

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 17.

Warszawa d. 29 kwietnia 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką | rocznie . . . rb. 8 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową | półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. — Zastosowanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu suchot płucnych, podał D-r Tadeusz Borzęcki. O wewnątrzpęcherzowej metodzie operowania guzów pęcherza, przez D-ra Aleksandra Fryszmana (Dokończenie). Niedomoga gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. „Niedostateczność wielogruczołowa“. — „Insuffisance pluriglandulaire“ (Claude i Gougerot), podał Stanisław Pechkranc. (C. d.). — STRESZCZENIA. — *Medycyna wewnętrzna*. 75. Grandauer K. O hamującym działaniu psychy na wydzielanie żołądka ludzkiego i o znaczeniu tego działania dla zużytkowania rozpoznanczego śniadania próbnego. 76. Gross M. O bezpośrednim przemywaniu dwunastnicy. 77. Guisez. Kak przetyku. 78. Jacobsohn i Rewald. Odżywianie przez odbytnicę za pomocą lawatyw stałych roztworami cukru, wyskoku i kwasami aminowymi (ereptonem). *Chirurgia* 79. Körte. Przyczynek do leczenia prawdziwych i rzekomych torbieli trzustki. 80. Bircher. O leczeniu żylaków i wrzodu goleni. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — ODCINEK. — W sprawie stosunku chorego lekarza i jego rodziny do lekarza ordynującego, przez J. Zawadzkiego. (Dokończenie). — BIBLIOGRAFIA WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału I szpitala Ś-go Ducha w Warszawie (Ordynator d-r A. Sokołowski).

Zastosowanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu suchot płucnych¹⁾.

Podał

D-r Tadeusz Borzęcki.

Zasługę zastosowania sztucznej odmy piersiowej do leczenia suchot płucnych przy-

¹⁾ Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego 7 marca 1911 r.

isać należy prof. Carlo FORLANINIEMU z Pawii, W 1882 r. FORLANINI wyraził przekonanie, że, jeśli dotknięte gruźlicą płuco postawić w warunkach bezwzględnej spokoju, to sprawa gruźlicza przestanie w niem się szerzyć a zmiany chorobowe mogą nawet uleść zabliznieniu. W tym celu proponował wywoływać ucisk płuca chorego przez wytworzenie sztucznej odmy piersiowej. Na propozycję FORLANINIEGO nie zwrócono na razie uwagi w świecie lekarskim; sam nawet autor urzeczywistnił myśl swą dopiero w 1892 r. Za to,

kiedy w 1894 r. na zjeździe międzynarodowym w Rzymie FORLANINI zapoznał zebranych z dobrymi wynikami swej metody w kilku przypadkach ciężkiej jednostronnej gruźlicy płuc, a zwłaszcza, kiedy w roku następnym na VI zjeździe internistów włoskich przedstawił swój pierwszy przypadek gruźlicy płuc z obszerną jamą w szczycie, wyleczonej za pomocą sztucznej odmy piersiowej,—powstało żywe zainteresowanie się tym nowym zabiegiem leczniczym. Od tego czasu aż do chwili obecnej FORLANINI stosuje swój zabieg w przypadkach odpowiednich, rozszerzając na mocy doświadczenia wieloletniego szerep z początku wskazania; metoda ta stała się w jego klinice rękoźcynem zwykłym, jak się o tem osobiście w roku zeszłym mogłem przekonać.

W 1898 r. chirurg amerykański MURPHY, a w 1899 r. LEMKE z Chicago ogłosili wyniki pomyslnie, jakie otrzymali po zastosowaniu sztucznej odmy w suchotach płucnych. W Niemczech gorliwym zwolennikiem tej metody jest od roku 1906 BRAUER, który pod wpływem udatnych prób MURPHYEGO począł sam i wspólnie z L. SPENGLEREM stosować zabieg powyższy w przypadkach jednostronnej ciężkiej gruźlicy płuc. W tym samym mniej więcej czasie we wszystkich prawie krajach szereg autorów zaczyna się zajmować tą sprawą (w Danii i Norwegii—SAUGMAN z sanatorium Veilefiord, WÜRTZEN, KJER-PETERSEN, MJOEN, THUE; w Niemczech—A. SCHMIDT, LEXER, MURALT, SCHREIBER, WELLMANN, EPPENSTEIN, NEBEL i in.; w Austrii—BAER i KRAUS, FRANK i JAGIĆ z kliniki NOORDENA, BRESCIANI z Arco; we Francji—DUMAREST, CLAISSE, KUSS, BALWAY i ARCELIN; we Włoszech—FONTANA, Da GRADI, PISANI, CARPI i in.), a więc piśmiennictwo, dotyczące tego przedmiotu, jest już dzisiaj dość obszerne.

Podstawy teoretyczne swej metody FORLANINI ujął w następujące trzy zdania:

1) Sztucznie wytworzona odma piersiowa wtedy jedynie powstrzyma rozwój sprawy gruźliczej w płucu, kiedy objętość gazu i wywierane przezeń ciśnienie będzie dostateczne do zupełnego unieruchomienia płuca gruźliczego.

2) Unieruchomienie to musi być bezwzględnie całkowite i trwać bez przerwy, w przeciwnym bowiem razie nastąpi zmniejszenie zdolności ruchowej (*motilità*) płuca, sprzyjające postępowi choroby.

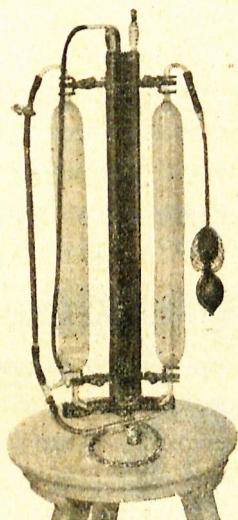
3) Jednocześnie odma piersiowa może wywierać wpływ dodatni na drugie płuco, o ile w niem są zmiany, dzięki wzmożonej zastępczo zdolności ruchowej tego płuca.

Teoretyczne rozumowanie FORLANINIEGO znalazło oparcie w nielicznych wprawdzie spostrzeżeniach klinicznych, w których tak groźne powikłanie suchot, jak odma samostna lub wysięki opłucny, wbrew oczekiwaniom lekarzy, wywierały wpływ dobroczynny na przebieg choroby.

Dla wytworzenia sztucznej odmy piersiowej FORLANINI z początku wprowadzał do opłucny powietrze wyjałowione; okazało się jednak, że tlen oraz mieszanina tlenu z azotem nadzwyczaj szybko wchłania się przez opłucną i nie może przeto wywrzeć pożądanego ucisku na płuco; natomiast sam azot wchłania się o wiele trudniej. Z tego więc względu obecnie wszyscy zwolennicy metody używają do zastrzyknięć azotu chemicznie czystego.

Przyrządy, używane przez rozmaitych autorów do wykonania zabiegu, mało się wzajemnie różnią. Przyrząd, którym się posługuję, jest modyfikacją (pomysłu SAUGMANA) pierwotnego przyrządu FORLANINIEGO. Składa się z dwóch szklanych zbiorników, pojemności po 500 ctm. sz., połączonych u dołu rur-

ką gumową. Lewy zbiornik zawiera azot i jest podzielony na działki 10-centymetrowe; zbiornik ten łączy się z filtrem powietrznym, ten zaś z rurką szklaną w kształcie litery T, od której jedna rurka gumowa prowadzi do igły, druga zaś do manometru wodnego.



W zbiorniku prawym, połączonym z balonem gumowym, znajduje się roztwór 1‰ sublimatu, który swym własnym ciężarem lub przy pomocy balonu może być przepchnięty do lewego zbiornika, jednocześnie wytłaczając z niego azot w ilościach, dających się ściśle oznaczyć. Manometr wskazuje ciśnienie w igle, względnie w jamie opłucny, wahania oddechowe oraz ciśnienie, pod jakim azot wchodzi do opłucny. SAUGMAN włączył jeszcze manometr rtęciowy dla ciśnień wyższych; ponieważ w dotychczasowych doświadczeniach moich manometr podobny okazał się zbyt cichym, usunąłem go więc z przyrządu.

Przyrząd FORLANINIEGO tem się różni od powyższego, że posiada manometr wewnątrz prawego zbiornika bez podziałek oraz przewężenie w pośrodku zbiornika lewego, aby operujący mógł widzieć dokładniej podnoszenie się poziomu płynu, wzgl. ilość wchłanianego azotu przy pierwszym zastrzyknięciu. Mojem zdaniem, modyfikacja SAUGMANA

jest lepsza ze względu na manometr, przy którego pomocy można się łatwo orientować w położeniu końca igły, co jest okolicznością najważniejszą w całej technice.

(C. d. n.)

O wewnątrzpecherzowej metodzie operowania guzów pecherza.

Praca, przygotowana na Zjazd chirurgów polskich w Warszawie, wygłoszona na posiedzeniu chirurgicznym Tow. Lek. Warsz. w grudniu 1910 r.

przez

D-ra Aleksandra Fryszmana.

(Dokończenie).

O ile do ostatnich czasów mało kto uprawiał metodę NITZEGO, to po spostrzeżeniach CASPERA zaczyna ona coraz więcej przyciągać zwolenników. Zdaniem CASPERA, każdy guz łagodny pecherza, o ile to tylko jest możliwe, powinien być usuwany na drodze wewnątrzpecherzowej.

Francuscy urolodzy (np. ALBARRAN), którzy długi czas trzymali się opornie co do wewnątrzpecherzowych operacji, obecnie coraz częściej zaczynają ją stosować.

Moja statystyka jest zbyt skromna, bym na jej zasadzie mógł wyciągać wnioski o wyższości wewnątrzpecherzowej metody nad metodą krwawą. Sądzę jednak, że te argumenty, które wyżej przytoczyłem, wystarczą, by przyznać tej metodzie dużą wartość i prawo obywatelstwa. Znajduje się ona w podobnych warunkach, jak niegdyś metoda kruszenia kamieni: dużo czasu upłynęło, nim uzyskała ona prawo obywatelstwa.

Sądzę, że konieczność operowania *per vias naturales* będzie bodźcem do udoskonalenia omawianej metody i przyrządów, dziś jeszcze wiele pozostawiających do życzenia, a także do ułatwienia techniki dotąd jeszcze bardzo trudnej.

Celem moim była chęć zaznajomienia ogółu kolegów z samą metodą i poglądami, jakie obecnie panują na sprawę operowania guzów łagodnych pęcherza.

W interesie chorych i samej metody byłoby pożądane, abyśmy guzy te wcześniej rozpoznawali i możliwie wcześniej operowali.

Oto krótki opis operowanych przeze mnie przypadków:

P r z y p a d e k p i e r w s z y :

Chora R. W., lat 50. Przybyła do oddziału kol. ODERFELDA w czerwcu 1906 r.

Od dwóch lat cierpi na powtarzające się w dużych odstępach czasu krwotoki pęcherzowe. Badanie cystoskopowe wykazało: na dnie pęcherza nieco z boku od wylotu prawego moczowodu guz wielkości orzecha laskowego, osadzony na bardzo krótkiej szypule, z wyglądu podobny do brodawczaka. Reszta błony śluzowej ma wygląd prawidłowy. Pojemność pęcherza również prawidłowa. Mocz czysty.

Ze względu na małe rozmiary guza i jego umiejscowienie zdecydowałem się na usunięcie go *per vias naturales*. Operacji dokonałem za pomocą cystoskopu operacyjnego NITZEGO na dwóch posiedzeniach.

Na pierwszym zdjąłem pętlą guz, a w kilka dni później podstawę jego wypaliłem żegadłem. Chora zniosła zabieg zupełnie dobrze. Za pierwszym razem krwawienia nie było wcale, za drugim bardzo nieznaczne. Nazajutrz chora oddawała mocz czysty. Badanie drobnowidzowe guza, dokonane w pracowni kol. STEINHAUSA, wykazało, że był to zwykły brodawczak bez wszelkich cech złośliwych.

W rok później miałem możność zbadać chorej, przyczem nie znalazłem nawrotu i ani śladu guza.

P r z y p a d e k II-gi.

Chory N. R., lat 40. Zgłosił się do mnie 18/6 1906 roku, skarżąc się, że przed

rokiem miał krwimocz, trwający 8 dni, bez bólów. Cały rok czuł się zupełnie dobrze. Przed 4-ma tygodniami powtórnym krwimocz. Chory oddaje mocz 6 — 7 razy na dobę. Bólów żadnych nie doznaje. Mocz w pierwszych porcjach czysty, pod koniec zabarwia się krwią. Badanie cystoskopowe wykazało na dnie pęcherza z lewej strony z boku od ujścia lewego moczowodu guz wielkości śliwki o nierównej powierzchni z długimi bujającymi się brodawkami. Guz, osadzony na szypule, przykrywa wylot moczowodu, jednakże widać spływający rytmicznie mocz. Reszta błony śluzowej zupełnie prawidłowa, pojemność pęcherza również. Choremu dokonałem operacji ambulatoryjnie za pomocą cystoskopu operacyjnego NITZEGO na kilku posiedzeniach, przyczem ani razu nie miałem większego krwawienia, tylko w tydzień po usunięciu szypuły nastąpiło większe krwawienie skutkiem oddzielenia się strupa. Chorego cystoskopowałem w kilka miesięcy później i nie znalazłem śladu guza.

Z przypadku tego widzimy, jak duże guzy chory jest w stanie wydalić przez cewkę. Badanie drobnowidzowe guza, dokonane przez kol. Maryę ZIELIŃSKĄ, wykazało, że jest to zwykły brodawczak bez wszelkich cech złośliwych (*papilloma fibrosum*).

P r z y p a d e k III-ci.

Chory S. lat 21. Przybył do mnie 8/VIII 1908 r.

Chory od 6 ciu tygodni oddaje krwawy mocz z przerwami. Bólów przy tem nie doznaje.

