Z powyższych 64 przyp. większa połowa, gdyż 33 należy do t. zw. absolutnych wyleczeń t. j. trwających przeszło 3 lata. Jeśli już na ogólną cyfrę 209 przyp. raków krtani leczonych za pomocą laryngofissury, cyfra wyleczeń 64 jest pokaźną, stanowiąc prawie $\frac{1}{3}$ wszystkich przyp., to w 2-gim okresie t. j. po roku 1888 stosunek ten jest o wiele więk-

T A B L I C A II.

Wykazująca przypadki, w których po laryngofisurze nastąpił wynik pomyślny.

№	Operator	Narodowość	Jak długo trwało wyleczenie?	
			wyleczenie absolutne	Wyleczenie względne
1	Solis Cohen	Ameryka (Filadelfja)	20 lat	
2	Navratil	Węgry (Buda Pest)	przeszło 10—	
3	Semon	Anglia (Londyn)	8 lat i 5 mies.	
4	Bilroth	Austria (Wiedeń)	8 lat	
5	Lennox Brown	Anglia (Londyn)	8—	
6	v. Bergmann	Niemcy (Berlin)	7 $\frac{1}{2}$ —	
7	Kocher	Szwajcarya (Bern)	7—	
8	v. Bergmann	Niemcy (Berlin)	6 $\frac{1}{2}$	
9	Lennox Brown	Anglia (Londyn)	6—	
10	Tilley	Anglia	5—	
11	Kohn	Niemcy (Berlin)	5—	
12	v. Bergmann	"	4 $\frac{3}{4}$ —	
13	Semon	Anglia (Londyn)	4 lata 5 mies.	
14	Gluck	Niemcy (Berlin)	4 lat	
15	Lardy	Turcja (Konstantynopol)	4 —	
16	Saxtorph	Dania (Kopenhaga)	4 —	
17	Bark	Anglia	4 —	
18	Lennox Brown	" (Londyn)	4 —	
19	Linkenheld	Niemcy	około 4 lat	
20	Riedel	"	3 lata 9 mies.	
21	Semon	Anglia (Londyn)	3—8—	
22	Gluck	Niemcy (Berlin)	3 $\frac{1}{2}$ lat	
23	Gersuny	Austria (Wiedeń)	3 $\frac{1}{2}$ —	
24	Semon	Anglia (Londyn)	3 lata 3 mies.	
25	"	"	3—2—	
26	Chiari	Austria (Wiedeń)	3 lata 2 mies.	
27	Butlin	Anglia (Londyn)	przeszło 3 lata	
28	"	"	"	
29	Lennox Brown	"	3 lata	
30	Botey	Hiszpania (Barcelona)	3—	
31	"	"	około 3—	
32	Pieniążek	Polska (Kraków)	3—	
33	Gersuny	Austria (Wiedeń)	3—	
34	Bilroth	"		2 lata 9 mies.
35	Gluck	Niemcy (Berlin)		2 $\frac{1}{2}$ lat
36	Navratil	Węgry (Budapeszt)		2 $\frac{1}{2}$ —
37	Semon	Anglia (Londyn)		2 lata 5 mies.
38	Thorner	Ameryka (Cincinnati)		2—4
39	Butlin	Anglia (Londyn)		przeszło 2 lat
40	Pluder	Niemcy (Hamburg)		"
41	v. Bergmann	" (Berlin)		2 lata
42	Gluck	"		2—
43	Menre	Francya (Bordeaux)		2—
44	Downie	Szkocya (Glasgów)		blizko 2—
45	Chiari	Austria (Wiedeń)		"
46	Sands	Ameryka		1 rok 10 mies.
47	Monre	Francya (Bordeaux)		1—7—
48	Gluck	Niemcy (Berlin)		1 $\frac{1}{2}$ roku
49	Tilley	Anglia		1 $\frac{1}{2}$ —
50	Pantalon	Włochy		1 $\frac{1}{2}$ —
51	Monre	Francya (Bordeaux)		1 rok 4 mies.
52	Semon	Anglia (Londyn)		1—4—
53	"	"		1—4—
54	Schmiegelow	Dania (Kopenhaga)		1—3

№	Operator	Narodowość	Jak długo trwało wyleczenia	
			Wyleczenie absolutne	Wyleczenie względne
55	Yonge	Anglia		1-3-
56	Navratil	Węgry (Buda-Peszt)		1-2-
57	Butlin	Anglia (Londyn)		1-1-
58				1-1-
59	Pieniążek "	Polska (Kraków)		przeszło 1 rok
60	Butlin	Anglia (Londyn)		1 rok
61	Yonge			1-
62	Porcher	Ameryka		1-
63	Quenne	Francya (?)		1-
64	Navratil	Węgry Buda-Peszt		około 1 roku

szym, wynosząc prawie 50% (na 120 przyp. 59 wyleczeń i to z małymi wyjątkami absolutnych).

Tym sposobem obecna zwłaszcza statystyka moja wykazuje pierwszorzędną wartość laryngofissury — jako metody leczniczej w raku krtani, która dzięki niestrudzonej propagandzie Semon'a z Londynu, jednego z najlepszych znawców laryngologii, zyskuje sobie słusznie coraz więcej zwolenników, że wspomnę tu tylko najgłośniejszych: słynnego chirurga Butlina z Londynu, prof. Chiar'ego z Wiednia, Schmi-gelow'a z Kopenhagi, prof. Gluck'a z Berlina, we Francyi Moure'a, wreszcie u nas zaszczytnie znanego w tym kierunku w całym świecie laryngologicznym prof. Pieniążka z Krakowa.

Przypadki wyleczeń raków krtani po operacji laryngofissury są następujące:

Z powyższej tablicy widzimy, że o ile poprzednia metoda t. j. operacja endolaryngealna znalazła główny najpodatniejszy grunt w Niemczech, o tyle znowu laryngofissura najwięcej zyskała zwolenników i najlepsze daje wyniki w Anglii (25 na 64 przyp. wyleczeń, z tych w większej połowie t. j. 13 przypadków było absolutne t. j. przeszło 3 lata trwające wyleczenie).

Przytem taką samą rolę, jak przy operacji endolaryngealnej B. Fraenkel, przy tej metodzie t. j. laryngofissurze

odgrywa Semon z Londynu, który uzyskał największą ilość wyleczeń (8 przyp. z tych 5 absolutnych).

W ogóle Anglia, a zwłaszcza stolica jej Londyn może się poszczycić największą ilością wyników pomyślnych po zastosowaniu laryngofissury w raku krtani, co już jest zasługą głównego niestrudzonego propagatora tej metody wspomnianego już wielokrotnie Semon'a z Londynu. Po Semonie najlepsze wyniki w Anglii resp. Londynie otrzymali Lennex Brown (4 wyleczenia absolutne), oraz Butlin (6 przyp., z tych 2 absolutne).

W Niemczech operacja ta już mniej chętnych, aniżeli w Anglii znajduje zwolenników, jakkolwiek w ostatnich zwłaszcza czasach i tu zaczęto otrzymywać wcale niezłe wyniki od zastosowania laryngofissury w raku krtani. Przypadków, w których uzyskano w Niemczech — wyleczenia od tej metody jest notowanych 13, z tych absolutnych było 8 przyp.

Największą ilością pomyślnych przypadków w Niemczech mogą się poszczycić słynni chirurdzy Berlińscy prof. v. Bergmann (4 przyp. z tych 3 absolutne wyleczenia), oraz Gluck (5 przyp. z tych 2 absolutne).

W Austrii resp. Austro-Węgrzech stosunkowo dość często była wykonywana laryngofissura w raku krtani, przyczem wcale niezłe otrzymywano od tej metody wyniki (10 przyp. z tych 5 absolutne wyleczenie). Z tych najlepszym wynikiem może się poszczycić Navratil—znany laryngolog z Budapesztu (4 wyleczenia, z tych 1 absolutne) następnie Gersuny (2 absolutne), wreszcie Billroth i Chiari (po 2 prz z tych po 1 absolutnem wyleczeniu).

Dalej pod względem pomyślnych rezultatów po operacji laryngofissury w raku krtani otrzymanych idą kolejno Ameryka, (4 przyp.), gdzie Solis Cohen otrzymał najdłużej, gdyż 20 lat, trwające wyleczenie absolutne. Francya (4 przyp. z tych 3 Móure'a), Dania, Hiszpania (Botey) i Polska (Pieniążek) po 2, wreszcie Szwajcarya, Włochy i Turcya po 1 przyp.

Zobaczmy teraz, jakie są ujemne strony laryngofissury, a więc przede wszystkim, o ile często po tej operacyi zdarzają się recydywy? Ilość tych ostatnich wynosi razem 87 z tych na 1-szy okres wypada 57, na 2-gi zaś t. j. po roku 1888 zaledwie 30 przyp.

Jakkolwiek cyfra 87 przyp. recydyw po laryngofissurze w rakach krtani na ogólną cyfrę 209 przypadków, jest dosyć znaczną, gdyż wynosi przeszło 41%, to jednak nie należy zapominać, że większość tych przypadków na 1-szy okres, mianowicie 57 na ogólną cyfrę 89, podczas gdy w 2-gim okresie t. j. po roku 1888 na 120 przyp. było zaledwie 30 recydyw, co stanowi $\frac{1}{4}$ część (25%).

I znowu się spodziewać należy, że i ta cyfra z czasem t. j. w następnych statystykach będzie się stale zmniejszała w miarę wybierania odpowiednich t. j. we wczesnych okresach się znajdujących przypadków raków krtani. Wówczas nie okaże się nam nieprawdopodobnem, że Semon w swojej praktyce na 10 przyp. tego cierpienia miał raz jeden przypadek recydywy (i to wątpliwej zresztą) po laryngofissurze. W kilku przypadkach, jako to Newiman'a, Botella etc. recydywa wystąpiła bardzo późno — mianowicie od 2—4 lat.

Z tem wszystkim z faktem tym t. j. dość stosunkowo częstemi recydywami po laryngofissurze liczyć się należy i zdaniem mojem, w tych razach t. j. w razie nawrotu cierpienia rakowatego krtani, racjonalniej nie stosować już po raz drugi tej samej metody, narażając się ewentualnie na ponowną recydywę, lecz przystąpić wówczas odrazu do rezekcyi krtani — jako do najpewniejszej. Również i podczas stosowania samego rękoczynu rozczepienia krtani, który jest jednocześnie próbnym—rozpoznawczym, jeżeli po otworzeniu krtani okazało by się (co jest zresztą możliwem, gdyż nie zawsze jesteśmy w stanie lusterkiem krtaniowem przekonać się o istotnych rozmiarach sprawy chorobowej), że istnieją zbyt duże zmiany, a zwłaszcza głęboko sięgające do chrząstek, że więc samo wycięcie miękkich części nie zdoła wykluczyć recydywy,

to również, zdaniem mojem, którego też zdania jest Gluck w najnowszej swej wyżej cytowanej pracy, racjonalniej będzie od razu przystąpić do rezekcyi krtani częściowej, lub całkowitej, aniżeli narażać się znowu na ponowną operację, dyskredytując w ogóle w oczach chorego, oraz otoczenia całe leczenie operacyjne raków krtani.

Jeżeli w statystyce obecnej znajdujemy 14 przypadków śmiertelnych bezpośrednio, a więc zależnych od operacyi laryngofissury, to jakkolwiek cyfra ta na ogólną ilość 209 przyp. w ogóle, nie jest zbyt wielką, to jednakże tyczy się ona przedewszystkiem przypadków dawniejszych (w poprzedniej mojej statystyce 12), od tego zaś czasu t. j. w ciągu ostatnich lat 6 mam zanotowanych zaledwie 2 tego rodzaju przypadki i to wątpliwe.

Tak, że nie ulega najmniejszej wątpliwości, że laryngofissura należy do najzupełniej bezpiecznych, nie zagrażających życiu rękoczynów. W pozostałych wreszcie 37 przypadkach była *zbyt krótka lub niedostateczna obserwacja*.

III. *Resectio* (extirpatio) *partialis* s. *unilateralis laryngis* s. Laryngectomia part. et unil. Przypadków raków krtani, leczonych za pomocą rezekcyi częściowej lub połowicznej krtani w obecnej mojej statystyce mam zanotowanych 217, z których na 1-szy okres przypada 55, na 2-gi zaś t. j. po roku 1888 — 162 przyp.

Zobaczymy, jakie też wyniki daje ta metoda w świetle najnowszej tej mojej statystyki.

Przedewszystkiem co się tyczy *wyników pomyślnych* t. j. wyleczeń, zarówno absolutnych, jak też i względnych t. j. trwających przynajmniej rok, to przypadków tego rodzaju mam zanotowanych 48, z czego na 1-szy okres przypada 9, na 2-gi zaś t. j. po roku 1888 — 39 przyp.

Wziąwszy pod uwagę 3 przypadki (Hahn'a, Gluck'a i Novaro'a, w których wystąpiła recydywa, lecz bardzo późno, gdyż po 8 $\frac{1}{2}$, 8 i 6 latach, to wypadnie przeszło $\frac{1}{6}$ część wszystkich przyp., w których nastąpiło wyleczenie,

T A B L I C A III.

Wykazująca przypadki, w których po rezeceji częściowej krtań nastąpił
wynik pomyślny.

