

# GAZETA LEKARSKA

**TREŚĆ.** I. G. F. DROZDOWICZ Leczenie twardzieli nosa i krtani zapomocą naświetlań promieniami Röntgen'a. II. J. SZMURŁO. O wskazaniach leczniczych w ostrem i przewlekłym ropieniu w jamie Highmor'a. (Dok.). Str. 102. *Dział sprawozdawczy.* 8. KLEMPERER F. O leczeniu gruźlicy płuc zapomocą sztucznej odmy piersiowej. Str. 111. 9. W. J. SAMSON. Leczenie gruźlicy płuc zapomocą sztucznej odmy piersiowej. Str. 114. *Przegląd bibliograficzny.* Kalendarz lekarski na r. 1912. Wydawnictwo J. POLAKA. Warszawa. Kalendarz Lekarski Krakowski na rok 1912, ułożył prof. dr L. K. GLIŃSKI. Str. 116. *Odcinek.* Dr WIROSŁAW DĄBROWSKI. II. Sprawozdanie Magistratu Miasta Warszawy za rok 1908 i 1909 oraz ważniejsze zamierzenia w dziedzinie szpitalnictwa. Str. 117. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie neurologów-psychiatrów 4-go listopada 1911 r. Str. 121. *Wiadomości bieżące.* Str. 124. Przepisy ogólne dotyczące zjazdów międzynarodowych lekarskich. Str. 125. Nadesłano do Redakcyi. Str. 128. *Ogłoszenia.*

I. Z PRACOWNI RENTGENOWSKIEJ SZPITALA ŚW. DUCHA.

## Leczenie twardzieli nosa i krtani zapomocą naświetlań promieniami Röntgen'a.

Podał

G. F. Drozdowicz.

Wobec stwierdzonego pomyślnego działania naświetlań promieniami RÖNTGEN'a w wielu cierpieniach ustroju, spowodowanych rozwojem atypowych nowotworzących się tkanek, a zwłaszcza takich nowotworów, których komórki rozmnażają się szybko, stają się zrozumiałemi dążenia lekarzy zastosowania tej metody w leczeniu groźnej dla chorych, a tak odpornej wobec wszelkich dotąd stosowanych zabiegów choroby, jak twardziel nosa i krtani. Prace autorów polskich, jak oto: SOKOŁOWSKIEGO, BAUEROWICZA, SREBRNEGO, POLAŃSKIEGO, obznajmiają dokładnie z patogenezą, anatomią, przebiegiem i dotychczasową terapią tej choroby. Zawodowa literatura Zachodu nie obfituje w prace w tym zakresie, co tłumaczyć należy względną rzadkością tego cierpienia, stanowiącego niemal smutny przywilej kraju naszego, a zwłaszcza ziemi Lubelskiej, Siedleckiej, Litwy i Białorusi.

Próby zastosowania promieni X do leczenia twardzieli czynili na Zachodzie — GOTTSZTEIN, FITTIG, RENZY, FREUND, RAHLER, MEYER.

Wszyscy powyżsi autorowie zajmowali się przeważnie twardzielą nosa i, stosując naświetlanie według różniących się nawet w szczegółach metod, otrzymywali na ogół dobre wyniki. Wychodząc z założeń teoretycznych, niektórzy z nich—jak na przykład KAHLER i FITTIG—*a priori* negowali możliwość działania leczniczego promieni RÖNTGEN'a w laryngoskleromatach, ze względu głównie na ich głębsze położenie i wynikającą stąd jakoby niemożność uniknięcia poważnych obrażeń skóry.

Dopiero prace ANTONIEGO RYDYGIERA z chirurgicznej kliniki Lwowskiej posunęły tę sprawę naprzód i znacznie rozszerzyły zakres wskazań do terapii rentgenowskiej tych cierpień. Już pierwszy komunikat RYDYGIERA na Zjeździe chirurgów polskich w r. 1902, jak również artykuł jego w Nowinach Lekarskich z tegoż roku stwierdza skuteczność tej metody w cierpieniach twardzielowych zarówno nosa, jak i krtani. Z biegiem czasu obserwacje jego rozszerzyły się na znaczną liczbę chorych i już w pracy swej z roku 1909 (Gaz. Lekarska) autor powołuje się na przekonującą liczbę przypadków, których skutki leczenia promieniami X okazały się pomyślnymi i dały rezultat trwały, dający się stwierdzić po latach obserwacji.

Pomimo tego jednak metoda ta, jak dotąd, nie wyrobiła sobie szerszej popularności, na którą wobec wyników prac powyżej przytoczonych najzupełniej zasługuje. Wobec tego pozwalam sobie przytoczyć dwa przypadki tego cierpienia z powodzeniem naświetlanych przeze mnie w pracowni szpitala Św. Ducha.

I. Józef R. lat 19, rolnik z ziemi Siedleckiej, skierowany został do mnie w dniu 18/XII 1909 roku przez kol. ERBRICHA z rozpoznaniem *laryngoscleroma*. Budowa wątpliwa, odżywienie ogólne upośledzone; chory oddycha przez rurkę tchawiczną, bez której z racyi dużych nacieczeń twardzielowych w okolicach strun głosowych z obydwu stron, oddychać nie może. Stopniowo powiększająca się trudność podczas oodychania rozpoczęła się przed dwoma laty i doprowadziła aż do konieczności wykonania tracheotomii w celu bezpośredniego uratowania życia. — Chory od razu został poddany metodycznej kuracji rentgenowskiej w ten sposób, że od początku stosowałem silne naświetlanie średnio twardemi rurami; zabezpieczywszy odpowiednio skórę przeciw uszkodzeniom, stosowałem w ciągu trzech dni dawkę, wynoszącą w sumie około 7-miu jednostek HOLCKNECHTA. Rurę ustawiałem w odległości 25 ctm. między antykatodą a skórą nad okolicą strun głosowych. Owe serye naświetlań powtarzałem co 3 do 5-ciu tygodni.

Po trzeciej seryi zauważyć można było znaczną poprawę subiektywną: duszność zmniejszyła się wyraźnie. — Chory przy spokojnem zachowaniu się może oddychać czas dłuższy bez rurki; równocześnie dane laryngoskopowe, łaskawie zakomunikowane mi przez kol. ERBRICHA, wykazują wyraźne zmniejszenie się nacieków. Owa poprawa skłoniła chorego, wbrew naszym radom, do czasowego zaniechania kuracji. —

Zjawił się ponownie dopiero w lipcu 1910. Od tego czasu kuracja prowadzoną była prawidłowo w ciągu 5-ciu miesięcy, t. j. do listopada tegoż roku. Poprawa, tak subiektywna, jak i obiektywna postępowała naprzód. Następne serye naświetlań wykonane były z racyi wyjazdu chorego z Warszawy dopiero w lutym i w marcu 1911 r. W maju zobaczyliśmy chorego już bez rurki tchawicznej, z otworem, zaklejonym plastrem; oddech był zupełnie swobodny nawet podczas forsownego chodzenia i wogóle wysiłków fizycznych; kol. ERBRICH konstatuje zupełne wessanie nacieczeń okolicy prawych strun głosowych i zaledwie ślady tychże na strunach lewych. Takież stan w listopadzie.

II. Zofia S. 34-letnia włościanka, również z ziemi Siedleckiej, łaskawie skierowana do naszej pracowni dnia 20/XI 1910 r. przez kol. WŁODZIMIERZA HERTZ'a z rozpoznaniem: rhinoscleroma. Budowa normalna, odżywienie ogólne upośledzone; duże nacieczenia na tylnych częściach muszel dolnych, uniemożliwiająca założenie zgłębnika; nos z wybitnymi zmianami, nadającymi skórze znany w tych razach charakter chrząstkowaty; z lewego nozdrza wychyla się twarde, brunatnawe nacieczenie, obejmujące również odpowiednią okolicę wargi górnej na przestrzeni mniej więcej dużego ziarna bobu; oddychanie przez nos zupełnie zniesione.

Według powyższej metody rozpocząłem i tutaj kurację naświetleniami, kierując promienie wprost na okolicę górnej wargi i czubek nosa. Już po pierwszej seryi naświetlań nacieczenie na wardze zmniejszyło się, zmiękło; oddychanie przez nos, aczkolwiek jeszcze utrudnione, stało się jednak możliwem. Po czwartej seryi nacieczenie wessało się w zupełności, pozostawiając zaledwie lekkie zmiany barwikowe na uprzednio zajętej skórze; oddychanie przez nos zupełnie łatwe. Kol. WŁ. HERTZ konstatuje całkowite wessanie nacieczeń na muszlach dolnych.

Co do techniki naświetlań, to metoda stosowana przeze mnie tem tylko różniła się od metody RYDYGIERA, że zamiast licznych, krótkich naświetlań aż do wystąpienia widocznej reakcyi ze strony skóry, dawałem w każdej seryi po 3 naświetlania dłuższe, dochodząc w sumie do 7-u jednostek HOLCKNECHTA. Dzięki tej modyfikacyi i ochranianiu skóry zapomocą tak zwanych filtrów — skóra cieleca, cynkfolia, aluminium — do wyraźnego stanu zapalnego ze strony powłok skórnych nie dochodziło nigdy. Drugą różnicę stanowiło ustawianie rury podczas naświetlań twardej nosa: uważając podniebienie twarde za zbyt dużą przeszkodę dla działania promieni, umieszczałem rurę równolegle do podłużnej osi głowy, kierując promienie centralne na miękkie części nosa.

Oprócz tych przypadków naświetlałem jeszcze w czterech innych; nie nadają się one jednak do publikacyi, gdyż z racyi nieregularnego zjawiania się chorych lub zaniedbywania kuracyi po paru naświetlaniach, obserwacya nie mogła być ściśle przeprowadzoną; subiektywna poprawa występowała jednak zawsze już od samego początku kuracyi. Dwie chore, będące w kuracyi obecnie — kol. BORZYMOWSKIEGO

i ŁOGUCKIEGO — roku ją dobre nadzieje, czas dotychczasowej ich obserwacji jest jednak zbyt krótki.

Na zasadzie jednak choćby tylko tych dwu pierwszych spostrzeżeń i, opierając się na wynikach zacytowanych powyżej autorów, a zwłaszcza RYDYGIERA, pozwalam sobie twierdzić zupełnie stanowczo, że tkanka twardzieli bardzo wyraźnie reaguje na działanie promieni X i że w szeregu innych metod leczenia tego uporczywego cierpienia metoda naświetlań rentgenowskich zajmuje pierwsze miejsce. Przykrych powikłań ze strony skóry przy odpowiedniej technice można zawsze unikać.

---

## II. O wskazaniach leczniczych w ostrem i przewlekłym ropieniu w jamie Highmor'a.

Podał

**J. Szmurło.**

(Rzecz, czytana na posiedzeniu Tow. Lekark. Warsz. 28 listopada 1911 r.).

(Dokończenie. — Patrz № 3).

---

Zapalenia jamy HIGHMOR'a powstają najczęściej pod wpływem tak ostrych, jak i przewlekłych chorób zakaźnych. Każda choroba zakaźna, wywołująca zmiany i w nosie, może dać zapalenie jamy HIGHMOR'a.

Za najczęstszą więc przyczynę należy uznać z ostrych chorób ostry nieżyt nosa, influencę, a dalej zapalenie płuc, odrę, szkarlatynę, anginę torebkową, błonicę, tyfus, a z przewlekłych przymiot. Zwłaszcza influenza obecnie uważaną bywa za najczęstszą przyczynę ostrego ropotoku. BRINDEL w pracy, ogłoszonej w roku przeszłym, opisał cały szereg ostrych ropotoków szczękowych podczas epidemii influency w Bordeaux. Obserwacje jego zdają się przemawiać nawet za tem, że ropotok zatoki, jest zaraźliwy i może wywołać również zapalenie ropne jamy HIGHMOR'a u innych. Sam BRINDEL właśnie zaraził się ostrym ropotokiem, lecząc chorego na ropne zapalenie zatoki szczękowej pochodzenia grypowego. Inni specjaliści, jak IWANOW, AVELLIS, również stwierdzili na sobie samych możliwość ropotoku jamy HIGHMOR'a pod wpływem influency. Badania bakteriologiczne ropy, przez szeregi badaczy dokładnie przeprowadzone, wykryły w ropie laseczniki influency, pneumokoki, gronkowce, paciorkowce, lasecznik okrężniczy, *bac. pyogenem foetidum*, lasecznik ropy błękitnej, laseczniki gruźlicy, laseczniki rzekomobłonicowe i inne. Bardzo pouczającą jest statystyka WERTHEIM'a, ogłoszona w roku 1901 w Archiv für Laryngologie. Badacz ten na 360 sekcji znalazł w 165-u przypadkach chore zatoki, przyczem na pierwsze

dziesięciolecie wieku przypadało zmarłych 4,1%, na drugie 37,5%, na 7-e, 8-e po 34,5% na pozostałe od 18-u do 28%. Najczęściej były chore zatoki szczękowe: u 46-u trupów—65 razy. Najwięcej więc osób zapada na zapalenie zatok bocznych nosa, a więc i zatoki szczękowej, w wieku młodocianym, a nawet dziecięcym, kiedy najczęstsze są choroby zaraźliwe. Statystyka ta objaśnia nam również fakt, dlaczego w późniejszym wieku spostrzegamy przeważnie ropotoki przewlekłe, których początek na zasadzie powyższych danych należy odnosić do wieku młodocianego. Jaką drogą powstaje ropotok—czy pierwotnie, czy też wtórnie—trudno rozstrzygnąć z całą stanowczością. Obserwacje zdają się stwierdzać, że możliwym jest powstanie ropotoku tak drogą pierwotną, jak i wtórną. Obserwacje BRINDELA na sobie samym, i wielu innych rynologów oraz moje własne wykazują, że cierpienie zatoki występuje nieraz równocześnie, a nawet poprzedza ostry nieżyt nosa. Tak np. niejednokrotnie zjawiają się do nas chorzy ze skargami na bole głowy, twarzy w okolicy szczękowej, nieprzyjemne sensacje w nosie i objawy ogólne. Badanie wzornikiem nosowym wykrywa tylko zaczerwienienie dolnej muszli i śluzówki przewodu środkowego; jednocześnie prześwietlenie daje wyraźne zaciemnienie odpowiedniej strony twarzy. Na zdrowej stronie najmniejszych zmian w nosie nie spostrzegamy. Musimy więc dany objaw — zaczerwienienie błony śluzowej nosa jednostronne—rozpatrywać jako przejaw nie niezytu ostrego śluzówki nosa, lecz ostrego zapalenia jamy HIGHMOR'a. W istocie, po kilku dniach zjawia się ropienie z zatoki szczękowej i otrzymujemy całkowity obraz ostrego ropotoku. Podobny objaw notuje LUC (*Leçons sur les suppurations des cavités accessoires du nez*). Objaw ten niejednokrotnie spostrzegali również DMOCHOWSKI.