Badanie cystoskopowe wykazało: na błonie śluzowej pęcherza z lewej strony na 1 cm. z boku od otworu lewego moczowodu widoczny jest guz brodawkowaty wielkości małego orzecha włoskiego o nierównej powierzchni na bardzo krótkiej szypule. Reszta błony śluzowej zupełnie prawidłowa. Pojemność pęcherza normalna. Operacji

Aperitol

Nazwa prawnie zastrzeżona N. P. P. zameldow,
Isowaleryl + Acetyl-Phenolphthalein.
**działa łagodnie i bez bólu absolutnie nie-
szkodliwy**

Środek przeczyszczający
w postaci

smaczych
Cukierków owoc.
Oryginalne pudełko,
zawiera 16 sztuk.

łatwo rozpuszczał.
Tabletek
Oryginalna rurka
zawiera 12 sztuk.

Aperitol zawiera PHENOPHTHALEINE₂, dosko-
nały środek przeczyszczający związany che-
micznie z WALERYANĄ działający kojąco na
bólę w brzuchu.

Bornyval

(Isovalerjanat Borneolu)

Znakomity środek kojący

we wszystkich nerwicach narządów krążenia,
trawienia i układu nerwowego posiada wzmo-
żone działanie swoiste walerjany, i nie wywo-
luje objawów obocznych.

Wskazania szczególne: **Nerwica serca i naczyń,
Hysterja, Hypochondrya, Neurastenia, Bezsens-
ność i ból głowy pochodzenia nerwowego. Za-
burzenia w miesiączkowaniu. Astma nerwowa.
Atonia żołądka i kiszek.**

Dawka: 3—4 razy dziennie
jedną kapsułkę.

Oryginalne pudełko zawiera 25 kapsulek.

Próby i literatura na żądanie
pp. lekarzy gratis.
J. D. RIEDEL A.-G. BERLIN N. 39

HYDROZON

Kąpiele tlenowe
ulepszone

Nazwa zabezpieczona.

Zalecane przez najpierwsze powagi lekarskie przy osłabieniu energii serca, zwapnieniu naczyń, chronicznych chorobach płuc, neurastenji, neuralgji, przedrażnieniu systemu nerwowego, hysterji, bezsenności, anemji, chorobach skóry etc.

Zmniejszają ciśnienie krwi, wzmacniają energję mięśnia sercowego, zwalniają i regulują tętno.
HYDROZON wyróżnia się od innych podobnych kąpielei tem, że nie brudzi wody, wydziela tlen obficie i długo, przeszło 30 min.

Na wsi lub na letniem mieszkaniu można przeprowadzić kurację HYDROZONEM łatwo i niedrogo, często z lepszym skutkiem niż w Nauheimie lub Marjebadzie.

Broszurki na żądanie wysyła Oddział Chemiczny Fabryki „VALETUDO“ w Grodzisku.

Hemogen Magistri Klave

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudza-
jący apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku;
nie psujący się, nie wywołujący
zaparcia, nie działający na zęby;
zalecany przy wszelkich stanach
osłabienia u dzieci i dorosłych;

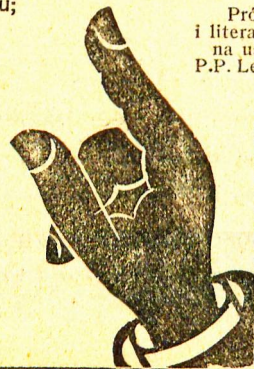
Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAVE,
10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-94.



dokonałem za pomocą cystoskopu operacyjnego NITZEGO na kilku posiedzeniach ambulatoryjnie. Po każdym zabiegu występowało krwawienie, które po kilku godzinach mijało. Szczegół charakterystyczny: po usunięciu samej podstawy guza krwawienie było minimalne.

Podstawa guza została wypalona żegadłem. Chorego cystoskopowałem przed 3-ma miesiącami, przyczem nie znalazłem nawrotu, a miejsce, gdzie znajdował się guz, niczem nie różniło się od reszty błony śluzowej pęcherza. Badanie drobnowidzowe guza, dokonane przez kol. Maryę ZIELIŃSKĄ, wykazało, że mieliśmy tu do czynienia ze zwykłym brodawczakiem (*papilloma fibrosum*).

P r z y p a d e k IV.

Chory M., lat 52.

Został skierowany do mnie przez kol. ROMA 17.VII 1909 r. Chory od 7-miu lat cierpi na kilka razy do roku powtarzający się krwimocz bez bólów. Od kilku dni pokazuje mu się krew z cewki niezależnie od oddawania moczu. Bólów żadnych nie doznaje, jedynie od pewnego czasu doznaje wrażenia, jak gdyby mu coś przy oddawaniu moczu przeszkadzało. Kiedym widział chorego po raz pierwszy, stwierdziłem, że z cewki wydziela się ciemna krew niezależnie od moczenia. Pierwsza porcja moczu krwawa, następne bez krwi, lecz lekko mętne, ostatnia znowu krwawa. Wobec krwawienia wszelkiego badania miejscowego za pomocą narzędzi zaniechałem, choremu zaleciłem spokój, do wewnątrz dałem styptycynę i kazałem mu się pokazać, skoro krwawienie ustąpi.

W kilka dni później chorego poddałem badaniu cystoskopowemu. Okazało się, że pojemność pęcherza jest dostateczna, drożność cewki zupełnie prawidłowa. Mocz przezroczysty. Na błonie śluzowej pęcherza liczne guzy brodawkowate, a więc na lewej bocznej

ścianie guz wielkości orzecha laskowego, na tylnej 2 guziki wielkości i wyglądu maliny, przy samym otworze cewki kilka długich i wąskich brodawek. Mieliśmy tu jakby brodawczaki rozsiane (*papillomatosi diffusa*). Choremu zaproponowałem usunięcie guzów wewnątrzpęcherzową metodą, wyrażając jednocześnie wątpliwość, czy uda się wszystkie guzy usunąć. Szczególniej miałem wątpliwość co do guzów, znajdujących się u ujścia pęcherza, jako najmniej dostępnych.

Na kilku posiedzeniach usunęłem guzy na tylnej i bocznych ścianach. Brodawek, znajdujących się przy otworze wewnętrznym, w pętlę ująć nie mogłem, wypaliłem je tedy za pomocą żegadła LOEWENHARDTA, wprowadzonego do cystoskopu moczowodowego. Krwawienia ani razu większego nie miałem. Mocz przez cały czas był zupełnie czysty. Chorego od ostatniego zabiegu nie widziałem, lecz od kol. ROMA dowiedziałem się, że ma się zupełnie dobrze.

Badanie usuniętych guzów, dokonane przez kol. Maryę ZIELIŃSKĄ, wykazało, że są to zwykłe brodawczaki.

P r z y p a d e k V-ty.

Chory T. lat 52. Zgłosił się do mnie w lutym roku bieżącego z powodu krwimoczmu.

Poraz pierwszy krwimocz wystąpił u chorego przed 3-ma miesiącami, trwał bardzo krótko, nie sprawiając mu dolegliwości. Od owego czasu już kilkakrotnie miewał krwawienia, które bez widocznego powodu występowały i zazwyczaj krótko trwały. Chory doznaje trudności przy oddawaniu moczu. Gruczoł krokowy nieco powiększony. Prawa nerka powiększona, lecz niebolesna. Badanie cystoskopowe wykazało na błonie śluzowej pęcherza blisko ujścia między zrazami gruczołu dwa guzy brodawkowate długości mniej więcej od 2-ch do 3-ctm. każdy, mocno unaczynione i łatwo krwawiące. Wobec

umiejszczenia guzów o usunięciu pętlą mowy być nie mogło. Usunąłem je za pomocą żegadła LOEWENHARDTA, wprowadzonego przez cystoskop moczowodowy.

Chorego później kilkakrotnie cystoskopowałem i przekonałem się, że guzy zostały usunięte doszczętnie.

Przypadek VI-ty.

Chory H., lat 67. Zgłosił się do mnie w styczniu r. b. z powodu obfitego krwawienia z pęcherza, trwającego już kilka dni. Po raz pierwszy krwimocz zauważył przed rokiem. Badanie cystoskopowe wykazało obok vessie à colonnes na lewej ścianie pęcherza guz brodawkowaty wielkości wiśni na krótkiej szypule i drugi znacznie mniejszy z boku i nieco ku górze od wylotu lewego moczowodu. Chcąc wypróbować podaną przez JANETA i FRANKA metodę leczenia brodawkazaków pęcherza za pomocą rezorcyny, kilkakrotnie przemyłem choremu pęcherz 5% roztworem tego środka.

Wynik takiego postępowania był ten, że krwawienia ustąpiły, i, jak mogłem przekonać się przy pomocy cystoskopu, nastąpiło skurczenie guzów.

Nie obiecując sobie od takiego postępowania radykalnego wyleczenia chorego, postanowiłem usunąć guzy metodą wewnątrzpęcherzową. Uskuteczniłem to na jednym posiedzeniu w obecności kol. HERTZA. Krwawienie po zabiegu było minimalne. Chorego od operacji nie widziałem. Badanie drobnowidzowe usuniętego guza, dokonane przez kol. Maryę ZIELIŃSKA, wykazało, że był to zwykły brodawczak bez cech guza złośliwego.

PIŚMIENICTWO.

Albarran. Médecine opératoire de voies urinaires 1909.

Albarran. Neuvième Session de l'Association franç. d'urologie 1905. ref. w annal. des malad. des org. genit. urin. 1905.

V. Blum. Zur Pathologie u. Therapie der Blasentumoren. Zeitschrift f. Urologie 1909.

F. Böhm. Zur Technik der intravesikalen Operation von Blasentumoren. Zeitschrift f. Urologie 1909.

Casper. Die Recidive der Harnblasenpapillome. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1908. 6.

Casper. Handbuch der Cystoscopie

Casper. Blasentumoren. Zeitschrift. f. Urologie 1909. III. Beiheft.

v. Frisch. Bericht ueber 300 operierte Blasentumoren. Wiener. Klin. Wochenschrift 1907. 40. ref. w Jahresb. f. Urologie 1908.

Legueu. Des tumeurs de la vessie w Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet IX. 1900.

F. Legueu. Traité Chirurgical d'Urologie 1910.

Luyt. Behandlung der Blasentumoren ref. w Zeitschrift f. Urologie 1909 III Beiheft.

Nitze. Intravesicale Operation der Blasengeschwülste. Zentralbl für die Krankh. der Harn. und Sexualorg. 1896.

Nitze. Lehrbuch der Kystoskopie 1907.

Posner. Wie soll sich der Arzt gegenüber Blasentumoren verhalten. Berlin Klin. Wochenschr. 1908 12.

Rafin. Indications et resultats du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. 9-me Session de l'Association française d'urologie 1905.

Ringleb. Ueber Operationskystoskope. Folia Urologica 1908.

Schlagintweit. Ureterenkystoskop als Operationskystoskop. Zeitschr. f. Urologie 1909.

E. Ziegler. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie 1892.

Zuckerkanndl. Krankheiten der Harnblase w Handbuch der Urologie von Frisch und Zuckerkanndl.

Zuckerkanndl. Blasengeschwülste. Zeitschrift f. Urologie 1909 III Beiheft

Z 6-go oddziału Warszawskiego Szpitala Żydowskiego.

**Niedomoga
gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. „Niedostateczność wielogruczołowa” – „Insuffisance pluriglandulaire” (Claude i Gougerot.¹⁾)**

Podał

Stanisław Pechkranc.

Ordynator oddziału.

(C. d.)

Powyższe objawy stanowią, rzecz można napewno, wyraz zaburzenia czynności gruczołów o wydzielinie wewnętrznej. Zachodzi tylko pytanie, który gruczoł tu w grę wchodzi. Odpowiedź dość trudna, jeśli zważymy, że fizjologia tych gruczołów jest jeszcze dotychczas, pomimo wielu badań, mało i niedokładnie znana. Dotyczy to przede wszystkim przysadki mózgowej (*hypophysis cerebri*). Badania doświadczalne, mające na celu wyświetlenie czynności przysadki, prowadzone były w 2 kierunkach: wzmożenia i obniżenia czynności tego gruczołu. Co do pierwszego, to doświadczenia z wstrzykiwaniem zwierzętom wyciągu z przysadki (do żył, jamy otrzewny, pod skórę) dały następujące wyniki: wzmożenie ciśnienia wewnątrz naczyńowego, zwolnienie tętna i powiększenie jego amplitudy, wielomocz i niekiedy cukromocz. Pozostają z tem w zgodzie wyniki opoterapii przysadkowej: przy stosowaniu leczniczem do wewnątrz suchego wyciągu z przysadki osiągamy wszystkie powyższe skutki (prócz cukromoczu). Zauważono także (RENON i DELILLE), że proszek z przysadki, stosowany u chorych z zaburzeniem wydzielniczem gruczołów, wzmacnia łaknienie i usuwa bezsenność, usuwa istniejące niekiedy u takich chorych uczucie dolegliwego gorąca

i obfite poty, znosi niemoc, wpływa na poprawę niektórych zaburzeń umysłowych, wywiera na odżywianie i rozwój kości i mięśni wpływ pobudzający w stopniu znacznym.