№	Operator	Narodowość	Jak długo trwało wyleczenie?	
			Wyleczenie absolutne	Wyleczenie względne
1	Gersuny	Austria (Wiedeń)	12 lat	
2	v. Bergmann	Niemcy (Berlin)	11 $\frac{1}{4}$	
3	Mikulicz	Polak Prof. (Wrocław)	8 $\frac{1}{2}$ —	
4	v. Bergman	" (Berlin)	8 $\frac{1}{2}$	
5	Billroth	Austria (Wiedeń)	8 —	
6	Pinner	Niemcy (Frank. nad Men.)	7 —	
7	v. Bergmann	" (Berlin)	6 $\frac{3}{4}$ —	
8	Hahn	" "	6 $\frac{3}{4}$ —	
9	Gerstein	Niemcy (?) "	6 $\frac{1}{2}$ —	
10			6 —	
11	Fischer "	" (Hanower)	6 —	
12	Kümmel	" (Wrocław)	6 —	
13	Butlin	Anglia (Londyn)	5 $\frac{1}{2}$	
14	v. Bergmann	Niemcy (Berlin)	5 $\frac{1}{2}$	
15	Gluck	" "	5 $\frac{1}{4}$	
16	Forns	Hiszpania (Madryt)	5 —	
17	Mikulicz	Pol. Prof. (Wrocław)	5 —	
18	Jawdyński	Polska (Warszawa)	4 $\frac{1}{2}$ —	
19	v. Bergmann	Niemcy (Berlin)	4 $\frac{1}{4}$ —	
20	Forus	Hiszpania (Madryt)	4 —	
21	Fischer	Niemcy (Hanower)	4 —	
22	Gersuny	Austria (Wiedeń)	4 —	
23	Uchermann	Norwegia (Chrinstiana)	3 $\frac{1}{2}$	
24	Billroth	Austria (Wiedeń)	3 $\frac{1}{2}$	
25	Forns	Hiszpania (Madryt)	3 —	
26	Kulenkampf	Niemcy (Brema)	3 —	
27	Loewenstein	" "	3 —	
28	Schede	" (Hamburg)		2 $\frac{1}{2}$ lat
29	Mikulicz	Pol. Prof. z Wrocławia		2 $\frac{1}{2}$ —
30	Botella	Hiszpania (Madryt)		2 $\frac{1}{2}$ —
31	v. Bergmann	Niemcy (Berlin)		prawie 2 $\frac{1}{2}$
32	Toti	Włochy (Florenca)		2 lata 1 mies.
33	Monks	Ameryka		przeszło 2 lata
34	Gluck	Niemcy (Berlin)		"
35	Kocher	Szwajcarya (Bern)		2 lata
36	Socin	" (Bazylea)		1 rok 9 mies.
37		" "		1—7—
38	Lack "	Anglia (Londyn)		1 $\frac{1}{2}$ roku
39	Mikulicz	Pol. Prof. z Wrocławia		1 $\frac{1}{2}$ —
40	Kümmel	Niemcy (Wrocław)		1 $\frac{1}{2}$ —
41	Cheyne	Anglia		1 $\frac{1}{2}$ —
42	Péan	Francya (Paryż)		1 $\frac{1}{2}$ —
43	Cisneros	Hiszpania (Madryt)		1 rok 4 mies.
44	Jawdyński	Polska (Warszawa)		1—3—
45	Novaro	Włochy (Turyn)		1—2—
46	Hahn	Niemcy (Berlin)		1—2—
47	Kulenkampf	" (Brema)		przeszło 1 rok
48	Kosiński	Polska (Warszawa)		1 rok

przyczem tak znacznej różnicy między 1-ym i 2-im okresem, jak przy laryngofissurze nie można zauważyć w stosunkowym zestawieniu wyleczeń zarówno absolutnych, których było ogółem 27, jak i względnych. Tym sposobem, o ile w poprzednich moich statystykach pod względem pomyślnych wyników resp. wyleczeń niewielka tylko zachodziła różnica pomiędzy rezekcją częściową krtani, a laryngofissurą (w 2-giej statystyce nieco już na korzyść tej ostatniej), o tyle obecnie różnica ta jest, o wiele wybitniejsza, zwłaszcza w 2-gim okresie t. j. po roku 1888 (przeszło dwa razy — mianowicie na 49,2% przy laryngofissurze 22,4% przy rezekcyi częściowej krtani), stwierdzając w ten sposób stanowczo wyższość laryngofissury nad wycięciem częściowym krtani w leczeniu raka tego narządu.

O ile laryngofissura największą ilość zwolenników zyskała w Anglii, gdzie też i najlepsze są notowane wyniki od tej operacyi, o tyle znowu wycięcie częściowe resp. połowiczne krtani przy raku tego narządu najczęściej było wykonywane w Niemczech z dodatnim wynikiem, mianowicie 21 razy (z tych 15 absolutnych wyleczeń). Przytem największą ilością szczęśliwych wypadków może się poszczycić słynny prof. chirurgii v. Bergmann z Berlina (6 z tych 5 absolutnych wyleczeń).

Następnie idzie Polska (7 tego rodzaju przyp. z których lwią część, gdyż 4 z tych 2 absolutne wyleczenia przypada na Mikulicza, obecnego prof. chirurgii we Wrocławiu. Z innych polaków Jawdyński dokonał 2 razy rezekcyę częściową przy raku z dobrym wynikiem (raz absolutne wyleczenie), oraz prof. Kosiński raz jeden.

W dalszym ciągu kolejno idą: Austria (5 razy—z tych w jednym z 2 przyp. Gersuny'ego z Wiednia notowano najdłużej trwające, gdyż 12 lat wyleczenie), Hiszpania (również 5 przyp. z tych 3 wszystkie absolutne wyleczenia Forn's'a z Madrytu), Anglia i Szwajcarya (po 3 przyp.), Włochy (2), wreszcie Francya, Norwegia i Ameryka po 1 przyp.

Zobaczmy obecnie, jak się przedstawia rezekcja częściowa krtani odnośnie do *recydyw* przy raku krtani.

Przypadków tego rodzaju mam obecnie zanotowanych 69, przyczem na 1-szy okres przypada 22, na 2-gi zaś t. j. po roku 1888-ym 47 t. j. prawie $\frac{1}{3}$ część wszystkich przypadków.

Jak już widzieliśmy laryngofissura i pod tym względem nawet stoi wyżej od rezekcji częściowej wzgl. połowicznej krtani, co tem więcej jeszcze przemawia za częstszem stosowaniem laryngofissury w raku krtani.

I pod tym więc względem obecna moja statystyka zgadza się z poglądem Semon'a co do pierwszorzędnej wartości tej metody w leczeniu raków krtani.

Jak już wspomniałem, w paru przypadkach (Hahn'a, Gluck'a i Novaro'a) recydywa wystąpiła niezwykle późno, bo dopiero po $8\frac{1}{2}$, 8 i 6 latach. Świadczy to, że nawet okres 3 letni, jaki w poprzednich moich statystykach przyjąłem dla tak zw. absolutnych wyleczeń, nie jest wystarczający i że więc i te wyleczenia należy uważać za względne. Uderzającą jest różnica w cyfrach *zejść śmiertelnych*, zależnych od samej operacji t. j. rezekcji częściowej krtani i laryngofissury. W pierwszym razie bowiem otrzymujemy poważną cyfrę 47 przyp. co stanowi nieledwie $\frac{1}{4}$ część wszystkich przyp. przytem na 1-szy okres przypada przyp. 18, na 2-gi zaś t. j. po r. 1888 — 29.

Jakkolwiek w 2-im okresie stosunek ten również się znacznie poprawił, co przypisać należy udoskonalonej technice operacyjnej, to jednak w każdym razie w porównaniu z cyframi odnośnemi, otrzymanemi przy laryngofissurze (14 przyp. na 209), różnica jest kolosalna, co po raz już nie wiem który, przemawia za wyższością laryngofissury nad rezekcją częściową względnie połowiczną krtani.

Pozostałe przypadki w ilości 54 z powodu zbyt *krótkiej*, lub *niedostatecznej* obserwacji nie kwalifikują się do szczegółowego zestawienia.

Z tych jednak parę np. Botella blizkie są względnych wyleczeń (11 miesięcy trwający stan dobry po operacji).

Przechodzę obecnie do ostatniej metody operacyjnej raków krtani, co do której wartości przedewszystkiem dają się zauważyć do ostatnich czasów wielkie różnice w poglądach, zarówno laryngologów, jako też i chirurgów t. j. do *rezekecyi całkowitej krtani* (laryngectomia totalis s. exstirpatio totalis laryngis).

Przypadków raków krtani, operowanych za pomocą tej metody, udało mi się obecnie tj. do roku 1903 włącznie zebrać pokaźną cyfrę 324, z tych do r. 1888 było przyp. 143 zaś po r. 1888 — 181.

Stosunkowo więc w ostatnim piętnastoleciu operacja ta nie była dokonywaną tak często, jak inne metody operacyjne przy raku krtani, a przedewszystkiem laryngofissura.

Świadczy to jednak jedynie o krytyczniejszym wybieraniu przypadków do tego rodzaju bądź co bądź najpoważniejszej metody operacyjnej.

Zobaczmy obecnie, jak się ta metoda przedstawia w świetle najnowszej statystyki mojej — a więc jakie są jej dodatnie i ujemne strony, czy po upływie 30 lat metoda ta, przechodząc różnorodne koleje od początkowego entuzjazmu aż do krajnego pesymizmu, ma rację bytu, czyli też należy nad nią przejść do porządku dziennego, złożywszy metodę tą ad acta, tylko jako ślad czynionych w tym kierunku naszych usiłowań tj. w celu radykalnego wyleczenia raków krtani.

A więc przedewszystkiem, jak się przedstawia metoda ta pod względem *wyników pomyślnych względnie wyleczeń?*

Tego rodzaju przypadków tj. obejmujących wyleczenia zarówno absolutne, jako też i względne, mam zanotowanych 49 (z tych 19 absolutnych), mianowicie w 1-ym okresie 17, w 2-im zaś 32 przypadki. Nie jest to wprawdzie cyfra imponująca, zważywszy na ogólną cyfrę 324 przypadki (zaledwie więc jakaś $\frac{1}{7}$ część) i pod tym względem nie może się równać z pozostałymi.

Jeżeli jednak zwrócimy uwagę na ilość tego rodzaju przypadków w 2-im okresie, to stosunek ten okaże się już o wiele lepszym (przeszło $\frac{1}{6}$ część). Ten ostatni fakt świadczy, że jednak w ostatnich czasach i od tej metody otrzymujemy coraz lepsze wyniki, co naturalnie również stoi w związku z bardziej krytycznem wybieraniem do rezekcyi całkowitej krtani przypadków raków krtaniowych, aniżeli w początkach, kiedy dzięki zapałowi, jaki wzbudziła ta przed laty 30 przez Bilroth'a wprowadzona do medycyny metoda operacyjna, starano się o jaknajwiększą ilość odnośnych, po większej części bezkrytycznie wybieranych przypadków raków krtani, częstokroć w stanie rozpaczliwym tj. ostatnim okresie choroby się znajdujących, kiedy od tej metody, jak zresztą i od wszelkiej innej, à priori żadnego wyniku pomyślnego spodziewać się nie było można ¹⁾.

Nic więc dziwnego, że i wyniki tych pierwszych usiłowań były po większej części niefortunne, że recydywy, oraz zejścia śmiertelne bezpośrednio po operacyi nie należały do rzadkości, co zresztą zależało też i od nieudoskonalonej jeszcze techniki operacyjnej.

Że tak jest, świadczą o tem niezbitcie dane z klinik pierwszorzędných chirurgów. Tak np. Kocher słynny prof. chirurgii z Bernu Szwajcarskiego podaje ²⁾, że do roku 1890-go otrzymał zaledwie 12,5% wyleczeń radykalnych tj. trwających przynajmniej 3 lata, również 12,5% śmierci zależnej od samej operacyi, tymczasem po roku 1890 ta ostatnia cyfra tj. śmier-

¹⁾ Że jednak i w tych razach uzyskać jeszcze można wynik pomyślny od tej operacyi, świadczy między innymi przyp. Gluck'a dotyczący 42 letniego chorego z tak rozległym zajęciem krtani i sąsiednich części, że autor zmuszony był oprócz wycięcia krtani usunąć 6 pierścieni tchawicy, gardziel i przełyk, jako też masę gruczołów, oraz wole. Pomimo to chory ten jeszcze po $1\frac{1}{2}$ roku był zdrow bez śladów recydywy.

²⁾ R u t s c h «Die Kochersche Radicaloperationen des Larynxcarinoms Bern — Dissertation 1899 i Deut. Zeit. f. Chir. 50 B. H. 5—6 1899.

TABLICA IV,

zawierająca przypadki raków krtani, w których po wycięciu całkowitem [krtani nastąpił
wynik pomyślny t. j. absolutne lub względne wyleczenie.

