Tom V. Wrzesień 1903. № 9.

Czasopismo Lekarskie

Dwa przypadki promienicy płuc.

Opisał Dr. **Seweryn Sterling.**

(Podług odczytu wygłoszonego w Tow. Lek. Łódzk. w dniu 2. IX. 03 r.):

Rozpoznanie promienicy płuc na zasadzie objawów klinicznych, przed wykonaniem badania mikroskopowego, nie często się zdarza, zarówno dla tego, że objawy tej sprawy chorobowej nie są dosyć charakterystyczne, jak i dla tego, że wogóle o tem cierpieniu pamiętamy jeszcze ciągle za mało, uważając je za jakąś chorobę wyjątkowo się zdarzającą.

W obu przypadkach promienicy płuc, jakie chcę opisać, można było rozpoznanie postawić z objawów klinicznych; uczyniłem to jednak tylko w jednym z nich, który najwpierw opiszę.

I. P. P-ska, lat 44; urodzona w Łodzi, stale tam przebywała. Pochodzi z rodziny zdrowej. Żadnych chorób poważnych nie przechodziła. Zamężna od lat 20. Mąż chory na gruźlicę płuc, niezbyt daleko posuniętą, jest tkaczem; ma warsztat w domu. P-ska rodziła ośm razy; dwoje dzieci zmarło, mając po parę tygodni życia. Od trzech lat niema peryodów.

W Kwietniu roku 1901-go wystąpił suchy kaszel, częsty i bardzo uporczywy; od tego czasu chora zaczęła chudnąć; zjawiły się bóle w lewej połowie klatki piersiowej, nie ograniczające się do jakiejś określonej okolicy, ale występujące w różnych miejscach. Od czasu do czasu miewała dreszcze i gorączkę. Od Sierpnia napady bólu coraz częstsze i silniejsze: chora krzyczała w czasie napadu, który trwał po kilka i kilkanaście godzin. Od tego czasu pokazuje się nieco krwi w plwocinie, zresztą bardzo skąpej.

Przy badaniu, w mieszkaniu pacyentki, w dniu 20 Listopada roku 1901-go, znalazłem co następuje:

Chora jak szkielet wychudzona (jak się następnie w szpitalu kazało, waży 68 funtów), blada, bezsilna. Gruczołów podskór-

nych nigdzie wyczuć nie można. Obrzęków nie ma. Tętno twarde, 128 uderzeń na minutę.

Stan bezgorączkowy.

W jamie ustnej tylko cztery zęby, spróchniałe; migdały zdrowe.

Oddychanie wysiłkowe, 28 na minutę; klatka piersiowa ze strony lewej, z przodu, z boku i z tyłu—zapadnięta, bierze mały udział w ruchach oddechowych. U przyczepu chrząstki 2 lewego żebra do mostka - niewielki (wielkości orzecha laskowego) guzik, bardzo na dotyk bolesny.

Na całem lewem płucu głos opukowy tępy; niżej od grzebienia łopatki i niżej od obojczyka—szmeru oddechowego wcale niesłychać; nad grzebieniem łopatki i nad obojczykiem--szmer oddechowy osłabiony z nielicznemi rzężeniami Drżenie głosowe po stronie lewej zniesione. Volumen auctum pulmonis dextri.

Uderzenie serca w piątem międzyżebrzu, nieco nazewnątrz od linii sutkowej lewej; nad wierzchołkiem słaby szmer skurczowy, najwyraźniej słyszalny nad tętnicą główną Granica serca prawa—przy mocnem opukiwaniu –zachodzi za lewy brzeg mostka; granica lewa i górna zlewa się z tępością płuca.

Wątroba, śledziona—niepowiększone, niezmieszczone.

Plwociny niema.

Jak mi na wstępie powiedziano, z dwu kolegów, którzy chorą widzieli w ostatnich dniach, jeden oświadczył się za gruźlicą płuc, drugi za wysiękiem do opłucnej.

Wyżej przytoczony obraz choroby niepozwolił mi na podzielenie żadnego z tych dwu rozpoznań. Przeciwko wysiękowi opłucnej (na tle gruźliczem) przemawiało: brak objawów ucisku na serce; postać stłumienia, wywołanego domniemalnym wysiękiem; a głównie—silne zapadnięcie się tej strony klatki piersiowej, w której miał być płyn.

Przeciwko rozpoznaniu suchot przemawiało: umiejscowienie sprawy w dolnych płatach płuca; obraz ostatecznego wyniszczenia przy braku objawów rozpadowych i bardzo skąpej plwocinie; bóle—różne od nerwobólów, towarzyszących suchotom; bolesność guza (co przemawiało przeciw przypuszczeniu ropnia opadowego); wielkie zapadnięcie klatki piersiowej.

Ten ostatni objaw mógłby zależeć od marskości płuc--jako zejścia jakiejś sprawy płucnej nieswoistej; nie mówiąc już o tem, że takie rozpoznanie wyjaśniłoby li tylko jeden objaw—owo zapadnięcie klatki piersiowej, miało ono przeciw sobie brak objawów ze strony prawego serca, które przy tak znacznej marskości płuc musiałoby dawać objawy niedomogi.

Nowotwór tkanki płucnej wykluczał brak powiększonych gruczołów, brak objawów ucisku na wielkie pni naczyniowe i narządy sąsiednie; przy tem chora nie miała cech charłactwa, właściwego nowotworom.

Takie rozumowanie doprowadziło mię do przypuszczenia jedynego rozpoznania, które objaśniało wszystkie istniejące objawy,

do rozpoznania promienicy płuc; i z takiem rozpoznaniem, wypisanem na świadectwie kwalifikującem chorą do szpitala, skierowałem ją na oddział chirurgiczny kol. M. Cohna w szpitalu im. M. Poznańskich w Łodzi.

O dalszych losach chorej mówię podług karty szpitalnej, łaskawie mi udzielonej przez kol. A. J. Goldmana:

W d. 30 Listopada 1901 r., przy ciepłocie rannej 37,0 R., tętnie 1,28, napiętem, miarowem, dokonano nakłucia w przestrzeni międzyżebrowej dziewiątej lewej, na linii łopatkowej tylnej; igła strzykawki wchodzi w miąższ, skąd z głębokości 4 — 5 ctm. wydobyto 10 ctm^3 zmięszanego ze krwią płynu ropnego. Badanie drobnowidzowe dokonane łaskawie przez kol. S. Serkowskiego wykazało tu obecność grzybka promienicy.

1 Grudnia. Ciepłota rano 37,6; wieczór 37,0. Do guza (p. stat. praesens.) zastrzyknięto 4 ctm.^{3} jodyny.

2 Grudnia. Ciepłota rano 38,4 wieczór 37,0. Guz boleśniejszy, niż poprzednio.

3 Grudnia. Ciepłota rano, 37,4 wieczór 37,0. Znieczulenie płynem Schleicha № II, okolicy IX i X żebra lewego; pozycya siedząca. Resectio subperiostalis costae IX et X in linea axillari posteriori. Płuco przyrośnięte do opłucnej ściennej. Cięcie przez miąższ płucny w ranie skórnej; nieznaczne krwawienie; z głębi wydobywa się zmięszany z krwią płyn ropny. Z powodu wzmagającego się osłabienia chorej— wytamponowano ranę płuca. Opatrunek. Zastrzyknięcie pod skórę 2 grm. olejku kamforowego.

W ciągu następnych dni z rany płuca nader obfita wydzielina.

Od 6 Grudnia chora otrzymuje znaczne ilości jodku potasu do wewnątrz.

Guz w okolicy drugiego żebra stale się zmniejsza, nie jest bolesny, wreszcie znika zupełnie.

Siły chorej co raz mniejsze; z tego powodu ponownej próby zabiegu operacyjnego zaniechano.

18 Stycznia r. 1902-go chora zmarła.

Autopsyi nie było.

II. J. G-n, lat 48, kupiec wełny. Dziedzicznie nieobarczony. Od lat wielu mieszka w Łodzi; nigdy na wsi nie przebywał. Od paru lat cierpi na zapalenie oskrzeli, które mu zresztą nie bardzo dokuczało. Po za tem żadnych chorób nie przechodził.

Po raz pierwszy widziałem G. w Lutym roku 1901-go; wezwany byłem do niego przez jednego z kolegów na naradę. Dowiedziałem się wówczas, że od paru tygodni pacyent miewa poruszenia gorączkowe, nieprzewyższające zresztą 38° C; zwykły kaszel znacznie się pogorszył, nie daje mu spokoju ani we dnie, ani w nocy; jest to kaszel suchy, krótki; chory z trudnością wykrztusza małe ilości śluzoropnej plwociny. Skarży się na pewne osłabienie i tępy ból w lewym boku, ból stały, niezależny od kaszlu. Badanie wykazuje umiarkowanego stopnia rozedmę płuc i katar oskrzeli; nad dolnym płatem lewego płuca, począwszy od

8-go żebra, nieznaczne stłumienie odgłosu opukowego; tamże szmer oddechowy pęcherzykowy nieco osłabiony; drżenie klatki jednakowe po obu stronach; przewodnictwo głosu nieco osłabione ze strony lewej. Wypowiedziałem przypuszczenie zapalenia opłucnej; trzykrotne jednak nakłucie próbne tego przypuszczenia niepotwierdziło. Więc zmiany opukowe i wysłuchowe uważaliśmy za skutek przebytego przed tem zapalenia opłucnej, jej zgrubienia; całą zaś sprawę uważaliśmy za, prawdopodobnie, natury gruźliczej. W plwocinie ani laseczników Kocha, ani włókien sprężystych niebyło

Po kilku dniach widziałem G. po raz drugi; stan podmiotowy był nieco lepszy; objawy miejscowe te same.

Po raz trzeci byłem proszony do G. w Sierpniu tegoż roku. Dowiedziałem się, że z cierpienia, podczas którego widziałem go w Lutym, dosyć szybko wyzdrowiał, że, chcąc jednak pozbyć się owego kataru oskrzeli, wyjechał na Czerwiec i Lipiec do Reinerz, gdzie czuł się dobrze; na wadze jednak nic nieprzybrał, pomimo doskonałego łaknienia; pod koniec pobytu w Reinerz „znów się zaziębił,“ skutkiem tego kaszel wrócił z dawną mocą, siły go bardzo szybko opuszczać zaczęły, ból w boku znów dokuczał.

Przy badaniu w d. 12 Sierpnia znalazłem: chory wychudły; zwykła jego ciemna cera ma odcień ziemisty. Stan gorączkowy, obfite poty. Osłabienie wielkie. Kaszel męczący, z obfitą plwociną. Ból w boku nieustanny. Zaparcie stolca uporczywe.

Ciepłota 38,1. Tętno 120, drobne.

Badanie płuc: stępienie prawie zupełne lewego płuca u dołu: z tyłu do kąta łopatki, z boku i z przodu do 6 żebra; ponad granicami tego stępienia—odgłos opukowy jaśniejszy, ale—w porównaniu ze stroną przeciwną — nieco krótszy. Na przestrzeni stępienia—szmer oddechowy nieokreślony, słaby, liczne trzeszczenia; po nad tem, t. j. od kąta lewej łopatki aż do grzebienia łopatki—szmer oddechowy oskrzelowo-pęcherzykowy; po nad grzebieniem—szmer oddechowy pęcherzykowy zaostrzony. Drżenie klatki piersiowej po stronie lewej nieco wzmożone. Ze strony prawej oddech zaostrzony, świsty, rzężenia suche.

Badanie, obfitej teraz, plwociny nic swoistego nie wykazało; znaleziono włókna sprężyste, nieliczne czerwone ciałka krwi, nabłonek pęcherzykowy i drobnoustroje ropne. I znów nakłucia próbne klatki piersiowej—z wynikiem ujemnym; nakłucie, wykonane grubą igłą, wymagało pewnego wysiłku, ponieważ opłucna stawia znaczny opór.

Podczas czterech tygodni, w ciągu których chorego wielokrotnie widziałem, stan stale się pogarszał, gorączka wahała się w granicach 36,0 do 39,0, towarzyszyły jej obfite poty, brak łaknienia, bezsenność. Ból w boku stawał się co raz dokuczliwszy, przy czem od początku Września zwiększał się przy ucisku na żebro szóste, czego przed tem niebyło. Powoli na tem żebrze, w okolicy podpachowej, powstało obrzmienie, które stopniowo roz-

szerzało się na żebro 7 i 8-me; wrażliwość na dotyk obejmowała o wiele większą przestrzeń; obrzmienie nie było wyraźnie odgraniczone, skóra nad niem żadnych objawów zapalnych nieprzedstawiała; konstystencyę miało twardawą; palec chirurga fluktuacyi wyczuć w niem nie mógł. Wszelkie zabiegi przeciwzapalne i przeciwbólowe stosowane były bez skutku.