Doświadczenia fizjologiczne, dążące do wyjaśnienia, jakie zaburzenia zachodzą w ustroju przy upośledzeniu, obniżeniu czynności przysadki, prowadzone były w dwojaki sposób: albo wykonywano u zwierząt wycięcie przysadki, albo też wstrzykiwano zwierzętom surowicę przeciwprzysadkową (hypofyzotoksyczną). Po wycięciu zupełnem przysadki lub jej części nablonkowej (przedniej) albo też po oddzieleniu przysadki od podstawy mózgu następuje w b. krótkim czasie śmierć zwierzęcia przy silnym spadku ciepłoty (PAULESCO). Wycięcie części tylnej (*pars infundibularis*) albo też oddzielenie przysadki od siodła tureckiego jest bez znaczenia. Na podstawie badań doświadczalnych oraz wyników spostrzeżeń klinicznych niektórzy autorowie podają następujące objawy niedostateczności lub zboczenia czynności przysadki (*hypopituitarismus et dyspituitarismus*): zmniejszenie ciśnienia śród naczyniowego, przyśpieszenie czynności serca, dolegliwe uczucie gorąca, obfite poty, zmniejszenie ilości moczu, brak łaknienia, upadek sił, zaburzenia w odżywianiu (w jednych przypadkach wychudnięcie, w innych otłuszczenie oraz rozmaite inne zaburzenia odżywcze troficzne), zmiany psychiczne, bezsenność, zaburzenia wzrostu (wstrzymanie rozwoju fizycznego i umysłowego). Nie wszystkie przytoczone objawy wzmożonej i osłabionej czynności wydzielniczej przysadki uważać można za ostatecznie ustalone. Przeciwnie, wiele z powyższych objawów wydają się wątpliwymi, a wogóle czekać należy jeszcze na wyniki badań kontrolujących. A przytem daje się zauważyć pewna sprzeczność przy zestawieniu odnośnych danych. Tak, np., uczucie dolegliwego gorąca i obfite poty

¹⁾ Demonstr. na posiedzeniu neurologicznem Warsz. Tow. Lek. d. 19 lutego 1910 r.

przedstawione są, jako objaw upośledzonej czynności wydzielniczej przysadki, tymczasem w pierwszym okresie akromegalii, którą obecnie już prawie napewno uważać możemy za następstwo wzmożonej czynności przysadki, — za czem przemawiają zarówno badania histologiczne, jak i spostrzeżenia kliniczne, wyniki operacji HOCHENEGGA, EXNERA i innych — często spotykamy obfite poty i uczucie gorąca. Sprzecznosc tę możnaby wytłomaczyć, przyjmując, że w niedostateczności przysadki gruczoł tarczowy, jej przeciwnik, wpada w stan wzmożonej czynności, a wtedy, jak wiadomo, uczucie gorąca i obfite poty należą do objawów stałych. Również spreczne są poglądy na zależność otłuszczenia od czynności przysadki, gdyż klinika z jednej strony, a fizjologia doświadczalna — z drugiej dają odpowiedzi niezupełnie zgodne. EISELSBERG po niezupełnym wycięciu przysadki w przypadku otyłości pochodzenia przysadkowego (*adipositas hypophysaria*) spostrzegal zmniejszenie się otyłości. Doświadczenia z wycięciem przysadki lub wstrzykiwaniem surowicy przeciwprzysadkowej zwierzętom wywoływały u nich szybkie i znaczne zmniejszenie wagi ciała. Niektórzy znów autorowie (AXENFELD, FLEISCHER, ELSCHNIG) widzieli znaczne zmniejszenie otyłości pod wpływem wstrzykiwania wyciągu z przysadki. Jeśli do tych danych przyłączymy jeszcze przypadki akromegalii z ogólnem otłuszczeniem, to dojdziemy do wniosku, że przy obecnym stanie naszych wiadomości o fizjologii przysadki niepodobna jeszcze wypowiedzieć się w tej sprawie. Niektórzy dla wytłomaczenia istniejących sprzeczności przyjmują, że w tych razach, gdzie mamy wszelkie powody do przyjęcia wzmożonej czynności przysadki, istniejące otłuszczenie zależy od przytłumienia czynności gruczołu tarczowego oraz gruczołów płciowych, przytłumienia, stanowiącego na-

stępstwo wzmożonej czynności przysadki. A że między przysadką (i nadnerczami) z jednej strony a gruczołem tarczowym i gruczołami płciowymi — z drugiej istnieje wyraźne współzawodnictwo, o tem nas dostatecznie pouczają zarówno wyniki badań doświadczalnych, jakoteż anatomo-patologicznych. Przy wzmożeniu więc czynności jednego jakiegoś gruczołu gruczoł przeciwniczy funkcjonuje słabiej i nawet wpaść może w stan zaniku — i odwrotnie. W jakikolwiek jednak sposób na tę sprawę zapatrywać się będziemy, faktem niezaprzeczonym jest — i o tem osobiście miałem sposobność przekonać się już przed 12 laty — że nadmierne odkładanie się tłuszczu spostrzegamy w cierpieniach przysadki. Na podstawie mego ówczesnego spostrzeżenia oraz innych później ogłoszonych doszedłem do przekonania, że otłuszczenie stanowi często następstwo nie wzmożonej, lecz upośledzonej albo nawet zniesionej czynności przysadki; w moim np. przypadku nowotwór (*angiosarcoma*) zupełnie zniszczył przysadkę, tak, że z niej nawet śladu nie pozostało. W naszym obecnym przypadku ogólnej otyłości niema, spostrzegamy jednak nieprawidłowe nagromadzenie się tłuszczu w dolnej części brzucha i grzbietu, na wzgórku łonowym i na karku. Nieprawidłowość ta rzuca się w oczy przy porównaniu tych okolic z innymi okolicami ciała, np. z kończynami i klatką piersiową. Niektórzy badacze zwracają uwagę na to, że tłuszcz pochodzenia przysadkowego ma niekiedy nieznaczną spoistość, tak, że robi wrażenie obrzęku lub śluzoobrzęku. Taką też spoistość miał tłuszcz w dawnym moim przypadku. W początku pobytu obecnego naszego chorego w oddziale nie wątpiłem, że miałem do czynienia właśnie z obrzękiem. Zupełna miękkość, ciastowatość, pozostawanie znacznego, b. wolno wyrównywanego się zagłębienia po naciśnięciu palcem nie pozwalały inaczej my-

sleć. Szybkie zniknięcie nacieczenia tkanki podskórnej przy prawie obojętnem leczeniu (leżenie w łóżku, lekkie środki moczopędne) zdanie to potwierdzają. Obecnie chory ma tylko na kończynach resztki tego obrzęku;

co się tyczy innych wspomnianych okolic, to spoistość, sprężystość tkanki podskórnej każą uważać owo nacieczenie za tłuszcz.

(D. n.)

STRESZCZENIA

Medycyna wewnętrzna.

75. **Grandauer K.** O hamującym działaniu psychy na wydzielanie żołądka ludzkiego i o znaczeniu tego działania dla użytkowania rozpoznawczego śniadania próbnego.

Na wstępie zestawia Gr. badania różnych autorów nad wartością próbnego śniadania i przypomina, że już LEYDEN i EWALD zwracali uwagę na różnicę otrzymywanych wartości kwasoty u osobników nerwowych w różnych warunkach, a HEMMETER pierwszy nazwał wahania tego rodzaju „heterochylią”; wiadomo też, że u normalnych osobników po wielokrotnem wydobywaniu treści żołądkowej otrzymuje się znaczne różnice co do stopnia kwasoty owej treści. Autor wyszedł z założenia, że początkowo otrzymane wartości, dopóki żołądek nie przyzwyczał się do wypompowywania, nie mogą być brane w rachubę, gdyż gruczoły żołądka wskutek różnych nieprzyjemnych uczuć i wrażeń, połączonych z wkładaniem rurki, wydzielają słabiej, otrzymane zatem dane początkowe nie odpowiadają całkowicie działalności wydzielniczej żołądka. U kilkunastu osobników Gr. wypompowywał treść żołądkową przez kilka dni zrzędu i otrzymywał dla każdego osobnika bądź zwiększenie kwasoty ogólnej, bądź też jej zmniejszenie się. Na podstawie badań PAWŁOWA autor przypisuje tę zmienność wpływom psychicznym na wydzielanie gruczołów żołądkowych, świadomość bowiem, że ma się za chwilę odbyć wypompowanie, wpływa bądź w kierunku spotęgowania się działalności wydzielniczej gruczołów żołądkowych, bądź też jej zahamowaniu. Aby

uniknąć tego wpływu, Gr. starał się czynić swe badania w ten sposób, aby po raz pierwszy chory nie domyślał się, iż będą mu robili wypompowanie — następnie porównywano wyniki pierwszego badania z rezultatami otrzymanymi w razach następnych; kiedy chory zdawał sobie sprawę z tego, co z nim robią, ogarniał go lęk i t.p. Okazało się w większości przypadków, iż pierwsze pompowanie wykazuje większą zawartość kwasów, aniżeli następne; co tłumaczy się, zdaniem Gr., hamującym wpływem strachu lub innych wpływów psychicznych, towarzyszących dalszym pompowaniom; czy zmiana w stopniu ogólnej kwasoty polega na ilościowych, czy też jakościowych różnicach wydzielanego soku żołądkowego, na to Gr. nie daje żadnej odpowiedzi. — Omówiwszy wszelkie prace, dotyczące fizjologii wydzielania, autor dochodzi na podstawie doświadczeń na zwierzętach i ludziach do wniosków, że i u człowieka wydzielanie soku żołądkowego odbywa się li tylko na drodze psychicznej (w 1-ej fazie, tj. aż do chwili wprowadzenia pokarmu do ust.). Ale i w drugiej fazie, tj. aż do chwili przejścia pokarmu do żołądka, moment psychiczny odgrywa rolę niezwykle doniosłą, jak to wykazały doświadczenia z żuciem gumy, z rzekomem karmieniem i t.p.; w doświadczeniach Gr., zdaniem jego, głównej przyczyny obniżenia ogólnej kwasoty wydzielanego soku żołądkowego doszukiwać się zatem należy w hamujących podnieciach psychicznych, jak w strachu, nieprzyjemnem uczuciu i t. p. Ponieważ jednak i w trzeciej fazie, tj. dopóki pokarm pozostaje w żołądku nie zakończyła się właściwie faza druga, a

trwa jeszcze przez czas pewien, przeto psyche wywiera wpływ na cały prawie przebieg czynności wydzielniczej gruczołów żołądkowych. W końcu stara się autor wyprwadzić wnioski natury praktycznej: stosowane zwykle śniadanie próbne nie może zadowolić chorego i wpłynąć dodatnio na jego psychikę, otrzymane zatem cyfry nie są sprawdzianem sprawności wydzielniczej gruczołów żołądkowych—o wiele korzystniej pozwolił choremu zjeść to, co mu smakuje. Dane, otrzymane ze zwykłego próbnego śniadania, mogą więc być źródłem pomyłek szkodliwych dla rozpoznania i leczenia; cokolwiek zmniejsza pomyłkę sposób, podany przez Gu., sposób dwukrotnego pompowania; w każdym jednak przypadku należy uwzględnić wpływ bodźców psychicznych.

(Deuts. Arch. f. Klin. Med. Bd. 101 H. 3/4 1910).

76. Gross M. O bezpośrednim przemywaniu dwunastnicy.

Często zachodzi potrzeba przemywania dwunastnicy, np. wodą karlsbadzką podczas jej nieżyty chronicznego, u chorych na cukrzyce, podczas kamicy z przewlekłą żółtaczką w celu uwolnienia dwunastnicy od zapalnych produktów i t. p. Przemywanie pośrednie przez żołądek nie daje tak dodatnich wyników, zdaniem autora, jak podany przezeń sposób płukania bezpośredniego. Technika jest następująca: chory łyka rurkę, zaopatrzoną na końcu w małą kulkę srebrną, aż do znacznika 45 cm., następnie kładzie się na prawy bok, wskutek czego kulka opada ku odźwierznikowi, pociągając swym ciężarem rurkę aż do 60 cm. Teraz, przesuwając głębiej rurkę, można ją wepchnąć aż do znaku 75–80. Po 20–30 min. wciąga się po raz pierwszy, poczem otrzymuje się często z treścią żołądka kwaśną zawartość dwunastnicy, a niekiedy już zaraz potem charakterystyczną treść jej zasadową. Płyn, użyty do płukania dwunastnicy, zostaje w ten sam sposób wypuszczony, co i przy przemywaniu żołądka, lub też zupełnie zostawiony w dwunastnicy; w tym ostatnim razie przechodzi do jelita czczego, nie od razu jednak, lecz po pewnym czasie, po 2–5 minutach, stanowiąc w ten sposób

pewien bodziec do wydzielania śluzówki dwunastnicy. W końcu zwraca autor w kilku słowach uwagę na fizjologię dwunastnicy, która nie jest, zdaniem jego, drogą przejściową dla zawartości żołądkowej, lecz zawartością swą zasadową zobojętnia kwaśny sok żołądkowy. (Münch. Med. Woch. Nr. 7. 1911)

Stefan Sterling.

77. Guisez. Rak przełyku.

Zdarza się często, że przysyłają do nas chorych z rozpoznaniem raka przełyku tam, gdzie znajdujemy tylko zwężenie kurczowe lub też bliznowe, ale i naodwrot długotrwałe zwężenie kurczowe dają w końcu raki wtórne. Autor zebrał 12 spostrzeżeń, w których stare zwężenia kurczowe zakończyły się rakiem przełyku. Na mocy badań wziernikiem między zapaleniem a rakiem można było stwierdzić pewien związek anatomiczny. Szczególniej zasługuje na uwagę następujący przypadek. Chora 65-letnia od 25 lat cierpi na trudność połykania, początkowo były to napady w czasie jedzenia, uniemożliwiające przełykanie. Autor widział ją w r. 1909 i w r. następnym przy badaniu wziernikiem znalazł uchylek ściany tylnej gardzieli, pod którym przełyk znacznie zwężony, pod zwężeniem rozpoczyna się znowu rozszerzenie ku stronie prawej z zawartością 2–2,5 litr. Po usunięciu zawartości na ścianie prócz wyraźnej maceracji znaleziono krwawiącą powierzchnię nierówną—raka. Przez znajdujący się poniżej wpust nie udało się wprowadzić nawet Nr. 12 CHARRIEREA na skutek zwyrodnienia bliznowatego. Rozpoznanie potwierdził dalszy przebieg. Przypadki tego rodzaju autor spotykał dość często. Kurcz przełyku występuje bądź wysoko przy ujściu gardzieli, bądź w okolicy wpustu, pozostała część przełyku nigdy nie bywa zwężona. Początkowo kurcz występuje napadowo, później skutkiem ciągłego drażnienia występuje skurcz tęczy, mniej lub więcej stały, ponad miejscem skurczu rozwija się rozszerzenie i dzięki ustępliwości ściany tylnej—uchylek w przypadkach skurczu górnego odcinka, w przypadkach skurczu wpustu t. z. rozszerzenie samoistne. Następstwem rozszerzenia jest zastój pokarmów, podrażnienie ślu-

zówki przelyku, zapalenie, łuszczyca śluzówki, która przechodzi w raka. Według statystyki autora, opartej na 650 spostrzeżeniach tego rodzaju, rozwój raka zdarza się 1 : 14.