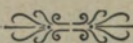
№	Operator	Narodowość	Jak długo trwało wyleczenie?	
			Wyleczenie absolutne	Wyleczenie względne
1	Gussenbauer	Austria (Wiedeń)	15 lat	
2	Bergman	Rosya (Ryga)	12 —	
3	Obaliński	Polska (Kraków)	10 —	
4	Cortis	Włochy	8 —	
5	Gussenbauer	Austria (Wiedeń)	6 —	
6	Gluck	"	6 —	
7	Gluck	Niemcy (Berlin)	5 —	
8	Winiwarter	Belgia (Liège)	5 —	
9	Hartley	Ameryka	5 —	
10	Föderl	"	4 ¹ / ₂ —	
11	Föderl	Austria	4 ¹ / ₂ —	
12	Thiersch	Niemcy (Lipsk)	4 ¹ / ₂ —	
13	Schede	" (Hamburg)	4 ¹ / ₂ —	
14	Obaliński	Polska (Kraków)	4 —	
15	Hartley	Ameryka	4 —	
16	Bardenheuer	Niemcy	3 —	
17	Caponotto	Włochy	3 —	
18	Cortis	"	3 —	
19	Sohs Cohen	Ameryka (Filadelfia)	około 3—	
20	v. Bergmann	Niemcy (Berlin)		2 ³ / ₄ lat
21	Demons	Francya (Bordeaux)		2 ¹ / ₂ —
22	Wolf	Niemcy (Berlin)		2 ¹ / ₂ —
23	Péan	Francya (Paryż)		2 lata 4 mies.
24	Gluck	Niemcy (Berlin)		przeszło 2 lata
25	Kocher	Szwajcarya (Bern)		2 lata
26	Wolkowicz	Rosya (Kijów)		2 —
27	Kocher	Szwajcarya (Bern)		2 —
28	Garré	Francya		2 —
29	Bond	Anglia (Londyn)		2 —
30	Ax. Iversen	Norwegia (Christiania)		1 rok 10 mies.
31	Botella	Hiszpania (Madryt)		1 — 10 —
32	Neuman	Szkocya (Glasgów)		1 — 9 —
33	Lange	Ameryka		1 ¹ / ₂ roku
34	Bergman	Rosya (Ryga)		1 ¹ / ₂ —
35	Liebig	Rosya		1 ¹ / ₂ —
36	Dépage	Belgia		1 ¹ / ₂ —
37	Gluck	Niemcy (Berlin)		1 ¹ / ₂ —
38	Ziegel	Niemcy (Szczecin)		1 rok 4 mies.
39	Kulenkampf	" (Brema)		1 — 4 —
40	Jeannel	Francya (?)		1 — 4 —
41	Gluck	Niemcy (Berlin)		1 — 3 —
42	Poppert	" (Gessen)		1 — 3 —
43	Novarij	Włochy (Turyn)		1 — 2 —
44	Bergman	Rosya (Ryga)		przeszło 1 rok
45	Gluck	Niemcy (Berlin)		"
46	Radestock	Niemcy		1 rok
47	Albert	Austria (Wiedeń)		1 —
48	Bodins	Francya		1 —
49	Cisneros	Hiszpania (Madryt)		1 —

ci spadła do 8,3%, gdy procent wyleczeń radykalnych podniósł się do 16,5%.

Również Gluck prof. chirurgii z Berlina w ostatniej swojej pracy¹⁾, podaje, że po roku 1889 na 22 przyp. wycięcia całkowitego krtani, miał zaledwie jeden jedyny przypadek śmierci, podczas gdy do r. 1889 na 10 wprawdzie ciężkich przyp. tego rodzaju aż 4 zmarło w następstwie samej operacji, zaś tylko 2 wyzdrowiało, podczas gdy w ostatnich czasach wyleczenie raków krtani po operacji wycięcia całkowitego tego narządu otrzymywał tenże autor względnie bardzo często.

Z tablicy powyższej przekonywamy się, że i odnośnie rezekcji całkowitej krtani w leczeniu raka tego narządu największa ilość pomyślnych wyników tj. absolutnych i względnych wyleczeń przypada na Niemcy (14 przyp. z tych absolutnych 4), przyczem lwią część (5 przyp.) przypada na prof. Gluck'a z Berlina.

(C. d. n.)



DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

390. Francis Munch. **O bakterjach tyfusowych w moczu (bacteriuria) i o ich roli w rozprzestrzenianiu tyfusu.** (Sem. méd. Nr. 6, 1904). Ostatnie poszukiwania wykazały, że podczas duru nie tylko kał, płwocina, pot zawierają bakterye chorobotwórcze (bac. Eberthi), znajdują się one także w moczu. Odkrycie to zmienia zupełnie dotychczasową terapię profilaktyczną duru, a może nawet z czasem zmieni i całe leczenie.

¹⁾ loco-citato (Monat. f. Ohrenh. 1904. Nr. 4 p. 155).

Pierwszy raz wspominał o bakterjach w moczu w durze w 1881 r. Bouchard, w 1886 roku — skonstatował toż samo Hüppe, następnie Seitz, Widal, Berlioz, Neuman, Karliński i w. in.

Statystyka wykazuje, że na 724 przypadków duru znaleziono bac. Eherthi 233 razy w moczu, co stanowi 33%, jeżeli zaś wziąć pod uwagę dane statystyczne ogłoszone w r. 1897, to znajdujemy na 436 przypadków 120 przypadków t. z. Eberthiurie, to jest w $\frac{1}{4}$ przypadków duru.

Bakterye występują w moczu dopiero w drugim tygodniu, najczęściej jednak w trzecim według jednych, inni znowu autorowie są zdania, że bakterye znajdują się wcześniej: od 11-go do 17-go dnia, inni znów (Karliński) twierdzą, że znaleźć je można 3-go dnia. Są przypadki, w których bakterye znajdowano w moczu podczas rekonwalescencyi.

Żadne zewnętrzne oznaki nie mówią o istnieniu bac. Eberthi w moczu, przekonać nas o tem może tylko analiza bakteryologiczna. Bywają jednak przypadki, w których mocz jest mętny — jeżeli zaś nalać go do epruwetki i trochę skłócić, o tworzą się pierścienie (fale) — osad zaś zawiera prawie same bakterye, czasami istnieje jednocześnie pyemrije Mętną uryna była w 5% przypadków Horton Sundla, gdy znajdował bakterye w moczu. Niektórym autorom zdawało się, że większa ilość petoci przemawia za istnieniem bakteryi w moczu — doświadczenia pokazały, że tak nie jest, natomiast obecność białka przemawia za bakterjami w moczu. Benon znalazł to np. w 40% obserwowanych przypadków (1 gr. lub więcej białka na litr).

W literaturze można znaleźć przypadki, gdzie wystąpienie bakteryi w moczu poprzedzała hematurya. Jakkolwiek bądź trzeba przypuścić, że w czasie duru nerki są zawsze zaatakowane (nephritis toxica) — przepuszczają bakterye, które odnajdujemy w moczu, z drugiej znów strony bakterye znajdują się w pęcherzu, jak to wykazały badania, mogą też one w moczu równie dobrze pochodzić i z tego ostatniego źródła.

Co się tyczy rokowania, to obecność bakteryi w moczu nie czyni ich groźnemi, gdyż t. zw. bakteriuria nie wpływa zupełnie na przebieg choroby. Inaczej się rzecz ma, jeżeli zwrócimy uwagę na rozprzestrzenianie się tyfusu. Należy się zapytać, co jest bardziej szkodliwem kał: czy mocz? Wiadomo,

że kał traci na swej wartości zakaźnej na początku 1-go tygodnia, następnie zawiera mało zarazków, gdy tymczasem mocz staje się niebezpiecznym siewcą zarazy pod sam koniec choroby, często po zupełnej apireksyi. Mocz zawiera bakteryę przez czas nieokreślony, zazwyczaj znikają one w miarę po ustąpieniu gorączki, chociaż i tu nie ma stałego prawidła (raz np. znaleziono bakteryę w moczu w 6 miesięcy po wyzdrowieniu, w innym znów przypadku bakteryę znajdowały się w moczu w stanie ukrytym i dały po 3-ach latach początek zapaleniu pęcherza.

Ztąd wynika, że i rekonwalescenci mogą być niebezpieczni i to jeszcze przez długi czas po ukończeniu choroby.

Należy przeto w celu uniknięcia niebezpieczeństwa odkażać mocz, tak jak się to czyni z wydzielinami kału. Wiadomo, że chorzy często podczas kąpieli oddają mocz, dlatego należy wydezynfekować wodę i samą wannę za pomocą silnego środka, np. Cufum Sulfur. albo hydrarg. bichloratum. Dezynfekcyja taka wymagalna jest i przepisana prawem w szpitalach wojskowych niemieckich.

Co się tycze samego leczenia, to dobre są injekcyje antyseptyczne do pęcherza np. z kali hyperm., które w niektórych przypadkach sprowadziły zupełne wyleczenie t. zw. bakteryuryi tyfusowej.

Matylda Biehler.

391. Pembrey. **O chwianiu się ciepłoty ciała ludzkiego.** (Brit. med. Journal 1904, I, p. 475). U zwierząt i dzieci nowonarodzonych ciepłota znacznie jest zmniejszoną, mechanizm regulacyjny i możność przystosowania się do zewnętrznych wpływów jeszcze nie rozwinięte. Chłód otoczenia nie oddziaływa pobudzająco, lecz przeciwnie, szczególnie u dzieci nie donoszonych. Pewne dane u dorosłych otrzymuje się tylko przy mierzeniu w odbyticy i mierzeniu ciepłoty promienia moczowego. Ciepłota normalnie chwieje się między 36,0 i 37,8°C. U rozmaitych zwierząt chwianie to znacznie jest większe, tak na przykład u koni od 37,2 — 38,6, u krów 36,1 — 38,6. Po pracy fizycznej może u zdrowego człowieka podnieść się ciepłota do 38,5 — 38,9°C., nie będąc jeszcze oznaką choroby. U dorosłych dobrze rozwiniętą jest regulacyja ciepłoty ciała na rozmaite zmiany ciepłoty zewnętrznej. Chłód znacznie pobudza przemianę materyi, pod jej wpływem może się powiększyć wydzielanie kwasu węglanego o, 50 — 60% i stosownie do te-

go i wchłanianie tlenu. Wyskok i środki znieczulające zmniejszają ciepłotę, chociaż daje się uczuwać pewne podwyższenie ciepła, mechanizm regulacyjny na zewnętrzne zmiany ciepłoty jest sparaliżowany. Najniższa ciepłota i najwyższa, przy których życie jest możliwe, są 24 i 46 C. Ciepłoty 45—46° powinny trwać tylko krótki czas, aby utrzymać ciało przy życiu.

W. Biehler.

392. Aubertin i Ambert. **O zmianach nadnercza w zapaleniu nerek** (Tribune méd. 1904, p. 119). W zapaleniu śródmiąższowem nerek, połączonem ze skonstatowaniem za życia powiększeniem napięcia tętna prawie zawsze znaleziono pewne zmiany w nadnerczu. Na 8 przypadków znaleziono w trzech duże gruczolaki, średnicy 4, 5 i 8 centymetrów, w innych przypadkach zdawało się jakby gruczoł cały był powiększony i więcej ważył niż normalnie. Na cienkich cięciach można było i gołym okiem czasami zauważyć powiększenie istoty korowej i wystąpienie małych gruczolaków. Pod mikroskopem można było w siedmiu z tych ośmiu przypadków stwierdzić prawdziwy gruczolakowy rozrost istoty korowej. Istota rdzeniowa nie przyjmowała udziału w rozroście istoty korowej, przeciwnie była więcej zanikniętą; nawet i w tych przypadkach, gdzie znaleziono wielkie gruczolaki, weszcie tkanki nadnercza znajdowano takie same zmiany. U siedmiu chorych, u których za życia nie skonstatowano powiększenia napięcia tętna, nadnercze okazało się zupełnie normalnem bez najmniejszych zmian. W dwunastu przypadkach najrozmaitszych ostrych i przewlekłych spraw bez powiększenia napięcia tętna tylko w jednym przypadku u chorego na gruźlicę znaleziono prócz lekkiej sklerozy nerki, umiejscowiony gruczolak bez wszelkich innych zmian w mięszu nerki. Można zatem przyznawać pewien wpływ zmiany napięcia tętna na zmiany w nerce. Gdy przypuścimy, że substancja ponosząca napięcie tętna znajduje się w rdzeniowej istocie, a w istocie korowej znajduje się substancja wytwarzająca przeciwdziałające jady, to należy mniemać, że rozrost nadnercza jest rodzajem ochrony, która przeciwdziała toksynom podwyższającym napięcie tętna. Te, jeszcze mało znane jady, wywołały z jednej strony ostrą lub przewlekłą mocznicę, z drugiej zaś strony podwyższenie napięcia tętna. Przerostu zatem nadnercza, nie należy uważać ani za przyczynę, ani za skutek podwyższonego

napięcia tętna jest; to objaw, który wywołuje się przez zatrzymanie toksyn i występuje jednocześnie. *W. Biehler.*

393. *Chrysovergis. Pochodzenie dyspeptyczne t. zw. petits accidents du brightisme.* (Sem. méd. Nr. 24. 1904). Według Dieulafoy — uczucie zimna, drgawki elektryczne, kurcze łydek, swędzenie i t. p. należy uważać za zwiastuny zapalenia nerek, są one wynikiem małej mocznicy. Otóż autor jest zdania, że wywołują te objawy zaburzenia żołądkowe — tak, że należałoby te przypadłości lepiej nazywać «*petits accidents dyspeptiques*». Weźmy zawroty głowy, bóle głowy, szum w uszach i t. p. Są to objawy, które widzimy u wszystkich prawie dyspeptyków, toż samo swędzenie. Często bierzemy ten objaw za zwiastuna diabete lub zapalenia nerek, chociaż mocz jeszcze nic nie wykazuje — przeznaczając choremu dyetę mleczną; otóż, jeżeli chory cierpi na atonię kiszek i żołądka, to oddamy mu niedźwiedzią przysługę, gdyż, zmniejszając działalność przewodu pokarmowego, pomagamy fermentacji, pogarszając stan chorego; — drgania elektryczne miewają też i wszyscy neurastenicy, a i krwotoki z nosa daje się obserwować u osób cierpiących na dyspepsję — z powodu zbyt wielkiego napięcia ciśnienia naczyń, tak częstych u chorych na przewód pokarmowy.

Co się zaś tyczy t. zw. dyspnoë parenephritica, to autor uważa ją jako skutek rozszerzenia żołądka i kiszek przez gazy, co mechanicznie utrudnia swobodne oddychanie, oraz odruchowego zwężenia naczyń włoskowatych płuc, co istnieje zazwyczaj (jak to wykazał Potain) w ostrych cierpieniach dróg żółciowych, w szczególności przy żółtacze z powodu kamieni.