Z drugiej znowu strony mamy niezbite dowody powstawania wtórnego ropienia, przeniesionego z nosa, którego śluzówka uległa ostremu cierpieniu.

Ważny moment przyczynowy w powstawaniu ostrego ropienia odgrywa przeziębienie. WRÓBLEWSKI w pracy swej o leczeniu ostrego ropotoku zatoki szczękowej przytacza cały szereg odpowiednich spostrzeżeń, w których ropienie występowało niezwłocznie po przeziębieniu. W jednym przypadku każdemu przeziębieniu towarzyszył ostry napad ropotoku zatoki szczękowej.

Operacje w nosie, zwłaszcza połączone z tamponowaniem, mogą również spowodować ropotok. Pod tym względem pouczającym jest spostrzeżenie WRÓBLEWSKIEGO, którego chory po wycięciu polipowatozwyrodniałej muszli środkowej dostał na 3-i dzień ostrego ropotoku jamy HIGHMOR'a, który przeszedł po dniach dziesięciu. Dzieje się tu w tym razie toż samo, co i w uchu środkowym, po zabiegach operacyjnych w nosie.

Ważną, aczkolwiek zdaje się przecenianą przyczynę ropotoków zatoki szczękowej, stanowią chore zęby. Dane anatomiczne stwierdzają, iż zęby trzonowe, zwłaszcza drugi przedni i pierwszy tylny znajdują się swymi korzeniami w blizkim sąsiedztwie z jamą HIGHMOR'a. Niekiedy

są one oddzielone od niej zaledwie cienką blaszką kostną; w niektórych zaś razach nawet przenikają pod błonę śluzową zatoki szczękowej. Łatwo zrozumieć, iż w podobnych razach chore zęby mogą zarazić błonę śluzową zatoki, i faktów takich, stwierdzonych najdokładniej przez lekarzy tej miary, co LUC, HAJEK, LERMOYEZ i inni, istnieją całe szeregi.

Bądź co bądź na tym punkcie rozchodzą się zdania rynologów i anatomów. Wtedy, gdy ZUCKERKANDL na 300 zbadanych zatok mógł raz tylko stwierdzić z całą pewnością wpływ zęba na powstanie ropotoku zatoki szczękowej, DMOCHOWSKI zaś na 304 otwarte zatoki ani razu nie spotkał podobnego faktu, rynologowie, jak GRUNWALD, podają 14 na 98 przypadków, HAJEK 13 na 200, a PIFFL nawet 12 na 51 zapaleń ropnych jamy HIGHMOR'a pod wpływem próchnicy zębów.

Dalej ropotok jamy HIGHMOR'a może być wywołany przez uraz, przez zranienie zatoki ostrym narzędziem, kulą, jak również przez ciała obce, które tą lub inną drogą mogą się dostać do zatoki. Znane są przypadki, w których znajdowano w zatoce strzępy ubrania, ziarnka śrutu, kawałki cewników, złamanych szczypców.

W roku 1906-ym spostrzegalem i operowalem ropotok zatoki HIGHMOR'a u wieśniaka, któremu koń uderzeniem kopyta spowodował pęknięcie szczęki górnej i uszkodził oko. Ropienie trwało rok cały i ustąpiło po doszczętej operacji podług CALDWELL-LUC'a.

Zapalenie szpiku kostnego w kości szczękowej, oraz gumaty kości szczękowej są nieraz powodem ropotoku. W tych razach usunięcie martwiaka oraz leczenie specyficzne daje wyleczenie.

Wreszcie ropotok jamy HIGHMOR'a może być wywołany przez ropę, która dostaje się do niej z chorych zatok sitowych lub czołowej. W tych razach zwykle błona śluzowa zatoki długo pozostaje oporną; w końcu wszakże wskutek długiego drażnienia i zmniejszonej odporności zapada sama na ropotok.

Podobne wtórne zapalenia zatok szczękowych francuscy autorowie: LERMOYEZ, MAHU, MOURE i inni nazywają, w przeciwieństwie do niemieckich autorów, „empyematem“, w celu odróżnienia od inną drogą powstałych ropotoków, które zwą *sinuite maxillaire purulente* albo *Highmorites purulentes*“. Jako na jeden z ważnych objawów rozpoznawczych wskazują oni na różnicę w pojemności jamy HIGHMOR'a, w przypadkach empeyematu i zapalenia ropnego. W pierwszym przypadku jest ona znacznie większą, niż w razie zapalenia ropnego, co jest łatwo zrozumiałe, jeżeli przypomnimy sobie, jak mocno obrzmiewa błona śluzowa zatoki w przypadkach ropotoku (DMOCHOWSKI np. stwierdza objętość jamy HIGHMOR'a w jednym przypadku równą wielkości orzecha laskowego, w innym ziarnka grochu).

Wszystkie te przyczyny wywołują zazwyczaj ostry ropotok zatoki szczękowej. W wielu atoli razach ropotok taki wskutek przewagi objawów w innych częściach ciała, jak to bywa np. w szkarlatynie, odrze, a nawet influency, może przejść prawie niespostrzeżony, objawy od niego za-

leżne lekarz i otoczenie skłonni są przypisać ogólnemu cierpieniu i w ten sposób dopiero po przejściu choroby ogólnej wyraźniej rzucają się w oczy objawy cierpienia zatoki szczękowej, przyczem choroba traci ostry charakter, a nabiera cech przewlekłych. W niektórych wszakże razach, jak np. wobec chorych zębów, wobec ciał obcych, urazu cierpienie od razu ma charakter przewlekły i jako przewlekłe ropienie bywa traktowane.

Rozpatrzmy teraz, jakie wskazania mamy przy leczeniu ostrych ropotoków jamy HIGHMOR'a.

Ponieważ w ostrem ropieniu zatok szczękowych nad wszystkimi innymi objawami góruje mocny ból głowy i przedniej połowy twarzy, zwłaszcza okolicy górnoszczękowej, ból w postaci uczucia ciśnienia, rozpierania, zależny od mocnego obrzmienia błony śluzowej i utrudnionego odpływu ropy przez zwężony kanał szczękowy, przeto za wskazane należy uważać wszelkie te środki, które łagodzą ból, zmniejszą wydzielinę i zmniejszą obrzmienie błony śluzowej nosa i kanału szczękowego. Za wskazane przeto należy uważać spokój, a nawet leżenie w łóżku, oczyszczenie przewodu pokarmowego, obfite poty, gorące okłady, lub kompres ogrzewający na okolicę zatoki. W nielicznych atoli przypadkach ciepło chorym ulgi nie sprawia. W tych razach będzie pożytecznym lód. Mamy tu więc to samo zjawisko, jakie nieraz spostrzegamy w ostrem zapaleniu ucha środkowego: niektórzy chorzy znoszą lepiej ciepło, inni natomiast wolą chłodne okłady. Ze środków farmaceutycznych za najpożyteczniejszą uważam z własnego doświadczenia aspirynę, którą może chory przyjmować co 2—3 godziny, oraz wkraplanie do nosa 1%—2%-ego roztworu kokainy z dodatkiem adrenaliny. Wkraplania takie do nosa choremu w postaci leżącej, z mocno w tył odchylną głową, przedostają się do przewodu nosowego środkowego, zmniejszają tam przekrwienie błony śluzowej nosa oraz kanału szczękowego i ułatwiają odpływ ropy, przezco zmniejszają naprężenie tkanek i łagodzą bole głowy. Po 2-u 3-ch godzinach jednakże obrzmienie, a z niem bole pewracają, co wymaga powtórzenia wkraplania. W celu usunięcia ropy z zatoki HIGHMOR'a można użyć, jako pomocniczego środka maski SIEBENMANN'a, która wywołuje zmniejszenie ciśnienia w nosie i w ten sposób działa ssąco, wyprowadzając ropę z zatoki szczękowej do jamy nosowej. W tym samym celu stosujemy wpuśdzanie do nosa powietrze podczas wdechu balonem POLITZER'a. Takież działanie wywiera ruch wciągania powietrza przy zamkniętych ustach i zaciśniętym nosie i w tym samym celu również z korzyścią może być stosowany.

Po kilku dniach, czasami 10-u tygodniach takiego leczenia objawy ogólne słabną, bole głowy ustają, ilość ropy znacznie się zmniejsza i chory przechodzi w okres zdrowienia.

Niekiedy wszakże pomimo wszelkich zabiegów bole trwają bez przerwy. Ponieważ przyczyną ich bywa zawsze zatrzymanie ropy zatoki, przeto należy się uciec do przemycia zatoki przez otwór naturalny, lub jeżeli to jest niemożliwe do przekłucia wewnętrznej ściany jamy HIGH-

MOR'a pod dolną muszlą i do jej przemycia, poczem zwykle następuje znaczna ulga. Ulga ta trwa dopóty, dopóki ropa ponownie się nie zbierze w zatoce.

Bądź co bądź praktyka moja i innych lekarzy, jak BRINDEL, IWANOW, AVELLIS i inni, stwierdza, że takie przekłucie wywiera trwalszy wpływ i daje ulgę na czas dłuższy, jakkolwiek uciekać się do niego nieraz wypadnie po kilka razy w ciągu choroby. Większe zabiegi, jak otwarcie jamy HIGHMOR'a ze strony zębodołu lub samej jamy, wskazane są tylko w tym czasie, jeżeli choremu grozi przedziurawienie kostnej ściany zatoki z następczem ropnem zapaleniem tkanki podskórnej oczodołu lub policzków, oraz w razie powstania ropotoku wskutek urazu, zranienia lub cierpienia zębów i kości szczękowych. W przypadkach ostrego ropotoku, wywołanego przez ząb zepsuty, czasami wystarcza usunięcie zęba, jakto stwierdziły między innymi obserwacje LERMOYEZ'a.

Po przejściu ostrych objawów WRÓBLEWSKI zalecał użycie jodku potasu lub sodu w celu ostatecznego usunięcia wszelkich śladów zapalenia. Sądzę wszakże, że z użyciem tego środka należy być bardzo ostrożnym i używać go tylko w niewielkiej ilości i po dokładnem poznaniu indywidualności chorego. Środek ten bowiem może powodować obrzmienie błony śluzowej nosa oraz ujścia zatoki i w ten sposób przeszkodzić odpływowi ropy i spowodować recydywę.

Przechodzimy teraz do wskazań do leczenia przewlekłego ropienia zatoki HIGHMOR'a. Wskazania te zależą będą: 1) od zmian w nosie, 2) od przyczyn, które spowodowały i podtrzymują ropienie przewlekłe, 3) od budowy jamy HIGHMOR'a i 4) od zmian chorobnych błony śluzowej, wskutek ropienia.

Co do pierwszego, to przedewszystkiem pamiętać należy, że w razie jednoczesnego istnienia ropotoku zatok sitowych oraz czołowej lub klinowej obok ropienia w zatoce szczękowej, wtedy tylko można mieć pewność wyleczenia ropotoku zatoki szczękowej, kiedy ropienie w innych zatokach ustanie. W przeciwnym bowiem razie będzie mieć miejsce ciągłe zakażanie jamy HIGHMOR'a przez ropę, dostającą się do niej z chorych zatok sąsiednich. Wskazane więc będą wszystkie zabiegi chirurgiczne wewnątrz- i zewnątrznosowe, które usuną ropienie w owych zatokach a więc: usunięcie przedniego końca muszli środkowej, otworzenie i wyskrobanie chorych zatok sitowych i klinowej. Jeżeli owe zabiegi są niewystarczające, należy wykonać operację radykalną podług KILLIANA lub LUC'a z otwarciem zatoki czołowej, lub podług UFFENORDE'a w celu doszczętnego leczenia zatok sitowych i klinowej. Co do drugiego, to musimy rozróżnić: 1) przyczyny, podtrzymujące ropienie w danym okresie czasu i 2) przyczyny pierwotne. Przyczyną podtrzymującą ropienie zawsze i wszędzie będzie zatrzymanie się ropy w samej jamie HIGHMOR'a. Dlatego też jako pierwszy warunek musimy usunąć ową stagnację ropy. Zatrzymanie się ropy może zależeć przedewszystkiem od zwężenia ujścia przewodu szczękowego wskutek spraw zapalnych w jego sąsiedztwie,



tworzenia się zgrubień, polipów i t. p. lub też wskutek wrodzonej jego wąskości. W pierwszym przypadku należy owe zgrubienia, polipy usunąć, do jamy HIGHMOR'a wprowadzić jedną z licznych modyfikacji rurki do przemywania jamy tej i jamę przemyć, poczem w połowie przeszło przypadków, iakto stwierdzają zgodnie spostrzeżenia wszystkich niemal rynologów, ropienie ustaje. Naturalnie, dla otrzymania tak doskonałego wyniku jedno przemywanie niezawsze wystarcza, nieraz potrzeba je powtórzyć 3—4 i więcej razy.