Rozpoznanie raka w przebiegu kurczu przewlekłego przelyku jest wogóle trudne i niemożliwe bez badania wziernikiem. Autor zwraca tylko uwagę, iż zazwyczaj w zwykłym przebiegu kurczu następuje pogorszenie, które zmusza do badania wziernikowego.

Ponieważ za punkt wyjścia raka G. uważa niezbyt przelyku, radzi wcześniej przystąpić do leczenia niezytu i w tym celu zaleca jedno lub dwukrotne przemywanie przelyku płynem zasadowym oraz rozszerzanie systematyczne zwężenia za pomocą zgłębników, elektrolizy i t. p.

(Gaz. des hôp. 1911. 37).

78. Jacobsohn i Rewald. Odżywianie przez odbytnicę za pomocą lawatyw stałych roztworami cukru, wyskoku i kwasami aminowymi (ereptonem).

Wprowadzona przez WERNITZA, a następnie KATZENSTEINA, KOTHE metoda odżywiania lawatywami stałymi wymaga jeszcze dalszych prób. Autorzy poświęcili jej pracę, wykonaną u KLEMPERERA, i podają następujące wyniki. Przedewszystkiem uprościć można technikę. Płyn wprowadzany może mieć ciepłość pokojową, ztąd wystarcza zwykły irygator z kranem i cewnikiem NÉLATONA połączony; irygator stawiamy na wysokości $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ m. nad chorym, a kran ustawić należy w ten sposób, aby na sekundę wypływało 1 — 2 kropel, do 1 litra płynu dodajemy 10 kr. *trae opii simpl.* Po lawatywie opróżniającej wprowadzamy cewnik NÉLATONA jaknajgłębiej do odbytnicy. Chory leży nawznak lub na boku. Wogóle chorzy znoszą dobrze nawet kilka godzin na pozostawianie cewnika. Niekiedy płyn przestaje przeciekać skutkiem zatkania cewnika kałem, trzeba wtedy cewnik oczyścić.

Z płynów wprowadzanych białko wchłania się źle i drażni odbytnicę, tłuszcze wchłaniają się w postaci zawiesiny częściowo, najlepiej wchłania się cukier, ztąd też mleko jest najlepszym płynem dla lawatyw miesza-

nych. KLEMPERER stosuje jednak zawsze tylko 300 grm. wody z 12 gr. cukru gronowego i 12 gr. wyskoku, lawatywy te można stosować 3 krotnie na dobę i wprowadzić w ten sposób 400 ciepłostek oraz 900 ctm. sz. wody. Autorzy stosowali w lawatywach stałych 1 — 2 litrów roztworu cukru i wyskoku. W większości przypadków 5% roztwory chorzy znosili dobrze. Badania były dokonane na suchotnikach i chorych z rakiem oraz nerwicami żołądka. W ciągu 12—18 godzin udawało się wprowadzić do 2 litrów płynu. Badając kał, autorzy doszli do wniosku, iż w większości przypadków cukier i wyskok uległy zupełnemu wchłonięciu; liczba wchłoniętych ciepłostek wahała się od 208 — 1310.

Co się tyczy białka, autorzy stosowali erepton, wyrabiany w fabryce w Höchst przez długotrwałe trawienie mięsa chudego w soku trzustkowym i kiszkowym. Preparat jest higroskopijny, zawiera 11,6% N., nie daje odczynu biuretowego. Autorzy przygotowywali roztwór 5% i stosowali go w postaci lawatyw w ilości 250 ctm.³, badając kał i mocz.

Z doświadczeń wynika, iż erepton w 5% roztworze wchłania się z lawatyw w ilości 55 — 88%, nawet wtedy, gdy chorzy otrzymywali po 4 — 6 lawatyw dziennie. Lawatywy stałe, o ile były dawane odrazu, również wchłaniały się dobrze. Autorzy zalecają erepton bądź w postaci zwykłych 300 ctm. sz. 5% lawatyw 2 — 3 razy dziennie, bądź też w postaci lawatyw stałych 1 — 2 litrowych.

Erepton jest bardzo drogi; 100 gr. kosztuje 10 mk., czyli koszt 3 lawatyw dziennie wynosi około 5 mk.

(d. Ther. d. Gegenw. III. 1911).

J. Z.

Chirurgia.

79. Körte. Przyczynek do leczenia prawdziwych i rzekomych torbieli trzustki.

Z powodu przypadku wielokomorowej torbieli trzustki, doszczętnie wyluszczonej u 31-letniej chorej z zupełnie dobrym wyni-

kiem, podczas gdy dwukrotne opróżnienie zawartości torbieli i wszycie jej ściany, poprzednio dokonane, nie doprowadziło do pożądanego celu, K. zastanawia się nad pochodzeniem torbieli trzustki i ich leczeniem. Był czas, kiedy pod mianem torbieli trzustki pojmoowano wszystkie torbiele, pochodzące z samej trzustki, jakoteż torbiele, znajdujące się w okolicy trzustki, i leczono takie torbiele drogą operacyjną przez opróżnienie zawartości i wszycie ich ściany bardzo często z dobrym wynikiem. Późniejsze jednak poszukiwania wykazały, że tylko niewielką liczbę tych torbieli dało się tym sposobem wyleczyć, przeważnie zaś pozostawały przetoki, wymagające wcześniej lub później operacji wtórnej. Pokazało się nadto, że należy odróżniać prawdziwe torbiele trzustki od rzekomych, tj. takich, które powstają na tle spraw zapalnych lub urazu trzustki. Otóż dowiedzioną już teraz jest rzeczą, że po największej części podlegały operacji torbiele rzekome, które w samej rzeczy dają się wyleczyć za pomocą wszycia w ranę ich ściany i sączkowania. Ściany takich torbieli nie są pokryte nabłonkiem, i dlatego po wypuszczeniu zawartości ściany takie się kurczą, jama coraz się zmniejsza i wypełnia ziarniną, i może nastąpić zupełne wyzdrowienie bez nawrotów. Inaczej rzecz się przedstawia, jeżeli mamy do czynienia z prawdziwą torbielą, wyłożoną wewnątrz nabłonkiem, w tych razach jedynie tylko wyluszczenie torbieli może dać zupełne wyleczenie. Według GOEBELLA śmiertelność przy zupełnym wyluszczeniu torbieli wynosi 10,7 proc., a przy częściowem wyluszczeniu 55,5 proc. Autor operował 6 przypadków rzekomych torbieli pochodzenia zapalnego za pomocą wszycia ściany torbieli w ranę

i sączkowania: We wszystkich przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie.

(Deut. Med. Woch. 1911 Nr. 12).

80. **Bircher.** O leczeniu żyłaków i wrzodu goleni.

Na zasadzie wielu przypadków żyłaków i wrzodu goleni, leczonych sposobem operacyjnym, B. dochodzi do wniosku, że najlepsze wyniki daje sposób operowania, podany przez RINDFLEISCHA i polegający na przecięciu wężownicowatę skóry całej kończyny dolnej. Należy przytem zwrócić uwagę, aby cięcie wężownicowate było prowadzone w odstępach 6—10 ctm. i ażeby na goleni zawsze przechodziło przez wrzód. Aby wynik był dobry, jest rzeczą niezbędną, by rana goiła się przez ropienie, nigdy przez rychłozrost, i by cięcie dochodziło do powięzi mięśniowej, gdyż wtedy tylko liczyć można na zanik wszystkich podwiązanych żył. Przy stosowaniu powyższego sposobu leczenia wrzodu goleni nieżyłakowego pochodzenia otrzymujemy wprawdzie poprawę, a nawet wrzód może w krótkim czasie się zabliznić, lecz trwałego wyleczenia nie otrzymujemy nigdy. W przypadkach żyłaków goleni bez owrzodzeń sposób RINDFLEISCHA daje znakomite wyniki, zdaniem B., lepsze, aniżeli podwiązanie żyły podskórnej odpiszczelowej lub wycinanie całego spłotu żyłaków na dużej przestrzeni. W 8 przypadkach, w których autor zastosował cięcie wężownicowate skóry, — a prowadzi on to cięcie i na udzie dość wysoko — otrzymał bardzo dobre wyniki: wszystkie dolegliwości, będące w związku z rozszerzeniem żył na kończynach, znikły zupełnie.

(Centr. f. Chirur. 1911 Nr. 13).

Ludw. Kr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia oto-laryngologiczne.

Posiedzenie z dnia 30 czerwca 1910 r.

1) **SREBRNY** w zastępstwie **KOENIGSTEFNA** przedstawia 14-to letniego chłopca, który od

urodzenia cierpi na zatkanie prawej jamy nosowej.

Na 6, 2 ctm. od wejścia do prawego nozdrza znajduje się przegroda kostna, której grubość trudno określić. **ZIEM** twierdzi, że

przy niedrożności jednej strony nosa następuje asymetria i niedorozwój twarzy, kręgosłupa i miednicy z tejże strony; u powyższego chorego nie widać tego, przeciwnie, połowa twarzy po stronie zarośnięcia jest jakby bardziej rozwinięta.

2) CHORAŻYCKI przedstawia chorego lat 54, cierpiącego na przewlekłe ropienie z l. ucha; 12 lat temu choremu usunięto ziarninę z tegoż ucha i guz perlisty, potem przez kilka lat była poprawa. Przed rokiem wystąpiły silne bóle w wyrostku sutkowym i paraliż nerwu twarzowego.

Wtedy CHORAŻYCKI usunął cholesteatom przez przewód słuchowy.

Obecnie jest brak tylnej ściany kostnego przewodu słuchowego, widać peryferyczną część bł. bębenkowej, kanały łukowate i nerw twarzowy w postaci sznurka. Nerw nie działa na dotyk, tylko na drądz faradyczny.

3) POŁAŃSKI przedstawia 44-letnią chorą z guzem w okolicy l. zatoki MORGAGNIEGO.

Chora cierpi na suchy katar gardzieli i krtani, 2 tygodnie temu zjawiała się chrypka i duszność, guz niebolesny zmniejsza się po zakokainowaniu, obraz krtani zmienia się stale, występuje obrzęk lub przekrwienie; obecnie głos jest lepszy, gruczoły chłonne — nie powiększone.

4) SREBRNY za KOENIGSTEJNA przypomina o chorej z guzem w uchu, przedstawionej na majowym posiedzeniu sekcji.

Badanie drobnowidzowe guza, uskutecznione przez prof. PRZEWSKIEGO, wykazało bardzo unaczyniony, nie złośliwy polip.

KOENIGSTEJN twierdzi, że przebieg kliniczny przemawia za złośliwością guza.

5) SREBRNY opowiedział o 3-ch przypadkach z kazuistyki otyatrycznej:

a) Chory lat 63 zgłosił się do SREBRNEGO ze skargą na ból w uchu, znaleziono woszczyk, po usunięciu którego stwierdzono zaczerwienienie bębena, na 2-gi dzień—ot. med. ac., chory słyszy zegarek na 4—5 ctm.—ciepłota normalna, na 4-ty dzień znaczne obrzmienie bębena i gorszy słuch.

Następnego dnia w południe SREBRNY wykonał paracentezę, po której zaczęła obficie wydzielać się ropa, w kilka godzin potem cie-

płota 38,5, dreszcze, wymioty, stan ogólny b. zły, wkrótce potem utrata przytomności.

W 20 godzin po przekłuciu błony — śmierć.

SREBRNY rozpoznaje *meningitis acutissima*.

b) Chory lat 65, który kilkakrotnie miał ropień okołomigdałkowy, skarży się na ból gardła. Migdał lewy lekko obrzmiały, ciepłota około 39°, na ból ucha nie skarży się. Na 3-ci dzień wylało się dużo ropy z ucha po tej stronie, po której chory skarżył się na ból gardła. SREBRNY zwraca uwagę na bezbolesny często przebieg ostrych zapaleń ucha środkowego u starców.

c) U niemowlęcia po przebyciu ostrego zapalenia ucha środkowego nagle wystąpiła gorączka. Błona bębenkowa bez zmian. Obrzmienie tylnobocznej ściany gardzieli po tejże stronie—po kilku dniach stan bezgorączkowy, nacieczenie w gardzieli znikło.

Wkrótce jednak znowu wyraźne obrzmienie tylnobocznej ściany (ropień pozagardzielowy), które S. przeciął. W kilka godzin potem z ucha wylało się dużo ropy z krwią. W przewodzie słuchowym widać było otwór, przez który sączyła się krew.

SREBRNY widział też 2-gi podobny przypadek i sądzi, że ropień pozagardzielowy sięgający wysoko, otworzył się przez przewód słuchowy.

d) SREBRNY opisuje przypadek zarośnięcia kostnego nozdrzy tylnych, rozpoznane go u niemowlęcia 4-miesięcznego. Dziecko urodziło się na czasie, ważyło 5—6 f., oddech był nieprawidłowy, mianowicie był połączony z wciąganiem dołków nadobojczykowych i policzków. Wrodzona przetoka ucha z obu stron, podniebienie b. wysokie; zarośnięcie nozdrzy tylnych znajdowało się na 4 ctm. od wejścia do nozdrzy przednich. SREBRNY operował dłutem, a resztki kości wy-skrobał łyżką ostrą.

W dyskusji nad przypadkami SREBRNEGO HEIMAN mówi, że widział 1-go chorego w stanie komatycznym, rodzina chorego mówiła, że miał on cukromocz.

GURANOWSKI twierdzi, że należało zrobić punkcję lumbalną.