Dyspeptycy nie są też wolni od objawów ze strony serca (bicie serca, powiększenie napięcia naczyń, czasem nawet t. zw. bruit de galop). Do tej wrażliwości serca przyłączyć można takie objawy, jak bladeść, uczucie, że palec zasnął (zdrętwiał). Toż samo powiedzieć można o obrzękach, które bardzo często, acz uważane za objaw czysto nerkowy, występują u osób nerwowych (mających zdrowe nerki, lecz cierpiących na zaburzenia przewodu pokarmowego). U dyspeptyków widzimy też polluhurję, wymioty i t. p.

Nie należy przypuszczać, że chory, posiadający te wszystkie objawy, cierpi jednocześnie na nerki, bynajmniej, nie należy też myśleć, że, jeżeli po kilku latach dany osobnik rzeczywiście zapadnie na nerki, to wszystkie wyżej wspomniane

objawy mogły to zwiastować—chory miał wtedy dyspepsyę— bez względu na objawy zapadł potem na nerki.

Autor twierdzi, że wszystkie czynniki etyologiczne, wywołujące te t. zw. *petits accidents de brightèse* (dla autora dyspeptyczne) mogą działać ciągle na nerki, objawy te jednak nie dowodzą istnienia *nephritis*, lecz ogólnej autointoksykacji, która może wywołać zapalenie nerek jako objaw później występujący (*epiphenomène*). Co się tycze patogenyzy tych «małych przypadków,» to zależą one, jak już było powiedziane, od: 1-o nadmiaru substancji szkodliwych wyrabianych przez organizm w szczególności przez przewód pokarmowy, 2-o nadmiaru gazów w kiszkaach — przyczyna tego jest natury mechanicznej: substancji szkodliwych wyrabia więcej ten organizm, którego takie narządy, jak wątroba, gruczoł tarczycowy, nadnercze — źle działają, a także i nerki. Wreszcie, te ostatnie zachorowują dopiero wskutek nadmiaru i niedostateczności niszczenia elementów toksycznych, nie można więc te małe przypadki uważać za objaw wczesny zapalenia nerek, skoro to ostatnie wytworzyło się potem. Tak więc, jeżeli od chorego cierpiącego na nerki dowiadujemy się, że 10 lub 20 lat przedtem miał t. zw. *petits accidents de brightisme*, to możemy położyć je na karb dyspepsyi, a nie na karb niewydolności nerek; dowodem słuszności tego twierdzenia jest fakt, że te małe zapady występują zawsze u osób młodych, które nie chorowały na inne choroby zakaźne, mogące oddziaływać na nerki, których mocz był w czasie tych objawów bardany, nie dając żadnych oznak choroby nerek. Prócz tego wszyscy chorzy przyznają, że objawy te powiększają się, jeżeli się zwiększają też zaburzenia żołądkowe.

Co się tycze gazów, to działają one jako substancje toksyczne (zawierają *hydrogenium sulfuricum*) i mechanicznie rozciągają ściany kiszek i żołądka. Rozpoznanie dyspepsyi na zasadzie tych objawów, które rzekomo dadzą później zapalenie nerek, jest bardzo ważne odnośnie do terapii — nie wolno, dodaje autor, stawiać rozpoznania *nephritis* na zasadzie tych tylko „małych napodów,“ dopóki drobiazgowa analiza moczu nie wykaże obecności białka, wałków i t. p. namacalnych dowodów cierpienia nerek.

M. B.

394. Lejens. **Puchlina brzuszna (ascites) ostra pierwotna jako wczesny objaw ciężkiego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Sem. méd. Nr. 19. 1904). Są przypadki zapalenia

wyrostka robaczkowego, odrazu niebezpieczne, w których interwencja operacyjna nic nie pomaga, różni autorowie starali się wynaleźć objawy, które pozwalałyby postawić rozpoznanie o tem, czy choroba jest mniej lub więcej ciężka; nie zawsze się to udawało, obecnie Moszkowicz z Wiednia twierdzi, że jednym z wczesnych objawów złośliwości zapalenia wyrostka robaczkowego jest **wysiłek obfity — wolny w brzuchu**. Jeżeli po 24 — 48 godzinach znajduje się płyn w brzuchu, to zapalenie jest poważne, płyn ten jest najpierw surowiczny — albo włóknikowy, następnie zaś robi się brudnym, cuchnącym — ztąd zapalenie otrzewny. W 27 przypadkach Moszkowicza — wysiłek obfity istniał jednocześnie z wielkimi uszkodzeniami wyrostka. Autor przytacza tu przypadek, w którym przy operacji (z powodu ostrych wtórnych objawów appendicitis) znaleziono w brzuchu masę płynu, który po otwarciu otrzewny w wielkiej ilości się wylewał, wyrostek zaś robaczkowy był twardy, napełniony ropą. Obecność wysięku nie jest zjawiskiem dziwnem, gdyż, jak twierdzi prof. Hägler, każde podrażnienie otrzewny wywołuje zaraz w pierwszych 24 godzinach wystąpienie płynu surowiczego z mniejszą lub większą ilością włóknika, jeżeli naprzykład zastrzyknąć 100 gr. wody dystylowanej do brzucha świnki morskiej, to woda zostanie wessana b. szybko; mimo to po godzinie znajduje się jeszcze około 30—40 gr. płynu, nie jest to woda, ale płyn bogaty w białko — wynik reakcji otrzewny. Toksyny wywołują ten sam objaw. Jeśli ilość toksyn i ich jadowitość jest niewielka, to i wysiłek będzie niewielki i znika po 24 lub 12 godzinach i vice versa. Jeżeli czynniki infekcyi są zbyt silne, tak, że nie pozwalają na utworzenie się zrostów, wtedy tworzy się wysiłek, jest on nie jako obroną drugiego rzędu?'

Autor przyjmuje to znaczenie wysięku, zgadza się z tem zupełnie, zachodzi tylko pytanie, czy ma objaw ten jaką wartość kliniczną? Rozumie się, nie trudno jest rozpoznać obecność płynu — w zasadzie, czy przyjdzie to jednak z łatwością u osobnika, u którego ściany brzuszne są naprężone, bolesne, których wreszcie zbyt silnie perkutować nie można (na samym początku appendicitis)? Otóż Moszkowicz radzi, co następuje: położyć na płask palec wielki i wskazujący, trochę rozsunięte lewej ręki na miejsce, które się ma badać. Trzecim palcem prawej ręki perkutować wskazujący lewej — jeżeli jest

płyn swobodny, wtedy pod postacią uderzenia fala przyjdzie do wielkiego palca, odsuwając palec wielki od wskazującego; perkutując, można określić, jak daleko rozpościera się wysięk. Objaw ten pozwala działać szybciej — mimo to nieobecność jego niczego nie dowodzi. Rzecz to więc przyszłości.

Matylda Biehler.

395. L. Cheinisse. **O wartości gorączki dla rozpoznania i rokowania w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (Sem. méd. Nr. 5. 1904). Autor przypomina, że, o ile w Ameryce jeszcze ciągle wszyscy lekarze są za natychmiastową operacją przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, o tyle w Europie starają się zwrócić do terapii stosownej dla każdego oddzielnego przypadku. Wielu autorów twierdzi, że operować trzeba zawsze, o ile jest hyperleukocytoza, która jest objawem patognomicznym ropy; inni temu przeczą; są też lekarze, którzy są zdania, że zapalenie wyrostka rozwija się bardzo często bez gorączki. Dane jednak statystyczne wykazują, że zapalenie wyrostka robaczkowego bywa rzadko bez gorączki (11%), gorączka jednak zazwyczaj trwa krótko i nie przekracza 39° lub $39^{\circ},5$.

Co do pytania, które zapalenie wyrostka jest lepsze, to bez gorączki, czy to z gorączką, to autor odpowiada, że nagłe zachorowanie z silną gorączką nie wyklucza wyzdrowienia, jak też przebieg choroby bez gorączki nie zapewnia braku niebezpieczeństwa.

Niebezpieczeństwo (a, co za tem idzie, i złe rokowanie) zwiększa się równolegle do wysokości gorączki. O ile temperatura nie przewyższa 39° , śmiertelność bywa 11,5%; przy 40° śmierci było 36,3%. To przy leczeniu nie chirurgicznym, przy zabiegach chirurgicznych przy 39° śmiertelność równała się 35,3%, przy 40° 75%. Wszystko to, o ile się ma do czynienia z zapaleniem ograniczonym. W przypadkach rozlanego zapalenia otrzewny temperatura najpierw wysoka — spada po 2-ch dniach niżej normy — czemu towarzyszy zawsze szybkie tętno. Zwrócić też należy uwagę na to, że w appendicitis i w zapaleniu otrzewny skutek przedziurawienia wyrostka — różnica pomiędzy temperaturą w rectum a pod pachą równa się od $1^{\circ}1$ do $1^{\circ}5$, gdy tymczasem we wszystkich innych chorobach, połączonych z gorączką, różnica ta równa się tylko od $0^{\circ}2$ do $0^{\circ}5$. Autor przytacza też obserwacje prof. Rostowcewa, który twierdzi, że maximum temperatury spotykamy

nie między 4 a 6-ą, jak to zwykle bywa u gorączkujących, lecz między 9 a 10-ą wieczór, przyczem maximum temperatury występuje tem później, im chory bardziej ciężko zapadł. Należy też mierzyć często ciepłotę w godzinach wieczornych, by się z zabiegiem operacyjnym nie spóźnić.

D-r. med. Matylda Biehler.

396. Louis Fischer. **O rozpoznawaniu i leczeniu zapalenia płuc u niemowląt i małych dzieci.** („Some points on the diagnosis and drug treatment of pneumonia in infants and young children“). (New-York, Medical Record, April 23, 1904). Chory na zapalenie płuc płatowe powinien być oddzielony od zdrowych, ponieważ jest to choroba zakaźna. U niemowląt rozpoznanie natrafia częstokroć na duże trudności. Podniesienie ciepłoty samo nie wystarcza. Wysoką gorączkę sprowadzić może byle niestrawność. Ważny jest stosunek liczby tętna do liczby oddechów. Prawidłowo powinien wynosić 1 : 4 czyli 30 : 120, tymczasem przy zajęciu płuc stosunek ten wynosi zwykle 1 : 3 czyli (50 — 60) : (150 — 180). Inne objawy, jak oddech oskrzelowy albo rzęzenia trzeszczące lub wilgotne mogą być niedostrzegalne przy zapaleniu naprzykład centralnem, aż dopiero po kilku dniach, kiedy sprawa przysunie się do obwodu. Dzieci rzadko kaszłą i nigdy nie odpluwają charakterystycznej plwociny.

Postępowanie z chorym: Dziecko winno leżeć w powietrzu świeżem, mieć możliwie dużo słońca, temperatura pokoju od 68° 72° Fahrenheit'u.

Usuwać toksyny można przez kiszkę, nerki lub skórę. W każdej sprawie gorączkowej zachodzi zwolnienie wydzielania, ztąd należy owe wydzieliny pobudzać. Dla osiągnięcia pocenia się, autor daje 3 do 4 razy co godzinę po 1 kroppli t. aconiti na łyżeczce spir. Mindereri. Obok tego dobrze robi gorąca gorczyczana kąpiel nóg, zwilżanie ciała wyskokiem z ciepłą wodą co $\frac{1}{2}$ g. W razie bardzo wysokiej gorączki (105° F) należy starać się uniknąć drgawek. Gorączkę można zmniejszyć przez owijanie klatki piersiowej co $\frac{1}{2}$ g. ręcznikiem zmoczonym w zimnej wodzie, póki ciepłota nie spadnie niżej 103 F.

Wskutek tego zabiegu nieraz dziecko spokojnie zasypia. Co do kiszek—dobrze robi przeczyszczenie. Autor zaleca cytrynian magnezu, który, zawierając kwas cytrynowy, prócz

czyszczącego okazuje jeszcze działanie moczopędne i uśmierza pragnienie. Dalej autor daje do picia zakwaszoną wodę (na szklanke wody osłodzonej 5 lub więcej kropel ac. phosphorici dil. lub ac. muriatici dil.).

Pożywienie. Dziecku, które piło mleko czyste, dajemy pół na pół z wodą, można także dawać rosół lub kleik. Woda ad libitum. Ważną rzeczą jest nie budzić dziecka za często do dawania pokarmu lub lekarstwa. Autor nie budzi dziecka częściej, niż co 2 godziny we dnie, a co 4 godziny w nocy.

St. Muszyński.

II. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

397. **Tito. Jak stosować adrenalinę w przypadkach krwotoku?** (Sem. méd. Nr. 24, 1904). Już Schlesinger otrzymał dobre wyniki w 2-ch przypadkach krwotoku kiszkiowego (hemophilia, purpura), stosując adrenalinę per os; w takich samych przypadkach, stosowana miejscowo, nie dała adrenalina żadnych wyników, toż samo u chorej Bryan'a, której przy krwotoku post partum — założono tampon umoczony w roztworze 1 : 5000, oraz u pacjentki Francis'a, gdzie roztwór 1^o/₁₀₀ — nie powstrzymał krwotoku w jamie ustnej.

Dr. Tito otrzymywał prawie zawsze zadawalniające wyniki, zastrzykując adrenalinę pod skórę, tak np. u jednego 5-0 letniego chłopczyka cierpiącego na chorobę Werlhofa z krwotokami połyku, żołądka i hematuryę, 3 iniekcje podskórne — po 1 c. c. każda, roztworu adrenaliny 1% wystarczyły do powstrzymania krwotoku.

M. B.

398. **Kornfeld. Iniekcje sublimatu w bacteriuria.** (Sem. méd. Nr. 24, 1904). Dotychczas leczono bakteryuryę po za wszelkiem zapaleniem pęcherza i chorobami zakaźnymi — (idzie wtedy zawsze o bac. coli, przyniesiony z kiszek), za pomocą iniekcji roztworu kali hypermang. Kornfeld z Wiednia radzi w tych przypadkach stosować iniekcje sublimatu, jak w gruźlicy pęcherza i gruczołu krokowego.