Wrazie wąskości lub, jak to nieraz bywa, zarośnięcia nawet przewodu szczękowego, wskazane jest przekłucie wewnętrznej ściany jamy HIGHMOR'a pod dolną muszlą i tą drogą przemywanie zatoki, co zalecają przeważnie francuscy autorowie: LUC, FURET, GUISEZ i inni. Tą drogą również otrzymamy w dużej liczbie przypadków bardzo dobre wyniki.

Jeżeli teraz przejdziemy do pierwotnych przyczyn ropotoku, to wskazania tutaj będą rozmaite, w zależności od owych przyczyn. Jeżeli z wszelką pewnością stwierdzonem zostało, że ropotok chroniczny zależny jest od jednego lub kilku próchniejących zębów, to przedewszystkiem chore zęby należy usunąć, przez zębodół otworzyć jamę HIGHMOR'a i przystąpić do przemywań systematycznych, które sprowadzą wyleczenie, jeżeli błona śluzowa zatoki pod wpływem chronicznego ropienia nie uległa zbyt głębokim zmianom chorobnym, lub też jeżeli warunki anatomiczne nie sprzyjają ropieniu.

Wrazie obecności w zatoce szczękowej ciała obcego, należy zatokę otworzyć przez *fossa canina*, ciało obce usunąć, zrobić otwór w ścianie wewnętrznej zatoki, a ranę ze strony jamy ustnej zaszyć.

Co do ropienia, wywołanego jakąkolwiek chorobą zakaźną, to wskazanem jest leczenie takie, jakieśmy to wyłuszczyli, omawiając kwestyę zatrzymania ropy, a więc drogą przemywania przez otwór naturalny zatoki lub przez otwór sztuczny, najlepiej pod muszlą dolną. Kilkakrotne przemywanie, jak widzieliśmy, w 50—60 procent (ONODI) zupełnie usuwa ropienie. Pozostaje wszakże ogromna liczba przypadków, w których takie przemywanie nie daje wyników dodatnich. Zależnem zaś to być może od tego, że albo opróżnienie jamy HIGHMOR'a z ropy drogą przemywania przez otwór naturalny lub sztuczny jest niedostatecznem, albo jama przedstawia specjalne warunki anatomiczne, jest np. podzielona kostną lub błoniastą ścianą na dwie komory, ma głębokie uchyłki, w których ropa zawsze się zatrzymywać może, albo wreszcie głębokie zmiany chorobne podtrzymują ropienie w stanie przewlekłym.

W pierwszym przypadku należy dać możność opróżniania jak najczęstszego zatoki z wytwarzającej się tam ropy, bądźto samodzielnie, bądź też zapomocą przemywania.

Do tego celu nadają się najlepiej dwie metody: metoda COOPER'a—otwarcie jamy szczękowej przez zębodół i metoda CLAOUÉ-RETHI—otwarcie zatoki przez dolny otwór nosowy. Pierwszy nęci nas łatwością wykonania, trefnią bowiem ręczną lub elektryczną, pod miejscowem znieczu-

leniem bardzo łatwo w kilka sekund bez bólu otworzyć zatokę przez otwór po usuniętym zębie. Dzięki owej łatwości jest i będzie on, jak sądzię, ulubionym zabiegiem u większości laryngologów.

Ujemną stroną tego zabiegu stanowi połączenie jamy HIGHMOR'a z jamą ustną, wskutek tego chory narażony bywa niekiedy na przedostawanie się ropy do ust i odwrotnie na przedostawanie się zawartości jamy ustnej do zatoki szczękowej. Metoda CLAOUÉ jest trudniejszą w wykonaniu, zwłaszcza w przypadkach małej zatoki i grubych ścian, polega zaś ona, jak wiadomo, na tem, że po usunięciu dolnej muszli, w wewnętrznej ścianie zatoki wydłutowuje się otwór wielkości 2—4 ctm. kw. Zaletą tej metody jest to, że daje ona możność zupełnie swobodnego odpływu ropy do nosa, dostępu powietrza do zatoki, przewietrzania jej oraz osuszania. Tą drogą CLAOUÉ i RETHI otrzymywali do 90% wyleczeń. Na niekorzyść jej wszakże przemawia konieczność rezekcyi niemal kompletnej całej przedniej połowy muszli dolnej, oraz zniszczenie dużego kawałka błony śluzowej ściany wewnętrznej na przestrzeni co najmniej 4-ch ctm., co spowodza nadmierną suchość błony śluzowej odpowiedniej połowy nosa,—cierpienie, które sprawić może choremu nie wiele mniej przykrości, niż trwające przedtem ropienie, nie należy przeto tego względu zbyt lekceważyć.

Wszystkie inne metody, jak CHORAŻYCKIEGO, o której już wspomniałem, a polegającej na tem, że przez dwa kanały po korzeniach usuniętego zęba trzonowego buruje się przejścia do zatoki szczękowej, a potem kość między przejściami usuwa się, przezco otrzymujemy szeroki dostęp do zatoki; SOŁOWCOWA i KASPERJANA, wycinających w środkowej części muszli dolnej oraz w wewnętrznej ścianie zatoki nad i pod muszlą duży otwór pionowy; SIEBENMANN'a robiącego otwór w wewnętrznej ścianie nad muszlą dolną; metody MIKULICZA, KÜSTERA i innych—niczem nie przewyższają owych dwu zasadniczych metod i tylko w pewnych specjalnych warunkach mogą znaleźć zastosowanie.

Jeżeli wszakże kilkotygodniowe systematyczne opróżnianie jamy HIGHMOR'a przez otwór w tej lub innej ścianie zatoki ropienia nie usuwa, ilość i charakter ropy się nie zmienia; jednym słowem, jeżeli nie widzimy poprawy w stanie chorej zatoki, mamy wszelkie prawo przypuszczać, że albo struktura zatoki lub też zmiany anatomiczne w niej zaszkodziły, że tylko usunięcie owych nienormalności tak pierwotnych, jak i następnych wskutek długotrwałego ropienia jest w stanie chorobę wyleczyć.

W tym celu wykonywamy operację doszczętną, opisaną pierwotnie w roku 1893-ym przez CALDWELL'a a następnie niezależnie od tegoż pomyslaną i zastosowaną przez LUC'a i przez niego spopularyzowaną. O operacji tej, powiada UFFENORDE, co następuje: „Operacja CALDWELL—LUC'a, połączona z zupełnem jak najdokładniuszem wyskrobanie całej błony śluzowej i zachowaniem dolnej muszli oraz zaszcyciem ze strony jamy ustnej, wykonana w odpowiednich przypadkach pod znieczule-

niem miejscowem, jest, mojem zdaniem, operacją idealną, mogącą zadośćuczynić najtrudniejszym warunkom“ (*Komplizierte Fälle von Nasennebenhöhlenerkrankung*). Zdanie to wszyscy specjaliści potwierdzić mogą. Ażeby wszakże operacja ta w istocie stała się operacją idealną, doszczętnie leczącą ropotok, niezbędnem jest wykonanie jej tak, jak tego żąda Luc, a więc: przedniej ściany oszczędzać nie należy; powinna ona być usuniętą na takiej przestrzeni, ażeby cała powierzchnia wewnętrzna zatoki dostępną była dla oka i narzędzi operatora, specjalnie w kierunku wewnętrznym aż do połączenia ze ścianą wewnętrzną; a dalej: cała chorobowo zmieniona błona śluzowa powinna być wyskrobana, ściany zatoki wygładzone i wszelkie przegrody kostne lub błoniaste usunięte; otwór w najwyższej części ściany wewnętrznej, na granicy jej z dolną zrobiony, powinien być dostatecznie szeroki; wreszcie komunikacja z jamą ustną jak najprędzej (najlepiej zaraz po operacji) powinna być przez zaszczytne przerwana. W ten sposób tylko można być pewnym, że w zatoce nie pozostanie ani odrobiny chorobowo zmienionej tkanki, że odpływ z niej będzie zupełnie zabezpieczony i że zakażenie wtórne ze strony jamy ustnej nie nastąpi. Naturalnie samo się przez się rozumie, że podczas operacji zatoka musi być dokładnie we wszystkich zakątkach oświetlona. Nieusuńnięcie choćby małego kawałka cząstki tkanki chorobowo zmienionej zniweczy zabieg i zmusi do jego powtórzenia. Pouczającemi są pod tym względem spostrzeżenia samego Luc'a, który w kilku przypadkach po niedość dokładnem jej oczyszczeniu musiał po kilku tygodniach zabieg operacyjny powtórzyć. Twórca metody sam się otwarcie do podobnych błędów operacyjnych przyznaje, potwierdzając konieczność jak najdokładniejszego usunięcia patologicznie zmienionych tkanek. Operacji tej przedtem wyłącznie w uśpieniu chloroformowem robionej, obecnie za radą von EYCKEN'a, a następnie Luc'a, coraz więcej rynologów dokonywa w znieczuleniu miejscowem. Nie potrzeba zdaje się dowodzić jak pożyteczną jest dla pomyślnego wyniku operacji rzeczą, jeżeli chory z całą świadomością bierze w niej udział. Daje nam to możność zmniejszenia liczby pomocników, usuwa niebezpieczeństwo, jakie grozi zawsze przy użyciu chloroformu, znosi obawę zapalenia płuc aspiracyjnego. Dzięki temu operacja CALDWELL—LUC'a przedtem za ciężką uważana i odstraszaająca wielu chorych, obecnie staje się stosunkowo prostą i w zwykłych warunkach niemal ambulatoryjnie wykonać się dającą. Tylko bardzo rzadkie przypadki chorych wyjątkowo nerwowych i bojaźliwych wymagają znieczulenia ogólnego.

Do znieczulenia miejscowego używam zazwyczaj  $\frac{1}{2}$  lub 1 $\frac{1}{2}$ -go roztworu kokainy z 2-ma kroplami adrenaliny na szprycę PRAVAZ'a. Zastrzykuję pod błonę śluzową i okostną w okolicy psiej jamy w kierunku nerwu podoczołowego 2—3 szprycy; jednocześnie pod muszlę dolną wprowadzam wacik, zmoczony w 20%-ym roztworze kokainy z adrenaliną. Po kwadransie można bez bólu przeprowadzić cięcie, odsunąć okostną i wydłutować dostatecznej wielkości otwór w przedniej ścianie zatoki. Po otwar-

ciu błony śluzowej zatoki, kilkakrotnie wycieram ją wacikiem zmoczo-  
nym w 20%-owym roztworze kokainy, a potem innym, zmoczonym w adre-  
nalinie i czekam kilka minut, dopóki nie nastąpi znieczulenie, poczem  
bez bólu wyskrobuje jak najdokładniej zatokę i bez bólu również robię  
otwór w ścianie wewnętrznej.

Luc początkowo radził usuwanie muszli dolnej, zwłaszcza przedniej  
jej połowy, obecnie wszakże zmienił zdanie i radzi muszli dolnej nie ru-  
szać, ażeby uniknąć *rhinitidis siccae operativae*, bardzo nieprzyjemnej dla  
chorych. Sądzę wszakże, że jeżeli zbyt dużą jest resekcyja całej muszli,  
to usunięcie przerostowo zmienionych jej części, co przy przewlekłym  
ropotoku z jamy HIGHMOR'a często miewa miejsce, jest konieczne i czy  
wcześniej czy później musi być wykonane.

Istnieje masa modyfikacji operacji CALDWELL—LUC'a. GERBER np.  
robi otwór w ścianie wewnętrznej nie pod, lecz nad muszłą dolną. BENNING-  
HAUS przeszczepia do jamy HIGHMOR'a błonę śluzową nosa, JANSEN zaś  
śluzówkę jamy ustnej. KILLIAN nie zaszywa otworu łączącego zatokę z ja-  
mą ustną i przez niego wydobywa gazę z rany. DENKER usuwa całą  
przednią ścianę, znosi brzeg *aperturae pyriformis*, oraz kawał ściany we-  
wnętrznej, przylegającej do niej, ażeby mieć później szerszy i łatwiejszy  
dostęp do zatoki ze strony nosa. Operacyja ta, początkowo z wielkim  
entuzjazmem w Niemczech przyjęta, obecnie traci zwolenników przy le-  
czeniu ropotoków doszczętnem. Uważana jest za wskazaną w nowotwo-  
rach złośliwych nosa i zatoki szczękowej. DRUSMAN idzie jeszcze dalej  
niż DENKER. Chcąc doprowadzić jamę HIGHMOR'a do zupełnego zarośnie-  
cia, usuwa nie tylko całą przednią ścianę zatoki, lecz wewnętrzną i część  
tylnej. W istocie jama po jakimś czasie wypełnia się tkanką łączną,  
lecz znowu wskutek kurczenia się blizny następuje zapadanie policzka  
i zniekształcenie twarzy. Widzimy więc, że wszystkie te modyfikacye  
nie wiele wnoszą nowego i w niczem nie przewyższają klasycznej opera-  
cyi CALDWELL—LUC'a. Jedna tylko operacyja DENKERA stanowi pewien  
krok naprzód i to w leczeniu nie ropotoków, lecz właściwie złośliwych  
nowotworów zatoki szczękowej.