Chorego, będącego w tym stanie, skierowałem z rozpoznaniem: Bronchopneumonia chronica nonspecifica, do sanatoryum w Otwocku, pod opiekę Szanownego kol. Wrońskiego. Tam chory przebył od 25 Września do 30 Października; o przebiegu cierpienia podczas tego czasu przytaczam szczegóły podług łaskawej notatki kolegi Wrońskiego.

„Wielokrotne badanie plwociny pozwalało wykryć tylko włókna sprężyste.

Pierwotnie przypuszczaliśmy, że mamy do czynienia z gruźlicą płuc; phlegmone klatki piersiowej uważaliśmy za powikłanie mniejszego znaczenia, kto wie, czy nie zależne od ranek po próbnych nakłóciach, tembardziej, że na najbardziej wydatnem miejscu nacieku udało się odszukąć dwa ciemne punkciki, jakoby od nakłuwań pochodzące. Wysięk w jamie opłucnej, empyema necessitatis, gruźlicę żeber—wykluczyliśmy. Ciągłe i bardzo dotkliwe bóle, bezsenność, zdenerwowanie pacyenta skłoniły nas do zawezwania kol. Przyborowskiego w tej myśli, aby wczesne przecięcie sprawiło ulge choremu.

W d. 6 Października otworzono ropień, z którego wylało się dużo ropy, cokolwiek cuchnącej, w której jednak żółtych grudek nie było widać. Badanie jamy ropnia niepozwoliło określić punktu wyjścia ropienia, gdyż ten zdawał się leżeć gdzieś wysoko, może w łopatce. Po operacyi nastąpiła krótkotrwała ulga; bóle szybko powróciły; ogólny stan ciągle się pogarszał. Chory gorączkował ciągle, pocił się, kasłał, wyrzucając dużo plwociny; nie sypiał.

Ciężki stan chorego, bardzo dokuczliwe i uparte bóle w ranie i okolicy, głębokie ropienie, brak jakiejkolwiek ulgi po operacyi, wytwarzanie się nowych nacieków, pomimo szerokiego cięcia i doskonałego odpływu ropy, brak laseczników gruźliczych w plwocinie, pomimo rozległych zmian w płucach, wszystko to nadprowadziło nas na myśl, że mamy tu do czynienia z promienicą. Pierwsze badanie w tym kierunku nie dały pożądanych rezultatów, w końcu jednak zostały stwierdzone zarówno w ropie, jak i w plwocinie bardzo liczne grzybki promienicy.“

Ze względu na potrzebę poważniejszej operacyi, której się chory domagał, przewieziono go do zakładu kol. Przyborowskiego, do Warszawy; o tej operacyi pisał mi kol. P. w liście co następuje:

„5 Października pootwierałem wszystkie zatoki i powycinałem zmienione modzelowato tkanki w znacznej ilości; wyskrobałem zatoki i, znalazłszy komunikacyę przez spatia intercostalia, rezekowałem dwa żebra poniżej kąta łopatki, pomiędzy linią tylną

pachową a łopatkową. Opłucnę zastałem zupełnie zwyrodniałą przez sprawę; palec łatwo wchodził pomiędzy klatkę piersiową i płuco, pokryte twardą nieustępującą warstwą. O ile ze stanu rzeczy można było przypuszczać, cała lub prawie cała opłucna lewa musiała być zajęta.“

25 Października G. wrócił do Łodzi. Stan ogólny był nieco lepszy; w płucach o wiele mniej objawów kataralnych; kaszel niewielki; bólów żadnych niebyło; rana pooperacyjna dobrze podgojona, z bardzo nieznaczną wydzieliną ropną. Stan bezgorączkowy.

Niestety, zjawiły się nowe objawy, świadczące o tem, że promienica zajęła narządy brzuszne: wątroba powiększona, bolesna na dotyk, i uporczywe rozwolnienie. Pacyent zmarł w Listopadzie, przy objawach wycieńczenia.

Zbyt krótka obserwacya w pierwszym przypadku, dorywcza—w drugim, a w obu brak sekcyi—zmniejsza wartość przytoczonej kazuistyki; tem nie mniej uważałem za właściwe opis tych dwu przypadków podać do wiadomości kolegów.

Jakkolwiek od chwili odkrycia promienicy, t. j. od lat 25-ciu, była ta choroba przedmiotem licznych badań, dalecy jeszcze jesteśmy od dobrego jej poznania.

Początkowo uważano tę chorobę za właściwą niektórym tylko krajom; Francuzi np. uważali ją przez długie lata za chorobę obcą swej ojczyźnie; obecnie jednak zarówno we Francyi, jak i w Anglii i Ameryce co raz częściej opisywane są przypadki promienicy.

Najwcześniej opisano promienicę w Niemczach, Austryi, Rossyi i u nas; etyologia tego cierpienia tłomaczy, dla czego kraje rolnicze najczęściej są na nie narażone.

Tem niemniej i u nas liczba spostrzeganych przypadków promienicy płuc jest niewielka; odpowiednie spostrzeżenia kazuistyczne ogłosili: Barącz, Jakowski, Miklaszewski, Lidmanowski, Rząd, Sokołowski i Starkiewicz.

Rozpoznanie promienicy płuc jest rzeczą niełatwą, ponieważ objawy kliniczne nic swoistego nieprzedstawiają, w plwocinie zaś długo może brakować grzybków swoistych.

Najlepszy przykład mamy w jednym z przypadków wyżej opisanych; plwocina chorego była kilkakrotnie badana zarówno przez tak biegłego badacza, jakim jest kol. Serkowski, jak i w sanatoryum Otwockiem. Pomimo daleko posuniętej sprawy—w plwocinie grzybków promienicy nie było; ukazały się one dopiero sub finem.

A jednak już przedtem objawy kliniczne powinny były nasunąć podejrzenie promienicy: daleko posunięte wyniszczające cierpienie płuc bez swoistych jakichś składników w plwocinie—z jednej

strony, z drugiej zaś—owo bolesne obrzmienie, wystarczały do powzięcia przypuszczenia, że tu się sprawa promienicowa rozegrywa.

Czy wcześniejsza interwencya chirurgiczna mogłaby chorego uratować? czy właściwa była ta pomoc w obu opisanych przypadkach, kiedy stan chorych był wyraźnie beznadziejny?

Odpowiedź na to daje zarówno przypadek Jakowskiego, w którym operacyjna pomoc wyleczyła zupełnie, jak i przypadek Starkiewicza, gdzie zaniechano operacyi, ponieważ objawy kliniczne przemawiały za zbyt rozległem zajęciem płuca, sekcya jednak wykazała, że rozmiary zniszczenia nie wykluczały możności pomocy operacyjnej.

W dopiero co wydanym tomie drugim dzieła „Wykłady chorób dróg oddechowych“ opisuje Sokołowski wyczerpująco promienicę płuc. Do tego opisu pozwolę sobie dwie uwagi dodać.

Sokołowski jest zdania, że w plwocinie chorych na promienicę płuc „stale bywa brak włókien sprężystych.“ Tak samo wypowiada się o tej sprawie Nikolaier (Deutsche Klinik. Tom II. Rok 1903). Tymczasem, zarówno w przypadku Jakowskiego, jak i w moim, wykryto je w plwocinie.

Po wtóre, jako cechę charakterystyczną przebiegu promienicy płuc uznaje się powszechnie nieznaczną tylko domieszkę krwi do plwociny; większe krwawienia mają być rzadkością, krwotoków zaś zupełnie się nie widziano. Istnieje jednak opis przypadku promienicy płuc (Rieke), który zakończył się śmiertelnie obfitym krwotokiem płucnym.

Jakie objawy w przebiegu chronicznego cierpienia płuc—powinny obudzić naszą czujność dyagnostyczną, każąc nam poszukiwać swoistego pasorzyta w plwocinie? *)

Otóż przedewszystkiem tę czujność powinna obudzić sprawa płucna przewlekła, z gorączką niestałą, umiejscowiona w dolnych płatach, dająca kliniczne objawy znacznego zniszczenia tkanki płucnej i ogólnego wyniszczenia—przy skąpej plwocinie, niezawierającej laseczników gruźliczych.

Powtóre: opukowe i wysłuchowe objawy przewlekłego zapalenia opłucnej, wysiękowego—bez wysięku.

Po trzecie—bolesność klatki piersiowej, znaczna i uporczywa, bolesność występująca samoistnie lub przy dotykaniu klatki piersiowej; obrzmienie bolesne klatki piersiowej, nacieczenie twarde, niezdradzające chełbotania, nieodgraniczone od sąsiednich tkanek zdrowych; zapadnięcie się jednej połowy klatki piersiowej.

Jeżeli, dzięki brakowi laseczników swoistych, wykluczymy posuniętą gruźlicę płuc; jeżeli na zasadzie braku odpowiednich objawów wykluczymy ropień i bąblowiec płuca, nowotwór płuca

---

*) W wysięku opłucnowym badanie łatwo go wykrywa, ponieważ tam spotykamy charakterystyczne ziarenka, jak w ropie promienicy chirurgicznej; natomiast w plwocinie często ich brak, a wykrycie innych postaci tego grzybka wymaga specyalnych sposobów badania, (Patrz dyskusyę w Tow. Lek. Łódzkiem, posiedzenie z d. 2. IX).

lub opłucnej, zapalenie płuc śródmiąższowe (powikłane krwiopluciem i zakażeniem wtórnem)—natenczas pamiętać musimy o promienicy i w tym kierunku badanie mikroskopowe i bakteryologiczne przedsięwziąć.

Rzecz prosta, te wszystkie objawy, o których mówimy, pozwolą na rozpoznanie daleko posuniętej promienicy płuc. We wczesnych okresach rozpoznać nam ją pomoże bądź wypadek, kiedy w plwocinie wcześnie zjawią się charakterystycznie ugrupowane grzybki, bądź obserwacya kliniczna w szpitalu, gdzie w każdej plwocinie poszukuje się zarazka danego cierpienia dróg oddechowych.

W sprawie etyologii jednę uwagę uczynić sobie pozwolę: jakkolwiek w obu moich przypadkach chorzy nie stykali się ze zbożem, stykali się natomiast z wełną; zanieczyszczenie wełny odłamkami kłosów i słomy jest rzeczą zwykłą; grzybek zaś promienicy może w ciągu roku i dłużej żyć na wyschniętej roślinie. Rodzi się więc przypuszczenie, że zarażenie promienicą nastąpiło tu przy pośrednictwie przedmiotów zanieczyszczonych kawałkami kłosów lub słomy; w danym razie takim przedmiotem była wełna.

O leczeniu operacyjnem całkowitego podwinięcia powieki górnej.

Napisał Dr. med. **Józef Koliński.**

(Podług odczytu w Tow. Lek. Łódzkiem w d. 22. IV. 1903 r.).

W naszym kraju, gdzie jaglica stanowi wielki odsetek cierpień ocznych, zniekształcenia powiek pochodzenia jaglicowego zdarzać się muszą bardzo często. Najwięcej zaniedbanych przypadków jaglicy w połączeniu zwykle z podwinięciem powiek, (entropion) i wrastaniem rzęs (trychiasis) dostarczają mieszkańcy wsi i miasteczek, gdzie pomoc lekarska w cierpieniach ocznych jest trudna.

Dla czego jaglica tak pospolitą jest chorobą w niektórych krajach, w innych zaś daleko się rzadziej spotyka -- o tem na innem miejscu mam zamiar pomówic; tutaj tylko zaznaczę fakt niewątpliwy, mianowicie, że jaglica trapi głównie okolice zamieszkałe przez narody mało uspołecnione. Nie wilgoć gruntu, nie doli-

ny rzek,—jak to sądzą niektórzy,—sprzyjają szerzeniu się tej strasznej choroby, lecz ciemnota i ubóstwo. Nie tylko z ilości używanej wody i mydła sądzić można o cywilizacyi danego społeczeństwa, lecz również słusznie i z ilości chorych na jaglicę.

To też nic dziwnego, że lekarz okulista u nas tak często ma do czynienia z jaglicą ciężką i zaniedbaną i tak często musi operować zniekształcenia powiek pochodzenia jaglicowego.