SREBRNY odpowiada, że punkcja miała

być zrobiona nazajutrz zrana, lecz chory w nocy zmarł.

CHORAŻYCKI spostrzegł 23-letniego pacjenta z cukromoczem, który w 36 godzin po paracentezie zmarł przy objawach zapaści i wysokiej gorączki.

DOBROWOLSKI mówi, że rozpoznanie ropnego zapalenia opon wydaje mu się niepewnym, gdyż prócz wymiotów nie było objawów tego cierpienia; chory na 20 godzin przed śmiercią przyszedł do SREBRNEGO i był przytomny. Po paracentezie wylało się dużo ropy, która szła z ucha do samej śmierci chorego, a zatem przecięcie bębenka mogło tylko dodatnio wpłynąć na stan pacjenta.

SREBRNY nadmienia, że oprócz wymiotów był silny ból głowy, utrata przytomności. Przed samą śmiercią u chorego wystąpiły drgawki.

HEIMAN mówi o podobnym przypadku: chory z cukrzycą zmarł przy objawach meningalnych.

Co do 3-go przypadku SREBRNEGO, GURANOWSKI nie objaśnia sobie, jakim sposobem ropień z gardzieli przebił się do przewodu słuch., chyba wzdłuż trąbki.

Co się tyczy przypadku CHORAŻYCKIEGO, to takie odpreparowanie nerwu twarz. przez naturę GURANOWSKI uważa za unikat: chorda tympani widocznie została zniszczona, gdyż przy faradyzacji chory nie doświadczał sensacji w języku.

HEIMAN sądzi, że nerw obrósł tkanką łączną i dlatego reaguje tylko na faradyzację.

Co się tyczy przypadku POLAŃSKIEGO, to SZLEJFSTEIN przemawia za gruźlicą lub przymiotem, DOBROWOLSKI za tak zwanym *prolapsus ventriculi* MORGAGNI, biorąc pod uwagę gładkość powierzchni guza i znaczne zmniejszenie się tegoż pod wpływem kokainy.

POLAŃSKI obstaje za miejscową sprawą w zatoce, przeciw przymiotowi i gruźlicy przemawia brak danych.

Z. Dobrowolski.

Posiedzenie z d. 21 października 1910 r.

Z. DOBROWOLSKI przedstawia 2 chorych: 1) półroczne dziecko z *osteitis proc. mastoid. primitiva*: w ciągu 2 tygodni u przed-

tem zdrowego dziecka, które nigdy ropienia z uszu nie miało, utworzył się guz chęlbocący za uchem. Bębenki oba były od początku normalne, i dopiero w końcu drugiego tygodnia D. zauważył zaczerwienienie i wypuklenie tylnej części prawego bębenka, co uważa za zjawisko wtórne.

2) dziewczynka 10-letnia: w ciągu 3-ch tygodni utworzył się za prawem uchem guz chęlbocący, który pękł w dniu przyjęcia do szpitala; wylało się dużo ropy. Bębenki normalne, słuch również; dawniej na ucho nigdy nie chorowała, i dlatego D. również przypuszcza pierwotne zapalenie wyrostka sutkowego.

A. SOKOŁOWSKI przedstawia 3 przypadki ciężkich postaci przymiotu górnego odc. dróg oddechowych, leczonych za pomocą preparatu EHRLICHA.

1) przypadek dotyczy 20-letniego mężczyzny; przed 2 laty *ulcus durum* i wysypka. Obecnie b. wynędzniały; skarży się na znaczny ból przy połykaniu, duszność i chrypkę. W gardzieli i krtani duże owrzodzenia, pokryte szarym nalotem. Chory był leczony od początku choroby b. energicznie (200 frykcyi i kilkadziesiąt igieł). Kuracya specyficzna, stosowana w ostatnich czasach, nie dała żadnej poprawy.

Po zastrzyknięciu w oddziale d-ra S. 0,5 preparatu EHRLICHA, już na trzeci dzień była znaczna poprawa, która postępowała coraz dalej: owrzodzenia się goiły, stan ogólny znacznie się poprawił. Choremu jeszcze raz zastrzyknięto 0,4, poczem nastąpiła znów znaczna poprawa głosu i zniknięcie resztek nalotu na strunach i w gardzieli.

2-gi przypadek — chory lat 27; w 18-ym roku *ulcus durum*. Chory także był leczony b. energicznie (200 igieł i 40 frykcyi). Zjawił się do szpitala b. wycieńczony, z kaszlem, chrypką i dusznością. *Defectus septi nasi. Infiltratio chordar. spur et cart. aryth.* Oprócz tego *periositis* na nogach w postaci guzów b. bolesnych. Już na drugi dzień po iniekcji preparatu EHRLICHA bóle ustąpiły, guzy zmalały; 6-go dnia chory czuł się zupełnie dobrze.

3-ci przypadek dotyczył chorego z rozszerzeniem nosa wskutek *periositis* kości no-

sowych W tym przypadku iniekcja prep. EHRLICHA nie dała poprawy.

JANKOWSKI przedstawił chorego lat 66 po całkowitem wycięciu krtani według metody GLUCKA. Operacja była wykonana 3 miesiące temu wskutek guza, który zajmował prawą połowę krtani.

Wacław Polański.

Posiedzenie z d. 24 listopada 1910 r.

Z. DOBROWOLSKI przedstawia półroczne dziecko, pokazane przez niego na październikowym posiedzeniu. DOBROWOLSKI wykonał punkcję jamy bębenkowej i przecięcie bębenka, przyczem pokazało się nieco surowi czo-krwawego płynu, następnie wydlutował wyrostek sutkowy, który był przepelniony ropą. Przy opatrunkach zakładano do ucha suchą gazę, która ani razu nie nasiąkła ropą. Przypadek robi wrażenie pierwotnego ropnego zapalenia wyrostka sutkowego.

Co się tyczy przypadków DOBROWOLSKIEGO, to GURANOWSKI mówi, że nie uważa 1-go przypadku DOBR. za pierwotne zapalenie wyrostka sutkowego, gdyż przy badaniu otoskopowym widoczny jest wysięk w jamie bębenkowej.

Co do 2-go przypadku DOBROWOLSKIEGO, to GURAN. mówi, że w nim była przetoka na 3 palce za wyrostkiem i wobec wrzodzikowatej wysypki na głowie przypuszcza ropień podskórny, tembardziej, że zarówno w jamie bębenkowej, jak i na wyrostku sutkowym żadnych zmian chorobowych niema.

SZLEJFSZTEIN twierdzi, że w pierwotnym zapaleniu wyrostka bywa inna lokalizacja, zaś co do drugiego przypadku, nie uważa go za pierwotne zapalenie okostny wyrostka.

LUBLINER sądzi, że DOBROWOLSKI nie miał zamiaru stawiać kategorięcznie rozpoznania pierwotnego zapalenia wyrostka.

T. HEIMAN dodaje, że istotnie wiele przypadków robi wrażenie pierwotnego zapalenia wyrostka, i przytacza podobny przypadek.

DOBROWOLSKI w odpowiedzi zaznacza,

iż rzeczywiście nie stawał stanowszego rozpoznania pierwotnego zapalenia. Lecz wobec tego, iż ropienia z ucha wcale nie było, i przez analogię z pierwotnym *osteomyelitis et osteitis* innych kości możliwe jest pierwotne zapalenie wyrostka sutkowego. Również pierwotna gruźlica wyrostka jest możliwa, szczególnie u dzieci.

Co się tyczy 2-go przypadku, to w nim przy operacji DOBROWOLSKI znalazł znaczne zgrubienie okostny wyrostka, a z wywiadów wyjaśniło się, że ropienie za uchem zjawilo się wcześniej, niż wrzodzianki na głowie, a więc te ostatnie były spowodowane ropieniem za uchem.

T. HEIMAN opisuje przypadek zakrzepu zatoki poprzecznej w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego.

Chora, lat 56, źle odżywiana, tętno 90, ciepłota ciała 36 rano, 39,8 wiecz, cera żółtawo-ziemista, brzuch wzdęty i trochę bolesny, w moczu nieco białka; chora przechyla głowę ku prawej stronie i wskutek nacieczenia na szyi nie może głową poruszać. Z otworu w tylnogórnej części bębenka obficie wypływa ropa.

Antrotomia, w kierunku antrum — ropa. Zatoka poprzeczna zatkana zakrzepem, zewnętrzna ściana zatoki zgrubiała. Skrzep wyjęto i wyłyżeczkowano zatokę ku górze i ku dołowi, wystąpiło spore krwawienie. Przez 3-y dni po operacji ciepłota do 38°, dreszczów nie było, po 3 dniach opatrunk, po 6-iu dniach chora wyjechała w stanie dobrym. Następnie HEIMAN opisuje mechanizm powstawania zakrzepów w zatoce. Przy infekcyjnej gorączce, wywołanej cierpieniem ucha, HEIMAN robi antrotomię, obnaża zatokę, otwiera ją—jeżeli znajdzie zakrzep, usuwa go.

HEIMAN nie widział złych następstw po otworzeniu zatoki.

W dyskusji GANTZ mówi, że bywa infekcja ropnicza i ropnica bez zakrzepu.

LUBLINER podnosi rzadkość przypadku ze względu, że w 2-gim tygodniu od początku choroby wystąpił zakrzep zatoki.

SZLEJFSZTEIN twierdzi, że zakrzep chroni od posocznicy, i wskutek tego nie należy go usuwać w ostrych przypadkach.

Podług GURANOWSKIEGO zakrzepy zatok nie są zbyt rzadkie, i należy je usuwać; zranienie zatoki nie jest obojętne, bo odbywa się w jamie ropnej i zakażonemi narządami.

DOBROWOLSKI zgadza się ze SZLEJFSTEJNEM pod tym względem, że zakrzep jest ochroną przeciw ogólnemu zakażeniu, lecz zakrzepy należy usuwać i równocześnie podwiązywać żyłę szyjową wewnętrzną, by wstrzymać dostawanie się zarazków do krwi.

KOENIGSTEIN mówi, że zranienie zatoki jest rzeczą nieszkodliwą, powołuje się przytem na 2 przypadki; przy przyściennym zakrzepie należy podwiązywać żyłę szyjową.

HEIMAN w odpowiedzi mówi, że niema ropnicy bez zakrzepu, że aseptyczne otwarczenie zatoki jest nieszkodliwe, a nawet przypadkowe zranienie jej też często bywa nieszkodliwe. Zakrzep był czarny, świeży, i dlatego HEIMAN nie podwiązywał żyły szyjowej, gdyby zakrzep był rozmiękły, to byłby podwiązał żyłę.

Z. Dobrowolski.

Posiedzenie z dnia 29 grudnia 1910 r.

SREBRNY przedstawił chorego l. 26, który od 3 miesięcy cierpi na ból w języku; przy badaniu widać: w tylnej $\frac{1}{4}$ części języka z prawej strony guz wielkości złotówki, za nim małą wciągniętą bliznę, poza tem zaś nacieczenie twardości chrząstki; gruczoł na szyi od 2 dni bolesny, także zjawiał się *foetor ex ore*. Wykonano dwukrotnie badanie mikroskopowe i bakteryologiczne co do krętków bładych, laseczników KOCHA i promienicy z rezultatem ujemnym. Próba WASSERMANNA wypadła także ujemnie. S. rozpoznaje w danym przypadku — *Carcinoma linguae*. LUBLINER radzi niezwłocznie przystąpić do operacji i w kwestyi prognozy robi uwagę, że nawet w tak łagodnych przypadkach, jak powyższy, rokowanie bywa zazwyczaj fatalne ze względu na recydywy.

T. HEIMAN przytacza następujący przypadek z własnej praktyki, jako dowód, że pierwotne ropne zapalenie wyrostka sutkowego jest niemożliwe: chory skarżył się na silny ból w uchu ze znacznym osłabieniem słuchu; choremu zrobiono paracentezę, poczem wy-

szło nieco śluzowej wydzieliny; w dwa tygodnie potem zjawiał się obrzęk i chelbotanie na wyrostku sutkowym. H. zrobił cięcie, poczem wyszło b. dużo ropy; w *antrum* i w *cavum tympani* znaleziono przekrwienie. Ponieważ po przekłuciu bębienka znaleziono w jamie bębnekowej tylko śluz, a w zdrowej jamie bębnekowej śluz się nie znajduje, z tego wynika, że było pierwotne zajęcie jamy bębnek., które następnie przeszło na wyrostek.

Następnie T. HEIMAN opisuje jeszcze jeden niezwykły przypadek z praktyki: u chłopca 7-letniego w przebiegu szkarlatyny w kilka dni od początku choroby przy t. 40,5° zjawiał się bezmocz, a po kilku dniach krew w moczu przy t° typu pyemicznego, następnie porażenie jednej górnej i dolnej kończyny. Przypuszczano ropnicę z zatorem zatoki poprzecznej. Przy operacji znaleziono w komórkach wyrostka sutkowego dużo ropy, lecz jama czaszkowa i zatoka poprzeczna zmian nie przedstawiały. Po operacji stan chorego znacznie się poprawił; t° spadła.

W. Polański.

Posiedzenie z dnia 26 stycznia 1911 r.

CHORAŻYCKI przedstawia chłopca lat 15-tu, który zgłosił się do niego powtórnie, i któremu CHORAŻYCKI pół roku temu usunął guz z noso-gardzieli; wtedy jama noso-gardzielowa jeszcze nie była całkowicie uwolniona od nowotworu, lecz chory wyjechał. Obecnie CHORAŻYCKI usunął cząstki guza z okolicy lewego nozdrza tylnego.

CHORAŻYCKI dodaje, że przedstawiony pacjent powtórnie zgłosił się do niego wskutek krwawienia. Co do charakteru guza, to nie można nic stanowczego powiedzieć; jest wskazana radykalna operacja guza.