Pozwolę sobie teraz streścić to co powiedziałem w sprawie wska-  
zań do leczenia ostrych i przewlekłych ropotoków zatoki szczękowej:

1) W ropotoku ostrym wskazane są przedewszystkiem: leczenie  
ogólne, spokój, leżenie w łóżku, poty, wlewanie do nosa kokainy z adre-  
naliną, aspiryna. Wrazie uporczywych bólów wskutek zatrzymania  
ropy, aspiracyja ropy przyrządem SIEBENMANN'a, przemycie przez otwór  
naturalny lub przez sztuczny, najlepiej pod muszłą dolną. W razie  
komplikacyi należy się uciec do otwarcia zatoki przez wyrostek zębowy  
lub przez jamę.

2) W sprawach przewlekłych wskazane jest przedewszystkiem usu-  
nięcie zmian chorobnych wewnątrz nosa, przerostów śluzówki, polipów,  
a w razie ropienia w zatokach sąsiednich leczenie i usunięcie tegoż.

3) Jeżeli pomimo tego ropienie trwa dalej, należy jamę HIGHMOR'a kil-

kakrotnie przemyć przez otwór naturalny lub sztuczny, tą lub inną drogą otrzymany. Jeżeli takie przemycie nie wystarcza i ropienie trwa dalej, niezbędnem jest dokonanie operacji doszczętniej sposobem CALDWELL—LUC'a, najlepiej w znieczuleniu miejscowem.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

→0←

### 8. Klemperer F. O leczeniu gruźlicy płuc zapomocą sztucznej odmy piersiowej.

Pomimo iż myśl leczenia gruźlicy zapomocą ucisku płuc jest już dość dawna, gdyż jeszcze w drugim dziesiątku ubiegłego stulecia głosił ją anglik CARSON, została ona jednak w czyn wprowadzona po raz pierwszy w Pawii przez FORLANINIEGO w 1892 r., który zastosował jako środek leczenia suchot sztuczną odmě piersiową. Wkrótce cały szereg lekarzy—w Ameryce MURPHY, w Niemczech SCHMIDT (w Dreźnie), a zwłaszcza L. BRAUER (w Marburgu), WELMANN (w Kolonii) i in., w Danii SAUGMANN — zaczęli stosować nową tę metodę i zebrali dość bogaty już materiał kliniczny.

KLEMPERER, dokonawszy sztucznej odmy piersiowej u 23 chorych na gruźlicę i u 1 chorego na rozszerzenie oskrzeli, odmy, trwającej przez dłuższy przeciąg czasu, stara się na podstawie własnego doświadczenia oraz wyników innych autorów, obszerniej omówić nową metodę leczenia gruźlicy. Opiera się ona na postrzeżeniu klinicznym, iż wysięk opłucnej lub odma u osobników dotkniętych gruźlicą powstrzymuje dalszy rozwój tej choroby i działa, niekiedy niezwykle dodatnio na przebieg suchot. Wpływ ten dodatni polega przypuszczalnie na tem, iż z chorego płuca, będącego w spokoju, zarazki nie rozprzestrzeniają się ani drogą aspiracji, ani drogami limfatycznymi, gdyż wskutek ucisku płuca nie przyjmuje ono udziału w oddychaniu, a krążenie limfy znacznie się zmniejsza, jak to dowiodły doświadczenia SHINGU. Wpływ ucisku płuca na gruźlicę sięga jednak jeszcze dalej, badania bowiem anatomopatologiczne w przypadkach odmy samoistnej oraz sztucznej u osobników, dotkniętych gruźlicą, wykazały, iż wśród ognisk gruźliczych w uciśniętem płucu powstaje bardzo obfita warstwa tkanki łącznej, prowadząca do tworzenia się blizn, a FORLANINI podaje nawet przypadki zupełnego wyleczenia płuc suchotniczych drogą bliznowatego przeobrażenia się tychże płuc od długotrwałego ucisku podczas sztucznej odmy.

Pomimo podstaw teoretycznych metoda sztucznej odmy znajduje po dziś dzień stosunkowo mało zwolenników, choćby z tego względu, iż odma samoistna, jak wiadomo, jest dla chorego na gruźlicę zwykle bardzo niepożądanem powikłaniem choroby, przeważnie niebezpiecznem, a tylko w rzadkich przypadkach wpływa dodatnio na dalszy rozwój suchot, jak to zaznaczono wyżej. Lecz odma samoistna, a sztuczna różnią się od siebie całkowicie. KLEMP. ze zdumieniem podkreśla, jak słabą różnicę sprawia choremu odma sztuczna, jak mało daje mu się we znaki i jak niewielkie stanowi niebezpieczeństwo (na co zwracają też uwagę FORLANINI i SPENGLER); podaje kilka rentgenogramów, na których widać odmě od dołu do góry, a mimo to nie wywołuje ona żadnych zaburzeń

w oddychaniu lub w działaniu serca. Czy jednak przynosi ona choremu korzyść, jako środek leczniczy gruźlicy? Nad pytaniem tem zastanawia się autor dłużej, biorąc pod uwagę swój własny materiał. Sztuczną odmę można stosować w przypadkach jednostronnej, daleko posuniętej gruźlicy. W przypadkach tych jednak niezwykle często istnieją zrosty opłucnej, które przeszkadzają w napuszczaniu gazu — wtedy utworzenie odmy jest wykluczone. BRAUER na 102 przypadki podaje 26 przyp., w których zrosty opłucnej stanowiły przeszkodę w zastosowaniu odmy; niestety, żaden jednak ze sposobów fizykalnych badania płuca, ani nawet prześwietlanie RÖNTGEN'em nie wskaże nam z pewnością na istnienie zrostów, toteż tylko kilkorazowe nadaremne próby dowiodą, iż w danym razie metoda z odmą zastosowania znaleźć w żaden sposób nie może. O ile jednak zrosty te są słabe, wtedy od pewnej ilości gazu, od której zmienia się, naturalnie, ciśnienie ujemne w przestrzeni opłucnej, przechodząc niekiedy w dodatnie — rozrywają się one lub też rozciągają, znacznie, a wpuszczony gaz mniej lub więcej uciska płuco, jak to widać z dwu podanych przez autora rentgenogramów. Co prawda, odma nie uratowała chorych od śmierci, przyniosła ona jednak wielką ulgę, poprawiając samopoczucie, zmniejszając cokolwiek kaszel i płwocinę, oraz obniżając ciepłotę, jak wykazują odpowiednie krzywe temperatury. W dwu innych, opisanych przez KLEMP. przypadkach, odma nie tylko nie pomogła choremu, lecz nawet przyspieszyła, zdaje się, sprawę chorobową w drugim, zdrowym płucu; bardzo prawdopodobnem jest jednak, iż właściwa przyczyna leżała w napuszczeniu zbyt wielkich ilości gazu (w jednym z tych przypadków, np., napuszczono początkowo 1000 ctm sz. gazu, następnego dnia 1000 ctm. sz., w 12 dni potem — 1100, a w bardzo w krótkim czasie znowu 1100 i 1000 ctm. sz.; początkowociśnienie —  $4 + 0$ , końcowe  $+2 + 3$  ctmH<sub>2</sub>O). Były to jednak dwa przypadki wyjątkowe, gdyż we wszystkich innych sztuczna odma jednego płuca nie wpływa ujemnie na drugie płuco w tym sensie, aby miała powodować szybkie posuwanie się naprzód drobnych zmian chorobnych w owym względnie zdrowym płucu (gdyż trudno przypuścić, aby wobec wielkich rozpadów i zmian anatomopatologicznych w jednym płucu, drugie miało być absolutnie zdrowe). W owych zaś dwu niepomyślnych przypadkach zbyt wielkie ciśnienie odmy wpływało, bez wątpienia, na normalną działalność zdrowego płuca, dlategoż autor przestrzega, aby odmy nie zwiększać zbyt gwałtownie, nie doprowadzać do większego ciśnienia dodatniego, co powoduje zbyt silne przesunięcie śródpiersia (*mediastinum*) ku przeciwnej stronie; metoda polega bowiem nie tyle na ucisku płuca, ile na unieruchomieniu go, do czego wystarcza odma średniej wielkości.

Następnie podaje autor 4 przypadki, w których odma przyniosła poprawę, a o ile dalej sprawa posuwać się będzie tak pomyślnie, jak dotychczas, to rokować należy wyzdrowienie; ucisk chorego płuca powinien trwać przynajmniej rok; ciekawe jest przytem, iż zdrowe części uciskanego płuca nie tracą bynajmniej zdolności oddechowej, jak tego dowodzą spostrzeżenia FORLANINIEGO, BRAUERA, SAUGMANN'a, WELLMANN'a i innych. — Naturalnie wszystkie przypadki wymagają dłuższej obserwacji, dlategoż trudno autorowi dać ostateczne wyniki swych badań, tak jak trudno jest również podać jakąś statystykę na podstawie innych autorów. Wśród chorych KLEMPERERA z 20-u osób, którym zrobiono sztuczną odmę 7 umarło, z 5-u chorych, których nie badano do samego końca — 2 dawało pomyślne, 2 — wątpliwe, 1 — niepomyślne wyniki; z 8-u chorych, którzy są wciąż pod opieką lekarzy, u 4-ch rokowanie

jest bardzo pomyślne, u 2 — wątpliwe, u 2 — niepomyślne. W każdym razie autor zgadza się z A. CAHN'EM, który jest zdania, iż w dość znacznym szeregu przypadków gruźlicy jednostronnej — można liczyć w  $\frac{1}{3}$  przypadków — skutki są doskonałe i trwałe. W cokolwiek mniejszej liczbie przypadków będzie pewna, chociaż nie jaskrawa korzyść. W małej liczbie przypadków, którą ocenić można na  $\frac{1}{5}$  przypad., odma przynosi chorym szkodę wskutek powikłanych, z trudem dających się uniknąć zapaleń płucnej, zwłaszcza ropni gruźliczych; nie ulega więc wątpliwości, iż nowa metoda, w niektórych przypadkach przynosi rzetelną korzyść. Toteż nasuwa się pytanie: jacy chorzy nadają się do leczenia zapomocą sztucznej odmy? — Samo się przez się rozumie, iż tylko przypadki z gruźlicą jednostronną powinny być wybierane, chociaż niekiedy bardzo słabe objawy chorobne ze strony drugiego płuca nie powinny stać na przeszkodzie; w przypadkach bardzo ciężkich, które nie poddają się żadnemu leczeniu, stosować należy odmę, jako *ultimum refugium*, w przypadkach zaś mniej ciężkich, tylko wtedy należy korzystać z metody FORLANINIEGO, gdy nie przedstawia ona żadnej trudności lub niebezpieczeństwa (np. zrosty i t. p.).

Dalej omawia KLEMP. technikę zabiegu i zatrzymuje się obszerniej na ukłuciu i na nacięciu, zapomocą których wprowadzać można igłę przy napuszczaniu gazu poraz pierwszy (przy napuszczaniach następnych wprowadza się igłę, naturalnie, przez ukłucie). Ukłucie, którem posługują się FORLANINI, SAUGMANN, DENEKE i in. jest prostsze i, o ile zrostów płucnej niema, stanowi zabieg niezwykle łatwy; o ile jednak są zrosty, wtedy gaz łatwo dostać się może do naczyń i spowodować zator gazowy. Toteż dla zaradzenia w tych razach złemu, stosowano specjalne igły (SAUGMANN, KIER-PETERSEN, DENEKE), wprowadzono t. zw. „Sicherheitsspritze”: o ile przy wciąganiu jej otrzymuje się powietrze, wtedy igła tkwi w płucu; jeżeli szpryca odskakuje, wtedy igła znajduje się w zrostach, wreszcie po przebiciu naczyń w szprycy ukazuje się krew. Niezbędne jest też kontrolowanie ciśnienia zapomocą manometru, który wykazuje, czy igła tkwi w płucu, czy też w przestrzeni płucnej; DENEKE radzi, aby najpierw wpuszczają tlen, a po upewnieniu się, iż igła znajduje się w przestrzeni płucnej zacząć napuszczać azot. Bądź co bądź przy napuszczaniu azotu po raz pierwszy drogą ukłucia pracuje się na niewiadomego. Dlatego też BRAUER wprowadził nacięcie, jako zabieg przy napuszczaniu gazu poraz pierwszy: w jednej z przestrzeni międzyżebrowych przecina się na długość kilku cmt. skórę wraz z fascją, odparowuje się na tępo i oddziela od siebie mięśnie międzyżebrowe, rozsuwa się żebra dwoma hakami dopóki nie ukaże się opłucna (pod nią oddychające płuco), którą przebija się tępą kaniulą SALOMONA. Zabieg ten, którego można dokonać pod miejscowym znieczuleniem, ewent. pod lekką narkozą, zajmuje zaledwie kilka minut czasu i jest bardzo prosty, natomiast zabezpiecza lekarza od wszelkich gwałtownych uszkodzeń, rozrywania zrostów i t. p., a zwłaszcza zator gazowy; poleca go więc i KLEMPERER. Do następnych napuszczań wystarcza najzupełniej wprowadzenie troakara BRAUERA zwyczajnie, drogą ukłucia. Za nacięciem przy pierwszym wprowadzeniu igły przemawia również i ta okoliczność, iż wysięki opłucne, które zresztą wkrótce znikają i nie przedstawiają żadnego poważnego niebezpieczeństwa, spotykają się znacznie rzadziej, aniżeli po zastosowaniu ukłucia. Z innych powikłań sztucznej odmy wspomnieć należy o rozedmie skóry (*Hautemphysem*), która zajmuje niekiedy dość znaczną

przestrzeń, może dojść do szyi i powodować trudności w łykaniu; po kilku jednak dniach znika ona zawsze bez śladu.