Przyczyna podwinięcia powiek u chorych cierpiących na zadawnioną i zaniedbaną jaglicę jest łatwo zrozumiała. Sprawa chorobowa, umiejscowiona na błonie sluzowej spojówki, w ciągu szeregu lat sprowadza bliznowate zwyrodnienia nie tylko tej ostatniej lecz i głębiej leżących tkanek, a w tej liczbie i chrząstki. Wynikiem tego jest bliznowate kurczenie się spojówki, zanik tylnej wargi brzegu powiek, oraz skurczenie się, a więc i skrzywienie chrząstki. Zmian tych wystarcza, aby się zawinął ku oku brzeg powieki, której zewnętrzne powłoki pozostały niezmienione, wewnętrzne zaś zwyrodniały, skurczyły się i skrzywiły. Skutkiem zniekształcenia powiek jest nieprawidłowość w układzie rzęs, ich „wrastanie.“

Wiemy jakie smutne następstwa ma dla oka podwinięcie powiek z wrastaniem rzęs. Dla tego też chirurgia okulistyczna od najdawniejszych czasów starała się je leczyć. Wielorakie sposoby stosowano dla usunięcia tego zniekształcenia: a mianowicie: 1) obcinanie brzegu powieki wraz z rzęsami 2) zniszczenie rzęs wraz z cebulkami wypalaniem, elektrolizą i t p. 3) zmiana kierunku rzęs za pomocą nitek lub szwów; 4) skrócenie skóry powieki przypalaniem lub wycinaniem kawałków; 5) przesadzenie wolnego brzegu powiek z rzęsami 6) przesadzenie płata bezszypułkowego lub z szypułką na miejsce paska, z którego wyrastają rzęsy; 7) operacye na chaząstce, jako to: całkowite wycinanie, przecinanie i wycinanie klina, nareszcie przecinanie, połączone ze specyalnem nakładaniem szwów.

Już sama mnogość tych sposobów wskazuje na ich niedostateczność. 1-o Obcinanie całego brzegu powieki wraz z rzęsami, obok skrócenia skóry i zniekształcenia powieki, pozbawia oko naturalnej ochrony, przez co oczy po tej operacyi są wrażliwe na wszelkie podrażnienia. 2-o Zniszczenie rzęs nie jest sposobem pewnym, ponieważ nie gwarantuje nawrotów, sam zaś zabieg jest bolesny i długotrwały; sposób ten można stosować z pewną korzyścią tylko przy częściowem wrastaniu rzęs. 3-o Odchylanie rzęs od oka przy pomocy nitek ma tylko przejściowy skutek. 4-o Zwyczajne skracanie skóry nie prowadzi do celu, ponieważ ma się tu do czynienia z materyałem rozciągliwym i dla tego prędzej czy później nastąpi nawrót cierpienia. 5-o To samo można powiedzieć o skróceniu skóry, połączonem z przesadzeniem płata rzęsowego ku górze (Jaesche-Arlt). Zbytnie zaś skrócenie skóry w każdym razie jest rzeczą niebezpieczną, gdyż wynikiem tego może być skrócenie a nawet niedomykanie powieki, następstwo gorsze od samej choroby.

Tylko te sposoby operacyjne można uważać za racyonalne, gdzie nic się nie ujmuje z powłoki powiek. Samo podwinięcię po-

wieki jakeśmy powiedzieli, jest wynikiem, między innemi, braku w tkance spojówki, zniekształconej przez sprawę jaglicową. To też nie należy wycinać lub niszczyć ani skóry ani błony śluzowej. One powinny być użyte dla uzupełnienia niedostatecznej spojówki.

Sposoby operowania, polegające jedynie na chęci utworzenia nowej tylnej wargi krawędzi rzęsowej powieki, nie prowadzą do celu, ponieważ zaokrąglanie i zanik tej wargi nie stanowią istotnej przyczyny podwinięcia. Chcąc zapobiedz skutecznie nawrotom podwinięcia musimy „nadsztukować“ niewystarczającą, skórczoną, spojówkę. Z tego wychodząc założenia łatwo zrozumiemy, że najłatwiej to osiągnąć przez przesadzenie płatów czy to skóry czy też błony śluzowej. Najwłaściwiej było by w tym celu używać błony śluzowej, jako materyału, odpowiadającego własnościami spojówce. Sposób jednak v. Millingena z przenoszeniem bezszypułkowego płata z błony śluzowej ust na miejsce rozszczepionego brzegu powieki nie zupełnie zadawalniające daje wyniki. Przesadzony płat albo ulega częściowej lub całkowitej zgorzeli, albo też zbytnio się kurczy.

Daleko pewniejsze jest przeszczepianie pasków skóry z tej samej powieki. Prototypem takiej plastyki powiekowej jest sposób Spencer-Watsona, chociaż ten ma tylko ograniczone zastosowanie, bo tylko przy zawinięciach częściowych, a mianowicie jednej lub drugiej połowy powieki. Sposób ten zabezpiecza od nawrotu zawinięcia, lecz oko operowane ma odrażający wygląd, nie mówiąc już o innych ujemnych stronach, wspólnych wszystkim plastycznym rękoczynom powiek, o czem później.

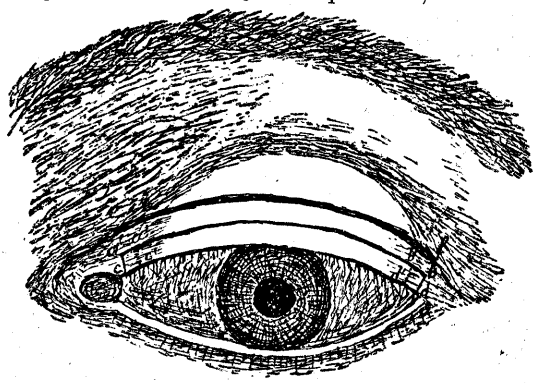

Fig. 1.

Sposób Watson-Junge (Fig. 1) jest niejako kombinacyą dwu jednocześnie wykonywanych operacyi Spen.-Watson'a Daje się zastosować z pożytkiem przy całkowitem podwinięciu powieki z wrastaniem rzęs. Według tego sposobu pasek skóry zupełnie oddzielony od podłoża i tylko końcami pozostawiony w połączeniu ze skórą powieki, przenosi się na miejsce poniżej paska z rzęsami *a, b, c, d*, poprzez jego przednią powierzchnie i wyzłobienia *a,a',cc'* oraz *b,b',d,d'*, utworzone obcięciem końców paska rzęsowego. Za pomocą szwów przymocow. się on do tylnej wargi przepołowionego brzegu powieki, nadbrzeżny zaś pasek skóry z rzęsami *a, b, c, d*, przenosi się ku górze na miejsce poprzedniego paska i przyszywa się do górnego brzegu rany *e, f*. Po dokonaniu ej zamiany, brzeg z rzęsami *c, d*, znajdzie się na linii *a, b*, i od-

dzielony będzie od tylnej wargi o, całą szerokość paska *e, f, a, b,* stanowiącego już teraz brzeg międzywargowy. Szerokość tego paska, jakkolwiek dowolna, nie powinna być mniejszą jak 3 — 4 m.m., gdyż węższy pasek łatwo uledz może zgorzeli. Aby sobie zapewnić większe bezpieczeństwo pod tym względem, pasek ten stale przyszywam tak do tylnej wargi brzegu powieki jako też do końców płata rzęsowego, pomimo tego że prof. Junge pozostawiał ten pasek bez szwów. Na całym szeregu operacyi przekonałem się, że przyszycie nie tylko daje większą gwarancię przeciwko zgorzeli tego paska, ale jeszcze sprzyja lepszemu przystosowaniu się jego do miejsca przeznaczenia.

Sposób ten nadaje się do operacyi przy całkowitem podwinięciu powiek, mianowicie tam gdzie jest znaczne podwinięcie u obu kącików powieki, gdyż rzęsy podnoszą się w tych miejscach ku górze o całą szerokość paska skóry t. j. na 3—4 milimetry, co jest zupełnie wystarczającem. Jeśli podwinięcie jest znaczniejsze na środkowej części powieki, to wycinam dodatkowo ze skóry powieki, ponad cięciem *e, f,* płat półksiężycowy za pomocą cięcia łukowatego, którego końce schodzą się z cięciem *e, f,* a pasek z rzęsami przyszywam do górnego brzegu tej nowej rany. Wtenczas środkowa część paska z rzęsami bywa podniesioną ku górze wyżej niż jego końce, o całą wysokość tego nowego płata. Zresztą wycięcie tego dodatkowego płata tylko w wyjątkowych razach jest koniecznem. Podwinięta powieka po szczęśliwie dokonanej operacyi otrzymuje swój normalny wygląd i nawrotu choroby nigdy nie widziałem. Jedyną słabą stroną tego sposobu jest zgorzel, jakiej łatwo uledz może pasek skóry *e, f, a, b,* i dla tego wymaga bardzo ostrożnego z nim obchodzenia się.

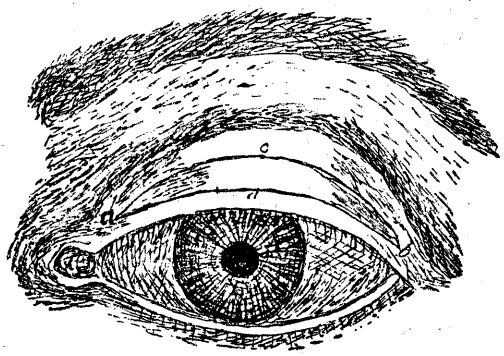

Fig. 2.

O wiele bezpieczniejszym pod tym względem jest sposób, opisany przez prof. Macheka ze Lwowa w 1897 r. *) Przy operacyi według tego sposobu (Fig. 2 i 3) wytwarza się płat *a, c, b, d,* (Fig. 2) nadbrzeżny zaś pasek pod przecięciem *a, d, b,* rozdziela się sposobem Jaesche-Arlta na dwa listki, z których przedni ze skórą, tkanką podskórną i mięśniami przenosi się ku górze i przyszywa do górnej wargi cięcia

*) Centralblat f. prakt. Augenheilk., 1897, str. 39.

a, c, b, płat zaś *a, c, b, d,* pozostający w związku z tkankami pod nim leżącemi, ściąga się ku dołowi i przyszywa do tylnej wargi z chrząstką. Pokrywa on obnażoną chrząstkę, po podniesieniu ku górze paska z rzęsami. Po nałożeniu szwów powieka przedstawia się jak na rysunku 3-m.

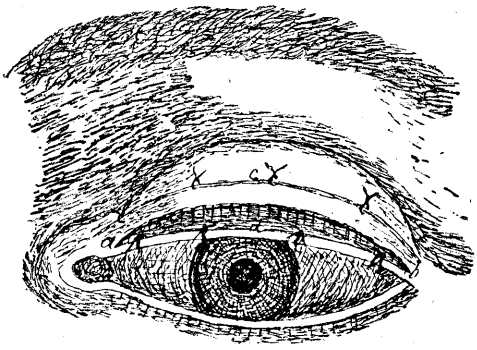

Fig. 3.

Prawda wyznać każe, że i tutaj może nastąpić zgorzel paska z rzęsami, jednakże, jeśli on jest dostatecznie szeroki (4—5 m. m.) i ostrożnie był przeniesiony przy pomocy haczyka a nie pincety, komplikacya ta rzadko przytrafić się może. Wykonanie jest prostsze niż powyżej opisanego zabiegu i przy podwinięciu przeważnie środkowej części powieki okazuje się zupełnie wystarczającym, chociaż i tu działa nadsztukowanie skurczonej spojówki płatem skórnym, a nie utworzeniem tylnej wargi brzegu powieki, jak sądzi prof. Machek.

Oba ostatnie sposoby operowania podwinięcia zupełnie wystarczają w przypadkach gdzie chrząstka jest normalną lub nieznacznie zniekształconą.

Niestety, żłobkowate skrzywienie oraz zgrubienie chrząstki są bardzo pospolitem zjawiskiem przy zawinięciu mianowicie powieki górnej, na której jak wiadomo, najczęściej zmuszeni jesteśmy dokonywać operacyi.

Jakkolwiek po dokonaniu opisanych rękoczynów z pomyślnym wynikiem nawrót podwinięcia jest prawie wykluczony, nawet wobec zniekształcenia chrząstki, jednakże operowane oko zawsze ulega podrażnieniu na co wpływa nie tylko nieprawidłowa postać ale jeszcze więcej zgrubienie i stwardnienie chrząstki. Zresztą, dolny brzeg wszytego płata, który nie ma od góry twardego punktu przyczepu, podwija się pod powiekę i tym sposobem rogówka jest w ciągłem zetknięciu ze skórą. Ogólnie przyjętem jest mniemanie, że skóra, pozostawiona przez czas dłuższy w tych warunkach, zatraca swoje fizyologiczne własności, upodobiając się do błony śluzowej. O błędności tego mniemania łatwo się przekonać po 5 i więcej latach od operacyi. Z przeszczepionych płatów skóry zawsze jeszcze wydziela się treść gruczołków tłuszczowych. A i obecności włosków (*lanugo)* po upływie tego czasu łatwo się doszukać.

