



GAZETA LEKARSKA

• PISMO TYGODNIOWE •

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJ-
TNOŚCI LEKARSKICH.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

Komenda Legionów Polskich

**poszukuje lekarzy do służby
sanitarnej w Polsce.**

Bliższych informacji udziela
dr EDWARD LOTH
TEODORA 5.

WARUNKI POCZĄTKOWE:

Ranga XI kl. Jednorazowo: 1200 koron na
konia z siodłem, 300 koron na umundu-
rowanie. Pensyi miesięcznej 300 koron i
140 kor. dla rodziny.

CIECHOCINEK

PENSYONAT D-ROWEJ SAWICKIEJ.
Otwarty przez sezon zimowy. Pokoje z pieca-
mi, oświetlenie elektryczne, życie obfite. Ceny
umiarkowane.

Zakład kąpielowy czynny do Grudnia.
Wiadomość Warszawa pensjonat Doktorowej
Sawickiej, Hypoteczna 5.

**ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO CHIRURGICZNY
I ZANDEROWSKI**

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany
materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe),
przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorą-
cem powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

Plastry smarowane zwykajne i kauczukowe (na
szpuikach) nie ustępujące wy-
robom zagranicznym.

Plasterek angielski przewyższający wyroby zagra-
niczne.

Opatrunki wyjałowione w ulepszonej opako-
waniu z kontrolą, sy-
stemu prof. Mikulicza.

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczone od gnicia
i pleśni.

Synapizma energicznie działające.

Plaster rupturowy dziecienny (pępkowy).

Plaster Tatrzański na odciski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie
materiały opatrunkowe poleca fabryka środków opa-
trunkowych i pracownia sterylizacyjna

R. STRZELECKIEGO

WARSZAWA.

ulica Sienna № 45, tel. 48-90.

Na dostawy specjalne ceny.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

*w formie papierosów albo tytoniu
Usuwa szybko napady duszniczy
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. "MOTOR"
Żądać w aptekach i składach aptecznych.



**GONOREIN-
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawie-
rające: gonorol, salol, extract, cu-
bebarum, aethereum i menthol.,
poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. "Motor"
Marszałkowska 25.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
 № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
 № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.

Jako następny odczyt wyjdzie wkrótce:

- № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksya. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksya doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

EDWARD LOTH

Kierownik Zakł. Anat. Opis. Uniwers. Warsz.

Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych.

Zesz. I. K r t a ń. Cena Zł. 2 gr. 20.

Zesz. II. Trzewa klatki piersiowej.

Cena Zł. 5.

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH KSIĘGARNIACH.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.



AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dziesięć
Dzień drugi.

Warszawa, d. 7 października 1916 r.

Z ZAKŁADU ANATOM.-PATOLOG. UNIWERSYTETU LWOWSKIEGO. DYR. PROF. Z. DMOCHOWSKI.

Śmierć nagła w przypadku stanu grasiczolimfatycznego i wągra IV komory.

Podał

A. Kossakowski ¹⁾.

Demonstrator Zakładu. (Praca pośmiertna).

Przypadek, który mam zamiar omówić w pracy niniejszej, należy do rzędu przypadków rzadkich i trudnych do wyjaśnienia. Śmierć nagła, jakiej uległa 22 letnia dziewczyna, wykrycie u niej grasicy i powiększonych gruczołów chłonnych, oraz obecność wągra w czwartej komorze postawiły mnie wobec trudnego do rozstrzygnięcia pytania, mianowicie: co było istotną przyczyną śmierci denatki, t. j. czy śmierć nastąpiła pod wpływem zmian spowodowanych przez wągra, czy też pod wpływem tak zwanego stanu grasiczogruczołowego?

Odpowiedź na pytanie powyższe była tem trudniejsza, że rola i znaczenie grasicy w stanach fizjologicznych dotychczas niezupełnie są wyjaśnione, a zatem związanie obrazów chorobowych, znalezionych w organizmie, ze zmianami patologicznymi tego narządu jest często prawie niemożliwe, oraz, że przypadki śmierci nagłej osobników z dużą

grasicą są do dziś dnia, pomimo licznych a mozolnych badań, niezupełnie jasne. Z powodu wątpliwości, jakie się nasunęły, poddałszy przypadek ten bardzo szczegółowym badaniom, których wyniki uważam za odpowiednio ogłosić.

Pojęcia takie, jak stan grasiczy, grasiczo limfatyczny, limfatyczny, hypoplastyczny, któremi posługujemy się do określania zespołu pewnych stanów chorobowych, nie zawsze dają nam dokładne o nich wyobrażenie, na stole bowiem sekcyjnym spotykamy się często z obrazami tak złożonymi, że zorientowanie się w zawikłych wzajemnych stosunkach gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, dokładne wytlómaczenie przyczynowe, oraz powiązanie ze sobą zmian spostrzeganych w różnych narządach jest nieraz niemożliwe.