Co się tyczy ilości napuszczanego gazu po raz pierwszy i przeciągu czasu, w jakich trzeba następnie odmę powiększać, trudno dać jakieś ogólne dane. FORLANINI napuszcza po raz pierwszy zaledwie kilkaset ctm. sz. gazu, a następnie w bardzo częstych odstępach (niekiedy prawie że codziennie) dodaje po 60—70 ctm. sz. *N*. KLEMPERER natomiast napuszcza po raz pierwszy 750—1000 ctm. sz., a nawet 1200 ctm. sz. *N*, a następnie—po skontrolowaniu zapomoćą badania ROENTGEN'em, czy odma jest bardziej rozlana i płaska, czyteż bardziej umiejscowiona i głęboka — po 4—5-u dniach, a nawet i później, napuszcza powtórnie rozmaite ilości *N* (zastąpić azot innym gazem dotychczas jeszcze nie udało się).

Streszczając wyniki swych spostrzeżeń, KL. dochodzi do następujących wniosków: zrobienie i podtrzymywanie sztucznej odmy, nie jest bynajmniej obojętnym środkiem leczniczym, ale przy sumiennem wykonywaniu nie przedstawia trudności ani niebezpieczeństwa. Nie można nigdy odmy stosować w przypadkach rozpoczynających się lub lekkich suchot, ale nie trzeba ograniczać się jedynie do przypadków najcięższych. Przypadki, w których nie pomaga leczenie dyetetyczne w zakładzie lub klimatyczne, w których gruźlica chociaż nader powoli, lecz bezustannie posuwa się naprzód, nadają się doskonale do zastosowania sztucznej odmy. Najlepsze jednak wyniki otrzymać można w przypadkach o średniociężkim przebiegu (wysięki opłucnej, krwotoki i t. d.).

(Berl. klin. Wochenschr. 1911 Nr. 51).

Stefan Sterling.

### 9. J. W. Samson. Leczenie gruźlicy płuc zapomoćą sztucznej odmy piersiowej.

Ponieważ w pracy niniejszej autor porusza wiele spraw z tego samego punktu widzenia co KLEMPERER w streszczonej pracy w tej samej materii, przeto zwrócimy tu uwagę jedynie na poszczególne miejsca, ujmując pozostałość w najogólniejszych zarysach.

Po krótkim rysie krytycznym i wyłożeniu teoretycznych podstaw odmy autor na podstawie leczonych 7-u przypadków i danych z literatury dowodzi, że najbardziej jaskrawym i bezpośrednim skutkiem nowej metody jest zupełny spadek temperatury do granic normalnych, niezwykle zmniejszenie się lub nawet zupełne zniknięcie płwociny, a jeżeli nawet chory ją oddaje, to w płwocinie tej liczba laseczników zmniejsza się znacznie, a niekiedy nawet nie można ich wcale wykryć; dalej zmniejsza się częstość tętna, znika sinica, zmniejsza się skłonność do krwotoku—wszystko to zaś wpływa dodatnio na ogólny stan chorego, który w krótkim czasie znacznie się poprawia.

Bardzo obszernie omawia SAMSON technikę robienia odmy i zwraca uwagę na wygody stosowania nacięcia przy pierwszym, początkowem napuszczaniu gazu, chociażby dla uniknięcia bardzo groźnego dla chorego zatoru gazowego. Technika jest następująca: choremu daje się na godzinę przed operacją 0,01 morfiny lub 0,02 pantoponu, po 1/2 godzinie połowę tej dawki; następnie po zdezynfekowaniu 5%-owy Tinct. jodi znieczula się miejscowo rozczynek SCHLEICH'a № 3 i przecina się skórę na przestrzeni około 6 ctm. Przenika się na tępo poprzez mięśnie aż do mięśni międzybrownych, w które się znowu wstrzykuje rozczynek SCHLEICH'a; po rozsunięciu hakami w jednym miejscu mięśni widać opłucną żebrową, którą wskutek niezwykłej jej czułości, autor zwilża 5%-owym roztworem kokainy. Przez opłucną wprowadza się tępa, posiadającą mandryn-kaniulę,



która zamyka się zapomocą kranika i pozostaje w bezpośrednim połączeniu z aparatem z gazem (azotem); poczem natychmiast odkłada się haczyki z mięśni międzyżebrowych, napuszcza gazu (w ilości, stosownie do ciśnienia, badanego za pomocą manometru—zwykle 300—500 ctm. sz.), wysuwa kaniulę z rany i ranę zaszywa się piętami. Niekiedy podnosi się wkrótce po zabiegu temperatura dość znacznie, co wypływa zapewne z przepefnienia ustroju autotuberkuliną, występuje na jeden lub dwa dni duszność, tętno bywa częstsze, zjawia się rozedma mięśni i skóry, wszystko to jednak znika, nie wyrządzając choremu żadnej szkody.

Dalej omawia autor doniosłe znaczenie zrostów w zastosowaniu odmy, zwraca uwagę na zapalenia opłucnej, zwłaszcza ropne oraz podkreśla, iż występują niekiedy — na szczęście nader rzadko — na stronie klatki piersiowej, gdzie zrobiono odmę, paradoksalne ruchy przepony, na zdrowej zaś stronie ruchy pozostają normalne, choć cokolwiek osłabione. Owe ruchy paradoksalne wywołują po każdym napuszczeniu gazu silną duszność tak, iż ostatecznie trzeba niekiedy zaniechać dalszych prób z odmą. Niezwykle doniosłej wagi jest badanie zdrowego płuca; niekiedy po odmie następuje pogorszenie w zdrowym płucu, chociaż są też notowane przeciwnie, liczne przypadki znakomitej poprawy drobnych zmian chorobnych w zdrowym płucu. W każdym razie stan zdrowia drugiego płuca jest rozstrzygającym w stosowaniu metody FORLANINIEGO. Stąd płyną więc wskazania: wszystkie przypadki ze znacznymi zrostami muszą być wykluczone; nie nadają się również chorzy ze sprawami rozpadowemi w drugim płucu, zwłaszcza o ile sprawy tę umiejscowiają się nie tylko w wierzchołku, lecz i w dalszej części płuca; wykluczają się też chorzy z dość ciężką gruźlicą krtani (w lekkich przypadkach spostrzegano nawet poprawę); wszystkie powikłania, jak np. ciężka wada zastawek serca i t. p. powinny powstrzymać od zrobienia sztucznej odmy. Z tego wynika już, jak nieliczne stosunkowo przypadki mogą być tą drogą leczone, ale często są to przypadki w inny sposób nieuleczalne, grożące chorym w niedalekim czasie śmiercią; dlatego też SAMSON dochodzi ostatecznie do następującego wniosku: leczenie zapomocą sztucznej odmy daje w pewnej, co prawda, nieznacznej liczbie przypadków, wyniki tak znakomite, jakich nie można nawet w przybliżeniu osiągnąć zapomocą żadnej innej dotychczas stosowanej metody, byłoby więc nader pożądanem, aby metoda ta znalazła jak najszersze zastosowanie wśród lekarzy.

(Berl. klin. Wochenschr. 1911 Nr. 51.).

Stefan Sterling.

---

## Przegląd bibliograficzny.

---

**Kalendarz Lekarski** na r. 1912. Wydawnictwo J. POLAKA. Warszawa.

**Kalendarz Lekarski** Krakowski na rok 1912, ułożył prof. dr L. K. GLIŃSKI.

Dwa te wydawnictwa bardzo są zbliżone nie tylko formą zewnętrzną i układem wewnętrznym, nie tylko dosłownem brzmieniem niektórych działów, lecz nawet i tem, że całe działły są w nich z roku na rok dosłownie przedrukowywane z tą samą numeracją stron i nawet z temi

samemi winietami, ozdabiającymi strony. Niektóre z tych działów muszą się powtarzać dosłownie, podane w nich są bowiem stałe, nie ulegające zmianom i niezbędne wskazówki; są jednak i działy takie, jak spis uzdrowisk i zdrojowisk (jednakowy co do formy i co do treści w obu kalendarzach) i szczególnie dział wskazówek leczniczych, w których należałoby uwzględnić zmiany i zdobycze ostatniego roku. O tym zwłaszcza dziale, zatytułowanym „Podręcznik terapeutyczny“, możnaby dużo powiedzieć. Jeżeli układający kalendarze uważają, że jest on potrzebny i dla nabywców pożyteczny, to niechże przynajmniej dają im wskazówki, dotyczące stosowania i przepisywania nowych leków, jeżeli nie wszystkich, bo to byłoby może nawet szkodliwe, to przynajmniej tych, które w literaturze ostatniego roku zostały zalecone, jako godne stosowania. Tymczasem i w jednym i w drugim kalendarzu cały ten podręcznik, obejmujący w krakowskim 180 stron, w warszawskim 139, został dosłownie powtórzony z kalendarza r. 1911. Prof. GLIŃSKI dodał przynajmniej: „O leczeniu kiły salwarsanem (606)<sup>4</sup> i „Spis środków lekarskich oficynalnych, ważniejszych nieoficynalnych i nowszych wraz z podaniem składu chem., sposobu stosowania i dawkowania“; u dra POLAKA rozszerzenie tego działu polega jedynie na dodaniu 4-ch niespełna stron i podaniu na nich nowych recept, przepisywanych w 27-u różnorodnych chorobach. Te 4 stroniczki, to, poza działem informacyjnym, całe ulepszenie i cała zmiana w kalendarzu warszawskim w porównaniu z r. 1911.)

O wartości działu informacyjnego w kalendarzu krakowskim, nie znając stosunków miejscowych, możemy powiedzieć jedynie za Tygodnikiem Lwowskim to, że przedstawia się bardzo dodatnio, gdyż wyczerpuje i uwzględnia nawet najświeższe zmiany ostatnich niemal dni.

O kalendarzu warszawskim powiedzieć tego, niestety, nie możemy. Lista lekarzy warszawskich jest bardzo niedokładna, z bardzo licznymi błędami w adresach i wyliczeniem lekarzy, którzy albo już zmarli, albo od dawna wyjechali z Warszawy.

O spisie lekarzy prowincjonalnych, jako niemożliwym do sprawdzenia, nic nie możemy powiedzieć; podany jest on zapewne podług źródeł urzędowych.

Wprowadzone po raz pierwszy spisy lekarzy polaków w poza granic Królestwa Polskiego nie wielką jako informacja mogą dać korzyść: adresy polaków w Petersburgu obejmują jedynie członków Związku polskiego lekarzy i przyrodników; w spisie lekarzy polaków w Niemczech nie podobna się połapać, gdyż jest on chaotyczny, nie ułożony alfabetycznie, ani podług nazwisk lekarzy, ani podług nazw miejscowości; adresy wreszcie lekarzy polaków w Stanach Zjednoczonych ograniczono do podania nazwisk i adresów (wszystko jednym ciągiem i jednakowym drukiem) lekarzy w Chicago, oraz 9-u lekarzy w innych miastach, z zupełnym pominięciem choćby tylko np. New-Jorku, gdzie są lekarze polacy, mający bardzo rozległą praktykę. Są to, co prawda, pierwsze próby usiłowań, mających na celu skompletowanie listy wszystkich lekarzy polaków, rozrzuconych po całym świecie. Chcąc aby się te usiłowania powiodły, należy w roku przyszłym dążyć do tego, aby unikać błędów i niedokładności wskazanych powyżej.

Wreszcie jeszcze jedna uwaga: wszak chyba w kalendarzu, wydawanym przez dra POLAKA, powinny być zupełnie dokładne informacje, dotyczące Towarzystwa Hygienicznego i jego instytucji. Tymczasem w samym składzie Rady podany jest, jako sekretarz, ten kto sekretarzem już od kilku miesięcy nie jest; w Sanatorium dla suchotników nie wspomniano ani słowem o Komitecie, który instytucją tą rządzi i nie podano jego

prezydium; zato Towarzystwo Przeciwgruźlicze, które jest od początku istnienia instytucją samodzielną, żadnego związku z Tow. Hyg. nie mającą, pomieszczono niewłaściwie (podobnie jak i w r. 1911) w dziale instytucji Tow. Hyg.