Dla tego też we wszystkich przypadkach, gdzie tylko zauważyć się daje zniekształcenie chrząstki, a trafia się to w przeważnej ilości przypadków, do opisanych powyżej zabiegów operacyjnych

blefaroplastycznych, dodaję wycięcie zgrubienia chrząstki. Ale ani wycinaniem klinowatego kawałka (*Snellen*) ani też rozcinaniem całej grubości chrząstki nie daje się osiągnąć zamierzonego celu, to jest nadania chrząstce normalnej postaci. Przeciwnie po takich operacyach może zewnętrzny wygląd powieki będzie „przyzwoity," ale na jej tylnej powierzchni powstają blizny lub grzebienie, które podtrzymują podrażnienie oka. To też podobne operacye na chrząstce nie powinny być tolerowane. Ponieważ jaglicowe zniekształcenie chrząstki połączone jest zwykle z jej zgrubieniem na przedniej powierzchni, to ja ścinam to zgrubienie cięciem równoległem do tylnej powierzchni powieki, przez co otrzymuję chrząstkę cieńszą i wtedy miękie części odpowiednio na niej ułożone jeśli już nie nzpełnie wyprostują to przynajmniej nadadzą jej postać, która nie drażni gałki ocznej.

Mój sposób operowania jest następujący. Już pierwsze cięcie skóry *a, b,* (Fig. 1) robię głębokie, do samej chrząstki. Po wykrojeniu i oddzieleniu sposobem wyżej opisanym górnego płata oraz przepołowieniu brzegu powieki, przystępuję do wycięcia zgrubienia na chrząstce. Wychodząc z głębokiego cięcia *a, b,* obnażam całą powierzchnię chrząstki do samej jej krawędzi górnej. Utrzymując w tem położeniu ranę otwartą za pomocą haczyków, ścinam na płask przednie warstwy środkowej części chrząstki do normalnej grubości a właściwie pozostawiam zupełnie cienką na środku błaszkę chrząstki. Załatwiwszy się z tem, przenoszę wykrojone płaty skóry na wskazane poprzednio miejsca i przyszywam. Szwy na płat rzęsowy nakładam na sposób Hotz'a, to jest, najpierw przekłówam igłą górną krawędź rzęsowego paska *a, b, c, d,* od przodu ku tyłowi, a następnie przechodzę igłą od cięcia *e, f,* ku górze i w głąb do górnego brzegu tabliczki chrząstkowej oraz przymocowania powięzi (fascia) i wykłuwam na skórze powieki w odległości 3—4 m. m. od rany *e, f,* gdzie zawiązuje nitkę. Takich szwów nakładam zwykle 4. Pasek skóry *e, f. a, b,* przyszywam do tylnej wargi krawędzi powieki jak również i do końców płata rzęsowego. Po zagojeniu, które następuje przez rychłozrost, płat rzęsowy pozostaje stale podniesionym na swojem nowem miejscu. Na unieruchomienie tego płata zapewne nie tyle wpływają głębokie szwy, ile raczej przyrośnięcie do ściętej przedniej powierzchni chrząstki. Na fakt ten zwracam szczególną uwagę, ponieważ zapewnia on zupełne bezpieczeństwo pod względem nawrotów. Prawie wszystkie zabiegi operacyjne przy podwinięciu powieki, ograniczające się tylko do tkankanek miękich, w ostatecznym rezultacie zawodzą, a przyczyną tego jest nietylko rozciągliwość tych tkanek, ale głównie, brak stałego, twardego, punktu oparcia, a właściwiej przyczepu. Z drugiej znów strony, sposoby operacyjne, zasadniające się tylko na rękoczynach, wykonywanych na samej chrząstce (*Anagnostakis, Snellen, Panas*), bez uwzględnienia skróconej spojówki, albo nie prowadzą do celu, albo pozostawiają szkodliwe zniekształcenia powieki. Dla tego, mojem zdaniem, dla usunięcia całkowitego zawinięcia powieki (górnej) z wrostem

rzęs nie może wystarczyć żaden że sposobów operówania, zasadzający się na rękoczynach jednostronnych Blefano-plastyka okazuje się jeszcze najpewniejszą, ale dla zupełnego powodzenia należy kombinować blefaro-plastykę z tarso-plastyką.

Wiadomo zresztą że żadna operacya plastyczna nie ma powodzenia, jeśli jest wykonywaną bez uwzględnienia twardego szkieletu. (Dla przykładu przypomnę chociażby tylko plastykę nosa). Dla powieki tym szkieletem jest właśnie chrząstka wraz z powięzią. Na szczęście, chrząstka powieki jest wdzięcznym materyałem operacyjnym: nie krwawi, pozwala się krajać we wszystkich kierunkach bez wielkiej obawy złych następstw. Nawet uszkodzenie lub zupełne zniszczenie gruczołów Meiboma, w które tak obfituje, nie ma poważniejszych następstw dla powieki.

Nie ulega wątpliwości ze wykonanie takiej skombinowanej operacyi wymaga więcej czasu i jest pracowitą, dobry jednak wynik sowicie to wynagradza.

Łatwo zrozumieć, że i sposób plastyki, przedstawiony na rysunku 2 i 3 doskonale się daje kombinować ze ścięciem chrząstki.

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek gruczoło-mięsaka nerki, (Adenosarcoma renis embryonale).

Podał Dr. **Ant. J. Goldman.**

19 Lutego r. b. przyniesiony został do ambulatoryum szpitala małż. Poznańskich 9 miesięczny Chaim S. z powodu „opuchnięcia brzucha.“

Ch. S. pochodzi z bliźniąt, urodził się w porę, normalnie; brat jego od pierwszych dni swego życia był nader wątłem dzieckiem (nie dokonano na nim obrzezania); zmarł po 2 miesiącach, przy objawach ogólnego wycieńczenia i znacznego powiększenia wymiarów brzucha (neoplasma malignum in cavo abdominis?). Więcej rodzeństwa nie ma.

Chory aż do ostatniego czasu był normalnie rozwi-

niętem dzieckiem; prócz lekkich niedomagań (przemijająca biegunka, kaszel) nie chorował; ssie pierś matki.

Obecne cierpienie trwa 5 tygodni (?)—zaczął chudnąć brzuch szybko się powiększał.

Nikłej budowy, wycieńczony. chory waży 14 funtów; tkanka podskórna tłuszczowa zanikła znacznie; z twarzy wygląda starzej, niż jest w rzeczywistości.

Obrzęków skóry nigdzie niema.

W narządach klatki piersiowej chorobowych zmian nie znaleziono.

Przy oglądaniu brzucha widać z prawej strony w okolicy podżebrowej i nadbrzusznej wypuklenie ścianki brzusznej, spowodowane przez guz o powierzchni gładkiej, elastycznej, mało ruchomy, przyjmujący udział w ruchach oddechowych.

Obmacywanie guza wykazuje niewyraźne rzekome chełbotanie. Przy wypukiwaniu między wątrobą i guzem znajdujemy pas wyraźnego bębenkowego oddźwięku.

Granicę guza przedniowewnętrzną i dolną stanowi linia, łącząca pępek z rylcem przednim górnym; guz górną swą połową przechodzi na lewą stronę brzucha; w kierunku do tyłu dochodzi on do kręgosłupa.

Tętno miarowe, pełne, 90. Stan bezgorączkowy. Mocz o normalnych własnościach.

23 Lutego w uśpieniu eterowem (Tropfmethode według Hoffmana; w przeciągu 40 minut zużyto 18 ctm^3) cięcie skórne brzuszne met. Trendelenburga (kol. M. Cohn; ad manum—ref.), poczynając od linii pachowej przedniej tuż pod łukiem żebrowym w kierunku do guzka łonowego (tuberculum pubis) długości 15 ctm. Po przecięciu obu blaszek otrzewnowych doszliśmy do guza; podczas jego wydobywania kiszki utrzymywano serwetami (położenie Trendelenburga); przewiązanie szypuły niezbyt grubej i usunięcie guza; 2-piętrowy szew jamy brzusznej po uprzedniem zaszyciu tylnej blaszki otrzewnowej. Opatrunek wyjałowiony. W końcu operacyi chory zwymiotował umiarkowaną ilość żółtego płynu.

Przebieg pooperacyjny zupełnie normalny; pierwszego dnia po operacyi niezbyt silne wymioty. Na 10 dzień usunięto szwy—rychłozrost rany brzusznej.

Mikroskopowo guz przedstawiał się jako twór złożony z 2 części niepodzielnie z sobą złączonych; wymiary większej=13×16 ctm., mniejszej=7×4 ctm. Obwód poprzeczny duży całego guza — 33 ctm., obwód poprzeczny mały—32 ctm.

Drobnowidzowe badanie wykonane łaskawie przez kol St. Cohna wykazało:

Nowotwór w różnych miejscach przedstawia się rozmaicie; gdzieniegdzie widać resztki macierzystej tkanki, mniej lub więcej zmienione i tkanka nerkowa znajduje się tylko w formie oddzielnych wysepek wśród tkanki nowotworowej; tkanka ta składa się z komórek dojrzałej tkanki łącznej, wśród których znajdują się gniazda mało zróżniczkowanych komórek o charakterze em

bryonalnym. Te ostatnie układają się bądź to w postaci typowego mięsaka drobnokomórkowego, bądź też widzimy je w formie przewodu lub też światła gruczołu, mniej lub więcej rozszerzonych. Naczynia rozsiane po nowotworze są bardzo silnie rozwinięte; w niektórych miejscach okolo naczyń widać znaczne bujanie komórek nowotworowych. Prócz tego wszystkiego, w tkance nowotworowej spotkać można nieliczne włókna mięśniowe poprzecznoprążkowane.

Nowotwór więc należy do rzędu zarodkowych gruczoło-mięsaków nerki, znanych w literaturze jako forma spotykająca się wyłącznie u dzieci przed 7-ym rokiem życia.

Z nowszych prac dotyczących kazuistyki nowotwór u dzieci istnieje bardzo dokładnie zebrana w pracy p. t. „Les tumeurs du rein," wydanej przez J Albarran'a i L. Imbert'a. Zebrali oni 155 przypadków, w których było dokonane usunięcie guza; 123 z nich dotyczą okresu czasu po roku 1890. Śmiertelność wskutek rękoczynu wynosi 25—30%; radykalne wyleczenie (sprawdzone od 3 — 11 lat po rękoczynie) nastąpiło tylko u 7 osobników. Ani młody wiek pacyentów, ani rozmiary guza nie powinny, według autorów, same przez się stanowić przeciwskania do operacyi, którą zawsze wykonać należy na drodze przezotrzewnowej.

Co się tyczy patogenezy tych guzów, autorzy zgodnie z Bumm'em i Grawitz'em twierdzą, że guzy o mięszanym charakterze wyrastają z normalnej tkanki nerkowej. Klinicznie pierwszym objawem jest bez wyjątku zawsze obecność guza; krwiomocz jest tu rzadkiem zjawiskiem, zdarzył się w 16% obserwowanych przypadków.

Chory, o którym mówimy, leżał powtórnie w szpitalu w końcu Marca r. b. z powodu sprawy płucnej; już wtedy podejrzewaliśmy przerzut do miąższu płucnego. Utrwalił nas w tem przypuszczeniu dalszy przebieg choroby, kiedy w jamie brzusznej po pewnym czasie można było wyczuć liczne oddzielne guzy; w Lipcu chory zmarł wskutek wycieńczenia.

Korespondencye

W sprawie programu „Przeglądu felczerskiego."

Sprawa modus vivendi felczerów w naszem społeczeństwie była niejednokrotnie w „Czasopiśmie lekarskiem" poruszana, przyczem za program chwili bieżącej uznano takie, mniej więcej, po-

stawienie sprawy: ponieważ felczerzy istnieją, żyć ze swego zawodu chcą i muszą, więc tę pracę społeczeństwo dać im powinno; my zaś, lekarze, musimy dbać o to, by felczer znalazł godziwy zarobek w zakresie swego wykształcenia zawodowego.

Niestety, fachowy organ felczerów, „Przegląd felczerski,“ wcale innego jest zdania, jak to dalej zobaczymy.

Sprawę przekonań „Przeglądu“ dla tego na tem miejscu podnoszę, że w jednym z ostatnich numerów tego pisma znajdujemy następującą notatkę:

„ W № 5 „Czasopisma Lekarskiego“ w sprawozdaniu o czynnościach 4-ch ruchomych oddziałów okulistycznych, dr. I. Marczewski, zarządzający oddziałami, wyrażając podziękowanie swym pomocnikom, pisze: „Nie mniej cennym pomocnikiem, niezmordowanym, nigdy nie szemrzącym na nadmiar pracy, pedantycznie wypełniającym swe obowiązki i znającym je wybornie, był p. Jarmułowicz, starszy felczer szpitala ś-go Ducha, który mi towarzyszył na czterech oddziałach. Jest to wzorowy nie felczer już, lecz pomocnik lekarza, na którym zupełnie polegać można.“ Słowa te wypowiedziane przez jednego z poważniejszych okulistów naszych, są odpowiedzią dla tych niepowołunych krytyków naszych, którzy widzą w korporacyi felczerskiej same strony ujemne.“

Każdy nieuprzedzony czytelnik ze słów wydrukowanych w „Czasopiśmie lekarskiem“ wnioskować będzie, że: lekarze umieją ocenić sprawiedliwie i życzliwie „nawet“ felczera, jeśli swą pracą na to zasłuży.