SREBRNY uważa nowotwór za złośliwy nie dlatego, że wystąpiła recydywa, gdyż recydywy występują i w nowotworach łagodnych jamy noso-gardzielowej, wychodzących z jam obocznych, jeżeli nowotwory te nie są operowane radykalnie. W danym przypadku za złośliwością nowotworu przemawiają krwotoki z nosa, łagodne bowiem nowotwory nosa i jamy nosogardzielowej krwotoków nie dają.

SREBRNY demonstruje chorego, którego przedstawił rok temu na posiedzeniu sekcji i u którego na skutek ropni około-migdałkowych wykonał częściową prawostronną tonsillektomię. Już wtedy SREBRNY miał wątpliwość, czy powyższy zabieg będzie wystarczający.

Przed paru miesiącami u pacyenta wystała *peritonsillitis purulenta*, i wskutek tego SREBRNY obecnie usunął prawy migdał całkowicie. Po lewej stronie część pozostawionego migdała powiększyła się i wypełniła niszę migdała.

CHORAŻYCKI przytacza przypadek, dotyczący suchotnika, u którego lewy migdał zaczął

puchnąć, w *recessus tonsillaris* była ziarnina i owrzodzenie.

CHORAŻYCKI, sądząc, że ma do czynienia z gruźlicą migdała, usunął go.

Badanie mikroskopowe wykazało raka. Rana operacyjna jednak zagoiła się, nawrotu po dłuższym czasie niema.

SREBRNY przypomina, że BIRCH-HIRSCHFELD mówił, że nigdy nie rozpoznaje złośliwych nowotworów z kawałków, usuniętych bez podłoża.

SOKOŁOWSKI przypomina parę podobnych przypadków.

Z. Dobrowolski.

O D C I N E K

W sprawie stosunku chorego lekarza i jego rodziny do lekarza ordynującego¹⁾.

(Dokończenie).

Pozostaje mi omówić sprawę leczenia lekarza w zakładach leczniczych. Jest ona rozstrzygana rozmaicie: niektóre zakłady przyjmują lekarzy darmo, inne żądają połowy ceny, inne znów uwalniają od opłat poszczególnych, jednym słowem, sprawa daleka jest od jednostajnego rozstrzygnięcia. Aby zbadać ją bliżej, należy rozróżnić zakłady zamknięte — internaty od zakładów otwartych, do których zaliczyłbym zdrojowiska.

Co się tyczy internatów, lekarz ma prawo korzystać z opieki lekarskiej w najszerszym tego słowa znaczeniu zupełnie bezpłatnie, z urzędzeń o tyle, o ile nie pociągają kosztów dodatkowych, a więc płacić winien za zużyte materiały i siłę po cenie ich kosztu, natomiast za mieszkanie i życie płacić winien tyleż, co inni chorzy, t.j. ponosić całkowite koszty utrzymania, inaczej, zajmując miejsce w zakładzie, czyni krzywdę właścicielom, co już do przywilejów stanu należeć nie może.

Przy tak postawionej kwestyi lekarz będzie tak samo mile widziany w zakładzie, jak i inny chory, i nigdy braknąć nie będzie miejsca dla niego, jak się to zdarza dziś niejednokrotnie. Oczywiście, o ile zakład może, powinienn lekarzowi dostarczać jaknajtańszego pokoju, szczególnie, gdy warunki jego nie są pomyslnie, a w razie potrzeby może robić ulgi w terminie wypłaty lekarzom, potrzebującym tego, poza to jednak w interesie stron obu nie powinien wykraczać.

Inna rzecz zakłady lecznicze otwarte, te słusznie czynią, dając naogół lekarzom wszelkie ulgi możliwe, a więc darmowe leczenie wodami, kąpielami, innymi zabiegami i t. p., dając wszędzie wstęp bezpłatny, nie bowiem na tem nie tracą, nie ponoszą kosztów dodatkowych, a, w istocie, głównie utrzymują się z chorych, przysyłanych przez lekarzy. Udośćelniając zresztą lekarzowi dokładne zapoznanie się z zasobami zakładu, najskuteczniej działają w interesie własnym. Że tak jest, dowodem Vichy, które wszystkim lekarzom dostarcza nie tylko darmowego leczenia, ale i rozrywek (teatr etc.).

Kończąc ze sprawą stosunku lekarza chorego do lekarza ordynującego, postawiłbym następujące wytyczne:

1) Lekarz każdy ma prawo żądać od każdego kolegi, zamieszkałego w tejże samej

¹⁾ Odczytane w warszawskim Stowarzyszeniu lekarzy d. 29 marca 1911 r.

miejsowości, porady i leczenia bezinteresownego; lekarz wezwany powinien uważać sobie leczenie kolegi chorego za obowiązek zawodowy.

2) Lekarz chory powinien zwrócić swemu ordynatorowi wszelkie koszty, związane z leczeniem, czy przez zużycie jakiegokolwiek siły, czy materyałów, czy narzędzi.

3) Lekarz, zamieszkały w miejscowości odległej od miejsca zamieszkania ordynatora, nie ma prawa żądać bezpłatnego przyjazdu, ma prawo natomiast żądać pomocy lekarskiej od każdego lekarza i w każdej formie za zwrot kosztów przejazdu oraz wynagrodzenia za czas stracony w wysokości połowy przyjętego honorarium.

4) Lekarz chory powinien być zwolniony od wszelkich opłat za leczenie w zakładach leczniczych zamkniętych, natomiast powinien ponosić koszt utrzymania na równi z innymi chorymi, a nadto za lekarstwa i opatrunki zwrócić zakładowi cenę kosztu.

5) Lekarz chory w zakładach otwartych i zdrojowiskach nie ponosi kosztów za leczenie, korzystać winien bezpłatnie ze wszelkich zabiegów i winien być zwolniony od wszelkich opłat dodatkowych.

6) Lekarz chory powinien być traktowany przez lekarza ordynującego, jak zwykły chory.

Oto główne zasady stosunku między lekarzami pod tym względem; przechodzimy do rodzin lekarzy. Przystępując do sprawy leczenia rodzin lekarzy, zaznaczyć należy, iż tu właśnie panuje największy zamęt w pojęciach. Jedni lekarze uważają za rodzinę ojców, matki, braci, wujów, ciotki aż do piątego niemal pokolenia włącznie, wszystkim udzielając pomocy darnej, często wbrew woli i chęci chorego, a tembardziej lekarza; inni niechętnie odwiedzają nawet najbliższą rodzinę lekarza, bo cieszą się zbyt wielkim zaufaniem wśród rodzin lekarskich, odrywającem ich od zajęć zarobkowych. Tę więc część sprawy omówić należy szczegółowo, a przede wszystkim rostrzygnąć w zasadzie dwie kwestye.

1) Kogo uważać za rodzinę lekarza i 2) Czy na rodzinę zlewają się prawa, przez lekarza nabyte względem kolegów.

I znów na wstępie zaznaczyć musimy,

że sprawa, kto stanowi najbliższą rodzinę lekarza, mającą prawo do ulg pewnych, stała się aktualną niedawno, gdy wzrosła niepomiernie liczba lekarzy, i gdy rodzin, nie mających lekarza w swem gronie, jest stosunkowo mało. Dawniej, przy małej liczbie lekarzy, sprawa była mniej skomplikowana. Z konieczności więc dziś ograniczyć musimy pojęcie rodziny lekarza i ograniczyć ją ściśle, tak, aby nie powstawały nadal żadne wątpliwości.

Inaczej, tak, jak jest dziś, tracą na tem przede wszystkim lekarze, wzywani i wyzykiwani zbyt często, dzięki nieokreślonym tradycjom z tych czasów odległych, na które dziś w zmienionych warunkach bytu powoływać się nie można, a następnie istotne rodziny lekarzy, źle obsługiwane skutkiem wrodzonej każdemu delikatności korzystania z czyichkolwiek bądź usług bezpłatnie.

Z kwestyą tą wiąże się również sprawa leczenia przez lekarza bezpłatnie zamożnych rodzin własnych z krzywdą oczywistą dla innych lekarzy. Co do tej ostatniej sprawy, powinna ona być również rozstrzygnięta stanowczo, w interesie zawodu i może być rozstrzygnięta tylko w jeden sposób. Lekarz nie ma prawa leczyć nikogo ze swej rodziny bliższej, a dalszą t. j. w 3, 4 i następnych stopniach pokrewieństwa, winien leczyć tylko za normalną opłatą lub nie leczyć wcale, czyni bowiem krzywdę dotkliwą całemu ogółowi lekarzy, obniżając zarobki wogóle, a w szczególności wartość pracy lekarskiej, którą tak mało skutkiem tego przywykło cenić nasze społeczeństwo.

Leczenie bezpłatnie niezamożną rodzinę, bo tem uszczerbku nie robicie nikomu, ale, zaoszczędzając zamożnym członkom rodziny wydatku na lekarza, ani im nie czynicie przysługi, bo w ich oczach obniżacie wartość lekarza wogóle, uczycie ich lekceważyć naszą pracę, a często i wiedzę, sobie zadajecie trud zgoła zbyt często, bezcelowy i nieoceniany, ogółowi zaś lekarzy czynicie szkodę, tem większą, że dziś imię rodzin lekarzy to legion!

Rodziny bliższej lekarz nie powinien leczyć ze względów wprost jej własnej korzyści, ze względów moralnych i odpowiedzialności przed sumieniem za możliwe omył-

ki. Miłość do rodziców, braci, sióstr, żony i dzieci zbyt zaciemnia pogląd obiektywny lekarza, aby leczenie, szczególnie w cięższych chorobach, mogło być skuteczne. Często w tych warunkach lekarze popełniają błędy, którychby nigdy nie popełnili u obcych. Co najwyżej, i to nie zawsze, mogą być wykonawcami zaleceń innych lekarzy, kierujących leczeniem, nigdy zaś nie powinni działać samodzielnie.

Przejdźmy teraz do pytania, o ile prawa do pomocy lekarskiej kolegów mogą być przelewane na jego rodzinę i na jaką rodzinę.

Udzielając według wyżej wyluszczonej zasad pomocy lekarzom, mamy na celu: 1) wyróżnienie go spośród naszych pacjentów, jako osoby uprzywilejowanej dzięki swemu zawodowi, 2) zaoszczędzenie mu wydatków na leczenie w chwili, gdy zarobkować nie może i ponosi przez to stratę podwójną: niemożność zarobkowania i wzmożone, jak zwykle, wydatki na chorobę (pomimo bezpłatnej pomocy).

Wychodząc z tego założenia, co do rodziny najbliższej lekarza nie mamy żadnej zasady do uważania jej za członków naszego zawodu, a więc do wyróżniania jej od innych naszych chorych, nie z tego więc punktu widzenia traktować należy rodziny lekarzy, ale opierać się należy na punkcie drugim, t. j. oszczędzenia koledze wydatków na chorobę najbliższej rodziny. Z tego tylko punktu widzenia możnaby usprawiedliwić zwyczaj bezpłatnego leczenia rodziny, utrzymywanej przez lekarza i zamieszkującej z nim razem. Jest to więc już nie obowiązek lekarza, lecz p r z y s ł u g a k o l e ż e Ń s k a, która nie może i nie powinna być tak bezgraniczna, jak obowiązek, ale musi być oparta na stosunkach między lekarzami, jako ludźmi.

Mogę wymagać przysługi od przyjaciół, znajomych, kolegów, z którymi wiążą mnie jakieś kolwiek bliższe węzły, ale nie mogę jej wymagać od wszystkich lekarzy dlatego tylko, że są lekarzami. Jeżeli przysługę tę przyjmuje, to tylko albo w nadziei, że będę mógł ją w tej samej postaci oddać lub też że ją wynagrodzę w inny sposób. I tu właśnie tkwi sposób rozwiązania sprawy. Lekarz praktykujący ma zawsze możność wynagrodzenia ko-

ledze usług, otrzymanych przez skierowanie do niego chorych z jego specjalności, co tem sumienniej uczynić może, że dał już mu wyraz zaufania do jego wiedzy, wzywając go do najbliższych. Powie kto, że jest to niemoralny sposób rozliczania się, sądzę, że nie ma racji, gdyż nie chodzi tu wcale o wynagrodzenie lekarza cudzym kosztem, w stosunkach bowiem naszych bardzo często odsyłamy kolegom specjalistom chorych odnoszonych bez względu na wszelkie korzyści. Ale sposób ten wynagrodzenia kolegi za przysługę nie zawsze jest możliwy, a przede wszystkim dla lekarzy, nie praktykujących. Ci bezwzględnie, za leczenie swojej rodziny wynagradzać powinni tych lekarzy, z którymi nie łączą ich bliższe stosunki przyjaźni lub znajomości bliższej. Zarzucić natomiast należałoby sposób wynagradzania usług koleżeńskich prezentami. Każdy z nas ma dziesiątki nieużytecznych przedmiotów, nadsyłanych mu w różnych okazyach od wdzięcznych pacjentów, nie płacących z tych lub innych powodów honoraryów. Przyznam, że jest to wyborny sposób popierania przemysłu krajowego i niekrajowego, ale dla lekarza obdarowanego rzadko kiedy praktyczny. Miewamy po kilkanaście papierosnic, po kilka par świeczników, nie licząc poduszeczek wszelkich kształtów i t. p. przedmiotów mało pożytecznych. Przywykliśmy do tego, uważalibyśmy za niegrzeczność nieprzyjęcie podarunku, częstokroć przewyższającego wartość naszych usług, gdybyśmy obliczyli je na pieniądze. Sposób więc ten, jako dla stron obu zupełnie nieodpowiedni, zarzucićby należało, a natomiast tam, gdzie nie może być czy wymiany usług, czy też wynagrodzenia lekarza w sposób, wskazany wyżej, jasny zupełnie stosunek taki, jak do zwykłego pacjenta, z uwzględnieniem co najwyżej ceny porady.

Jednym słowem, nie uważając bynajmniej leczenia bezpłatnego rodziny najbliższej, utrzymywanej przez lekarza i mieszkającej z nim razem, za obowiązek lekarza, musimy patrzeć na nie, jako na przysługę koleżeńską, należną od nas koledze, który w miarę możliwości wynagrodzić ją winien przez usługę wzajemną, a jeśli nie praktykuje, wprost

przez zwykłe honorarium lekarskie o zmniejszonym rozmiarze.