Na początku po wypróżnieniu pęcherza wprowadza się 2—4 gr. roztworu sublimatu 1' : 5000, którego koncentrację zwiększa się sto-

pniowo do 1:3000 po 2 — 4 tygodniach. Iniekcye te należy robić przez miesiąc lub (6) sześć tygodni, po skończonej kuracji dobrze jest robić przez jakiś czas iniekcye co miesiąc. W 24 przypadkach Kornfeld otrzymał doskonale wyniki — mocz stał się zupełnie jasnym, w szczególności znakomicie podziałały iniekcye na małego 4-0 letniego chłopczyka: 20 iniekcji robionych z roztworu 1: 8000 — zmieniły zupełnie wygląd moczu, który z brązowego i nieprzezroczystego zrobił się zupełnie przezroczystym i jasno żółtym.

M. B.

399. Woroncow. **Nastój z pomarańczy jako środek przeciw bieguncce.** (Sem. méd. Nr. 17, 1904). Woroncow używa nastoju z małych pomarańczy — zebranych z drzewa nim dojrzeją; — nastój przygotowuje się w ten sposób, że na pomarańczy niedojrzałe nalewa się pewną ilość wódki. Powinno to stać tak długo, dopóki płyn nie będzie miał barwy mocnej herbaty. Dla dorosłych dawka dzienna równa się małemu kieliszkowi na raz, dwa do 4-ch razy dziennie, dzieciom daje się X do XV kropel 2 — 3 razy dziennie.

W tej chwili po użyciu tego nastoju uczuwa się palenie w okolicy żołądka, następnie chory odczuwa ciepło, ból słabnie, silne ruchy robaczkowe kiszek oraz buczenie w brzuchu ustają. Pod wpływem takiego leczenia znika także wzdęcie brzucha i brak apetytu; do zdrowia przychodzi się po 3 — 7 dniach.

M. B.

400. Gordon Scharp. **Thorium nitricum w pharyngo--laryngitis chronica.** (Sem. méd. Nr. 17, 1904). Autor otrzymał doskonale wyniki u jednego pacyenta z powyższem cierpieniem, stosując inhalacye z 20% roztworu thorium nitric. neutrale. — Codziennie każda inhalacya trwała godzinę. Po 6-0 tygodniowym leczeniu przerost błony śluzowej zmniejszył się, tak błony śluzowej językowej, jako też polyku i głośni, prócz tego struny głosowe zaczęły działać normalnie.

M. B.

401. **Podofylliną** leczył z dobrym wynikiem Neumann chorych na Anchylostomum duodenale (Podophyllini 0,35 f. pil. Nr. 8. S. dwa razy dziennie po pigułce). Gdy na piąty dzień znajdujemy jeszcze jajka, to zapisuje się Extr. Filicis aetherei 10,0. Gdy na czwarty dzień nie ma już jajek, należy dni kilka czekać, zalecając dyetę i spokój i potem, gdy znowu znaleziono jajka, daje się proszek podofil-

liny 0,035. Po upływie 5 godzin drugi proszek, a potem Extr. Filicis 10,0. Wedle mniemania autora, podofillina lepiej niż kalamel utrudnia zatrzymanie się jajek Anchylostomum na błonie śluzowej kiszki. (Deutsch. med. Woch., 1904, Nr. 5). W. B.

Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 18 Listopada 1903 roku.

1. A. Majewski przedstawił chorego, u którego z powodu uwięźnięcia kiszki zrobił herniotomię w przypadku **herniae inguino interstitialis dextr. intraparietalis et scroti** (P. Berger — en bis-sac) **cum ectopia congenita testiculi**.

Józef D., lat 18, ogrodnik. Od urodzenia — brak w mosznie prawego jądra, a natomiast w ścianie brzusznej guz wielkości małego jabłka. Przy cięższej pracy bóle w tem miejscu. Przed 3 miesiącami miał w prawej pachwinie silne bóle — i wymioty; po tygodniu to przeszło. Obecnie, niosąc pół korca cebuli, poczuł ostry ból w pachwinie; wkrótce dostał wymiotów, zielono zabarwionych. Felczer próbował kilkakrotnie odprowadzenia — bezskutecznie, wymioty trwały dwie doby; później ustały. Zatrzymanie stolca i wiatrów zupełne. Na 4-ty dzień, — wzdęcie brzucha umiarkowane, ruch robaczkowy jelit — widoczny. Silna bolesność w prawej pachwinie. W ścianie brzusznej poza zewnętrznym pierścieniem kanału pachwinowego guz nieruchomy wielkości małego jabłka, bolesny; ponad nim w kierunku ku górze i nazewnątrz na przestrzeni długości do 12 cent., szerokości do 4 cent., stwardnienie ściany brzusznej mocno bolesne, o wypuku stłumionym. W mosznie przy pierścieniu kanału niewielki miękki guz, równie bolesny. Jądra brak.

Herniotomia w uśpieniu chloroformowem. W mosznie niewielki worek przepuklinowy wypełniony ciemną krwią, o ściankach ciemno zabarwionych, łatwo oddzierających się od tkanek moszny. W pierścieniu zewnętrznym wazkim obciśle uwięźnięta otoka (omentum) — mocno przekrwiona; po otwarciu pierścienia zewnętrznego w kanale dużo ciemnej płynnej krwi; przy dośrodkowej ścianie kanału małe zanikowe jądro, ciemno zabarwione; kanał silnie rozciągnięty długości około 10 cent.; w wewnętrznym pierścieniu kanału uwięźnięta pojedyncza pętla jelita, wypychająca się ku przodowi i mieszcząca się w rozciągniętych i rozsuniętych mięśniowych

tkankach przedniej ścianki kanału. Cięcie ku górze herniolaparotomijne. Wobec zaniku i przekrwienia jądra — metody doszczętniej Berger'a zaniechano, a ograniczono się na wytrzebieniu i kilkopiętrowym szwie kanałowym. Szwy głębokie nałożono jedwabiem, sporządzonym według Mikulicza; powierzchowne i skórne jodowym katgutem (według Klaudiusa z kliniki Blocha), opatrunek kollodiowy. Zagojenie bezodczynowe. Wyzdrowienie.

2. A. Majewski przedstawił Bronisławę S. lat 19, u której usunął **polipy śluzowe nosa**.

Zgłosiła się z tem, że od dni 3-ch ma silną duszność i nie może nic jeść. Badanie wykazało, że polip śluzowy nosa — wielkości jaja kurzego — na szypule długości 10 cnt., opuścił się do gardła i zatykał sobą zarówno przelyk jak i krtań. Polip ten palcem dawał się wyciągnąć do jamy ustnej i wtedy wystawał nazewną ust; prócz niego w nosie były i inne przeciętnej wielkości polipy śluzowe. — Choruje od lat dwóch.

3. A. Majewski przedstawił chorego, u którego rozpoznaje **zrosty okołozołądkowe**, na tle wrzodu okrągłego powstałe, i którego kwalifikuje do operacji. Szczegóły po operacji.

4. K. Jacewski przedstawia chorego we wczesnym okresie przymiotu drugorzędnego, u którego oprócz owrzodzenia pierwotnego na napletku, powiększenia gruczołów w obu pachwinach i na szyi oraz osutki plamistej, na tułowiu znajdują się b. wybitne zmiany barwikowe, na skórze szyi zwłaszcza na obu bocznych jej powierzchniach i od przodu, a nadto w okolicach nad obojczykowej podobojczykowej i pachowej przedniej po obu stronach. (**Leucoderma syphiliticum**). U tegoż chorego zanotowano rozległe i obfite wypadanie włosów na głowie, we brwiach i pod pachami (**Alopecia areolaria capillitii et diffusa superciliarum et subaxillaris bilateralis**).

5. S. Dobrucki przedstawił chorą po operacji ciąży zamaciczej i wydobyty płód.

6. A. Staniszewski przedstawił chorą z uszkodzeniem głowy od uderzenia pioruna.

7. A. Staniszewski pokazał ciało obce (kość), wydobyte z odbytnicy.

8. S. Dobrucki przedstawił chorego po cięciu nadłonowem pęcherza i wydobyte u niego z kamienie pęcherza.

9. St. Rudzki przedstawia chorą z ogromnie powiększoną wątrobą, u której rozpoznając bąblowca wątroby, kwalifikuje ją do operacji. Przypadek wywołał ożywioną dyskusyę, w ciągu której

Biernacki i Korczak uzasadniali zdanie, że powiększenie wątroby zależy tu od nieprawidłowej czynności serca, w której chociaż żadnych wybitnych zmian nie znaleźli, stwierdzają jednak pewne nieprawidłowości tętna i powiększenie stłumienia serca; Rudzki bronił swojego rozpoznania.

10. St. Rudzki przedstawił chorego z przepukliną brzuszną urazowego pochodzenia.

11. A. Michelis (z Chełma) wygłosił odczyt „O anencephalii“ i przedstawił odpowiedni okaz noworodka; rzecz będzie drukowana w „Ginekologii.“

12. Chodźko przedstawił przypadek stwardnienia rozsianego. (**sclerosis disseminata**).

Chora H., panna, lat 30, służąca, przybyła na oddział kol. Rudzkiego w szpitalu św. Wincentego po raz trzeci w dniu 2/XII. 1903 r.

Wywiady: rodzice chorej poumierali, z siedmiorga rodzeństwa chorej żyje dotąd tylko 2 braci. W 10-tym roku życia chora przechodziła ospę, niezadługo potem i odrę; przed 5 laty chorowała na oczy — w tym czasie bardzo źle widziała i jakoby miała ciągle jakąś mgłę przed oczyma — po leczeniu u specjalisty wzrok jej poprawił się; przed 4 laty wystąpiły po raz pierwszy bóle i zawroty głowy: idąc ulicą, chora miała to wrażenie, że jakaś siła popycha ją naprzód, czasami padała; 3 lata temu chorowała pewien czas na bóle głowy z wymiotami i gorączką; przed 2 laty znowu przechodziła jakieś cierpienie gorączkowe (influenza ?), po którym w ciągu paru miesięcy uczuwała drętwienie i mrowienie w obu rękach; od miesiąca chora zaczęła uczuwać znaczne osłabienie obu nóg, jednocześnie zaś powrócił zawrót głowy (chora kilkakrotnie przewróciła się na ulicy) — chora zapisała się wówczas do szpitala św. Wincentego i tu przebyła typową influencją.

Chora uskarża się na ból w okolicy prawego kolana, osłabienie nóg, zawroty głowy, osłabienie wzroku.

Badanie przedmiotowe: Chora wzrostu średniego, bardzo dobrego odżywienia; błony śluzowe zabarwione prawidłowo; w narządach wewnętrznych żadnych zmian wybitniejszych stwierdzić nie można; zaparcie stolca, urynowanie odbywa się prawidłowo. Żrenice równe, dobrze oddziałują na światło. Drżenie gałek ocznych (nystagmus) bardzo wybitne. Odruchy rogówkowe zachowane. Silne drżenie języka, mowa niewyraźna. **Kończyny górne:** siła mięśniowa kończyn zmniejszona, jednakże wszystkie ruchy czynne są zachowane; drżenie rąk; podczas ruchów zamiar-

wych można zauważyć silne drżenie przy końcu ruchu (chora wylewa wodę ze szklanki około samych ust); w lewej ręce drżenie zamiarowe występuje znacznie słabiej, niż w prawej. Odruchy lekko wzmożone. **Kończyny dolne:** siła mięśniowa obu nóg znacznie zmniejszona, z prawej strony więcej niż z lewej (paraparesis inferior). Odruchy kolanowe znacznie wzmożone. Drganie stopowego mięśnia. Odruchy podeszwowe nieokreślone. Chód chwiejny, niepewny, pijacki (mózdkowy). Chora nie może stać ze zsuniętymi stopami, gdyż natychmiast pada nawet bez zamykania oczu. — Odruchy brzuszne żywe — prawy odruch słabszy, niż lewy. Czucie bólowe obniżone na prawej nodze do kolana, oraz na obu podeszwach. Śmiech przymusowy.

W etyologii powyżej opisanego przypadku podkreślić należy infekcje (ospa, odra) oraz występowanie grypy przed nawrotami cierpienia. *(Streszczenie własne).*

V. ODCINEK.

Z klinik zagranicznych.

Wrażenia z Wrocławskiej kliniki chirurgicznej Mikulicza.

Skreślił Dr. Aleksander Zawadzki.

Wrażenia moje z tej kliniki poprzedzam paroma uwagami o zwiedzaniu klinik chirurgicznych wogóle, uwagi te wypowiadam tem śmieiej, że zwiedzałem klinik bardzo wiele i zwiedzałem w najrozmaitszy sposób. Zwiedzających można podzielić na dwie grupy: 1) przyjeżdżają na parę dni, przypatrują się operacyom i wyjeżdżają, jedni robią to w dobrej wierze, że się czegoś w ten sposób nauczą, inni wiedzą o tem, że korzyść stąd niewielka, ale zawsze powiedzieć można, że widziało się i poznało tę klinikę; 2) przyjeżdżają na czas nieco dłuższy (2 — 3 miesiące), z tych jedni języka nie znają, inni znowu popełniają ten sam błąd, że pracę swoją ograniczają do przypatrywania się operacyom; błąd ten zazwyczaj popełniają lekarze młodzi — t. z. prosto z igły. Zwiedzić klinikę chirurgiczną tej miary, co Kochera, Mikulicza, Eiselsberga i t. p. nie jest tak łatwo, zwiedzić prawdziwie, jest to bywać na operacyach, być obecnym przy badaniu i przygotowywaniu chorych do operacyi, być obecnym przy następczem pooperacyjnem doglądaniu i leczeniu. Trzeba posiadać bardzo wiele ruchliwości, zbiegłości oraz dobrze władać obcym językiem, by zebrać wszystkie wiadomości od asystentów, sióstr miłosierdzia, a nieraz i pielęgniarzy oraz niższego personelu służbowego.