„Przegląd“ widzi w tem cóś niezwykłego, cóś, co zasługuje na przedrukowanie i komentowanie, zapominając, że kol. Marczewski chwali pana Jarmułowicza za pracę nieprzekraczającą zakresu jego wiedzy; przekona się o tem każdy, kto przeczyta artykuł kolegi M., gdzie opisano, jakie czynności p. Jarmułowicz wykonywał.

Cóż jednak sądzi „Przegląd“ o roli felczera w lecznictwie?

Odpowiedź na to pytanie znajdziemy w № 10 „Przeglądu felczerskiego,“ w artykule naczelnym „Od Redakcyi,“ gdzie powiedziano co następuje:

„Z różnych stron dają się słyszeć głosy, iż felczer nie ma prawa, a przynajmniej nie powinien samodzielnie leczyć, iż może być on jedynie wykonawcą zleceń lekarza i że działalność samodzielna jego ma się ograniczać do pomocy doraźnej udzielanej w tych razach, gdzie natychmiastowa pomoc lekarza nie może mieć miejsca.

Doświadczenie i obserwacya życiowa wskazują nam, iż bądź co bądź w wielu razach felczer jest poprostu zmuszony do prowadzenia kuracyi na własną rękę, a to z bardzo wielu względów. Czasem w danej miejscowości niema lekarza wcale, czasem chory ze względów materyalnych wybiera felczera dla tego, że jest on „tańszy,“ niż doktór, a bywa i tak—w pojedyńczych przypadkach,—iż ma większe zaufanie do pierwszego, i gdyby ten nie podjął się leczenia, nie będzie prowadził kuracyi wcale, lub udaje się do znachora, owczarza i t. p. W podobnych razach nikt zdrowo myślący nie będzie rościł pretensyi do felczera i nie posądzi go o „odbieranie praktyki lekarzom.“ Mimo to wszystko, albo słuszniej powiedziawszy, z tej właśnie racyi, winniśmy całemi siłami starać się stanąć—w granicach możliwości—na wysokości zadania. Lecząc, winniśmy opierać się, na całokształcie wiedzy fachowej. t. j. medycyny. Położenie społeczne i stopień zamożności leczonego nie odgrywa tu żadnej roli: sumienność nakazuje sądzić, iż kuracya nieoświeconego kmiotka winna się opierać na gruntownej znajomości rzeczy zupełnie tak samo jak i kuracya człowieka zamożnego, zajmującego wysokie stanowisko na świecie.

Nie ufajmy zanadto doświadczeniu naszemu, zdobytemu szeregiem lat praktyki. Praktyka sama przez się nie stanowi jeszcze wszystkiego. Nie daje ona mo-

żności ani uogólniania faktów, ani krytycznego ich oceniania. Do tego potrzebna jest teorya. Ostatnią w mniej lub więcej szerokim zakresie zdobywamy na ławie szkolnej. Ktoś, dobrze myślący, powiedział, że uczelnia specyalna, a więc nawet wszechnica,—sama przez się jeszcze nie wytwarza specyalistów, lecz zaledwie daje możność dalszego kształcenia się. Pojmują to doskonale lekarze sami, i dla tego bardzo często, już po skończeniu uniwersytetu przed przystąpieniem do działalności samodzielnej, kształcą się w dalszym ciągu bądź przy szpitalach, bądź nawet słuchając kursów odpowiednich. Nie mówimy już o tem, że i później w życiu nieustannie uciekają się oni do pomocy książek i czasopism, by tą drogą iść z postępem wiedzy i możliwie ją uzupełniać.

Do tego samego obowiązku powinni się poczuwać i felczerzy, aby należycie spełniać swą rolę i nie narazać się na zarzuty przykre.

Szkoła felczerska ma zakres dość obszerny, obejmuje wszystkie przedmioty potrzebne do wyspecyalizowania się, lecz czyż uczniowi pozostaje w głowie to wszystko, czego został z katedry nauczony? Nigdzie uczący się nie zdoła opanować całości wykładanego kursu; sądzimy, że nasze stosunki nie stanowią wyjątku. Praktyka następna bez wątpienia daje nam doświadczenie i pewną rutynę w ocenianiu chorób i ich leczeniu. Ale to jeszcze nie wszystko: należy umieć krytykować swoją działalność, by oryentować się dobrze w każdym poszczególnym przypadku i wiedzieć, czego spodziewać się można od zalecanych środków. Nic łatwiejszego jak nauczyć się, że suchotnikowi daje się kreozot, a cierpiącemu na „wodną puchlinę,“ napastnicę i t. d. Jednak by pojąć, w jakim kierunku środki te działają, jaki mogą dać wynik i na ile są rzeczywiście potrzebne—na te pytania odpowiedź można dać dopiero przy głębszem z rozumieniu zmian patologicznych, wziętych dla przykładu stanów chorobowych oraz zasadniczego działania kreozotu i naparstnicy.“

Oto wyznanie wiary „Przeglądu,“ z którem się najzupełniej zgodzić niemożna.

Niezgodność naszych zapatrywań sięga podstaw: nie zgadzamy się nawet na porównywanie sposobu postępowania lekarza i felczera. Jest on tak zasadniczo, tak głęboko różnym, że tylko zewnętrznie, dla profana, ma podobne cechy; w swej istocie—jest przecież niezmiernie różny.

A to dla tej kardynalnej przyczyny, że felczer ma o wiele mniejsze od lekarza wykształcenie ogólne i nieskończenie mniejsze wykształcenie zawodowe.

Wykształcenie ogólne daje lekarzowi przewagę nie dla tego, że on wie więcej, ale że umie myśleć szerzej, głębiej, systematyczniej i krytyczniej, ma szerszy światopogląd.

Wykształcenie fachowe daje znów umysłowi lekarza te same przymioty w zastosowaniu do wykonawstwa lekarskiego; znajomość fizyologii, histologii, anatomii patologicznej i fizyologicznej i innych nauk teoretycznych pozwala mu szerzej, głębiej i krytyczniej myśleć o każdym przypadku chorobowym, pozwala na szerokie objęcie przedmiotu.

I tylko umysł przygotowany przez wykształcenie ogólne zdolny jest do tej pracy myślowej, jakiej wymaga zawód lekarza.

Tych zasadniczych różnic w przygotowaniu elementarnem nie zastąpi ani doświadczenie życiowe, ani samokształcenie, a najmniej już—„szereg lat praktyki felcerskiej.“

Wystarcza uprzytomnić sobie poziom umysłowy młodzieży, przygotowującej się do zawodów lekarskiego i felczerskiego, poziom intelektualny studentów medycyny i uczniów szkoły felczerskiej, by to zrozumieć.

I źle czyni „Przegląd“ rozdmuchując fałszywe ambicye swych czytelników, którzy pożytecznymi i szanowanymi obywatelami kraju, jak w każdym zawodzie, stają się wtedy, kiedy uczciwie w zakresie swych praw i uzdolnień pracują.

Jak zaś niesłusznym jest program „Przeglądu“, postaram się w kilku słowach objaśnić.

„Sumienność nakazuje sądzić“—mówi „Przegląd“—iż kuracya nieoświeconego kmiotka winna się opierać na gruntownej znajomości rzeczy zupełnie tak samo, jak i kuracya człowieka zamożnego.“

Taki pogląd jest naszym poglądem; przytaczamy go zawsze w celu wykazania, że i nieoświecony kmiotek, który tak samo choruje, jak i mieszczanin, musi mieć zapewnioną racyonalną pomoc lekarską.

„Przegląd“ tem zdaniem chce przekonać swych czytelników o konieczności kształcenia się i doskonalenia w zawodzie. Ale zarazem tak się wyraża, jak gdyby „kmiotek“ korzystał obecnie z pomocy mniej wykształconego felczera, „człowiek zamożny“ z pomocy więcej wykształconego, ale znów: felczera!

Tak nie jest, więc cały ten ustęp jest parafrazą poglądów lekarskich, parafrazą nie na miejscu.

„Przegląd“ sądzi, że felczer ma niekiedy prawo do prowadzenia systematycznej kuracyi na własną rękę, do działalności samodzielnej, i przytacza następujące dowody.

1) W danej miejscowości nie ma lekarza wcale.

Ten pozornie słuszny argument przytaczają wszyscy nieprawnie leczący: księża, panienki ze dworu, baby wiejskie, owczarze.

Otóż, naszem zdaniem, lepiej, żeby chory „nie prowadził kuracyi wcale,“ aniżeli, by ją miał prowadzić pod opieką nieumiejętną.

Felczer powinien dać pomoc doraźną, bo to umie dobrze zrobić każdy inteligentny felczer; ponieważ w większości przypadków ta pomoc wystarcza do uzdrowienia chorego, więc w tych granicach wolno leczyć felczerowi tam, gdzie niema lekarza. Kuracyi systematycznej nie wolno mu nigdy podejmować (nawet przy typrze i syfilisie!), bo tego nie uczył się i nie umie.

Wszak „Przegląd“ sam jest zdania, że o działaniu leków (przytoczonych: kreozotu i naparstnicy) niemożna sądzić bez znajomości zmian patologicznych.

A cóż dopiero mówić o rozpoznaniu, o dyagnozie stawianej „bez znajomości zmian patologicznych!“

Niestety, tej znajomości nie można nabyć drogą samouctwa, przez dopełnianie swych wiadomości szkolnych; te wiadomości można jedynie nabywać w laboratoryach i klinikach i do tego pod warunkiem, że się jest do ich nabywania przygotowany przez znajomość nauk jeszcze bardziej podstawowych.

Kto bez tej znajomości zmian patologicznych leczy, ten szkodzi. To jest pewnik, którego nie obalą pojedyńcze wypadki nie zaszkodzenia, a nawet pomocy.

2) Chory ze względów materyalnych wybiera felczera, ponieważ jest on „tańszy.“

Jak widzieliśmy, „Przegląd“ uznaje, że niema oddzielnej medycyny dla ubogich, i oddzielnej dla zamożnych. A jednak ten drugi motyw, uprawniający samodzielne leczenie felczerów, wręcz przeczy zasadniczej tezie „Przeglądu.“ Właśnie wyzyskując ubóstwo pacyenta, pozwala „Przegląd“ na leczenie ludzi zamożnych przez lekarzy, a niezamożnych—przez felczera.

3) Pacyent ma większe zaufanie do felczerów, aniżeli do lekarzy.

Nie wątpię ani na chwilę, że „Przegląd“ zgodzi się ze mną na twierdzenie, iż lekarz jest lepiej przygotowany do podawania pomocy chorym, aniżeli felczer. To też. jeśli felczer korzysta z nieświadomości chorego, który o tem nie wie, wyzyskuje on ciemnotę chorego na swą korzyść, zamiast go pouczyć, do kogo właściwie powinien on się udać po racyonalną pomoc.

Więc—zdaniem naszem—żadna z trzech przytoczonych racyi nie usprawiedliwia felczera prowadzącego kuracyę „na własną rękę.“

Piękne i szlachetne usiłowania „Przeglądu,“ który chce pomódz felczerom, by „w granicach możliwości“ stanęli na „wysokości swego zadania,“ tem zostały spaczone, że fałszywie sobie określił tę „możliwość“ i opacznie zakreślił „zadania“ fachu felczerskiego.

Nadbudówki, które chce stawiać, zgoła nie odpowiadają fundamentom.

Nam się zdaje, że pozostając w granicach swego przygotowania i uzdolnienia, może się felczer całe życie uczyć; jeżeli „Przegląd“ będzie mu w tem pomocny, spełni swą rolę organu zawodowego w sposób pożyteczny dla swych czytelników i dla społeczeństwa *)

N. G.

---

*) W książce Riebriny „De Medicis Auxiliariis. O niższym personelu lekarskim. Wnioski o działalności punktów felczerskich w ziemstwach,“ wydanej w r.b., czytamy, że lepsze siły felczerskie wolą służyć przy lekarzach, aniżeli na samodzielnych punktach felczerskich, ponieważ czują swoją bezsilność zawodową wobec potrzeb ludności, powierzonej ich opiece. Wogóle zaś medycyna ziemska doszła do przekonania, że samodzielna (t. j. tylko od czasu do czasu przez lekarza kontrolowana) praktyka felczera stanowczo jest szkodliwa. (Wracz 1903 № 35).

XIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

(13--15 lipca, 1903 r.).