Określenia stanów tych podawane przez rozmaitych autorów, są niedokładne, nieraz sprzeczne, a obrazy jednostek chorobowych, przedstawianych jako typowe, są zwykle niejasne. Jedno można tylko napewno powiedzieć, mianowicie, iż w poglądach tych istnieje dziś jeszcze zupełny chaos.

W sprawie znaczenia stanów choro-

¹⁾ Kol. Adam Kossakowski wstąpił do Legionów jako szeregowiec; tam za odwagę i bezwzględne poświęcenie się sprawie dosłużył się stopnia kapitana. Zginął podczas ataku na okopy rosyjskie pod Kołkami na Wołyniu.

bnych grasicy dla życia organizmu rozmaite są zapatrywania, pośród których można zauważyć trzy główne kierunki.

Niektórzy badacze jak Plater, Blache, Trousseau, Walleix, Windchow, Birch-Hirschfeld, Conheim, Nordmann, Flügge i inni stoją na tem stanowisku, że śmierć osobników z grasicą powiększoną najzupełniej daje się wytłómaczyć przez czynniki mechaniczne, mianowicie ucisk, wywierany na narządy sąsiednie — tchawicę, naczynia, nerwy, serce i t. d.

Kierunek drugi stwierdza, iż powiększonej grasicy towarzyszy zawsze cały szereg zbroczeń rozwojowych i pewien niedorozwój organizmu, który powoduje zmniejszoną jego odporność na czynniki szkodliwe. Powiększenie zatem grasicy lub brak jej normalnego zaniku należy uważać za jeden tylko szczegół niedorozwoju ogólnego (Paltauf, Kayzer, Köppe, Schule, Fleischmann i inni).

Wreszcie w czasach najnowszych powstał pogląd trzeci, zaznaczający, iż przyczyną śmierci w razie powiększenia lub zachowania grasicy może być nadmierne jej wydzielanie wewnętrzne, które wywołać może zaburzenia ogólne lub anormalne wydzielanie innych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (Viel, Hammar, Bartel, Swela, Hornowski i inni).

Obrazy sekcyjne, spotykane w opisanych dotychczas przypadkach, charakteryzują się przez zmiany następujące: grasica najczęściej bywa powiększona zarówno w swej wadze, jak i objętości w stosunku do wieku osobnika; w nielicznych tylko spostrzeżeniach ciężar i objętość grasicy nie odbiegały zbyt od normy lub też były nieco zmniejszone. Badając mikroskopowo powiększoną grasicę, spotykamy się czasem z przewagą komórek limfatycznych, czasem z przewagą komórek o charakterze nabłonkowym (Hedinger), z dużą lub małą ilością ciał Hassala, zwyrodniałych lub dobrze zachowanych, z większą lub mniejszą ilością tłuszczu i tkanki łącznej. Im bardziej utrzymany jest charakter nabłonkowy grasicy, tem pewniej możemy mówić o jej czynności zachowanej lub wzmożonej (Hornowski).

W stanach tych jednak wykrywamy zmiany zwykle nietylko w grasicy, cały bowiem szereg innych gruczołów wewnętrznego wydzielania odbiega w budowie swej od normy. Jak wiadomo, istnieje pomiędzy grasicą a nadnerczem stały antagonizm (Wiesel, Lucien, Lederer, Parisot), który, według Hornowskiego, polegać ma na rozmaitem zachowaniu się

względem układu współczulnego: grasica hamuje układ współczulny, układ chromochłonny, nadnercze zaś działa nań pobudzająco. Otóż w stanach grasiczogruczolowych stosunek ten czasami jaskrawo występuje. Brak bowiem inwolucyi grasicy, który wyraża się przez jej obecność, a nawet powiększenie, musi wywołać w okresie rozwoju i wzrastania organizmu niedorozwój narządu przeciwnego, a zatem w stosunku do nadnerczy niedorozwój istoty rdzennej.

W ścisłym związku z układem chromochłonnym znajdują się gruczoły przytarczowe, które również najprawdopodobniej posiadają działanie hamujące względem układu współczulnego (Hirsch, Kranz i Hornowski). Być może, iż dopomagają one w tym względzie grasicy i mogą działanie jej zastępować.

Nadczynność gruczołów przytarczowych wyraża się najprawdopodobniej przez zwiększoną ilość komórek kwasochłonnych. Być może, że zjawienie się większej ilości komórek kwasochłonnych w gruczołach przytarczowych jest w związku z tem, iż te gruczoły biorą tu na siebie czynność niedorozwiniętej grasicy, polegającą na hamowaniu układu współczulnego i wskutek tego rozwijają się w nich elementa najczynniejsze.