Oczywiście, za najbliższą rodzinę uważać należy tylko żonę, dzieci, nie pracujące na siebie, oraz braci i siostry nieletnie i rodziców, utrzymywanych przez lekarzy, w żadnym zaś razie nie rozszerzać więcej pojęcia o rodzinie lekarza; żeby zaś zapobiedz nieporozumieniom, do powyższego dodać należy określenie „zajmujących jedno mieszkanie z lekarzem”.

Osobno postawić należy wdowy i sieroty po lekarzach. Tu nie może być już mowy o wzajemności usług, ale o zachowaniu pamięci o lekarzu, jako członku zawodu, wdowom więc i nieletnim sierotom po lekarzu należy się pomoc bezpłatna od lekarzy o tyle, o ile warunki materialne ich tego wymagają; tam, gdzie rodzina pozostała jest w dobrych warunkach materialnych, oczywiście, nie może być mowy o leczeniu bezpłatnym, chyba, że lekarza łączyły ze zmarłym kolegą węzły przyjaźni osobistej.

Tak się układać winien stosunek w miejscu zamieszkania lekarza ordynującego, inna sprawa—wyjazd do rodziny lekarza po za to miejsce. Sądzę, że w tych razach, traktować należy rodziny lekarzy, jak zwykłych pacjentów, z uwzględnieniem co najwyżej ceny, według uznania lekarza wezwanego.

W zakładach za to leczniczych zamkniętych żony i dzieci małoletnie lekarzy powinny być na tych samych prawach, co i lekarze, t. j. płacić za utrzymanie, nie płacić za leczenie, a zabiegi i środki lecznicze otrzymywać po cenie kosztu.

Wobec ustalonego już zwyczaju, iż w zakładach otwartych żony i dzieci lekarzy płacą połowę taksy, w tym kierunku nic już powiedzieć nie można i sprawę za rozstrzygniętą uważać należy.

Do tej pory mówiliśmy o poradach lekarskich i leczeniu zwykłym rodzin lekarzy. Rodzi się pytanie, co czynić w razie potrzeby dokonania zabiegów chirurgicznych lub przewlekłego długotrwałego leczenia. Co do zabiegów chirurgicznych, sądzą, że dałoby się zastosować do nich, jako do jednorazowej czynności, pogląd ogólny, wyżej wypowiedziany; trudniej sprawę rozstrzygnąć tam,

gdzie chodzi o leczenie długotrwałe, specjalne, wymagające dużego nakładu pracy ze strony lekarza ordynującego i straty dużej czasu. Tu właśnie najwięcej jest skrupolany lekarz, zmuszony szukać pomocy dla swej rodziny. I sądzą, że w tych razach naprawdą najlepszym wyjściem byłoby opłacanie usług w stosunku 50% normalnej ceny, bo wyjścia innego nie widzę, nie mogę przecież wyzyskiwać pracy kolegi całymi miesiącami, nie mogę żądać od niego przysługi, tak daleko idącej, tembardziej, że znaleźć się on może w tem położeniu, iż połowę czasu swego udzielać musi w ten sposób; krepuje to odbierającego tę przysługę, na czem często cierpi chory; dlatego też winienem choć w części wynagrodzić mu trudy i czas stracony, płacąc do $\frac{1}{2}$ lub nawet $\frac{1}{3}$ honorarium.

Pozostaje do omówienia sprawa konsyliów lekarskich. Mojem zdaniem, podciągnąć się one dadzą pod ogólne zasady i powinny być bezpłatne dla lekarzy oraz dla ich rodzin o tyle, o ile lekarz ordynujący uzna je za potrzebne. Należy pozostawić taktowi lekarza ordynującego uznanie, czy i kiedy potrzebne mu jest zdanie innych kolegów, oraz ograniczenie tej potrzeby do konieczności nieodzownej.

Jednym słowem, co do rodzin lekarzy, trzymać się należy następujących poglądów.

1. Za rodzinę najbliższą lekarza uważać jego żonę, dzieci nieletnie, braci i siostry nieletnie, rodziców, utrzymywanych przez lekarza i mieszkających w jego mieszkaniu.
2. Leczenie bezinteresowne rodziny najbliższej lekarza nie jest obowiązkiem zawodowym, ale przysługą koleżeńską.
3. Leczenie krótkotrwałe, jako przysługa koleżeńską, może być bezinteresowne u lekarza praktykującego, a zatem przy wzajemności usług.
4. Leczenie długotrwałe, w interesie stron obu, powinno być opłacane z ustępstwem $\frac{1}{2}$ lub $\frac{1}{3}$ należności.
5. Wdowy i sieroty po lekarzach mogą korzystać z bezpłatnego leczenia, o ile stan ich materialny jest niezadawalający. Zamożne wdowy opłacać winny lekarzy, jak zwykli chorzy.

Od 500 Lat Leczą

sławne na całym świecie, naturalnie gorące (38-42°C.)
nie ochładzane, radio czynne

Termy siarczane i kąpiele mułowe
miasta kąpielowego

TRENCSÉN-TEPLICZ

Górne Węgry Główna linia kolejowa Berlin-Oderberg-Wiedeń.

DNE₂, GOŚCIEC, ETC.

Hotel zbudowany razem z kąpielą. Cały rok otwarty.
Znakomite pension wiosenne, ceny uniarkowane. Nowe
budowle, na które wyznaczono 1 1/2 milionów.

Nowe Kąpiele! Cudowne połączenie Nowy Grand-Hotel!

Dla kuracyi domowych wysyła mułu i wody źródlanej.
Prospekty: Dyrekcya Kąpielowa.

Rohitskie

Donata-Źródło

Główne wskazania:

Przewlekłe niezżyty żołądka i Jelit.
Nawykowe zaparcia. Cierpienia wątroby.
Kamica żółciowa. Cukrzyca. Otyłość. Dna.

**Najsilniejsze naturalne
magneziowo-glauberskie źródło**

Reprezentacja na Rosję i Kr. Polskie:
Dom Handlowy S. Rosciszewski, Warszawa Bracka 6.

Żadna woda mineralna

nie daje tak dodatnich wyników w choro-
bach żołądka i kiszek i zaparciu stołka jak
Marienbadzki Kreuzbrunnen, Ferdinand-
sbrunnen lub sól źródłana.

SANATOGEN

BAUERA

jest wskazany w wypadkach bled-
nicy, neurastenii i wyczerpania
organizmu, wynikającego z cho-
rób płuc, żołądka lub serca

Główny przedstawiciel na
Królestwo i Cesarstwo, Fabian
Klingsland w Warszawie, chętnie
przysyła na żądanie Sz. Panów
lekarzy bezpłatne próby Sanato-
genu wraz z ściśle naukową lite-
raturą.

Tylko **Bauera** Sanatogen w
pudełkach zaopatrzonych w **czer-
woną banderolę** jest oryginalnym.

Lekarze zalecają

przeciwko dnii, gościcu, skazie moczano-
wej, chorobom nerek i pęcherza
Marienbadzkie źródło Rudolfa.

TLEN W BALONACH

na każde żądanie

w APTECE

M. KUCHARZEWSKIEGO

Miodowa 5. Telefonu 753.

Dla prowincyi całkowite aparaty do wywiązywania tlenu.

HEMORIN

(SWIECZKI)
PRZECIW

HEMOROIDOM.

MAGISTRA

KLAWE

Skład główny:
10. Plac św.
Aleks. Apteka

z Paryża
8 godzin**AIX-LES-BAINS**z Genewy
2 godziny

w Sabaudyi (Francya)

Gorące wody siarczane o 47-o C. najobfitsze na świecie; specjalne leczenie zewnętrzne za pomocą douche-massage czyli masażu pod duszem, kąpiele naturalne patowe (Bertollet) analogiczne z kąpielami błotnymi. Leczenie wewnętrzne zapomocą łagodnej wody alkalicznej — Eau des deux Reines, działającej silnie moczopędnie.

Główne wskazania:

Podagra, reumatyzm, artrytyzm, ischias, lumbago, choroby stawów — neuralgie, syfilis. Kuracye dopełniające: Physioterapija — Kuracye powietrzem górskim: M-t Revard, les Corbières Marlicz.

Ceny bardzo umiarkowane w zakładach kąpielowych i w hotelach, Droga do Aix-les — Bains przez Frankfurt Bazyleę, Genewę. Cudowna okolica, lac du Bourget. Grande Chartreuse. Kasino, teatr, koncerty, Sporty.

Sezon od 1 Kwietnia do 1 Listopada.

Informacyi udziela mer miejscowy.

Instytut szczepienia **D-ra J. TCHORZNIKIEGO** ospy ochronnej

w Warszawie, Daniłowiczowska 8 tel. 5.28

Zawsze świeża i bakterjologicznie czysta

K R O W I A N K A

Rurki na 1, 5 i 10 szczepień

Szczepienie i sprzedaż na miejscu od 9 rano do 7 wiecz.

Zamówienia listowne uskutecznią się odwrotną pocztą za zaliczeniem.

Zawiera wszystkie
alkaloidy i garbni-
ki właściwe korze.*(Extract. fluid. complet. cort. Chinae.)***CHINEXPLET****MAGISTRA**
KLAWE **Sanguinal, Kombinacye Sanguinalu.**

P. p. lekarze, życzący sobie posiadać preparat, składający się ze krwi i żelaza, absolutnie się przyswajający, **pozbawiony wszelkiego działania ubocznego**, a przytem **szybko i stale działający**, proszeni są o wypróbowanie naszego **SANGUINALU**. Pozwalamy sobie prócz tego zwrócić uwagę na kombinacye Sanguinalu z arsenikiem, chininą, extr. Rhei, guajakolem, jodem, kreo-
zotem, nartium cinnamylicum i Vanadiną. Wszystkie te kombi-
nacje okazały się po wieloletnich próbach wielce skutecznymi.

— Specyalna literatura i próby na żądanie. —

Krewel & C-o., G. m. b. H. Kolonia n. Renem.

Fabryka Chemiczna.

Reprezentant na Król. Polskie, Litwę, Zachód, Południową, Centr. Rossyę
i Kaukaz. Dom Handlowy, S. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6.

6. Dalsza rodzina lekarza nie ma prawa do żadnych ustępstw przy leczeniu.

7. Lekarz nie powinien leczyć najbliższej rodziny, dalszą zaś leczyć może, jednak za opłatą normalną, w przeciwnym razie uchylić się winien od leczenia, gdyż czyni tem krzywdę innym lekarzom.

8. Leczenie rodzin lekarzy poza miejscem zamieszkania lekarza odbywać się winno na zasadach ogólnych, lekarzowi ordynującemu przysługuje prawo poczynienia ustępstw, jakie uważa za stosowne.

9. W zakładach leczniczych zamkniętych rodziny, utrzymywane przez lekarzy, korzystają z tych samych ulg, co i lekarze.

10. W zakładach leczniczych otwartych rodziny lekarzy korzystają z ustępstwa 50% kosztów leczenia.

Oto główne podstawy stosunku lekarza i jego rodziny, potrzebujących pomocy, do lekarza ordynującego. W ciągu mojej pogawędki zdażyłem je naszkicować tylko, aby ułatwić dyskusję w tej sprawie. Nie uważam też ani na chwilę proponowanych poglądów za ostateczne rozwiązanie kwestyi. Chciałem tylko rzucić snop światła na tę sprawę i poddać ją dyskusyi publicznej. Przy wymianie zdań niewątpliwie dojdziemy do konkretnych wniosków i do zadawalającego rozstrzygnięcia sprawy.

Tymczasem rolę moją uważam za skończoną, prosząc Sz. Kolegów o szeroką dyskusję nad poruszoną przeze mnie sprawą dla wszechstronnego jej oświetlenia.

25. III. 1911 r.

Józef Zawadzki.

BIBLIOGRAFIA.

Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich z r. 1911.

„Gazeta lekarska”. Nr. 1. Pruszyński J. O działaniu fizyologicznem jadu błoniczego. Biernacki E. W sprawie rozpoznawania i patogenezy kamicy żółciowej. Janowski Wł. Przypadek duru brzuszego z niezwykle ciężkiem zajęciem wątroby i dróg żółciowych.

Nr. 2. Pawiński. Henryk Huchard. Racinowski. O działaniu dioxydiamidoarsenobenzolu Ehrlicha-Hata w syfilisie. Pruszyński. O działaniu fizyologicznem jadu błoniczego (dok.). Biernacki. W sprawie rozpoznawania etc. (dok.).

Nr. 3. Erbrich. O zupełnem wyluszczeniu migdałków podniebiennych. Racinowski. O działaniu dioxydiamidoarsenobenzolu etc. (c. d.).

Nr. 4. Kramsztyk Stefan. O ilości bakteryj w stolcach niemowląt. Racinowski. O działaniu dioxydiamidoarsenobenzolu etc. (dokończenie).

Nr. 5. Bernhardt. Lupus erythematosus linearis. Kramsztyk. O ilości bakteryj i t. d. (c. d.).

Nr. 6. Biernacki Stan. O obecności aglutynin gruźliczych w płwocinie. Kramsztyk. O ilości bakteryj i t. d. (dok.).

Nr. 7. Gabszewicz. O guzach zapalnych jamy brzusznej rzekomonowotworowych. Biernacki. O obecności aglutynin etc. (dokończenie).

Nr. 8. Karwacki. Oospora (streptotrix) pulmonalis. Gabszewicz. O guzach zapalnych i t. d. (c. d.). Hejman A. A. O powikłaniu ze strony ucha zewnętrznego w przebiegu spraw przewlekłych ropnych ucha średniego.

Nr. 9. Moraczewski. O pochodzeniu indykanu w moczu. Gabszewicz. O guzach zapalnych etc. (dok.).

Nr. 10. Brudziński. Teodor Escherich. Dębiński. Ziarenka (granula) Mucha i ich znaczenie w rozpoznawaniu gruźlicy. Moraczewski. O pochodzeniu indykanu w moczu. (c. d.).