1. Prof. Klecki (Kraków): O fagocytozie. Ciałka białe, makro- czy mikrofagi, odznaczają się własnością hemotaktyczną, przyczem, przy zbliżaniu się do ciała, które nań działa przyciągająco, tworzą wypustki. Ciałko białe zbliża się i pochłania ciało obce; pochłanianie to przychodzi w ten sposób do skutku, że ciałko białe opływa swą protoplazmą ciało obce, przyczem pochłaniane ciało obce, np. bakterya, nie musi być umarłą. Oprócz ciał stałych mogą być pochłaniane także płyny, sole w rozczynach, atropina, toksyna tężcowa. Fagocytoza nie kończy się na pochłanianiu; po pochłonięciu zaczyna się działanie substancyi, zawartych w ciałkach białych, które to substancye działają na bakterye zabójczo. W dalszym ciągu poruszył prelegent kwestyę odporności sztucznej przejściowej i oporu, którego znaczenie jest bardzo ważne. Zapomocą surowicy drugiego zwierzęcia można zwierzę uodpornić; doświadczenia, robione w tym kierunku, wykazują, że nietylko zapomocą surowicy krwi drugiego zwierzęcia, ale także moczem, solą kuchenną, wstrzykniętą do jamy brzusznej, można zwierzę uodpornić do tego stopnia, że wytrzymuje pięć razy silniejszą dawkę, niż śmiertelna hodowla jakiejś bakteryi, a wytrzymałość ta trwa 4, nawet do 10 dni. W dalszym ciągu mówił prelegent o swoich doświadczeniach, mianowicie próbował sprowadzić choroby imitujące zakażenia i wstrzykiwał dla uodpornienia bulion, kał ze zwierząt. Na 29 doświadczeń w 14 nie było żadnego wyniku, a na pozostałych 15, w których utrafił dawkę hraniczną, w 12 był wynik dodatni; sześć z tych zniosły dawkę, śmiertelną, a sześć padło ze znacznem opóźnieniem. Prelegent wyrobił sobie przekonanie, że wzmożenie odporności wstrzyknięciem bulionu odbywa się nie przez wprowadzenie fagocytów (Miecznikow), lecz więcej przez fagolizę. Fagocytoza i fagoliza mają bardzo ważne znaczenie ochronne.

2. Hordyński (Kraków): Operacya doszczętna wolnych przekuplin pachwinowych. Już w istnieniu samej przepukliny leży wskazanie do zabiegu operacyjnego, wyjąwszy: 1) ludzi starych, schorzałych, 2) jeśli idzie o przepukliny wielkie, nie dające się od dłuższego czasu odprowadzić, lub 3) o przepukliny wielkie, istniejące od dłuższego czasu, których odprowadzenie wywołuje nadmierne napięcie ścian brusznych, a względnie utrudnienie oddechania. Co do wskazań operacyjnych u dzieci zdania są bardzo podzielone: jedni robią operacyę zawisłą od wielkości przepukliny, niemożności odprowadzenia, a co najważniejsze — od wieku dziecka i wychodzą z tego zapatrywania, że znaczna liczba przepuklin u dzieci może być wyleczoną przez noszenie paska; drudzy zaś (Coley, Fränkel) zajmują bardzo ra-

---

*) Podług sprawozdania Dr. B. Żmigroda, w „Przeglądzie Lekarskim".

dykalne stanowisko i sądzą, że im prędzej się operuje, tem lepiej, bo przez operacyę usuwa się raz na zawsze niebezpieczeństwo, wynikające z istnienia przepukliny, a nadto, że nie operując traci się najlepszy czas do operacyi.

Żaden ze sposobów operacyjnych nie cieszy się uznaniem wszystkich, niema więc sposobu, któryby uważać można za zabieg prawidłowy dla przepuklin pachwinowych. Jedne metody starają się o zamknięcie kanału pachwinowego zapomocą organicznej zatyczki z worka przepuklinowego (Mac Even, Bocker, Read, Davis); Bassini przywiązuje największą wagę do dokładnego zamknięcia kanału pachwinowego, bo gdy niema otworu, wtedy niema i możebności wystąpienia nawrotu: według Kochera obecność otworu nie wystarcza do powstawania nawrotów; potrzebną jest do tego podatność otrzewnej. która pod wpływem ciśnienia śródbrzusznego wypukla się i dlatego najważniejszą rzeczą jest usunięcie worka. Prelegent jest zwolennikiem na mocy swego doświadczenia metody Bassiniego, bo zdaniem jego—jest ona anatomicznie najlepiej ugruntowanym sposobem operacyjnym i każdy akt operacyi wykonywa się pod kontrolą wzroku, a nadto nie jest ona mozolną, ani niebezpieczną. Niedogodności, wynikające z metody Bassiniego, starają się różni autorowie usunąć (Phelps, Lauenstein, Weinlechner). Zarzuty, robione metodzie Kochera, są: 1) nie pracuje się pod kontrolą wzroku, 2) sposób ten może być zastosowany tylko przy powłokach brzusznych odpornych i mięsistych, a nadto 3) tworzy się w ścianach nowy otwór, usposabiający do nawrotów. Dalej omawia prelegent sposoby powstawania nawrotów i zaznacza, że autorowie podają różny czas co do uważania przepukliny za wyleczoną (Steiner 6 miesięcy, Heidenthaler dwa lata). Z nawrotów powstałych przy metodzie Bassiniego większa część jest tylko przepuklinami brzusznemi, które mogą powstać tutaj, jak po każdej laparotomii—w bliźnie. Chęć zaś usunięcia właściwych nawrotów po sposobie operacyjnym Bassiniego dała powód do módyfikacyi Postempskiego, Wölflera i Franka. Wadą sposobu Bassiniego jest wielki odsetek ropienia, które prelegent odnosi do niedokładności w wykonaniu sposobu operacyjnego, a w części także do konieczności pozostawienia szwów pogłębionych; pierwsze daje sią usunąć doświadczeniem, drugie aseptyką, lub zastąpieniem szwów pogłębionych,—szwami, dającymi się po zagojeniu rany usunąć. Do tego celu służy wiele sposobów: Duplay i Cazin, Gigli i Baroni, Feaure, Jonnes, Link, Gauthier, Minervi, Schoemaker; autor poleca gorąco sposób Linka na mocy swego doświadczenia. Liczby nawrotów różnią się znacznie u rozmaitych autorów (0·8%—33·0%), tak po sposobie Bassiniego, jak Kochera. Prelegent miał u siebie w szpitalu garnizonowym 153 przypadków; z tych operował 7 razy metodą Postempskiego, 30—Bassiniego, a 116 razy sposobem Bassiniego-Linka. Na 103 przypadków skontrolowanych powstały nawroty cztery razy (raz przy sposobie Pstemposkiego, dwa razy – Bassi-

niego-Linka). Odpowiadałoby to 3,88%; czas wzięty pod uwagę wynosił jeden rok. Ropienia w swych przypadkach miał prelegent 13%, a więc nieco więcej, niż liczba średnia, którą autorowie podają (4% – 23·5%). Nadto są jeszcze powikłania po operacyi: 1) zanik jądra (u prelegenta stwierdzony w dwóch przypadkach); 2) zapalenie płuc, które prelegent stwierdził w 11·5% swoich operowanych, mimo, że zważano bardzo na narkozę, unikano oziębienia chorego, nie uciskano bardzo brzucha, podawano środki wykrztuśne itd. Za przyczynę tego powikłania uważa prelegent, podobnie jak Gussenbauer, w przypadkach przepuklin uwięźniętych, zatory krwotoczne, które wytwarzają się w żyłach sieci, kiszek lub krezki i dostają się potem do płuc. Zejścia śmiertelnego w swych przypadkach prelegent nie miał żadnego. W końcu podaje prelegent do dyskusyi następujące pytania: 1) wskazania do operacyi doszczętnej u osesków i dzieci. 2) Któremu ze sposobów operacyjnych dać pierwszeństwo: Bassiniego, czy Kochera? 3) Od czego zawisłem jest wystąpienie zaniku jądra? 4) Jakim sposobem uniknąć wystąpienia zapalenia płuc?

(d. c. n.)

Towarzystwa Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie Płockie.

Posiedzenie nadzwyczajne dn. 31 Stycznia 1903 r.

Obecnych członków 10, zaproszonych gości (nie lekarzy) 46.

I) Sekretarz odczytał sprawozdanie roczne: Rok 1902 był 30-ym rokiem istnienia Pł. Tow. Lek. Na początku roku tego Towarzystwo liczyło 16 rzeczywistych członków. W ciągu roku sprawozdawczego zmarło 2 członków (były prezes Tow. Lek. Pł. dr. Perkahl i dr. Uściński), przybyło zaś 3 nowych członków (dr. Nehring, dr. Themerson i lek. wet. Zaniewski). Oprócz tego zaproszono na członków-korespondentów 17 kolegów z gub. Płockiej (kol. Rutkowski z Płońska, Zienkiewicz z Ciechanowa, Brudnicki z Bieżunia, Waśniewski z Przasnysza, Ossowski i Zaleski z Lipna, Korzybski i Bienkiewicz z Mławy, Wychowski z Soczewki, Wnorowski z Raciąża, Rajkowski z Ciechanowa, Kosmaciński z Drobina, Hirszfeld z Jednorożca, Olszewski z Dobrzejewic, Gajzler i Gumowski z Sierpca i Kamiński z Ciechanowa). Z końcem przeto roku ubiegłego Towarzystwo liczyło 17 członków rzeczywistych i 17 członków-korespondentów. Skład za-

rządu towarzystwa stanowili: prezes — kol. Zaleski, wiceprez. — kol. Kaszczenko (a od kwietnia—kol. Jurzyński), sekretarz — kol. Chmieliński, bibliotekarz—kol. Maciesza, skarbnik—p. Szymański.

Towarzystwo odbyło w roku sprawozdawczym 10 posiedzeń zwyczajnych, poświęconych sprawom naukowym, hygienicznym i administracyjnym, i 5 posiedzeń nadzwyczajnych, dotyczących administracyi i hygieny. Sprawozdania z posiedzeń były zamieszczane w „Czasopiśmie Lekarskiem," z jednego zaś nadzwyczajnego—w „Zdrowiu." Na posiedzeniach wygłaszano odczyty, opisywano ciekawe przypadki z praktyki prywatnej i szpitalnej, demonstrowano chorych i preparaty i rozstrzygano różne projekty, głównie tyczące się spraw hygienicznych i administracyjnych. Odczytów wygłoszono 9, demonstracyi chorych było 4, ważniejszych projektów wniesiono i rozstrzygnięto 11.

II) Bibliotekarz przedstawił stan biblioteki, a skarbnik stan kasy za rok 1902.

III) Przystąpiono do wyborów Zarządu; głosujących było 10: na prezesa 8 głosami został wybrany kol. Zaleski, na wiceprezesa 9 głosami—kol. Jurzyński, na sekretarza 7 głosami—kol. Nehring, na bibliotekarza 9 głosami — kol. Maciesza, na skarbnika 8 głosami — p. Szymański.

IV) Po dokonaniu wyborów otwarte zostało pierwsze posiedzenie sekcyi hygienicznej; prezes kol. Zalewski podziękował licznie zebranym zaproszonym gościom (46 osób) za udział w posiedzeniu i żywemi słowy zachęcał do wspólnej pracy w dążeniu do poprawienia zdrowotności m. Płocka; następnie odczytał „Program działalności sekcyi hygienicznej."

Wywiązała się długa dyskusya, w której wzięli udział prawie wszyscy obecni. Wynik obrad: utworzone zastały 3 komisye:

1) komisya ogólna, (złożona z 15 osób z pomiędzy członków sekcyi hygienicznej i członków rzeczywistych Towarzystwa)—do rozpatrywania ogólnego programu działalności sekcyi;

2) komisya specyalna (z 8 osób) — do opracowania sposobów usuwania nieczystości i ścieków;

3) komitet popularyzacyi hygieny (4 osoby).

Z powodu mającego się odbyć zjazdu hygienicznego w Warszawie w końcu kwietnia r. b. dla obrad nad stanem sanitarnym małych miast i wsi obraną została delegacya na ten zjazd od Płock Tow. Lekarskiego, składająca się z 5 członków Tow. Na zjeździe mają odczytać: kol. Zaleski: „Stan sanitarny Płocka," kol. Maciesza: „Sposoby szerzenia hygieny wśrod szerszego ogółu, kol. Themerson: „O wprowadzeniu obowiązkowych kąpieli do szkół początkowych."

Posiedzenie w d. 28 Lutego 1903 r. (zwyczajne)

Na posiedzeniu obecnych członków 12.

1) Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2) Załatwiono kilka spraw agministracyjnych.

3) Kol. Paperna odczytała pierwszą część swego odczytu: „Anatomia, fizyologia i hygiena kobiety."

Posiedzenie zwyczajne w dn. 31 Marca 1903 r. (zwyczajne).

Na posiedzeniu obecnych 9 członków.

1) Odczytano protokół.

2) Kol. Chmieliński zaprojektował wypracować i wydrukować popularne wydawnictwo: „O porodzie;“ mają to być najważniejsze informacye, jak należy prawidłowo prowadzić poród.

Kol. Ch. podjął się opracować wstępny szemat.