Gruczoły chłonne, aparat chłonny języka, przełyku, kiszek ulegają najczęściej powiększeniu; pod drobnowidem spotykamy w aparacie chłonnym w tych przypadkach znaczny rozrost tkanki łącznej i zanik istoty rdzennej (Bartel, Stein).

W narządach innych spotykamy się zwykle z rozmaitem rodzaju nieprawidłowościami. Opisując więc: niedorozwój układu naczyniowego (tętnica główna wąska, ściany naczyń zcieńczałe zawierają większą ilość elementów sprężystych) (Richter). Wiesel opisuje w przypadku *status thymicus* przerost komory lewej serca. W płucach spostrzegano nadmierną liczbę płatów, wrodzone rozszerzenia oskrzeli (Neusser). Budowa zrazowa nerek często bywa zachowana; jelita bywają nadmiernie długie. Spostrzegano często: nieprawidłową budowę ciała, asymetryę w rozwoju narządów zewnętrznych; grube wargi, nos szeroki przypłaszczony; cechy infantyliizmu, a mianowicie: budowę dziecięcą, niedorozwój drugorzędnych cech płciowych i t. d.; zjawianie się u mężczyzn drugorzędnych cech płciowych żeńskich, np. brak uwłosienia na twarzy, kończynach dolnych, rozwój sutek, szeroką miednicę, uwłosienie dookoła części rodnych typu kobiecego i t. d.; u kobiet odwrotnie.

Różni autorzy, jak już wspominaliśmy, starają się wyodrębnić z tego ogólnego obrazu oddzielne jednostki chorobne, starają się przeprowadzić ściśle granice pomiędzy *status lymphaticus*, *thymicus*, *thymico-lymphaticus*. Z ostatnich badaczy Hornowski starał się sprawdzić te poglądy i dla każdego z tych stanów ustalić pewien obraz anatomopatologiczny, pewne mniej więcej stałe cechy charakterystyczne. Dochodzi on jednak do wniosku, że chociaż teoretycznie mogą istnieć ściśle granice pomiędzy *status thymicus*, *thymico-lymphaticus* i *lymphaticus*, jednak na stole sekcyjnym widzimy cały szereg form przejściowych, form, które nie dadzą się podciągnąć pod żaden schemat. Schemat jednak, który wydaje się najbliższy prawdy jest następujący: *Status thymicus* cechuje się przede wszystkim przez powiększoną grasicę, z przewagą w niej elementów nabłonkowych, niedorozwój istoty rdzennej nadnerczy, małą ilość komórek eozynochłonnych w gruczołach chłonnych.

Status thymico-lymphaticus cechuje się przez zmiany chroniczne w gruczołach chłonnych, szeroką istotę rdzenną nadnerczy, zwiększoną ilość komórek eozynochłonnych w gruczołach chłonnych i grasicy.

Status lymphaticus—przez przerost gruczołów chłonnych, szeroką istotę rdzenną nadnerczy, zanik grasicy,

Po tych krótkich uwagach, mających na celu przedstawienie dotychczasowych danych o różnych stanach, związanych ze zmianami w grasicy, przystępuję do opisu badanego przeze mnie przypadku.

Protokół sekcyjny l. p. 4061, data sekcji 25. IV. 1913, ilość godzin po śmierci 5. Katarzyna K. wiek 22 lat.

Dane kliniczne: chora do ostatniej chwili była służącą i skarżyła się na bóle głowy, które wystąpiły na tydzień przed śmiercią; w ostatnich kilku dniach traciła parę razy przytomność. Wreszcie idąc po schodach upadła i w kilka chwil po przeniesieniu natychmiastowo do szpitala, nie odzyskując przytomności, zmarła. Zawezwany lekarz na podstawie opowiadań państwa chorej, przypuszczał, iż miał do czynienia z guzem mózgu.

Rozpoznanie kliniczne: *Mors subita*.

Rozpoznanie anatomopatologiczne: *Status thymico lymphaticus. Hyperplasia app. lymphatici. Thymus persistens. Hyperplasia substantiae medullaris gl. suprarena-*

lis. Hypoplasia arteriarum. Degeneratio cystoides ovariorum. Adipositas universalis. Pleuritis adhaesiva ad apic. sinistr. Hyperaemia organorum. Hydrocephalus internus. Ecchymoses ad v. IV. Cysticercus in v. IV.

Kobieta wzrostu średniego, dość otyła, o skórze bladej; kończyny dolne na łydkach i udach pokryte obficie uwłosieniem. Wargi grube, sinawe; nos szeroki.