W. Sz.

---

## **ODCINEK.**

---

### **Sprawozdanie Magistratu Miasta Warszawy za rok 1908 i 1909, oraz ważniejsze zamierzenia w dziedzinie szpitalnictwa.**

Podał

**Dr Witosław Dąbrowski.**

---

#### **II.**

Streszczając w rozdziale poprzednim Księgę Pamiątkową, podkreśliśmy, że Zarząd Miasta, przejąwszy od b. Rady Dobroczynności Publicznej pokazywany spadek, na którego powstanie składały się wieki całe, przede wszystkim w krótkim stosunkowo czasie poświęcił wiele pracy w celu oszacowania tej spuścizny, jak najdokładniejszego poznania potrzeb i braków przekazanych miastu szpitali, a z drugiej strony w celu zdania sobie sprawy, w jakim stopniu zaspakajają one potrzeby ludności miasta. Zbyt długi okres zupełnego niemal zastoju w rozwoju szpitalnictwa, przypadający na czas niezwyklego rozkwitu i rozrostu miasta, sprawił, że Zarząd miejski nagle znalazł się wobec zadania nad wyraz trudnego. Okazało się, że istniejące w Warszawie szpitale wymagają dużego nakładu, zarówno w celu poprawienia ich stanu, jakoteż w celu zaspokojenia ich potrzeb bieżących, a co gorsza, że zaspakajają one za ledwie połowę potrzeb ludności w zakresie pomocy szpitalnej, Komisya bowiem pod przewodnictwem prof. Kosińskiego przyszła do słusznego wniosku, że liczba łóżek szpitalnych powinna być zwiększona przynajmniej do 5,000. Aby lepiej jeszcze uwydatnić trudność położenia, w jakim znalazł się Zarząd Miasta, należy przypomnieć, że już przed przekazaniem Magistratowi szpitali charakter ich uległ zasadniczej zmianie, na mocy bowiem prawa z r. 1894 z zakładów dobroczynnych stały się one instytucjami społecznymi. Prawo to, wyjednane przez Magistrat, nakładające specjalny podatek szpitalny, zapewniła opodatkowanym i ich rodzinom bezpłatne leczenie w szpitalach i niewątpliwie na instytucye, zarządzające tymi zakładami, nakłada obowiązek zaspokojenia potrzeb mieszkańców miasta w tej dziedzinie. I tak też mieszkańcy ci zrozumieli to prawo, wszyscy bowiem pamiętamy formalny przewrót, jaki ono wywołało w cichych przedtem szpitalach naszych, które zagnała niemal zaroiły się nadmiarem chorych i słyszemy ciągle skargi i niezadowolone tych, którzy od bram szpitalnych odchodzą z powodu braku miejsc wolnych.

Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, jako instytucya, że tak powiem, oderwana, niczem niemal nie związana z siecią spraw ludności,

mogła w ciągu lat kilkunastu dawać odpór tej nowej fali, licząc na rezygnację, która w końcu istotnie do pewnego stopnia nastąpiła, Magistrat jednakże, w którym zesrodkowują się wszystkie sprawy miejskie, nie może sprawy tak doniosłej, jak potrzeba zapewnienia ludności niezbędnej jej pomocy szpitalnej, nie postawić na jednym z pierwszych miejsc, i, jak widać z dotychczasowej działalności, do obowiązku tego istotnie się poczuwa. Śledząc przebieg rozpraw, wniosków i postanowień różnych komisji, powoływanych do wytknięcia ogólnego planu reform w szpitalnictwie, nie podobna nie wyczuwać pewnej chwiejności w wyborze pomiędzy środkami tymczasowymi a radykalnymi, a nawet skłonności ku zaspokojeniu najbardziej nagłych potrzeb środkami połowicznymi z przedstawieniem w zbyt dalekiej perspektywie reform zasadniczych. Wobec jednakże ogromu zadania, jakie Magistrat ma do spełnienia, zadania, którego rozwiązanie wymaga nie tylko pracy i dobrej woli, lecz również wielkiego kapitału, ta chwiejność nie dziwi, tem więcej, że po pewnym okresie wahań i postanowień tymczasowych, następuje w ważniejszych sprawach znowu zwrot ku reformom radykalnym, co dowodzi zrozumienia doniosłości reformy szpitalnictwa dla miasta i poczucia obowiązku zapewnienia ludności takiej pomocy szpitalnej, jaka jest niezbędną dla należytego zaspokojenia potrzeb wielkiego miasta.

Najbardziej uwydatnia się to na przebiegu jednej z najważniejszych dla miasta spraw szpitalnych, mianowicie sprawy zapewnienia pomocy szpitalnej dla chorych zakaźnych. Zaliczamy ją do najważniejszych, gdyż za taką jest ona uważana we wszystkich miastach europejskich i bez przesady rzecz można, że sposób, w jaki jest ona załatwiana, ściśle odpowiada stopniowi kultury danego miasta i jego ludności. Jedyny chyba wyjątek pod tym względem stanowi Warszawa, wątplię bowiem, aby się znalazł drugi przykład podobnej abnegacji w ciągu całego szeregu lat tak niezbędnych potrzeb wielkich środowisk ludzkich, jak potrzeba walki z chorobami zakaźnymi. Gdy na zachodzie przyjęte jest, że na każdy 1,000 mieszkańców powinno wypadać przynajmniej jedno łóżko dla chorych zakaźnych, a w Anglii uważane jest za rzecz pożądaną, aby stosunek ten doszedł do 1,5 łóżek dla chorób gorączkujących na 1,000 mieszkańców, u nas przy ludności dosięgającej 800,000 posiadamy dla chorych zakaźnych jeden szpital Św. Stanisława, składający się z 4-ch pawilonów murowanych i jednego drewnianego, od dawna już do użytku nie nadającego się, ogółem na 120 łóżek etatowych, oraz jeden oddział dla zakaźnych chorych w szpitalu Starozakonnych na 119 łóżek, czyli razem 239 łóżek, co daje stosunek 1:3300 mieszkańców. Toteż to, co u nas przez cały szereg lat ostatnich dzieje się pod tym względem, doszło chyba do kresu, którego przekroczenie mogłoby się stać wprost klęską dla ludności miasta. Od wielu lat mamy nigdy niewygasające epidemie ospy, płonicy, tyfusu i t. d., które szczególnie w ostatnich paru latach dosięgły groźnych rozmiarów. Dość powiedzieć, że jedyny szpital infekcyjny od dawna nie wystarcza na pomieszczenie ofiar jednej tylko z panujących jednocześnie epidemii, jak np. obecnie epidemii ospy. Gdzie więc podziewają się inni chorzy, których częśćkę zaledwie przyjąć może szpital Starozakonnych? I oto, chorzy na tyfus rozsiani są po wszystkich szpitalach ogólnych, na co już w ostatnich czasach zwracano uwagę w prasie, a reszta pozostaje w mieszkaniach swych, siejąc wśród bliższego i dalszego otoczenia zarazę. Nie posiadamy danych o liczbie zachorowań na choroby zakaźne w całym mieście i dlatego też nie możemy wnosić jaką część tej liczby stanowią

chorzy przyjęci do szpitali, jeżeli jednak weźmiemy do ręki pierwszy z brzegu wykaz tygodniowy o chorobach zakaźnych, zamieszczany w naszym piśmie, przypuścimy za czas od 3-go do 9-go grudnia, to zobaczymy, że w tym okresie na ospę zmarło w mieście 20 osób, z których 5 tylko w szpitalach, na odrę 12, a w szpitalach 1, na płonicę 28, z których jedynie 2 w szpitalach, i t. d. Już na tem się opierając, możemy twierdzić z całą pewnością, że liczba chorych zakaźnych, przyjmowanych do szpitali naszych, stanowi zaledwie część i to nieznaczną ogólnej liczby zachorowań w całym mieście, a wszakże choroby te szerzą się przeważnie wśród ludności uboższej, ogromna więc większość tych chorych powinny znaleźć pomieszczenie w szpitalach. Toteż po objęciu szpitali przez Zarząd Miejski przedewszystkiem została zwrócona uwaga na sprawę braku miejsc dla chorych zakaźnych.

Już w marcu 1909 r. Komisya pod przewodnictwem wice-prezydenta p. ZAREMBY, powołana do opracowania ogólnego planu reform w szpitalnictwie, uznała za słuszne, że Warszawa powinna posiadać co najmniej 500 łózek dla chorych zakaźnych, która cyfra została już przedtem uchwalona przez różne komisye, a także w rozprawach, nad tym przedmiotem prowadzonych w Towarzystwie Hygienicznym. I cyfra ta nie jest bynajmniej przesadzoną, lecz raczej za skąpo obliczoną w stosunku do terażniejszych nawet potrzeb ludności miasta, a także ze względu, że Warszawa co do stanu zdrowotnego stoi daleko poza miastami zachodnio-europejskimi, które niemal całkowicie nie znają takich epidemii, jak np. ospy. Jednocześnie Komisya ta przyszła do wniosku, że należy koniecznie wybudować za miastem szpital na 500 łózek dla chorych zakaźnych, szpital zaś Św. Stanisława, jako nieodpowiadający swemu celowi, oddać na użytek chorych niezakaźnych. Pomimo jednak sporządzenia i rozpatrzenia projektu budowy, wybór miejsca i wykonanie planów wymagać będzie dłuższego czasu, potrzeba zaś powiększenia liczby miejsc dla zakaźnych jest nagląca, Komisya więc uznała, że należy natychmiast przystąpić do budowy nowego pawilonu na terytorjum szpitala Św. Stanisława, którego rozszerzenie uznano za celowe tak ze względu na znaczne powiększenie liczby miejsc, zyskiwanych w ten sposób, jakoteż ze względu na jednoczesne doprowadzenie do porządku pomocniczych urządzeń, jak kuchnia, pralnia, kamera dezynfekcyjna, trupiarnia i t. p., znajdujących się w stanie nader złym, a właściwie nawet nie nadających się wcale do dalszego użytku. Koszt robot określono na 181,423 rb., z którejto sumy 111,280 rb. wypada na budowę nowego piętrowego pawilonu, a reszta na budowę pralni, kamery dezynfekcyjnej, prosektoryum, lodowni, filtrów odkażających ścieki, pomieszczenia dla karetok samochodowych do przewożenia chorych i na uzupełnienie kanalizacji. Rozszerzony w ten sposób szpital ma służyć na pomieszczenie chorych zakaźnych jedynie czasowo, potem zaś ma być obrócony na szpital ogólny i dlategoż zastrzeżono, aby przy budowie nowego pawilonu na 80 łózek miano na względzie późniejsze jego przeznaczenie. Powyższy kosztorys i plany budowy, zaaprobowane przez Magistrat w czerwcu 1910 r., uzyskały zatwierdzenie Ministerjum na początku roku 1911, budowa jednakże została wstrzymana przez Generał-Gubernatora wskutek protestu Zarządu tramwajów, który terytorjum, jakie musi być przyłączone do szpitala w celu jego rozszerzenia, uważał za niezbędne dla siebie i wogóle sąsiedztwo szpitala dla chorych zakaźnych i rozszerzenie go uznawał za niekorzystne dla siebie, a za wskazane przeniesienie go za miasto. Komisya, utworzona przez Generał-Gubernatora do zbadania tej sprawy, przyszła do ostatecznego

wniosku, że wobec naglącej potrzeby powiększenia liczby miejsc dla chorych zakaźnych, należy urzeczywistnić projekt rozszerzenia szpitala Św. Stanisława, tem bardziej, że jednocześnie będzie on doprowadzony pod względem warunków higienicznych do stanu o wiele lepszego niż dotychczasowy; niezależnie jednakże od tego należy niezwłocznie przystąpić do opracowania projektu budowy nowego szpitala. W myśl tego Magistrat na posiedzeniu w dniu 28 czerwca powołał do opracowania projektu powyższego Komisję pod przewodnictwem wice-prezydenta p. ZAREMBY, przy udziale Naczelnika Wydziału Dobroczynnego p. KORALEWSKIEGO, Inspektora szpitali dra TROICKIEGO, prof. KOSIŃSKIEGO, naczelnego lekarza szpitala Św. Stanisława dra SOMMERA, kuratora tegoż szpitala p. FRĄCKEWICZA, radnych ZIENKOWSKIEGO i MROZOWSKIEGO, inżynierów NATANSONA i ZAŁUSKIEGO i budowniczych FEDERRA i SKURWICZA. Jednocześnie na jesieni roku ubiegłego przystąpiono do budowy nowego pawilonu na terytorium szpitala Św. Stanisława i dzięki sprzyjającym warunkom oraz energii kuratora szpitala doprowadzono budowę niemal pod sam dach tak, że w końcu roku bieżącego będzie ona mogła być oddaną do użytku chorych.

Z powyższego widzimy, że sprawa organizacyi pomocy lekarskiej dla chorych zakaźnych od pierwszej chwili przyjęcia szpitali pod Zarząd Miasta nie schodzi z porządku, zarzuciłby jedynie można było zbytnią przewlekłość procedury, w przewidywaniu czego należałoby przystępować jednocześnie do opracowywania projektów tymczasowych i radykalnych. Widzimy nadto, że sprawa ta jest tej natury, iż nie da się zaspokoić środkami tymczasowymi, ilekroć bowiem razy była rozważaną, zawsze dochodzono do wniosku, że budowa szpitala dla chorych zakaźnych przynajmniej na 500 łóżek jest rzeczą niezbędną. Chodzi więc teraz tylko o pośpiech w wykonaniu, które im bardziej się opóźni, tem dłużej miasto będzie pozostawać w tem położeniu, w jakim obecnie się znajduje; nie ludźmy się bowiem ani na chwilę, że nowy pawilon, powiększając liczbę łóżek o 80, zaradzi potrzebie, alboważ w sposób jakiś bardziej wyraźny wpłynie na poprawę dotychczasowego położenia. Jesteśmy najmocniej przekonani, że gdyby te 80 łóżek już dziś były do rozporządzenia, natychmiast zajęteby zostały przez chorych, choćby na szkarlatynę, których tak wiele pozostaje w domu i których dużo odeszłoby jeszcze od bramy szpitalnej dla braku miejsc. Dalszemu zaś rozszerzeniu szpitala kładą kres liczne, nie sprzyjające temu warunki, a przedewszystkiem położenie i rozmiary terytorium. Przestrzeń zajmowana obecnie przez szpital wynosi 17,660 metr. kwadr., a po dodaniu 2,940 metrów kw., zajętych czasowo na potrzeby gospodarcze tramwajów miejskich, wyniesie 20,610 metr. kw. i tych rozmiarów prawdopodobnie nie przekroczy, chociaż bowiem Magistrat świeżo nabył 11,000 łokci placu przylegającego do szpitala, to zato równy temu uczałek placu poza nowowznoszonym pawilonem ma być oddzielony od szpitala i dołączony do terytorium tramwajów miejskich. Gdyby wypadło kierować się normą przyjętą w nauce, która wymaga, aby w szpitalach dla chorób zakaźnych na 1 łóżko przypadało 200 metr. kw. powierzchni gruntu, to terytorium to należałoby uważać za bardzo niedostateczne nawet dla tej liczby chorych, jaka będzie po ukończeniu naszego pawilonu. Gdyby pomimo tego okazało się możliwem, po dołączeniu świeżo nabytego placu, postawienie jeszcze jednego pawilonu również piętrowego, co w szpitalach infekcyjnych jest ze wszech miar przeciwwskazane, to osiągnęłoby się takie nagromadzenie chorych zakaźnych na małej przestrzeni, że niemożliwem stałoby się nie tylko odosobnienie chorych