3) Uchwalono: koszta kupna nowych książek do biblioteki Towarzystwa rozkładać na członków—lekarzy.

4) Na wystawie hygienicznej, mającej się odbyć w Warszawie w końcu kwietnia r. b., Komitet popularyzacyi hygieny przy Pł. Tow. Lek. postanowił wystąpić z eksponatami w postaci zbioru wydawnictw popularnych w dziedzinie anatomii, fizyologii i hygieny w polskim i obcych językach. Sprawą tą zająć się ma przewodniczący komitetu, kol. Maciesza.

5) Kol. Zaleski odczytał: „O różnych postaciach zapaleń gardzieli, rozpoznawaniu ich i leczeniu.“ Dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

6) Kol. Biesiekierski: a) demonstrował kamień wagi 7—8 gramów, wyjęty z pęcherza chłopca 8-io letniego za pomocą sectio alta; b). opowiedział z praktyki prywatnej przypadek bronchitidis pseudomembranaceae, przyczem demonstrował parę okazów błon (zachowanych w formalinie) w postaci całych gałęzi oskrzelowych, które wykrztusił chory.

Posiedzenie w d. 9 Maja 1903 r. (zwyczajne).

Obecnych członków 8, jeden gość.

1) Sprawy bieżące.

2) Kol. Chmieliński odczytał wypadek z praktyki prywatnej: „Conglutinatio orificii externi uteri in partu.“ W pierwszych dniach stycznia r. b. wezwany zostałem przez kol. Z. do rodzącej pierwiastki pani H. Chora lat 2o, dobrze zbudowana, od roku zamężna, zawsze była zdrową, miesiączkowała prawidłowo, bez bólów, ostatnią regularność miała w kwietniu r. zeszłego. Bóle porodowe trwają już około 15 godzin, brzuch powiększony, formy podłużnie jajowatej, dno macicy na 3 palce poniżej wyrostka mieczykowatego, bicie serca płodu wyraźnie z lewej strony brzucha poniżej pępka, drobne części płodu wyczuwa się w prawej stronie dna macicy. Przy wewnętrznem badaniu przedewszystkiem zwraca naszą uwagę nadzwyczajna suchość błony śluzowej pochwy, brak zwykłej wilgoci, przytem pochwa bardzo płytka, palec z łatwością okrąża sklepienia ztyłu, z przodu i z boków. Dolny odcinek macicy rozciągnięty i wypełniony dokładnie główką, dość nisko opuszczoną w próżnię miednicy, ściana jego jest tak cienka, że przez nią można odróżnić szew strzałkowy, przebiegający w kierunku ukośnego pierwszego wymiaru wejścia miednicy. Pomimo ścisłego badania na całym obszarze dolnego odcinka macicy nie można było znaleźć otworu ust macicznych,

a nawet trudno było określić, gdzie ujście znajdować się powinno; wprawdzie w jednem miejscu, prawie w środku, można było zauważyć niewielkie zgrubienie w postaci brodawki z niewielkiem zagłębieniem. Pragnąc dopomódz sobie zmysłem wzroku, wprowadziliśmy wziernik, wszakże oprócz nieco odmiennego zabarwienia w miejscu zgrubienia i jakby niewielkiej fałdy w tem miejscu, nic nie znaleźliśmy. Mieliśmy więc do czynienia z porodem czasowym, z położeniem czaszkowem; jedyną nieprawidłowością i przeszkodą było zarośnięcie czy też zlepienie otworu ust macicznych. Silne kurczenie macicy, napierające główkę na ścieńczony odcinek macicy, budziło wnas obawę rozdarcia dolnego odcinka, przekraczającego granice sklepienia pochwowego, i dlatego postanowiliśmy utworzyć otwór w macicy. Po założeniu wziernika w miejscu zgrubienia udało się cienkim zgłębnikiem przejść do jamy macicy, następnie grubszym rozszerzyło się otwór tak, że można było już włożyć kulociąg i tym rozszerzyć lepiej; w tym też celu został przerwany pęcherz płodowy, skąd wypłynęło z pół szklanki płynu. Chcieliśmy dalej zachować się biernie, pozostawiając poród siłom natury, jednakże gdy po dwugodzinnem wyczekiwaniu znaleźliśmy otwór prawie bez zmiany, postanowiliśmy rozszerzyć go przy pomocy rozszerzadła Pozziego. Przy pomocy tego przyrządu w ciągu kilku minut otrzymaliśmy takie otwarcie, że mogliśmy już założyć kleszcze; jednakże pomimo forsownej trakcyi nie udało nam się wyprowadzić główki. Wobec bardzo wyraźnego bicia serca płodu zdecydowaliśmy się jeszcze poczekać z rozwiązaniem kilka godzin. Po 5 godzinach, jakkolkwiek bólów chora prawie nie miała, i otwór pozostał bez zmiany, przy ponownem założeniu kleszczy w uśpieniu chloroformowem udało nam się poród szczęśliwie zakończyć. Dziecko płci żeńskiej, wagi około 11 funtów; miejsce samo odeszło, krwotoku nie było. Połóg przeszedł prawidłowo.

W 6 tygodni po porodzie przy badaniu chorej znalazłem zupełny brak części pochwowej macicy, bardzo płytką pochwę, a otwór, prowadzący do macicy, przedstawiał się w kształcie szpary poprzecznej wielkości gęsiego pióra.

Nad przyczynami zamknięcia ujścia macicznego, jako zboczenia podczas porodu, zastanawiać się nie będę, w danym jednak przypadku przyczyną był brak części pochwowej i zrośnięcie osłon płodowych z błoną śluzową macicy. (Autoreferat).

3) Obrano komitet wystawy szpitalnictwa, mającej się odbyć w roku 1905: prezes—kol. Zaleski, gospodarz wystawy — kol. Maciesza, sekretarz komitetu — kol. Themerson; członkowie: kol. Kunig, kol. Chmieliński, redaktor Grabowski, ksiądz Szelążek, inżynier Czechowski.

Posiedzenie w d. 30 Czerwca 1903 r. (zwyczajne)

Obecnych członków 11.

1) Sprawy bieżące:

a) Zanotowano w ostatnim miesiącu kilkanaście przypadków szkarlatyny w Płocku i jego okolicach.

b) Postanowiono wystosować do odnośnej władzy memoryał, traktujący o potrzebie zbudowania w Płocku kamery dezynfekcyjnej; koszta poniosły by szpitale cywilne i wojskowe.

3) Zadecydowano zwrócić się z prośbą do Urzędu lekarskiego o utworzenie oddziałów dla chorych zakaźnych przy szpitalu Ś-tej Trójcy i Żydowskim w Płocku.

d) Postanowiono rozsełać członkom—protektorom towarzystwa do czytania „Zdrowie."

2) Kol. Themerson odczytał: „Przyczynek do leczenia hysteryi za pomocą hypnotyzmu." Kol. Th. przedstawił krótką historyę powstania i rozwoju hypnotyzmu, zastosowanie go w chorobach nerwowych, oraz opisał kilka przypadków z własnej praktyki, wyleczonych tą metodą.

Sekretarz Tow. Nehring.

Towarzystwo lekarskie Radomskie.

Posiedzenie 2 Maja 1903 r.

Przewodniczący Kol. J. Majkowski. Obecnych 37 Członków.

I). Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II). Kol. H. Dobrzycki nadesłał w darze do biblioteki Towarzystwa 13 swoich dzieł i broszur.

III). Kol. Żerański odczytał rzecz p. t. „Kilka słów o właściwym kierunku pracy Towarzystwa Lekarskiego w Radomiu."

„Praca powinna być prowadzona w 2-ch kierunkach: 1-o. Praca dla uświadomienia społeczeństwa o tem wszystkiem, co się tycze choroby i jej leczenia i 2-o. Odczyty zaś tylko te, które stanowią pracę oryginalną mogą być dopuszczane do odczytywania. Co do 1-o proponuje prelegent wydawanie swoim kosztem i rozprzestrzenianie darmo wśród ogółu wiadomości o chorobie, o środkach jej unikania, powstawania, rozprzestrzenianie i t. d., jednocześnie prostowanie błędnych pojęć o chorobie i jej przyczynach i t. d. Co do 2-go punktu — to wszelkie odczyty, stanowiące kompilacye, poprostu wypisy z książek uczonych v. pseudo-uczonych zagranicznych, nie powinny nigdy zajmować czasu—jako zupełnie zbyteczne, a tylko te prace, które oświetlone są własnemi spostrzeżeniami—własne badania i doświadczenia mają racyę bytu. Dla opracowywania rzeczy mogących przynieść pożytek społeczeństwu proponuje prelegent łączenie się w grupy dla obrobienia danego tematu, po obrobieniu zaś i przedyskutowaniu na posiedzeniu, Towarzystwo Lekarskie daje swoją firmę, pod którą wydaje się broszurę. (Autoreferat).

W dyskusyi przyjmowali udział: Majkowski, Fidler, Marks, Papiewski, Pełczyński i Żerański.

IV. Kol. A. Szczepaniak odczytał rzecz p. t. „Wiąd rdzenia w świetle najnowszych pojęć anatomicznych i spostrzezeń klinicznych." (Rzecz nie nadaje się do streszczenia).

Prezes J. Majkowski, Sekretarz W. Cennére.

Towarzystwo Lekarskie Mińskie.

Posiedzenie z d. 29 Stycznia r. 1903.

1. Obradowano nad sprawą zwołania Zjazdu lekarzy Gubernii Mińskiej.

2. Kol. Sack demonstrował chorą z przypuszczalnem Glioma lobi frontalis dextri.

3. Kol. Sack odczytał referat o przypadku śmierci po zażyciu Trionalu (po 1 grm., codziennie przez 3 dni); przypadek obserwowany był przez prof. Thoma i Ponficka; wobec powyższego referent ostrzega kolegów przed codziennem stosowaniem trionalu i zaleca pilne badanie moczu na haematoporfirynę. Oprócz tego kol. Sack opowiedział o własnym przypadku zatrucia Duboisiną po zastrzyknięciu 0,0005.

4. Obecny na posiedzeniu gość kol. Ciechanowicz w barwnych wyrazach opowiedział o stanie pomocy lekarskiej w Ziemi Wojska Dońskiego.

Posiedzenie z d. 12 Marca r. 1903.

1. Inspektor lekarski Dr. Pietrow podał do wiadomości zebrania, że Biuro Lekarsko-statystyczne zostało przez miasto zamknięte dla braku środków; wobec tego wszystkie wiadomości o chorobach zakaźnych od dnia dzisiejszego należy kierowywać do Urzędu lekarskiego; informacye te powinny być przesyłane na kartkach, przez Urząd wypracowanych.

Kol. Kamiński, przeglądając owe kartki, robi uwagę, że pomiędzy chorobami zakaźnemi nie jest wyszczególniona Blennorrhoea neonatorum, choroba niezmiernie w Mińsku rozpowszechniona i zasługująca na energiczną walkę.

2. Kol. Sack opowiedział o swym przypadku Gliosis cervicalis unilateralis i demonstrował chorą.

3. Magister farmacyi A. Kowarski wygłosił odczyt o „Pasteuryzacyi mleka“ i demonstrował aparat Hippiusa. Na zasadzie własnych badań prelegent uważa, że strawność mleka pod wpływem pasteuryzacyi przewyższa strawność mleka sterylizowanego i że na równi z ostatniem jest wolne od szkodliwych drobnoustrojów. Zdaniem prelegenta mleko pasteuryzowane zasługuje ze wszech miar na szersze rozpowszechnienie.

W dyskusyi zabierali głos kol. Janowski i Offenberg, wskazując na pewne braki pasteuryzacyi.

Posiedzenie z d. 2 Kwietnia r. 1903.

1. Kol. A. Kowarski odczytał sprawozdanie z działalności swej pracowni chemiczno-bakteryologicznej.

2. Kol. Eisenstadt odczytał rzecz p. t. „Siedm laparotomii z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego.“ Prelegent daje praktyczne wskazówki do orientowania się, kie-

dy należy niezwłocznie przystąpić do operacyi; tą chwilą jest zmiana ogólnego wyglądu chorego i słaby puls.

W dyskusyi brali udział kol. Lunc, Sołomonoff, Janowski; ostatni podnosił słuszność uwagi prelegenta, że chorego na appendicitis lekarz powinien odwiedzać minimum dwa razy na dzień, by nie opuścić chwili stosownej do zabiegu operacyjnego.

Posiedzenie z d. 25 Czerwca r. 1903.

1. Wysłuchano odczytu kol. Obiezierskiego: „O rozszerzaniu macicy za pomocą dilatatora Bossi'ego.“ Przyrząd był zastosowany przez prelegenta w 2 przypadkach z dobrym skutkiem. O nowym przyrządzie kol. Obiezierski jest tego zdania, co i prof. Leopold, że dla akuszeryi ma on znaczenie nie mniejsze od kleszczy akuszeryjnych.