Błąd szybkiego zwiedzania wielu klinik sam popełniałem i dla tego też pozwałam sobie wypowiedzieć zdanie, że lepiej jest zwiedzić jedną tylko klinikę chirurgiczną (z t. zw. wszechświatowych) a dobrze, niż bardzo wiele odwiedzić, a nic prawie o nich nie wiedzieć; z takiego dorywczego zwiedzania nawet wyrobiony już chirurg korzyści wielkiej nie odniesie.

W obecnym roku na klinice Mikulicza bawiłem około 2 $\frac{1}{2}$ tygodni, zastrzegam jednak, że klinikę tę znam, gdyż 3 lata temu bawiłem tam 3 miesiące, dwa razy potem po parę dni, znam dobrze wszystkich asystentów, dla tego też w ciągu trzech tygodni udało mi się zauważyć wszystkie zmiany, jakie zaszły w ciągu 3-lecia.

Klinika chirurgiczna Mikulicza mieści się w gmachu, zbudowanym przed paroma laty: z przedsionka wejście na lewo do korytarza, łączącego salę operacyjną i przyległe pokoje (umywalnie, pokój sterylizacyjny, bielizniarnię i składzik materiałów opatrunkowych, pokój do mycia chorych, a obecnie jeszcze izbę Sauerbrucha (o niej później); na prawo z przedsionka drzwi, zamknięte zazwyczaj, prowadzą do ambulatoryum, wejście doń zupełnie oddzielne, dla publiczności wprost z ulicy, w tem ambulatoryum poczekalnie, sala operacyjna, opatrunkowa, pokój do badania, dalej nieco gabinety ortopedyczne, Roentgena (do celów ortopedycznych), gabinet mechanoterapeutyczny. Polikliniką zarządza prof. Kausch, zięć Mikulicza, naczelnym lekarzem kliniki; gabinetem ortopedycznym zarządza Ludloff.

W prostej linii z przedsionka prowadzi długi korytarz do sali wykładowej, oddzielonej od tego podłużnego korytarza, poprzecznym, prowadzącym z jednej i drugiej strony na salę chorych, jeżeli korytarze wyobrazimy sobie, jako literę T, wówczas sale chorych znajdują się po obu końcach poprzecznego korytarza.

Na 1-em piętrze z jednej i drugiej strony również są sale chorych, i po parę pokoików. Dolne sale, każda po 25 łóżek, przeznaczoną dla zupełnie aseptycznych chorych, górne wyłącznie dla aseptycznych. W ogrodzie po za kliniką, jest niewielki domek z salą operacyjną dla chorych septycznych.

W dalszy opis kliniki wdawać się nie będę, dodam tylko, że na dole mieści się druga pracownia Roentgena dla zdjęć i dla celów leczniczych, w suterrenach mieszczą się pracownie bakteryologiczna, chemiczna i anatomopatologiczna, klatki dla zwierząt, na których asystenci robią doświadczenia; na górze pracownia fotograficzna, również na górze, lecz z innej strony, biblioteka kliniczna, oraz zbiory guzów i ciekawszych okazów; dalej mieszkania dla 8-iu asystentów, z tych tylko 5-iu płatnych i odpowiedzialnych, reszta, a jest ich blisko 20 to t. zw. Volontaire Aerzte, nie pobierają żadnej pensji, oddani są do rozporządzenia odpowiedzialnych asystentów.

Każdy z asystentów odpowiada za pewien dział, więc Kausch za całą klinikę wogóle, za poliklinikę i bibliotekę w szczególności, Auschütz za 2-ą salę męską i salę operacyjną, Gotstein za pierw-

szą salę męską oraz laryngoskopię, cystoskopię, oesophagoskopię; Fittig za 2-ą salę kobiecą, pracownię Roentgena oraz pracownię anatomopatologiczną i t. d., Schmidt za salę 1-ą kobiecą, Ludloff za ortopedię; każdy z nich ma do rozporządzenia po kilku t. zw. dobrowolnych asystentów. Za narzędzia odpowiada służący, który pracuje przy Mikuliczu 20 lat (Georg), zasługuje on na wzmiankę ze względu na swoją inwencyę w kwestyach narzędzi oraz nieskazitelność pod względem aseptyki, do niego też prawie wyłącznie należy przygotowywanie i wyjaławianie narzędzi i materyału operacyjnego.

Po krótkim tym opisie przejdę do zmian, jakie zauważyłem w ciągu 3 lat w sali operacyjnej i na salach chorych. Uderzają nas przedewszystkiem dwie ogromne zmiany; dawniej Mikulicz operował zupełnie na sucho, dzisiaj ranę obficie zlewa się podczas operacyi wyjałowionym fizyologicznym roztworem soli, dawniej używano wyłącznie bawełnianych rękawiczek, dzisiaj królują gumowe, nie gotowane jednak w wodzie, a wyjałowiane w parze wraz z innym materyałem opatrunkowym. Rękawiczki te wprowadził Mikulicz u siebie do czystych operacyj od roku ¹⁾. Wyższość suchych gumowych rękawiczek, nakładanych za pomocą wyjałowionego talku na ręce już wyjałowione, polega na tem, że skóra ręki pod rękawiczką pozostaje sucha, wypadkowy więc nawet otwór od przekłócenia nie jest tak niebezpieczny dla chorego (badania płynu z wewnątrz rękawiczki po wyjałowieniu rąk i trzymaniu mokrych rękawiczek na rękach przez $\frac{1}{2}$ godziny wykazały b. wielką ilość drobnoustrojów).

Również dobrze dają się wyjaławiać w parze t. zw. palce do badania. Gumowe rękawiczki wytrzymują prawie 30 wyjaławiań, reparacją zepsutych zajmuje się siostra. Podczas operacyi rękawiczki te opłukuje się w wyjałowionej soli lub sublimacie. Jeden Mikulicz tylko operuje w rękawiczkach bawełnianych, asystenci i Georg używają gumowych. Operowanie pod solą ma na celu zmycie możliwej infekcyi lub też rozdzielenie jej równomierne na większą przestrzeń rany — wówczas organizm daje sobie radę z nią łatwiej; wyniki operacyjne nieco lepsze od dawnych mają być dowodem wyższości mokrego operowania, a właściwie splukiwania ran. Większa część operacyj robiona jest pod uspieniem etero-morfino-wem, morfina na godzinę przed operacją, potem eter za pomocą maski Wanschera lub Esmarcha. Nieco mniej operuje obecnie Mikulicz pod Schleichem, lub morfiną — Schleichem, (płyn Schleicha i morfina — w godzinę potem operacja), sposób znieczulania Bier'a został od 2 lat zarzucony, jako połączony nieraz z niebezpieczeństwem dla chorego; chloroform do usypiania używany jest w wyjątkowych wypadkach i niezmiernie rzadko ²⁾.

¹⁾ U nas wprawdzie gotowane w wodzie używa do czystych operacyj Dr. Raum od lat dwóch i jest równie zadowolony z wyników, jak wszyscy w klinice Mikulicza.

²⁾ Na oddziale D-ra Rauma od 2 lat używany do usypiania eteru (Schering'a pronarcozi) bez morfiny, dawniej za pomocą maski Wanschera, potem Esmarcha, teraz Sudeka, wyniki mamy bardzo dobre, wkrótce je ogłoszę.

Chorzy przed laparotomią otrzymują 50 cm.³ 2% kwasu nukleinowego (stosownie do doświadczeń japończyka Dr. Mijake¹⁾, w przeddzień operacji zazwyczaj kąpiel mydlana w wannie, stosownie do przypadku długotrwałe płukanie żołądka, środki przeczyszczające lub enemę (te ostatnie nigdy w dzień operacji). Tak przygotowanego chorego asystent, po umyciu rąk, myje za pomocą sproszkowanego pumeksu i spirytusu mydlanego w ciągu 5 — 10 minut, poczem wyciera skórę do sucha i nakłada wyjałowiony suchy kompres.

Po rozcięciu skóry na okolicę rany nakłada się Mosestig — bazyt, w którym zrobione nacięcie odpowiada wielkości skórnej rany, brzegi nacięcia spaja się zębatami kleszczykami z brzegami rany — w ten sposób przekrój rany operacyjnej niema styczności ze skórą. Do podwiązywania naczyń, oraz do szycia w głębi Mikulicz używa katgut, przygotowanego jak dawniej, pomimo, że doświadczenia tegoż Dr. Mijake, dowodzą wyższości jodowego katgut Claudius'a. Katgut, nawinięty na płyty szklane, leży w 4% formalinie w ciągu 2 dni, potem przemywa się go pod strumieniem bieżącej wody w ciągu 24 godzin, potem gotuje się go w ciągu kwadransa i przechowuje w 4% karbolu z 5% gliceryną i alkoholem 96%.

Jedwab¹⁾ używany jest do szwu kiszkowego i do skóry (gotowanie 1/2 g. w wodzie destylowanej, 24 godziny w 5% roztworze jodoformu w eterze, przechowywanie w 50% alkoholu z dodatkiem 4% karbolu).

File de Flourance używa względnie rzadko i wyłącznie do powięzi, przyczem nie obcina się go, a odpala Paquelin'em. Drutu bronzaluminowego używa Mikulicz do szycia skóry lub podniebienia. Mimo pracy Heile'go o jodoformie, obecnie, może z powodu obitego zlewania ran solą, Mikulicz używa mniej jodoformu (jodoform wyjaławia się w 5% karbolu w ciągu 8 dni, karbol zlewa się, nalewa się 1% roztworu lysolu, nakrawa się w to małe kawałki gazy i tym małym kawałkiem smaruje się daną powierzchnię rany (kikut zaszytej kiszki, rany po operacjach w jamie ustnej, w rectum i t. p.).

Do wybierania krwi z rany zamiast gazy w klinice używają Cambric — jest on 3 razy droższy od gazy, ale można go prac doskonale i używać wielokrotnie — stąd wielka oszczędność. Przy ogromnej ilości operacji w klinice wystarcza 40 metrów miesięcznie, nie, te same tampony używane są w ciągu całego semestru.

Do obtykania jam np, przy laparotomiach służą t. zw. „Perltücher“ t. j. podwójnie zeszyta gaza (po 25 cm. każdy bok kwa-

¹⁾ Dla wywołania lenkocytozyny uodpornienia otrzewny (doświadczenia na zwierzętach, kwas mikleinowy wyrabia firma Boehringer und Soehne w Mannheimie).

²⁾ Na naszym oddziale używamy jedwabiu według Scheich'a atoksycznego jedwab w motkach leży w eterze 24 godziny, gotuje się w sublimacie 1% przez 1/2 godziny, zostaje nawinięty wyjałowionymi rękami pod sublimatem, gotuje się na szpulkach w sublimacie 1% 1/2 godziny, przechowuje się w mieszaninie: 2 cz. alkoholu 96% i jedna część chloroformu. Do szwu skórnoego używamy lakep Michalč'a.

dratu) do jednego z brzegów na grubej bawełnie przyczepiona jest szklana kulka — ilość kulek leżących na zewnątrz — świadczy o ilości serwet w brzuchu — serwety te przed użyciem moczy się w roztworze soli. Po wielokrotnem praniu, służą one jeszcze jako materiały opatrunkowy na salach.

Rany zazwyczaj bo b. dokładnem podwiązaniu wszystkich naczyń krwawiących, zostają zaszyte bez sączków — w wypadkach gdzie zachodzi potrzeba sączkowania, obecnie Mikulicz używa t. zw. cygaretowych sączków (sposób amerykański) — są to cienkościenne gumowe rurki, wypełnione gazą jodoformową (Rurki gotuje się w wodzie i przechowuje w 4% karbol-glicerynie — przed użyciem za pomocą wziernika nosowego i długich kleszczyków wciąga się w rurkę pasek gazy jodoformowej — wypełniający dość ściśle całą rurkę, z rurki wystaje gazą jodoformową na długość 10-iu cm.) sączki cygaretowe są lepsze od sączków z gazy, które przy wysychaniu na powierzchni i zlepianiu się gazy z brzegami rany zatykają ranę i zatrzymują wydzielinę; nad zwykłemi gumowemi lub szklannemi sączkami mają tę wyższość, że rana jest wytamponowana do pewnego stopnia gazą (warunek konieczny) a) przy krwawieniu b) przy sączkowaniu wielkich powierzchni.

Worki swoje Mikulicz obecnie stosuje rzadko; tak zakładanego worka, jak go u nas zakładają pod mianem Mikuliczowskiego, w klinice jego widzieć nie można. W razie potrzeby Mikulicz (3 lata temu) zakładał parę serwetek gazowych, jedna obok drugiej, lejkowatym końcem do środka, szerszym ku zewnątrz, powodując się zasadą dno wązkie — wylot szeroki; w Warszawie jeszcze do tej pory widzieć można worek o podstawie szerokiej — wypchany gazą — w ranie zewnętrznej tkwi wązka szyja worka — to będzie worek chyba contra Mikuliczowski.

Podczas wyjmowania sączków — klinika stosuje (sposób to nie nowy) wodę utlenioną — ułatwia to znakomicie odlepianie się gazy od brzegów rany, jest do pewnego stopnia haemostaticum. Dodam do tego, co wyżej opisałem, że klinika operuje w maskach na twarzy, jest to mojem zdaniem rzecz niezmiernie ważna, bo przy oddechaniu, kaszlu lub mówieniu cząsteczki śliny mogą zakazić ranę¹⁾. Głowa chirurga osłonięta czapką, a ramię i przedramię trykotowym rękawem²⁾. Głowa operowanego zasłonięta jest wyjałowionemi serwetami, zawieszanemi na specjalnie w tym celu do stołu przy-mocowywanym wygiętym drucie (na wzór Kocherowskiego przy operacji wole), ma to na celu 1) unikanie zakażenia z powodu płucia lub rękoczynów przy usypianiu 2) odwrócenie uwagi usypiającego od operacji.