jednych od drugich i zapobieganie wzajemnemu zarażeniu się ich, lecz prócz tego, szpital taki mógłby się stać groźnym dla okolicy, a nie należy przytem zapaminać, że znajduje się on w dzielnicy gęsto zaludnionej, przy ulicy bardzo ruchliwej i sąsiaduje z terytoryum tramwajów miejskich, które również coraz bardziej się zabudowują i rozsyłają swe wozy po całym mieście. Zresztą przestrzeń ta i dla ogólnego szpitala jest za szczupłą, dzielnica bowiem wolska rozrasta się szybko, a z chwilą przesunięcia rogatek rozwijać się będzie jeszcze szybciej i sięgnie daleko poza granice miasta, już teraz więc potrzebny byłby dla niej szpital o wiele większy niż ten, który stanąć może na szczupłym terytoryum obecnego szpitala zakaźnego. Toteż gdyby nie te okoliczności, że budowa nowego szpitala dla chorych zakaźnych potrwać musi dłuższy czas, a tymczasem zachodzi nagła potrzeba choć nieznacznego zwiększenia liczby łózek dla tych chorych, to poszedłbym dalej i powiedziałbym wręcz, że robienie większych nakładów z myślą przeistoczenia z czasem szpitala na ogólny, jest projektem w zasadzie chybnym, prócz bowiem tykoko przytoczonego argumentu należy brać w rachubę i to także, że bezpośrednie sąsiedowanie takich dwu instytucyi, mających tendencję do rozszerzania się, jak szpital i tramwaje, musi doprowadzić do wyrugowania jednej przez drugą, i że nastąpi to niewątpliwie kosztem szpitala. A nakład ten będzie znaczny, kosztorys bowiem wynoszący już obecnie około 200,000 rb., nie obejmuje jeszcze wielu niezbędnych pozycji, jak np. budynków mieszkalnych dla personelu lekarskiego, administracyjnego i służbowego, który w miarę rozszerzania szpitala musi również znacznie wzrastać.

Sprawa budowy nowego szpitala dla chorób zakaźnych niejednokrotnie jeszcze dostarczy nam tematów w miarę dojrzewiania jej i postępu pracy Komisji, powołanej do opracowania projektu. Dotychczas ustalona została jedynie sama zasada, że budowa takiego szpitala w jak najkrótszym czasie jest konieczna i to, że szpital ten powinien być co najmniej na 500 łózek. Niewątpliwie przy wyborze miejsca pod szpital Zarząd Miasta kierować się będzie między innymi i tam także, żeby przestrzeń pozwalała na dalsze w miarę potrzeby rozszerzanie nowego szpitala, ze wszech miar bowiem pożądanem jest, aby on służył nie tylko dla chorób ostrych zakaźnych, jak ospa, odra, płońca, błonica, róża i t. d., lecz wogóle dla chorób gorączkowych, (*Fieberspital*). Chorzy na tyfus bezwzględnie nie powinni być przyjmowani do szpitali ogólnych, a chorzy na zapalenie płuc, ostry gościec stawowy i t. p. nie powinni być umieszczani wśród chorych na gruźlicę, zapalenie nerek, niedomogę serca i t. d., ani też w sąsiedztwie chorych chirurgicznych, dla których powikłanie zapaleniem płuc jest zabójcze. Wtedy szpitale ogólne uwolniłyby się od całej masy niewłaściwie leczących się w nich chorych, i nie byłyby w tym stopniu przepelnione, jak obecnie.

---

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

---

Posiedzenie neurologów-psychiatrów 4-go listopada 1911 r.

1. MESSING. Torbiel mózdzku i guz rdzenia przedłużonego, powikłany syryngomyelią.

Przedstawienie szeregu preparatów mikroskopowych pnia mózgowego.

go, rdzenia i mózdzku z przypadku, w którym za życia obserwowano objagólne mózgowo, osłabienie siły ruchowej w lewych kończynach, niezborność ruchów prawych wraz z zaburzeniami czucia głębokiego, ataksyę mózdzkową. Sekcja wykryła torbiel prawej półkuli mózdzkowej, dwa glejaki w rdzeniu przedłużonym w okolicy skrzyżowania piramid i rozrost tkanki glejowatej wzdłuż kanału środkowego, zaczynając od jąder słuchowych aż do X odcinka grzbietowego wraz z jamami o charakterze syringomyelicznym. Jamistość rdzenia istniała zapewne niezależnie od nowotworu.

## 2. KOELICHEN. Chromatophoroma rdzenia.

Pokaz preparatów drobnowidowych rdzenia od chorego, u którego za życia rozpoznawano nowotwór rdzeniowy. Sekcja wykazała obecność *melanomatis maligni (chromatophoroma)* na wysokości 7-go szyjnego — 2 grzbiet. odcinka, poniżej zaś 5-go odcinka grzbietowego aż do odcinków krzyżowych stwierdzono wybitną gliozę w słupach tylnych rdzenia. Nowotwory takie powstają pierwotnie w tkankach, posiadających normalnie komórki barwikowe, mianowicie w skórze i *chorioidea* oka.

KOPCZYŃSKI podnosi trudności wskazań do operacji guzów wewnątrzrdzeniowych, przypominając, że za życia rozpoznawano w danym przypadku gliozę.

FLATAU uważa za niezbędne dążyć do wyluszczenia guzów wewnątrzrdzeniowych, nie zrażając się podobnymi przypadkami.

3) FLATAU. a) Przypadek rozmiękczenia i wylewu krwi do rdzenia w następstwie urazu kręgosłupa.

Chory lat 52, spadł z drzewa, poczem powstało porażenie kończyn dolnych i górnej prawej, osłabienie górnej lewej i zaburzenia oddawania moczu. Badanie: porażenie wiotkie kończyn dolnych; w kończynach górnych niektóre ruchy ograniczone (z lewej strony lepsze). Znieczulenie od nóg do linii sutkowej oraz na wewnętrznej połowie lewej kończyny górnej. Odruchy rzepkowe słabe, Achilles prawy słaby, lewy = 0. Na rentgenogramie widać odłamanie części łukowych 5—6-go kręgów szyjnych. Chory zmarł w tydzień po wypadku. Sekcja stwierdziła złamanie bocznych części 5-go—7-go kręgów szyjnych; w okolicy 8-go korzonka rozmiękczenie prawie całego przekroju rdzenia; w okolicy 2-go odcinka grzbietowego jama wypełniona krwią (*haematomyelia*), głównie w rogu tylnym. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na obecność rozmiękczenia pomimo braku uszkodzenia rdzenia przez odłamek kości.

b) Przypadek nowotworu mózgu w części potylicowej z objawami psychicznymi.

Na 5 tygodni przed śmiercią powstały objawy ogólnomózgowe oraz zaburzenia psychiczne (urojenia, dezoryentacja, zmienność nastroju) i pewne zahaczanie się w mowie. Dokonano nakłucia łądźwiowego; na drugi dzień nagle zejście. Sekcja stwierdziła nowotwór w 2-gim zwoju potylicowym oraz rozmiękczenie istoty białej całej lewej półkuli mózgowej. W przypadku mowca podkreśla wybitne zaburzenia psychiczne przy niewielkim nowotworze (jaje gołębie). Przyczyna rozmiękczenia jest prawdopodobnie toksyczna. Próba WASSERMANN'a wypadła dodatnio.

c) Przypadek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z wiotkiem porażeniem kończyn dolnych.

Chory lat 20, na 4 tygodnie przed śmiercią nagle silne bóle głowy, potygodniu zaburzenia w urynowaniu, przed 4-ma dniami utrata przytomności, osłabienie kończyn górnych, niepokój. Badanie: mowa nosowa, obustronne opuszczenie powiek, źrenicy prawej i lewej słaba reakcja na światło. *Neuritis optica*. Porażenie wiotkie kończyn dolnych, osłabie-



nie górnych. Sztywność karku. Badanie bakteryologiczne płynu mózgowego nie wykazało bakterji. Sekcja stwierdziła obrzęk mózgu i rdzenia, zmętnienie i zgrubienie opon, rozszerzenie komór, *tuberculum solitaire* w części ciemieniowej prawej, nacieczenie w mózgu i rdzeniu, w części lędźwiowokrzyżowej (*neuritis tuberculosa caudae equinae*), co spowodowało porażenie wiotkie kończyn dolnych.

d) Przypadek zapalenia gruźliczego kręgow w wieku podeszłym.

U chorej lat 54, przed 10-u miesiącami powstały nagle bóle w okolicy szyi i lewej ręki, po 3-ch tygodniach i prawej ręki, wraz z osłabieniem ich władzy. Od 3-ch miesięcy zaburzenia urnowania, od 4-ch miesięcy zaburzenia psychiczne. Badanie: ruchy głową ograniczone i bolesne, wiotkie porażenie kończyn górnych, spastyczne dolnych. Objaw BABIŃSKIEGO. Czuć osłabione z dołu do linii mieczykowej. Zagłębienie w kręgosłupie w części szyjnej. Urojenie psychiczne i dezoryentacja. Sekcja stwierdziła obecność ropy na wysokości I—III kręgow grzbietowych. *Pachymeningitis hypertrophica anterior* w całej części szyjnej. Granulacye gruźlicze (badanie mikroskopowe).

JUDZ z powodu ostatniego przypadku podnosi trudność rentgenografowania kręgow u starców.

SAWICKI zabiera głos w kwestji chirurgicznego leczenia próchnicy kręgow, uważając usuwanie ropy za leczenie objawowe.

FLATAU przeciwnie radzi operować i usuwać części kręgow spróchniałych.

HIGIER powołuje się na własny przypadek, w którym po wypuszczeniu ropy paraplegia przeszła zupełnie.

BREGMAN również przytacza przypadek, operowany z powodu próchnicy kręgow, w którym wynik był dodatni.

4. BORNSTEIN. Porażenie LANDRY'ego (pokaż preparatów).

U chorej 39-letniej powstał niedowład kończyn dolnych o charakterze wiotkim, w kilka dni potem porażenie ręki lewej, wreszcie i prawej. Porażenie pęcherza i odbytnicy. Objawy psychiczne: depresja, brak orientowania się, bredzenie. Badanie anatomopatologiczne: w korze mózgowej chromatoliza niektórych komórek, w rdzeniu — przekrwienie, zwyrodnienie komórek w rogach przednich o charakterze wstecznym, główne zmiany — w nerwach obwodowych: nacieczenie komórkami limfatycznymi w naczyniach, bujanie elementów komórkowych (metoda NISSLA); odkładanie się myeliny w komórkach rozpadu (metoda MANN'a); rozpad i zanik wyrosków osiowych we włóknach nerwowych (metoda BIELSCHOWSKY'ego). Przypadek ten wskazuje, że porażenie wstępujące (LANDRY) może zależeć wyłącznie od nerwów obwodowych.

BIRO nie wykluczałby *polineuritis* o typie KORSAKOWA (zaburzenia czucia, zmiany psychiczne).

BREGMAN również jest za rozpoznaniem zapalenia nerwów wieloogniskowego.

HIGIER podnosi wstępujący charakter porażenia, co przemawia za porażeniem LANDRY'ego, które może przyjmować postać polineurytyczną.

5. MĘCZKOWSKI. Przypadek nowotworu mózgu.

Chory 46-letni zaczął cierpieć na napadowe bóle głowy z wymiotami, stopniowo tracił wzrok, doznawał omamów wzrokowych i węchowych. Badanie: tarcza zastoinowa głównie w lewym oku. Siła wzroku  $\frac{1}{4}$ . Niestaje drżenie kończyn. Dokonano nakłucia lędźwiowego, po którym stan chorego poprawił się. W kilka tygodni dokonano przekłucia komorowe-

go (z lewej strony), wypuszczając 30,0 płynu, poczem wystąpiło lewostronne porażenie i w kilka dni śmierć. Sekcja wykazała obecność guza w prawym zrazie skroniowym, wielkości jaja gołębiego — *glioma cysticum*. Przypadek wskazuje, na to, że przekłucie komorowe nie jest środkiem niewinnym.

Biro podnosi fakt, że tarcza zastoinowa była wybitniejsza po stronie przeciwnej, niż nowotwór, co często się zdarza.

6. BYCHOWSKI. a) Przypadek nowotworu kąta mózdkowo-mostowego.

U chorego 53-letniego na 4 lata przed śmiercią wystąpiły przykre sensacje w prawym uchu, potem głuchota, po 2-u latach drętwienie prawej połowy języka, wreszcie rok temu bole głowy i nudności. Stwierdzono wówczas zastoinę na dnie oka, *nystagmus*, osłabienie wzroku, porażenie nerwu odwodzącego prawego, ślinotok z prawego kąta ust, znieczulenie na prawym policzku oraz prawej połowy języka. Mowca rozpoznał wówczas guz w kącie mózdkowo-mostowym. Poddano chorego operacji, guza jednak nie znaleziono. Sekcja wykazała obecność guza wielkości orzecha pomiędzy przednią powierzchnią prawej półkuli mózgu a kością skalistą (włókniak). Podczas operacji natrafiono na zbiornik płynu w tej okolicy i to naprowadziło na myśl o *meningitis serosa*.

b) Pokaz czaszki i mózgu chorego, który cierpiał na częste napady padaczki JACKSON'a; usunięty został nowotwór opony twardej.