W dyskusyi większość kolegów (Fiedorowicz, Janowski, Maszkillejson, Szabad) wypowiedziało się przeciwko metodzie Bossi'ego, uważając przyrząd za brutalny i niebezpieczny. Kol. Janowski usprawiedliwia użycie przyrządu tylko przy eklampsyi, gdy chodzi o szybkie rozszerzenie macicy i sprowadzenie porodu.

2. Kol. Szabad opowiedział o przypadku trójniaczków w praktyce.

3. Kol. Lipmanoff przytoczył przypadek Appendicitis, który był uważany przez chirurgów za beznadziejny ze względu na zły puls, ogólny stan chorego i rozlane stłumienie w brzuchu; nazajutrz jednak spostrzeżono, że nagłe pogorszenie wywołane zostało przez zatrzymanie moczu; po opróżnieniu pęcherza tętno i ogólny stan chorego wnet się poprawił i chory wyzdrowiał.

4. Kol. Janowski opisał: 1) sześć obserwowanych przez siebie przypadków ciąży zamacicznej; 2) przypadek usunięcia włókniaka, uciskającego n. ischiadicus i sprowadzającego ischias.

5. Rozdany został członkom „Rocznik Mińskiego Tow. Lek.,“ zawierający sprawozdania sekretarza, skarbnika, bibliotekarza, komisyi odczytów popularnych, następnie protokóły posiedzeń i prace naukowe członków, wygłoszone podczas posiedzeń w ubiegłym 1901/2 roku.

Jan Offenberg.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 22 Kwietnia 1903 r.

I). Kol. Goldman przedstawił pięcioletnie dziecko, któremu wyciął mięsaka nerki (drukow. w „Czas. Lek.“).

II). Kol. Koliński, O leczeniu operacyjnem całkowitego podwinięcia powieki górnej (drukow. w „Czas. Lek.“).

III). Kol. Bernard przedstawił przyp. wątroby wędrującej.

W dyskusyi wzięli udział kol. Rundo i M. Cohn.

IV). M. Cohn demonstruje preparat promienicy wyrostka robaczkowego.

V). Kol. A. Landau demonstruje preparat bact. botulini w przypadku zatrucia 5 członków rodziny po spożyciu wątroby zepsutej (Drukow. w Cz. Lek. № 6 z r. 1903).

VI). P. Frommer z Berlina demonstrował: a) przyrząd własnego pomysłu do rozszerzenia ujścia macicznego podczas porodu i b) igłę do zeszywania przetok pęcherzowo-pochwowych.

W dyskusyi wzięli udział kol. Jasiński, M. Cohn, Sonnenberg i Birencweig.

Posiedzenie z d. 6 Maja 1903 r.

I). Kol. M. Bełżyński przedstawił 13-letniego chłopca po osteoplastycznej rezekcyi stopy, czyli t. zw. operacyi Włodzimirowa-Mikulicza, dokonanej z powodu gruźliczego zajęcia dolnej części obu kości goleni, stawu skokogoleniowego i prawie wszystkich kości stępu. Chory od trzech miesięcy nie chodził, a na bocznych powierzchniach chorej stopy, znacznie powiększonej i b. bolesnej przy ruchach czynnych i biernych, znajdowało się 7 przetok, przez które dochodziło się do obnażonej i rozmiękczonej kości. Pomimo znacznych zmian chorobowych operacya dokonana typowym sposobem dała wynik bardzo dodatni. Obecnie—już po upływie 3-ch miesięcy od czasu zabiegu—nastąpiło zupełne zespolenie powierzchni przepiłowanych kości (kości goleni i kości klinkowate wraz z sześcianowatą); chory chodzi zupełnie dobrze i bez zbytniego zmęczenia—w odpowiedniej skórzanej pochwie, na którą nakłada zwykłe obuwie; przytem przeniesienie punktu oparcia na przednie powierzchnie główek kości śródstopowych i na palce ustawione w położeniu nadmiernego rozgięcia nie sprawia dolegliwości.

II). Kol. Perlis przedstawił: a) Przypadek favus universalis. 12-letni chłopiec z favus capillitii od sześciu miesięcy. Przed 4-ma miesiącami typowe „scutula“ zaczęły pojawiać się w różnych okolicach tułowia i na kończynach, nader szybko zajmując wciąż nowe okolice skóry. Obecnie za wyjątkiem twarzy, dłoni i stóp „scutula“ pokrywają gęsto całą powierzchnię skóry, najwięcej zaś zajętą jest okolica pleców, ramiona i pośladki. Paznogcie są wolne. Badanie mikroskopowe (preparat) wykazuje swoiste nici achoroin. b) 14-dniowe dziecko płci męzkiej z gangraena penis estrangulatione. Przed 3-ma dniami, t. j. 11 dnia po urodzeniu kol. Perlis, wezwany z powodu utrudnionego oddawania moczu, znalazł co następuje: cała pars pendula prącia czarna, sucha, zmumifikowana. Po akcie obrzezania t. z. operator, w obawie przed możliwością krwawienia następczego, zacisnął prącie po za miejscem rany długą wązką taśmą, okręciwszy ją mocno kilka razy; obecnie (14 dnia) pars pendula już nie egzystuje. Pod spojeniem łonowem (demonstracya) widoczne jest drobne ziarninujące owrzodzenie, z pośródka którego z maleńkiego otworka mocz wypływa kroplami.

III). Kol. A. Landau przeczytał rzecz p. t. Drożdże jako środek leczniczy.

W dyskusyi wzięli udział kol. Sterling i Birencweig.

IV. Kol. J. Saks przytoczył przypadek z praktyki akuszeryjnej. D. 21/4 przybyła na odział prelegenta 38-letnia głuchoniema, pierwiastka, z nader silnymi bólami porodowymi. Akuszerka przy próbie badania przez pochwę napotkała przeszkodę, wskutek czego przypuszczała zarośnięcie pochwy. Kol. S. znalazł chorą silnie jęczącą, z drobnem tętnem, siną. Badanie zewnętrzne wykazało położenie czaszkowe; tętna płodu nie udaje się wysłuchać. Przy badaniu przez pochwę kol. S. znalazł twardy guz, zamykający prawie całe światło pochwy, idący w kierunku jamy brzusznej i uciskający też odbytnicę. Szyjka maciczna ledwo dosięgalna, części przodującej płodu nie można dosięgnąć. Rozpoznano torbiel jajnika, zepchniętą skurczami macicy i zamykającą światło pochwy. Z powodu choroby prelegenta operacyi dokonał kol. Goldman, który po uskutecznieniu cięcia brzusznego wydobył macicę nazewnątrz, następnie wszedł do jamy Douglosa i ku zdumieniu swemu wydostał nadmiernie rozdętą kiszkę, skręconą około krzywicy esowatej. Odkręcenie kiszki, której zabarwienie było bardzo zmienione. Za pomocą cięcia cesarskiego, wykonanego ze względu na niemożność szybkiego ukończenia porodu w inny sposób, wyjęto płód męzki dojrzały z objawawami rigiditatis cadaverosae i usunięto łożysko, poczem zaszyto macicę, a następnie powłoki brzuszne. Chociaż kilka razy wlano podskórne fizyologiczny roztwór soli kuchennej, chora po kilku godzinach zmarła. Z wywiadów należy zaznaczyć, że chora w przeddzień porodu zajmowała się w gospodarstwie, a nad ranem dostała bólu w brzuchu, przyczem jeden raz wymiotowała.

Prelegent w literaturze dostępnej mu nie znalazł przypadku podobnego do wyżej opisanego.

Posiedzenie z d. 20 Maja 1903 r.

I). Kol. Podciechowski (z Sieradza) pokazał łatwo przenośny przyrząd, za pomocą którego z każdego stołu łatwo można urządzić stół operacyjny. (Druk. w Cz. Lek. № 6 r. 1903).

KRONIKA

62. Jak wiadomo, gminy obowiązane są do pokrycia opłat szpitalnych za członków swoich, o ile ci nie są w stanie sami płacić za leczenie się w szpitalach ogólnych. W ostatnich czasach niektóre gminy odmówiły zapłaty, zwłaszcza, jeżeli przyszło płacić większą sumę 200 do 500 rb., tłómacząc się tem, że chorzy przyjęci byli do szpitala bez poprzedniego porozumienia

się z gminą, która sama troszczy się o swoich członków,—dalej, że chorzy zadługo przebywali w szpitalu, że należało ich wypisać i oddać pod opiekę gminy. Ponieważ w prawie niema wzmianki o tem, jakoby należało odwoływać się do gminy przed przyjęciem chorego do szpitala, niemniej i czas przebywania chorego w szpitalu nie jest ograniczony żadnym terminem, więc dla uniknięcia nieporozumień i uciążliwej korespondencyi w tym przedmiocie zaprojektowano wydanie ściślejszych przepisów, któreby zabezpieczały interesy zarówno Rady dobroczynności publicznej jak i gmin, zmuszonych nieraz płacić znaczne sumy za leczenie osób, które zgoła w danej gminie nie mieszkają. („Kur. Codz.).

63. Kolega W. Męczkowski przedsięwziął niezmiernie ważną pracę: ułożenia monografii wszystkich szpitali w Królestwie.

Powodzenie tej sprawy zależy przedewszystkiem od kolegów-ordynatorów szpitalnych, którzy mu dostarczyć muszą szczegółowego opisu każdego ze szpitali.

Należy się spodziewać, że nikt z ordynatorów tej pomocy mu nie odmówi; byłoby to świadectwo bardzo nizkiego stopnia naszej kulturalności, gdyby z powodu braku poparcia nie doszła do skutku rozpoczęta praca.

Że zebrany materyał umiejętnie będzie użyty, wątpić niewolno, ponieważ dotychczasowa działalność kolegi Męczkowskiego daje zupełną w tym względzie rękojmię.

Przypominając kolegom-ordynatorom szpitalnym o tym ich obowiązku społeczno-lekarskim, od siebie polecamy gorąco ich poczuciu obywatelskiemu ten współudział w pracy pierwszorzędnego znaczenia.

64. Z powodu reklamy Dra Bindera. W reklamie, jaką o swym zakładzie leczniczym Dr. Binder z Meranu rozesłał do swych pacyentów, znajdujemy taki ustęp:

„Zasadą zakładu jest bez wyjątku chorych, na choroby zakaźne cierpiących, nieprzyjmować. Do chorób zakaźnych zaliczamy także gruźlicę płuc. Ponieważ w Meranie od lat kilku już istnieje pensyonat polski, tem chętniej gruźliczych przyjmujący, iż sama właścicielka pensyonatu na chorobę tę cierpi, przeto prosimy i t. d.“

Każdego czytującego pisma polskie raziły już oddawna ogłoszenia Dra Bindera, starające się zdyskredytować „pensyonat polski“ w Meranie.

Nie znamy stosunków, niechcemy sądzić, po czyjej stronie jest słuszność. W każdym razie wnosić mogliśmy z treści ogłoszeń, że bardzo wielka być musiała złość Dra Bindera do właścicielki tego pensyonatu.

To jednak, co przez wyżej przytoczony ustęp reklamy uczynił Dr. Binder, jest już postępkiem wysoce nieetycznym, zasługującym na epitet, który ze względu na łamy naszego pisma tylko domyślać się pozwalamy czytelnikowi.

Wszak w celach konkurencyjnych niezawahał się ogłosić całemu światu o chorobie zakaźnej właścicielki zakładu, która nigdzie nie ogłaszała, że przyjmuje wyiącznie chorych na suchoty.

Jakiem prawem może człowiek, a do tego lekarz (sic!), ogłaszać wiadomości o cudzej chorobie?

Któż to jest ten lekarz, wyzyskujący cudze nieszczęście, chorobę, w celu zdyskredytowania cudzego, a zalecania własnego „interesu?“

Od Towarzystwa Opieki nad nerwowymi i umysłowo chorymi.

Do Szanownej Redakcyi „Czasopisma Lekarskiego.“

Zarząd Tow. ma zaszczyt prosić o łaskawe zamieszczenie w swem poczytnem piśmie niżej podanej odezwy.

„Warszawskie Tow. opieki nad nerwowymi i umysłowo chorymi w myśl postanowienia Zarządu zd. 24 Sierpnia r. b. zawiadamia, że wakuje miejsce lekarza zakładowego w schronisku w Drewnicy. Warunki 600 rubli pensyi rocznej, całkowite utrzymanie obok wolnego mieszkania przy schronisku. Kandydaci zechcą składać swoje podania do d. 15 Września r. b. w kancelaryi Tow. Widok 8 m. 3.“

W nadziei, że Szanowna Redakcya nie odmówi naszej prośbie, piszemy się z poważaniem.

Prezes Towarzystwa Libicki.

Członek zarządu, Zarządzający Schroniskiem K. Rychliński.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 13 Сентября 1903. г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.