¹⁾ Na oddziale Dr. Rauma operujemy w takim samym stroju operacyjnym od lat 2^{1/2}.

²⁾ Przed wejściem na salę operacyjną każdy obowiązany jest włożyć kalosze, które stoją w sublimacie, podłoga sali operacyjnej przed operacją zlewana jest wodą (ma to na celu unikanie pyłu).

Nim przejdę do ciekawszych operacji — widzianych przeze mnie w czasie obecnego mojego pobytu, skreślę jeszcze słów parę o salach chorych, pracowniach i t. p.

Wielka ilość rąk chętnych i umiejących, a pracowitych oraz wielka ilość środków materialnych czyni to, że każdy chory, przybywający na klinikę, jest zbadany wszechstronnie; jak już rzekłem, każdy asystent obowiązany jest umieć badać krew, płwocinę, sok żołądkowy, badać wogóle bakterjologicznie oraz anatomopatologicznie-mikroskopowo; karta szpitalna vel kliniczna jest doskonałym obrazem sumiennych wywiadów oraz wszechstronnego badania chorego; karta ciepłoty, tętna i oddechu jest wypełniana bardzo dokładnie, na niej też odnotowywuje się pożądane lub niepożądane objawy ze strony żołądka, kiszki i t. d. Wrazie potrzeby robi się nie jedno, lecz parę zdjęć Roentgena lub zwykłych zdjęć fotograficznych. Każda sala odwiedzana jest dwa razy dziennie przez asystentów, opatrunki bez dotykania ran rękami robione są po południu, począwszy od g. 5-ej, opiekę nad potrzebami chorych — bielizną, jedzeniem, dopilnowaniem zleceń lekarzy, ma siostra miłośierdzia, za dokładność wypełnienia tych zleceń odpowiada starsza pielęgniarka (Wärterinka), doskonale obznajmiona z chorobami i rodzajem ich choroby. Przy opatrunkach stosownie do potrzeby używa się białej gazy, rzadziej jodoformowej lub anisolowej, t. zw. czarnej maści (arg. nitr. 1.0, bals per. 10.0, vaselini 100.0), bożej maści 1.10, cynkowej maści i t. d., do smarowania cewników — maści Casper'a (hydrarg. oycxyanot 0.246, glicerini 20.0, gummi tragacanthae 3.0, aquaeest 100.0). Chorych bezpośrednio po operacji przewozi się nie na salę ogólną, lecz do pokoju opatrunkowego — ma to na celu oszczędzenie widoku chorego nawpół przytomnego innym chorym, po paru godzinach chory zostaje przewieziony na salę ogólną. Po tem krótkim skreśleniu uwag o salach chorych — przejdę do operacji w izbie Sauerbrucha — widziałem 2 na psie i dwie na człowieku. Opis tej izby czytelnicy znają — jest to oszklona żelazna izba, z której wypompowuje się więcej powietrza, niż wprowadza, ujemne ciśnienie dzięki wentylom utrzymuje się na wysokości 14 mm, różnicy rtęci, głowa operowanego spoczywa nazewnątrz, wokoło szyi — gumowy płaszcz, ściśle przypasowywany do niej, operujący i asystenci — wewnątrz izby, usypiający — nazewnątrz. Po otworzeniu klatki piersiowej ewentualnie worka opłucny widzimy płuco, doskonale rozciągnięte — napełnione powietrzem; pies lub człowiek znosi operację doskonale — zaburzeń w uspieniu niema. Pierwsza operacja na człowieku, jaką widziałem, zrobiona była z powodu miejscowej zgorzeli płuc i kamieni płucnych (rozpoznanych na zdjęciach Roentgena). Po otwarciu klatki piersiowej z prawej strony i wycięciu 2-óch żeber, można było doskonale obejrzeć wielką powierzchnię płuca, stwierdzić miejscową zgorzel jego (zrostów z opłucną nie było), bardzo łatwo udało się Mikuliczowi obszyć granice zgorzeli z opłucną ścienną — poczem zamiast zwykłego opatrunku nałożono szklany cylinder, przymocowany do skóry za pomocą

gumowego przyklejonego płaszcza, w dnie cylindra — szklana rurka dla wypompowania powietrza, w razie gdyby jakimkolwiek wypadkiem — powietrze dostało się do wewnątrz cylindra. Taki opatrunek — przez który doskonale widać ranę, leży wciągu 36 godzin, po 36 godzinach, gdy zrost nastąpił zdejmuje się — po 6 dniach, gdy zrost już jest dostatecznie mocny — otwiera się płuco Pauqelinem. W okresie zdrowienia widziałem dwa wypadki w ten sposób operowane — z doskonałym wynikiem.

Drugą operację przedsięwziął Mikulicz dla wycięcia rakowatego zwięzienia przełyku — operacja nie dobiegła do końca z powodu licznych zrostów oraz wielkiej ilości gruczołów — wypadek zbyt daleko posunięty — technikę jednak przy odpowiednio długich narzędziach Mikulicz ma już wyrobioną, jak dowodzą poprzednio wykonane takie operacje; chory przy mnie operowany zabieg podwiązania v. azygos (było to pierwsze stadium operacji) zniósł b. dobrze.

Pierwszą operację Mikulicz wykonał w bardzo pierwotnie urządzonej drewnianej, obitej blachą cynkową skrzyni — w tej że skrzyni Sauerbruch wykonał wielką ilość operacyj na psach. Ten sposób operowania niewątpliwie jest wielkim krokiem naprzód, otworzy pole dla rozwoju chirurgji płuc i serca, a jak marzy Mikulicz — pozwoli może operować wady serca zastawkowe. Stwierdzić mogę z operacyj na psach, wykonanych przez Sauerbrucha, doskonały przebieg operacyjnych zabiegów na sercu, wycinanie wpuści żołądka i t. p.

Izba Sauerbrucha we Wrocławiu kosztowała 6000 marek, to stanowi jej słabą stronę, u Trendelenburga robiono próby inne — głowa chorego wraz z usypiającym znajduje się pod zwiększonym ciśnieniem, tułów chorego pod zwykłym, sposób tańszy i nieco, lecz dla chorego z powodu pęknięć naczyń niebezpieczny. Sauerbruch twierdzi, że uda mu się w przyszłości skomplikowany ten sposób operowania uprościć, uczynić tańszym, a izba rzeczywiście robi wrażenie, szczególnie w obrotach stuku pompy czegoś bardzo skomplikowanego; kolega z Chili Dr. Colliao, patrząc na to zdala, nie mógł powstrzymać się od okrzyku, że to jest „so complizirt, wie ein Dampf Schiff.“

Opatrunek ze szklanego cylindra podobał mi się bardzo i nasyłał mi myśl, że po operacjach na sercu, zaszywając ranę w pobliżu sternum zupełnie, po wbiciu troakaru z boku klatki piersiowej¹⁾, lub też przedrenowaniu opłucny za pomocą drenu cygaretoowego — nakładając szklany cylinder i wypompowując z niego powietrze — można by otrzymać warunki zbliżone do naturalnych — otrzymać doskonały sposób podczas sączkowania²⁾, kto wie czy za lat parę

¹⁾ Rozumie się w razie zranienia opłucny.

²⁾ Wówczas chory tylko podczas operacji byłby narażony z powodu pneumothorax, gdyż zaraz po operacji pneumothorax zostaje usunięty.

zamiast naszego zwykłego opatrunku po operacjach — nie będziemy nakładać szklanego wyjąłowionego cylindra lub rynienki, ranę zaszytą lub nie, pozostawiając bez przykrycia — przebieg gojenia będzie widoczny, a rana chroniona od kurzu, aseptyczna.

Z nowszych operacyj widziałem zabieg z powodu *Cardiospasmus*; rozpoznanie postawione na zasadzie objawów oraz badania oesophagoskopem. Cięcie brzuszne po linii środkowej, wydostanie żołądka nazewnątrz, cięcie żołądka — wprowadzenie lewej ręki do żołądka, wprowadzenie kleszczy z mocnymi ramionami, osłoniętemi gumowymi rurkami do żołądka — pod kontrolą palca lewej ręki, wprowadzenie zamkniętych ramion do wpustu, rozszerzenie wpustu siłą, zaszycie dwupiętrowym szwem żołądka, zaszycie ścian brzusznych. Zaraz od pierwszego dnia chory otrzymuje nieco zimnej wody oraz mleka, zresztą ławatywy odżywcze (sól i wino) per rectum. Pod skórę w celach odżywczych (to samo i po innych laparotomjach) 2 litry soli fizyologicznej, a w każdym litrze po 30 gr. cukru gronowego. Widziany przeze mnie przypadek jest piątym z rzędu, który operował Mikulicz.

Następnie widziałem gastroduodenostomię, wykonaną sposobem *Anschlätze* — prostopadłe cięcie o parę centymetrów na lewo od pylorus przez peritoneum — wówczas dnodenum staje się łatwo dostępne — sama operacja daje warunki więcej zbliżone do normy, niż gastrojejunostomię — *circulus vitiosus* — niemożliwy.

By nauczyć się wycięcia gruczołu krokowego jeździł Mikulicz do Ameryki — nauczył się sposobu *Murphy'ego*, nieco go zmodyfikował (ten człowiek musi wszystko zrobić według siebie) i operuje z b. dobrymi wynikami. Niemcy (chirurdzy) dzisiaj chorują również na modną operację *Murph'ego*.

Operacja polega na cięciu krocza, dojście na tępo do gruczołu — ułatwia to, że się tak wyrażę, wypchnięcie gruczołu przez założony do pęcherza przyrząd *Younga*, wyjęcie gruczołu na tępo, wprowadzenie grubego cewnika *Nelatona* (Nr. 30) do cewki i pęcherza à demeure, częściowe szwy na perineum, wprowadzenie do reszty rany 3 sączków cygaretowych. Opatrunek całkowity t. j. wyjęcie sączków następuje dopiero po 10 dniach. Widziałem trzy przypadki, w których otwór w perineum był zagojony po 3 tygodniach — chory oddawał mocz przez cewkę — siła rzutu strumienia moczu była zupełnie dobra.

Gdy mowa o cierpieniach narządu moczowego dodam: dla badania chorych nerkowych (zajmuje się tem *Gotstein*) w klinice króluje przyrząd *Luy'sa*, *Gotstein* używa tego przyrządu dla separowania moczu od $\frac{1}{2}$ roku i doszedł do tych samych wyników, co i ja, używając przyrządu *Luy'sa* z polecenia *D-ra Rauma* od lat dwóch — przyrząd ten w razie prawidłowego układu ujścia moczowodów, daje równie dobre wyniki, jak i cewnikowanie, a jest mniej kłopotliwy; — częstokroć w wypadkach, gdzie cewnikowanie jest bardzo utrudnione np. z powodu wielkiej ilości ropy lub krwi, wypływającej z jednego moczowodu, przyrząd *Luy'sa* daje wyniki szybkie i zupełnie dobre. Jeżeli wykonywać badanie przyrządem

Luys'a powtórnie, co robiłem wielokrotnie — wówczas ocenia się ten przyrząd dokładnie. Podczas badania, chory lub chora znajduje się w pozycji siedzącej.

Leczeniem raków promieniami Roentgena zajmuje się Fittig, jak do tej pory udaje się leczyć raki skórne, rakowce, naczyniaki, na raki gruczołowe lub urządzeń wewnętrznych promienie te zdaniem Fittiga nie działają — wyniki otrzymuje on ujemne, w niektórych wypadkach następuje chwilowe uśmierzanie bólów. Leczenia radem nie widziałem, klinika go nie posiada.

Na tem kończę, dodając, że klinika ta, na mnie przynajmniej działa silnie orzeźwiająco. Ta systematyczna praca, ta chęć szukania nowych dróg, owiana wiarą w swoje siły, ten głęboki szacunek, jaki słusznie okazują Mikuliczowi jego asystenci za jego artyzm i wyższy umysł stanowi sekret tego orzeźwiającego działania. Wielka uprzejmość Mikulicza, oraz jego asystentów względem cudzoziemców lekarzy, możność nauczenia się tam wobec chętnie udzielanych objaśnień przez samego prof. Mikulicza i jego asystentów Kauscha, Auschütz'a, Gotsteina i Fittiga czyni z tej kliniki prawdziwą Mekkę lub L'hlasę do której dążą lekarze cudzoziemcy.

Izby lekarskie w Galicyi.

Od naszego korespondenta krakowskiego otrzymaliśmy następujące słów kilka w sprawie izb lekarskich.

Jeszcze przed kilkunastoma laty, gdy położenie materialne lekarzy w państwie austriackim, głównie z powodu nadmiernej ich liczby, zaczęło się pogarszać raptownie, powzięli lekarze wiedeńscy, którzy mieli najbardziej ucywać biedę, myśl założenia w całym państwie na podobieństwo niemieckie, mianowicie pruskie, izb lekarskich, któreby stały na straży z jednej strony honoru i powagi, z drugiej interesów materialnych stanu lekarskiego.