*Tad. Jaroszyński.*

---

## Wiadomości bieżące.

---

— W Polskiem Towarzystwie Laryngologicznem we Lwowie wybrani zostali na r. 1912: na przewodniczącego prof. JURASZ, na zastępcę Przewodniczącego dr STACHIEWICZ, na skarbnika dr REINHOLD, na sekretarza dr WISSER.

— W Tow. Lekarskiem Łódzkim powołano na r. b. na prezesa dra KRUSCHE'go, na wiceprezesa dra STERLINGA.

— Na posiedzeniu ogólnem Towarzystwa Przeciwgruźliczego, w d. 20 b. m., powołani zostali do Rady: p. STEFAN BEIN, dr WŁADYSŁAW CHODECKI, dr JÓZEF JAWORSKI i p. JÓZEF WŁOSKIEWICZ. Rada wybrała ze swego grona na prezesa dra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, na wiceprezesów J. hr. OSTROWSKIEGO i p. FR. KARPIŃSKIEGO, na skarbnika p. PIOTRA WERTHEIMA i na sekretarza dra WŁADYSŁAWA CHODECKIEGO.

— Komitet organizacyjny XVII Międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Londynie zawiadamia, że termin Zjazdu został oznaczony na 6—12 sierpnia 1913 r. Program szczegółowy posiedzeń ogólnych i sekcyjnych i nazwiska referentów będą ogłoszone przed 30-ym września 1912 r.; otrzymają je pocztą ci wszyscy, którzy do tego czasu zapiszą się jako członkowie Zjazdu i opłacą wpisowe, wynoszące od osoby 1 f. szt. Informacje, dotyczące ulg na kolejach, wiadomości o mieszkaniach, wycieczkach i t. p., będą ogłoszone najpóźniej 30-go kwietnia 1913 r. Prezesem Komitetu organizacyjnego jest THOMAS BARLOW, sekretarzem generałym W. P. HERRINHAM

Wszelką korespondencję wysyłać należy do biura Zjazdu pod adresem: *The*

*Hon. Gen. Secretary XVII International Congress of Medicine. 13 Hinde Street, London W.*

Adres dla korespondencji pieniężnej jest następujący: *The Treasurers XVII International Congress of Medicine, 13 Hinde Street, London W.*

Ponieważ po ostatnim Zjeździe w Budapeszcie stała Komisya zjazdów wprowadziła do ogólnej ustawy zjazdów niektóre zmiany zasadnicze, podajemy poniżej całą tą ustawę w dosłownem tłumaczeniu.

Co się tyczy regulaminu specjalnego dla XVII Kongresu, to w artykule 9-m wprowadzono tą zmianę, że na posiedzeniach ogólnych (otwarcia i zamknięcia) mogą przemawiać tylko delegaci państw, zaproszeni przez Komitet organizacyjny lub wyznaczeni *ad hoc*.

W regulaminie dla sekcji po raz pierwszy postanowiono, że rękopisy referatów ogólnych muszą być nadesłane do biura Zjazdu przed 28-ym lutego 1913; zostaną one wydrukowane i rozesłane członkom danej sekcji na trzy miesiące przed otwarciem Zjazdu. Na posiedzeniach referaty te odczytywane nie będą, lecz każdy z referentów będzie mógł w ciągu najwyżej 15-u minut przedstawić treść referatu, poczem nastąpi dyskusja z ograniczeniem do 10-u minut dla każdego zabierającego głos.

---

## Przepisy ogólne dotyczące zjazdów międzynarodowych lekarskich.

---

§ 1. Międzynarodowe zjazdy lekarskie odbywają się co cztery lata.

§ 2. Zjazdy mają wyłącznie cel naukowy.

§ 3. Członkami zjazdu mogą być:

a) lekarze dyplomowani, którzy wyrazili życzenie wzięcia udziału i opłacili składkę, ustanowioną przez regulamin szczegółowy każdego zjazdu;

b) uczeni, przedstawieni przez komitety narodowe, albo przez komitet wykonawczy i którzy opłacą taką samą składkę.

§ 4. Członkowie zjazdu otrzymują sprawozdanie ogólne oraz sprawozdanie tej sekcji, którą wybrali.

§ 5. W każdym państwie istnieje komitet narodowy międzynarodowych zjazdów lekarskich. Komitet taki tworzy się podług zasad reprezentacji ciał lekarskich naukowych danego kraju. Zresztą komitetowi temu przysługuje prawo wyborów dopełniających.

§ 6. Po każdym zjeździe, w odpowiednim czasie, Sekretarz generalny Komisji stałej zwraca się do wszystkich członków, przedstawicieli państw w tej Komisji z prośbą o przystąpienie do wyborów uzupełniających w komitetach narodowych.

O przedstawicielstwo w tym komitecie są szczególnie proszone: główne organizacje urzędowe, zajmujące się sprawami lekarskimi, akademie i wydziały lekarskie, towarzystwa naukowe lekarskie, oraz towarzystwa specjalistów i związek narodowy pracy lekarskiej.

§ 7. Komitety narodowe mają prowo przedstawiania swych propozycji Komisji stałej i wyrażania swej opinii Komitetowi organizacyjnemu i biurom sekcji we wszystkich sprawach, dotyczących prac zjazdu.

§ 8. Prawa Komisji stałej są następujące:

1. Decyduje ona o sprawach ogólnych, dotyczących organizacji zjazdu i rozstrzyga wszelkie spory.

2. Oznacza miejsce i termin następnego zjazdu, oraz zatwierdza regulamin specjalny.

Zatwierdzeniu przez tę Komisję podlegają specjalnie:

a) Prawo uczestnictwa w zjeździe.

b) Języki zjazdu.

c) Liczba posiedzeń ogólnych i maximum odczytów naukowych, jakie mają być wygłoszone.

d) Podział na sekcye.

e) Liczba referatów, jakie mają być omawiane w sekcji.

3. Rozważa żądania stawiane przez sekcye.

4. Porozumiewa się z biurami stowarzyszeń i zjazdów międzynarodowych lekarskich w celu uniknięcia jednakowego terminu, miejsca i przedmiotu obrad zjazdu.

5. Popiera badania kwestyi lekarskich, wymagających współpracownictwa międzynarodowego i ustanawia komisye do przygotowania i opracowania tych kwestyi.

§ 9. Do składu Komisji stałej wchodzi:

1. Jeden delegat każdego komitetu narodowego państwowego, wybrany przez swych kolegów.

2. Przewodniczący i sekretarze generalni ostatniego i najbliższego zjazdu; są oni członkami Komisji z urzędu.

3. Sekretarz generalny i jego pomocnik.

4. Przewodniczący Międzynarodowego Związku prasy lekarskiej, który jest członkiem z urzędu.

Członkowie Komisji zachowują swe mandaty przez cały czas przerwy pomiędzy dwoma zjazdami.

§ 10. Najpóźniej na sześć tygodni przed Zjazdami muszą Komitety narodowe przesłać Sekretarzowi generalnemu nazwiska swych nowych przedstawicieli i ich zastępców w Komisji stałej.

Komitety Narodowe, które tego w czasie właściwym nie uczynią, będą mogły zebrać się i mianować swego przedstawiciela podczas trwania zjazdu.

Przewodnicy i Sekretarz generalny poprzedniego zjazdu pozostają członkami Komisji stałej przez cały czas zjazdu.

§ 11. Pod koniec zjazdu zbiera się nowa Komisya i przystępuje do wyborów nowego biura. Członkowie wychodzący mogą być obrani powtórnie.

Ustępujący Sekretarz generalny i jego pomocnik spełniają swe obowiązki aż do objęcia ich przez następców.

§ 12. Komisya stała zbiera się ilekroć przewodniczący uzna to za potrzebne, w miejscu przez niego oznaczonym i co najmniej podczas każdego zjazdu.

Uchwały Komisji muszą być powzięte przez bezwzględną większość członków obecnych, których nie może być mniej niż sześciu. W razie równego podziału głosów, przewodniczący ma głos decydujący. Dopuszczalne jest zastąpienie posiedzenia przez decydowanie i głosowanie zapomocą korespondencji.

§ 13. Jeżeli delegowany i jego zastępca nie mogą wziąć udziału w posiedzeniu

Komisji, Komitet narodowy danego kraju może być reprezentowany przez innego członka.

Artykuł ten stosuje się do przedstawicielstwa Międzynarodowego Związku prasy lekarskiej.

§ 14. Komisya stała ustanawia swe biuro, złożone z prezesa, dwu wice-prezesów, sekretarza generalnego, pomocnika sekretarza i przewodniczącego Międzynarodowego Związku prasy lekarskiej.

Haga jest stałą siedzibą biura; członkowie jego mogą się zbierać jednak i w innych miastach na życzenie prezesa lub większości członków.

§ 15. W zakres działania Sekretarza generalnego Komisji stałej, między innymi, wchodzi:

1. Prowadzenie korespondencji Komisji i biura.
2. Zajmowanie się ogłoszeniami Komisji.
3. Wykonywanie wskazówek, przesłanych mu przez Komisję lub biuro.
4. Przygotowanie przed każdym zjazdem projektu zmian w jego organizacji, projektu, który będzie poddany pod obrady Komisji stałej i Komitetu wykonawczego.
5. Dopomaganie i współdziałanie w pracach Sekretarza generalnego zjazdu.

§ 16. Pomocnik sekretarza Komisji stałej podlega władzy Sekretarza generalnego.

§ 17. Sekretarz generalny i jego pomocnik w Komisji stałej mogą ofiarować swe usługi międzynarodowym zjazdom lekarzy specjalistów, które chciałyby pomieścić swe stałe biura w siedzibie biura Komisji stałej międzynarodowych zjazdów lekarskich.

§ 18. Język francuski jest językiem urzędowym Komisji stałej i jej biura. Na zebraniach mogą być również używane języki: angielski, niemiecki i włoski.

§ 19. Każdy zjazd przygotowuje Komitet organizacyjny i Komitet wykonawczy z udziałem Komisji stałej. Komitet organizacyjny ustanawia podział władzy tych dwu Komitetów.

§ 20. Zakres działania Komitetu organizacyjnego i Komitetu wykonawczego jest następujący:

1. Rozbudzenie w danym kraju zainteresowania się zjazdem władz i kolegów.
2. Ułożenie regulaminu szczegółowego zjazdu, który wejdzie w życie po zatwierdzeniu go przez Komisję stałą.
3. Gromadzenie potrzebnych funduszy.
4. Przygotowanie odpowiednich pomieszczeń na zebranie ogólne oraz poszczególnych sekcji.
5. Wyszukiwanie mieszkań dla członków, obmyślanie ułatwień podróży, układanie planu przyjęć i uroczystości.
6. Wyznaczenie i zaproszenie mowców na zebrania ogólne, oraz proponowanie zjazdowi — po porozumieniu się z Komitetami narodowymi — kandydatów na prezesa honorowych.
7. Mianowanie prezesów, sekretarzy i innych członków biur sekcyjnych.
8. Układanie programu zjazdu i czuwanie nad jego wykonaniem.
9. Organizowanie w razie potrzeby wspólnie z biurami sekcyjnymi, posiedzeń wspólnych dwu lub więcej sekcji.
10. Prezydowanie na posiedzeniach ogólnych i uroczystych i przedstawicielstwo zjazdu wobec władz.
11. Zajęcie się ogłoszeniami zjazdu i stosunkami jego z prasą lekarską.
12. Zajęcie się ogłoszeniem sprawozdań.

§ 21. Program każdej sekcji, ułożony przez jej biuro, musi być przyjęty przez Komitet organizacyjny.

§ 22. Na pierwszym posiedzeniu sekcji biuro może zaproponować prezesów honorowych sekcji. Na zaproszenie przewodniczącego sekcji wskazani w ten sposób koledzy wchodzi kolejno w skład biura; czynnymi prezesami być nie mogą.

§ 23. Biuro sekcji ma prawo ustanawiać porządek, w jakim komunikaty będą wygłaszane.

Uchwalone przez Komisję stałą 21/IV 1911 r.

*F. W. Pavy*, przewodniczący.

*H. Burger*, sekretarz generalny.

---

#### NADESŁANO DO REDAKCYI.

1) S. DOBRUCKI. Przyczynek do chirurgii przewodu wątrobnego. Odb. z Przegl. Chirurg. i Ginekolog. 1911.

2) S. DOBRUCKI. O kilku rzadszych objawach zapalenia wyrostka robaczkowego. Odb. z Gaz. Lek. 1911.

3) F. CHLAPOWSKI. Znaczenie łykania powietrza jako czynnika w patogenezie nagłej rozstrzeni żołądka i zaciśnięcia ostrego dwunastnicy. Odb. z Nowin Lek.

4) P. H. ELJKMAN. L'internationalisme scientifique. 1911.

---

Redaktorzy: **Dr A. Puławski** i **Dr W. Starkiewicz**. Wydawca, **Dr W. Szumlański**.

---

**Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.**

---

#### WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3,50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, k wartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2; rocznie w Warszawie i za rub. 2,40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, 1/2 str. rub. 11 1/4 str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, 1/2 str. rub. 8, 1/4 str. rub. 4,50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metz i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemerstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerenstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbès.

---

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

---

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.