Nr. 11. Kizler. Przyczynek do leczenia

chirurgicznego bąblowca wątroby. Moraczewski. O pochodzeniu indykanu w moczu. (c. d.).

Nr. 12. Rosenberg. Przyczynę do klinicznego znaczenia odczynu Wassermanna. Moraczewski. O pochodzeniu indykanu w moczu. (dok.) Kizler. Przyczynę do leczenia chirurgicznego etc. (c. d.).

„Przegląd Lekarski”. Nr. 1. Wachholz. Z kazuistyki śmierci z postrzału. Samobójstwo czy morderstwo. W. Orłowski. Przyczynę do nauki o polycythaemia rubra.

Nr. 2. Wicherkiewicz. Nowojodyna w leczeniu okulistycznym. Krokiewicz. Haemoglobinuria paroxysmalis. Wachholz. Z kazuistyki śmierci etc. (c. d.).

Nr. 3. Krokiewicz. Haemoglobinuria paroxysmalis. (c. d.). Wachholz. Z kazuistyki śmierci etc. (dok.)

Nr. 4. Rosenhauch. Ospica krowiankowa narządu wzrokowego. Krokiewicz. Haemoglobinuria paroxysmalis. (dok.). Edelman. Suchy odczynnik białka w moczu.

Nr. 5. Kramarzyński. W sprawie leczenia tęcza urazowego wstrzykiwaniami podskórnymi zawiesiny mózgowej. Rosenhauch. Ospica krowiankowa etc. (dok.).

Nr. 6. Eiger. Metoda elektrokardiograficzna, jej znaczenie oraz zastosowanie kliniczne. Baurowicz. Uwagi o szerokości rurki tracheotomijnej.

Nr. 7. Reiss i Kryształowicz. O znaczeniu lecniczem arsenobenzolu. Radliński. Umocowanie wątroby sposobem Hanslera. Eiger. Metoda elektrokardiograficzna etc. (dokończenie).

Nr. 8. Blassberg. Przetwór 606 w świetle chemoterapii Ehrlicha. Reiss i Kryształowicz. O znaczeniu lecniczem etc. (dok.)

Nr. 9. Wicherkiewicz. Dalsze słowo w sprawie nowojodyny. Moraczewski. O wpływie wód mineralnych na ustrój. Blassberg. Przetwór 606 etc. (dok.).

Nr. 10. Wachholz. Obojnak przed sądem w Kazimierzu R. P. 1561. Studziński. W sprawie nadwrażliwości ustrojowej (anafilaksyi bakteryjnej).

Nr. 11. W. Orłowski. Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki. W. Puławski. Leczenie błonicy surowicą swoistą.

Bryliński. O znaczeniu lecniczem niedotlenionych związków fosforu w przebiegu gruźlicy.

Nr. 12. Orłowski. Drogowskazy dyagnostyki etc. (c. d.). Bryliński. O znaczeniu lecniczem etc. (dok.).

„Nowiny Lekarskie”. Nr. 1, (Poświęcony uczczeniu 25-letniej działalności d-ra Ignacego Zielewicza na stanowisku ordynatora szpitala Przem. Pańskiego). Kapuściński. Przemowa. Zielewicz. Karol Marcinkowski jako chirurg. Mieczkowski. Krótki rys postępów chirurgii od r. 1867 na tle prac Zielewicza. Nowakowski. Postępy w leczeniu i rozpoznaniu zapalenia wyrostka rob. Pomorski. Przemowa. Pomorski. Przeszczepianie kostne jako najnowszy zabieg chirurgiczny przy porażeniach dziecięcych. Panieński. Obchód jubileuszowy 25-letniej pracy Zielewicza w zakładzie Sióstr Miłosierdzia. Rosenberg. Czy preparat Ehrlich-Hata 606 może mieć już dzisiaj zastosowanie w praktyce prywatnej.

Nr. 2. Marcinkowski. Dwa przypadki uwięźnięcia wstecznego jelit cienkich. Wierzejewski. Postępy w leczeniu stopy szpottowej i koślawej. Broniatowski. Appendicitis gangraenosa sub partu. Rosenberg. Dotychczasowe wyniki leczenia preparatem Ehrlicha-Hata 606. Herman. Wykłady kliniczne z urologii ogólnej. Łazarewicz. O anafilaksyi i idiosynkrazyi.

Nr. 3. Zawidzki. O koloidach oraz ich znaczeniu w procesach pobierania wody przez organizmy zwierzęce. Bugiel. Piorunowanie raka. Łazarewicz. O anafilaksyi i idiosynkrazyi. (c. d.). Herman. Wykłady kliniczne z urologii ogólnej. (c. d.).

„Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny”. T. IV. Z. 1. Herman. Współczesna aseptyka i antyseptyka operacyjna. Filipowicz. Odkazanie skóry w zabiegach operacyjnych za pomocą jodyny. Chlumsky. O przegrzewaniu elektrycznym (diatermia). Szuman. Wyniki operacji doszczętnych przepukliny pachwinowej u małych dzieci, wykonanych w lecznicy własnej od początku r. 1898 do czerwca 1909. Monsiorski. Współistnienie różnych nowotworów w narządach płciowych kobiety. Fiodorowicz. Przy-

czynek do kazuistyki pierwotnej gruźlicy jajnika.

T. IV. Z. 2. O polipowatym zapaleniu odbytnicy i kiszki grubej. Ciechomski. Przyczynek do kazuistyki wytworzenia przelyku z jelita czczego. Sławiński. Próba wykonania przelyku z kiszki według sposobu Herzena Pietkiewicz. Drugi przypadek torbieli ujęć moczowodów u kobiety 22-letniej. Rechniowski. Przypadek uwięźnienia przepukliny pachwinowej w worku wodniaka jądra. Jakowski. Przypadek nadmiernie rozдутego pęcherza moczowego u płodu niedonoszonego.

„Tygodnik Lekarski”. Nr. 1. Czernecki. Badania ilościowe nad kwasami oksyproteinowymi w cieczach surowicznych jam ciała oraz we krwi ludzi zdrowych i chorych. Zaremba. Wyniki osteoplastycznego pokrycia kikuta przy odjęciu podudzia sposobem Hefftera. Poczobut. O różnicy między ciepłotą wewnętrzną i zewnętrzną przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Nr. 2. Rosmarin. Kilka uwag o leczeniu czerwonki surowicą swoistą. Czernecki. Badania ilościowe etc. (c. d.).

Nr. 3. Lateinerówna. Bakteryologiczne i histologiczne badania nad t. zw. brodawkowo-łuseczkowym tuberkulidem osesków Czernecki. Badania ilościowe etc. (dok.). Rydygier. W sprawie pierwszeństwa co do podania objawu różnicy między ciepłotą wewnętrzną i zewnętrzną przy zapaleniu wyr. rob.

Nr. 4. Ziembicki. O guzach przysadki mózgowej. Beck i Bikeles. Rozprzestrzenianie się łuku odruchowego w rdzeniu pacierzowym stwierdzone badaniem prądów czynnościowych (dok.). Lateinerówna. Bakteryologiczne etc. (c. d.).

Nr. 5. Bocheński. O leczeniu włókniaków macicy mamminą Poehla. Lateinerówna. Bakteryologiczne etc. (dok.). Ziembicki. O guzach przysadki mózgowej (dok.).

Nr. 6. Zbyszewski. Spostrzeżenia nad elektrokardiogramem serca izolowanego. Bocheński. O leczeniu etc. (c. d.). Poczobut. Odpowiedź prof. Rydygierowi, dotycząca „sprawy pierwszeństwa co do podania obja-

wu różnicy między ciepłotą wewnętrzną i zewnętrzną przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Nr. 7. Zbyszewski. Spostrzeżenia etc. (c. d.). Bocheński. O leczeniu etc. (c. d.). Orłowski. W sprawie pierwszeństwa co do podania objawu różnicy między ciepłotą wewnętrzną i zewnętrzną przy zapaleniu wyrostka rob”.

Nr. 8. Nowicki. Wpływ obniżonego ciśnienia krwi na nadnercze. Zbyszewski. Spostrzeżenia etc. (dok.). Bocheński. O leczeniu etc. (dok.).

Nr. 9. Orłowski. Kilka słów o moim sposobie macania wyrostka rob. i o objawie Rovsinga. Nowicki. Wpływ obniżonego ciśnienia etc. (dok.).

Nr. 10. Hirszfeld. O nowej metodzie reakcji Wassermanna Jakowicki. O wpływie morfiny na czynność wydzielniczą trzustki. Stauber. Leczenie gruźlicy wstrzykiwaniami zawiesiny prątków gruźliczych.

Nr. 11. Falgowski. Jak należy obecnie leczyć sprawy zapalne przydatków macicznych. Selzer. Wyniki lecznicze w uzdrowisku ludowym w Hołosku.

Nr. 12. Markowski J. Wpływ śmiertelnych dawek nikotyny na ośrodek oddechowy, naczynio-ruchowy i hamujące ośrodki serca przy sztucznym oddychaniu. Falgowski. Jak należy obecnie leczyć etc. (c. d.). Poczobut. Odpowiedź prof. Orłowskiemu na jego artykuły w N-rach 7 i 9 Tyg. Lek. etc.

„Zdrowie”. Nr. 1. Michałowicz. Młodzież szkolna w okresie dojrzewania. Bielski. W sprawie oczyszczania ścieków kanałowych przedmieścia Pragi sposobem biologicznym.

Nr. 2. Higier. Jak rodzice i wychowawcy rozpoznawać mogą niedorozwój umysłowy u dzieci. Bielski. W sprawie oczyszczania etc. (dok.).

Nr. 3. Mańkowski. Sprawa bruków w wielkich miastach. Majewski. W sprawie higieny kolejowej.

„Postępek okulisty czn”y”. Nr. 1. Noiszewski. Siatkówka korowa.

Nr. 2. Wicherkiewicz. O kilku rzadszych odruchach, wywołanych wpływem na oko.

„Kronika dentystryczna”.
Nr. 1. Krakowski. Influenza i jej wpływ na jamę ustną.

Nr. 2. Krakowski. Influenza etc. (dok.)

Nr. 3. Krakowski. Przypadek całkowitego rozszczepienia podniebienia i wyrostka zębodołowego.

„Neurologia polska”. T. I-y Z. IV. Borowiecki. Badania porównawczo-anatomiczne i doświadczalne nad istotą szarą mostu Varola i jej połączeniami. Pański. Przypadek operowanego nowotworu rdzenia. Kopciński. Badanie inteligencji umysłowo-

wo-chorych według schematu Bernsteina. (dok.)

T. I-y Z. V. Babiński. Porażenie poprzeczne kurczowe pochodzenia organicznego z przykurczeniami zginaczy i ruchami mimowolnymi. Goldflam. W kwestyi Jodbasedowa. Flatau i Sterling. O myoklonii objawowej w cierpieniach organicznych ośrodkowego układu nerwowego u dzieci. Borowiecki. Badania porównawczo-anatomiczne i t. d. (dok.). Hornowski. Przypadek zadzierzgnięcia (strangulatio) nerwu okoruchowego. Radziwiłłowicz. Stanowisko psychologa.

Wiadomości bieżące.

— W N-rze bieżącym podajemy spis prac oryginalnych, wydrukowanych w piśmiech lekarskich polskich w ciągu 1-go kwartału r. b., spis taki w dalszym ciągu będziemy umieszczali w piśmie naszym co kwartał, pragnąc ułatwić czytelnikom orientowanie się w naszym dorobku naukowym.

— W ostatnich czasach pisma rosyjskie lekarskie podają obszerną nekrologię lekarzy, zmarłych z duru wysypkowego. Śród zmarłych spotykamy i nazwiska lekarzy polaków.

— W N-rze 12 Presse médicale z r. b. dr Aleksander Fzaïcon, ordynator kliniki prof. Jurora w Jassach, podaje szczegółowy opis z ilustracjami jedynej w swoim rodzaju operacji lewostronnej przepukliny pachwinowej, dokonanej na sobie w znieczuleniu lędźwiowym za pomocą strychniny i stowainy. Operacja powiodła się. Autor i samooperator szczegółowo opisuje swoje sensacje w czasie zabiegu. Stwierdza, iż ból przy wstrzykiwaniu jest nieco większy, niż przy zastrzykiwaniu podskórnym. Władze umysłowe miał zachowane i mógł sam do końca doprowadzić samooperację. Operacja wypadła przed egzaminem doktorskim autora właśnie o znieczuleniu lędźwiowym.

— Wyszła nakładem Praktyczeskiej medycyny książka T. Herynga p. t. Technika metod w izleadowania i leczenia zabołowania i leczenia zabołowania i ich odnoszenie k obszczym zabołowaniom. — Jest to przekład z oryginału polskiego (Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani. Warszawa r. 1904, uzupełniony kilkoma nowymi rozdziałami o tracheobronchoskopii (pióra Sznajdera z Moskwy), o mechanicznym sposobie leczenia zwiężeń krtani, operacyjnem leczeniu głosu śpiewaków, wreszcie sporym rozdziałem, obejmującym 30 stronic, a dotyczącym stosunku cierpień gardzieli i krtani do zachorzeń ogólnych (gruźlica, kiła, promienica i t. p.).

Choroby zakaźne w szpitalu Św. Stanisława w Warszawie za czas od 17-go kwietnia r. b. do 23-go kwietnia tegoż roku.

| | Pozostało chorych | Przybyło | Zejścia śmiertelne |
|-----------------|-------------------|----------|--------------------|
| Ospa naturalna | 17 | 3 | — |
| Odra | 3 | 1 | — |
| Szkarlatyna | 10 | 1 | — |
| Tyfus wysypkowy | 10 | 2 | — |
| Tyfus brzuszny | 8 | 6 | 1 |
| Błonica | 3 | — | 1 |
| Róża | — | 1 | — |

Do bieżącego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie o „Gometolu” magistra Klawe.