Ponieważ lekarze wiedeńscy sami nie mogli przeprowadzić projektu, mającego obejmować wszystkich w państwie lekarzy, przynajmniej oddających się praktyce, przeto wciągnęli do agitacji za nim lekarzy rozmaitych krajów, monarchię austriacką tworzących, za pośrednictwem Towarzystw lekarskich. Tym sposobem myśl założenia izb lekarskich w państwie dostała się także do Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, gdzie nad nią długo i żarliwie rozprawiano. Bardzo nieznaczna mniejszość złożona atoli z doświadczonych i, zmysłem praktycznym obdarzonych, członków Towarzystwa sprzeciwiała się projektowi, założenia izb lekarskich, sądząc, iż proponowana instytucja interesów materialnych stanu lekarskiego nie poprawi, do utrzymania zaś powagi i honoru lekarzy mogą znaleźć się inne środki, żadnych ofiar pieniężnych nie wymagające. Ostatecznie mniejszość została mniejszością, a bardzo znaczna większość oświadczyła się za utworzeniem izb lekarskich,

do którychby przymusowo należeli wszyscy lekarze. W podobny zupełnie sposób wypowiedziały swe zdanie wszystkie inne towarzystwa lekarskie w państwie. Mimo to rząd, od samego początku sprawie nieprzychylny, zwlekał całemi latami z przedłożeniem parlamentowi projektu odpowiedniej ustawy, aż w końcu uległ i Rada państwa powzięła uchwały, zmierzające do założenia izb lekarskich.

Ze względu tak na liczbę ludności, jak i na konfigurację kraju, tudzież stanowisko Krakowa postanowiono po wysłuchaniu opinii towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego utworzyć dwie izby lekarskie: jedną w Krakowie dla Wielkiego Księstwa krakowskiego, Galicyi zachodniej i dosyć szerokiego pasa Galicyi wschodniej, drugą we Lwowie dla reszty Galicyi. Cały kraj podzielono przytem na okręgi wyborcze i oznaczono dla nich liczbę delegatów do Izby.

Pierwsze wybory odbyły się wśród żywej agitacyi w Krakowie w lecie roku 1893. Po zebraniu się delegatów wybrano prezydentem krakowskiej Izby lekarskiej jednomyślnie D-r Macieja Leona Jakubowskiego, znanego profesora pedyatrii w Uniwersytecie Jagiellońskim i dyrektora szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie. Był to wybór ze wszech miar szczęśliwy. Profesor Jakubowski bowiem cieszył się nietylko ogromną sympatją u lekarzy krakowskich, z których największa część jest jego uczniami, ale i w okresie spraw publicznych wielkie położył zasługi. Gdy po trzech latach, zatem w r. 1896 miały ponownie odbyć się wybory do krakowskiej izby lekarskiej, oświadczył profesor Jakubowski ku powszechnemu ubolewaniu, iż nadal, wyboru nie przyjmie. Wybrano przeto następcą jego profesora farmakologii w Uniwersytecie Jagiellońskim D-ra Józefa Łazarzkiego, który wybrały ponownie w roku 1899, pełnił obowiązki prezydenta Izby do r. 1902, poczem, mimo wyboru poraz trzeci, oświadczył stanowczo, iż nadal ani prezydentem, ani nawet członkiem Izby być nie chce. Tymczasem zaszła ogromna zmiana w poglądach ogółu lekarzy na potrzebę i zadania izb lekarskich, a miejsce przesadnego z początku optymizmu zajął wprost przeciwny pesymizm. Zaczęto zapytywać się krytycznie, jaki jest właściwie pożytek z Izb lekarskich i coraz bardziej odpowiadano sobie na to pytanie, iż izby lekarskie są instytucją zupełnie chybioną; kto jest i chce być złym kolegą, ten nim będzie i mimo izby lekarskiej, a komu się źle powodzi, kto mimo stopnia doktorskiego jest w niedostatku, temu Izba lekarska nic nie pomoże albo pomoże tylko chwilowo i bardzo niedostatecznie z sum zebranych od tych, którzy sami zazwyczaj mają bardzo mało. Nie można, zresztą, i o tem zapominać, że znaczna część wkładek idzie na utrzymanie biura i jego lokalu.

W ten sposób izba lekarska w Krakowie tylko wegetuje wśród najzupełniejszej obojętności, jeżeli już nie wprost niechęci ze strony lekarzy, stała się instytucją, o której w kołach lekarskich całkiem się nie mówi, której czynnościami nikt się nie interesuje i która tylko co rok przypomina się w sposób niemiły przez wezwanie do zapłacenia składki, co prawda, niewielkiej, bo wynoszą-

cej rocznie tylko 12 koron, czyli mało co mniej, niż 5 rubli. Stosownie do tego maleje coraz bardziej liczba biorących udział w głosowaniu w wyborach do Izby. Jeżeli tak dalej pójdzie, to niezadługo izba przestanie istnieć z braku wyborców.

Uwagi godna jest okoliczność, iż wbrew temu, czegoby się spodziewać należało, do krakowskiej izby lekarskiej wybierają przeważnie młodych kolegów, starsi bowiem nie ubiega ją się bynajmniej o mandat do instytucji nie mającej żadnego prawie znaczenia w społeczeństwie.

Że w innych instytucjach austriackich nie jest inaczej, najlepszy dowód w tem, iż niektóre izby lekarskie same się rozwiązały lub pełnią żywot swój całkiem nieczynnie. Propozycje rozmaitych reform, zmierzających do wprowadzenia izb lekarskich na tory praktyczne, na tory rzeczywistego pożytku, nie doprowadziły dotychczas do żadnego rezultatu.

W ten sposób pokazało się, iż miała słusność owa znikoma, ale z wytrawnych kolegów złożona mniejszość w krakowskim towarzystwie lekarskiem, która sprzeciwiała się, jak już wyżej nadmieniono, zakładaniu izb lekarskich.

Kronika bieżąca.

(z) W Charbinie otwarto czasowe towarzystwo lekarskie, mające na celu zbadanie warunków zdrowotnych wogóle na Dalekim Wschodzie: transportów, postojów, dostarczenia wody, potraw, odzieży, obuwia, kąpeli, prania, opis szpitali starych, czasowych, etapowych i t. p., komunikaty naukowo-kliniczne oraz opracowanie statystyki lekarskiej w czasie wojny, pomoc dla instytucji i osób na placu boju pod względem rad higienicznych. Prezesem został dr. Tołmaczow, Sekretarzami Arcimowicz i Mamonow. (*Ruski wracz*).

(z) Według informacji pism rosyjskich, pomoc lekarska na wojnie zorganizowana jest dobrze, szwankuje jednak dostarczanie chorych z placu boju do 1-go punktu opatrunkowego. Przypominam, że, omawiając tę sprawę przed paru miesiącami, zwracałem na to uwagę i zalecałem *przevożenie*, a nie przenoszenie chorych. Po zatem duru wysypkowego w wojsku niema, zdarza się wszakże dur brzuszny.

(n) Publicysta japoński Terata Yukichi uskarża się coraz bardziej na wzmagające się zwyrodnienie fizyczne u jego współziomków. Dotyczyć to ma głównie klas wykształconych, które dostarczają przeraźliwie niskiej cyfry młodzieńców, zdatnych do noszenia broni, dochodzącej do 20% zaledwie. Ale i klasy robocze dostarczają 35%, niekwalifikujących się do służby we froncie.

Studya naukowe, pokierowane źle z uwagi na wymagania higieny, są źródłem ruiny zdrowia pomiędzy inteligencją. Profesorowie japońscy, dla ratowania swych sił wątłych, zmuszeni są ko-

rzystać z nader długich urlopów i nigdy prawie nie wyłożą tyle pracy, ile zawarunkowano w zawieranych z nimi kontraktach. Ćwiczenia gimnastyczne w Japonii zaniedbane są zupełnie. Poważnymi zarzuty obarcza autor kobiety japońskie za ich żywot próżniaczy. Błada, bezkrwista japonka rodzi dzieciątka wątłe, a cierpi przecie na tem rasa cała. W końcu artykułu (Chuokoron. W styczniu 1904) autor potępia gatunek warstw, emigrujących do krain obcych. Słabowici ludzie ci wyrabiają jedynie nędzne mniemanie o sile kraju wysyłać należy osobników, zbudowanych tego, ci bowiem łatwiej wyrobiją sobie stanowisko za granicą.

Wprost przeciwnie utrzymuje korespondent dziennika „Leipziger Tageblatt.“ Japończycy, mówi, są nadzwyczajnie zdrowym i mocnym szczepem; żyją bardzo umiarkowanie, chętnie gimnastykują się, piją dużo wody i mało jedzą mięsa, dzięki czemu cierpienia gośćcowe nie są u nich prawie znane. Przestrzegana ściśle czystość ciała jest ogólną cechą narodu, a najbiedniejsi nawet kąpią się często, zwłaszcza w wodzie gorącej. Wyskok i tytoń małem w Japonii cieszą się odbyciem, za to ceni się tam niezwykle wartość świeżego powietrza. Okna mieszkań stoją tu otworem we dnie i w nocy, a na wilgoć i przeciągi ludzie tamtejsi nie są wrażliwi. Gimnastyka płuc resp. przyzwyczajanie się do wykonywania powolnych, a głębokich, oddechów jest bardzo rozpowszechniona.

(n) Według coraz więcej utrwalającego się poglądu ludzie, kierujący samochodami, palacze i t. p., roznamietnieni na punkcie szybkości przesadnej, znajdują się stale pod wpływem pewnego oszołomienia, niby „zatruci szybkością“ i tej ostatniej ulegają przez instykt nawet w życiu praktycznym. D-r Hachet-Souplet wygłasza zdanie, że gwałtowność i napięcie wrażeń u osobników takich oraz nabyte przez nich przeświadczenie, że szybkością rządzą do woli, wpływa podniecająco na charakter tych ludzi, czyniąc ich skłonnyymi do wybryków i niepanowania nad sobą. D-r Bérillon porównywa zadowolenie jazdy na automobilach z uczuciem upojenia po zastrzyknięciu morfiny lub upiciu się. Sport samochodowy przeistacza się nader prędko w nieokiełznaną namiętność. Dla tego też należałoby zabronić kierowania samochodem nie tylko obarczonym wadą wzroku (daltonizm), ale i osobnikom, zdradzającym mniejszy lub większy brak równowagi umysłu.

(z) Dziekanem wydz. lekarskiego we Lwowie został prof. Łukasiewicz, we Wrocławiu Mikulicz.

(z) Liczba samobójstw w Niemczech wzrasta: w r. 1900 było ich $20\frac{0}{0000}$, w r. 1901 $20,8\frac{0}{0000}$, w r. 1902 — $21,4\frac{0}{0000}$.

(z) W lipcu z wielką uroczystością, odsłonięto w Paryżu pomnik Pasteur'a.

(z) W Zurychu obłożono mieszkańców podatkiem po 4 fr. 35 cm. od osoby rocznie. Z otrzymanych w ten sposób 500000 fr. miasto utrzymuje 40 lekarzy (z pensją po 12,500 fr.), którzy obowiązani są leczyć wszystkich bezpłatnie.

(z) Liczba studentów medycyny w Anglii stale się zmniejsza: w r. 1890 było 1308 studentów, w 1900 779.

(z) W Paryżu zaczął wychodzić nowy miesięcznik „Radium.“ śród redaktorów spotykamy nazwiska Curie i Danysza.

(z) W New-Yorku od 1 Października zacznie wychodzić codziennie „Dayly Medical Journal,“ przypominamy, że w swoim czasie codzień wychodziła „La Riforma medica,“ dziś miesięcznik.

(w) Z *Dalekiego Wschodu* powrócił do Warszawy, zwolniony celem poratowania zdrowia, współpracownik nasz, kol. Władysław Starkiewicz, który pełnił obowiązki lekarza komisji ewakuacyjnej w Laojanie.

(w) Na wojnie rosyjsko-japońskiej ranieni zostali w m. Sierpniu: lekarz okrętowy Lisicyński starszy lekarz Iwienin.

(w) Od połowy Sierpnia panuje w Warszawie i jej okolicach silna epidemia szkarlatyny; w ostatnich dniach Sierpnia wystąpiło znów epidemiczne włóknikowe zapalenie płuc. Z chorób epidemicznych dosyć częste są również przypadki błonicy, ospy i dezenterji.

Zmarli: Prof. Wejgert we Frankfurcie nad Menem 5 sierpnia w 59 r. życia. Zmarły był jednym z najpożyteczniejszych anatomopatologów i większość prac swych wykonał w instytucie Senhenberg we Frankfurcie, którego nigdy mimo zaproszeń na katedry uniwersyteckie porzucić nie chciał.

D-r Leon Patkowski, lekarz powiatu Sandomierskiego, w końcu sierpnia r. b. w Sandomierzu śmiercią samobójczą.

Dr. W. Gogocki, dyrektor szkoły akuszerijnej w Kamieńcu Podolskim, w Sierpniu r. b. na Kaukazie.

Dr. Eugenjusz Gnus, b. lekarz Pogotowia Ratunkowego w Warszawie, od 2 lat lekarz zarządzający Pogotowia Ratunkowego w Kijowie, w Sierpniu r. b. w Kijowie, pozbawiwszy się życia przez zatrucie kokainą.

Sprostowanie. W Nr. 14 na str. 589, wiersz 2-gi (od góry) zam. *B. Fraekel* powinno być *B. Fraenkel*.

W Nr. 15 na str. 613, wiersz 11-ty (od dołu), zam. *obszaru* krtaniowego powinno być *obrazu* krtaniowego; na str. 615, wiersz 7-y (od dołu), zam. *Gottsten'a* powinno być *Gottstein'a*; na str. 616 2-gi wiersz (od góry) zam. , i pow. być ;, zaś wiersz 9-y i 10-y (od góry) zam. *Bescharner'a* i *Schuwegalew'a* powinno być *Beschorn'er'a* i *Schmiegelow'a*.

W Nr. 16 na str. 650, wiersz 11-y (od góry) zam. . *Zastugu*-powinno być , *zastugu*-; na str. 654, wiersz 12 i 18-y (od dołu) zam. *Krisheber* i *Schernman* powinno być *Krishaber* i *Scheinman*.

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

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