Czaszka o typie dolichocefalicznym. Opłona twarda napięta, przekrwiona; zatoki żyłne wypełnione krwią, przeważnie płynną ciemną. Z komór bocznych wylewa się obfita ilość jasnego przesączynowego płynu. Komory boczne oraz trzecia rozszerzona znacznie, wyściółka ich gładka. Zauważyć się daje również i rozszerzenie wodociągu Sylwiusza. W komorze IV leży w okolicy *striae acusticae*, przyczepiony do wyściółki komory z boku, pęcherzyk wielkości grochu, nawpół przeświecający, w jednym miejscu nieco zgrubiał. Pod pęcherzykiem na wyściółce komory czwartej znajdujemy drobne wybroczynki krwawe. Waga mózgu 1260 gr.

Klatka piersiowa zbudowana prawidłowo, kąt łuków żebrowych nieco mniejszy od prostego.

Przepona prawa na wysokość 4-go żebra, lewa—5-go żebra.

W opłucnej lewej drobne zrosty w części dolnej, opłucna prawa wolna.

Płuca przekrwione, lecz wszędzie powietrzne.

W śródpiersiu przednim duża, różowa zrazowata grasica wagi 22,3 gr., o makroskopowym wyglądzie grasicy dziecięcej, zajmuje prawie całe śródpiersie i leży na worku sercowym.

Aparat chłonny na podstawie języka i w krtani powiększony; znacznie powiększone gruczoły krezkowe, na przekroju dość miękkie i różowawe; grudki chłonne w kiszczkach powiększone; w śledzionie mieszki duże, bardzo wyraźne na tle przekrwionego mięszu.

Serce powiększone w wymiarze poprzecznym, mięsień prawy przerosły; tętnica główna wąska, wykazuje zmiany szkliste i tłuszczowe.

Nadnercza wagi 10,0 i 9,0 gr. z wąską istotą rdzenną w nadnerczu prawym, w nadnerczu zaś lewym—z niewidoczną.

(Dok. n.)

W sprawie nowotworów mieszanych ślinianki.

PODAŁ

E. Lewenstern.

Asystent oddziału chirurg. Dr A. Ciechomskiego w szpitalu Dziec. Jezus.

(Ciąg dalszy—patrz № 14).

Z piśmiennictwa obcego, podług Kümmla (28), na klinice Brunsa rocznie bywają 2 — 3 podobne przypadki, przyczem ślinianka przyuszną ulega schorzeniu około dziesięciu razy częściej, aniżeli podżuchwowa. Podług statystyki Böhma, przytoczonej przez Steinhaus, guzy ślinianki przyusznnej dają 74,1%, podżuchwowej 7,7%, a podjęzykowej 1,1% liczby ogólnej (?) nowotworów ślinianek. Nasza statystyka—podług tablicy wyżej podanej № 1—wykazuje stosunek guzów przyusznych do podszczękowych, jak 10:7, przyczem oryginalnym zbiegiem okoliczności wszystkie dawniejsze obserwacje do roku 1884-go w liczbie 9-ciu dotyczą wyłącznie pierwszych, ostatnie zaś 8 — za wyjątkiem jednego — drugich. Podług wykazu szpitalnego (tablica II) na 6 przypadków nowotworów ślinianki przyusznnej były 2 w śliniance podżuchwowej, czyli 3:1.

Z całego piśmiennictwa lekarskiego do roku 1896 Kümmler zgromadził 97 nowotworów mieszanych ślinianki podżuchwowej. Nasza tablica № II nie zawiera wprawdzie wcale rozpoznania nowotworów „mieszanych”, lecz przekonamy się dalej, że z wielkiem prawdopodobieństwem z tego właśnie rodzaju guzami mamy tam do czynienia.

Z przyczyn powstawania nowotworów mieszanych ślinianek wskazują niektórzy podniety mechaniczne (kamienie), względnie sprawy zapalne; lecz w żadnym z przytoczonych przypadków podobnej przyczyny wskazać nie można; guz, opisany przez W. Stankiewicza, jest wprawdzie pochodzenia zapalnego, lecz z zajmującą nas sprawą niema nic wspólnego. Zobaczymy dalej, iż wadliwość układu tkanek zarodkowych ze znacznem prawdopodobieństwem odgrywa niemałą rolę w rozwoju nowotworów mieszanych. Wiek nie odgrywa żadnej roli; Kümmler utrzymuje, iż początek choroby bywa najczęściej między 20-m a 30-ym rokiem; w naszym wykazie mamy do czynienia z różnego wieku osobami (od 13 do 60 lat). Płeć męska ma tu wyraźną przewagę nad żeńską.

Nowotwory ślinianek podług Kümmla, dzielą się na trzy grupy zasadnicze: a) łącznotkankowe, b) nabłonkowe, c) mieszane. Do

grupy pierwszej zaliczają się: 1) naczyniaki i chłoniaki, 2) tłuszczaki, 3) czyste włókniaki, 4) czyste śluzaki, 5) mięsaki; do drugiej: 1) gruczolaki i 2) raki; grupa trzecia, dzięki wielkiemu urozmaiceniu obrazów i obfitości postaci przejściowych, nie nadaje się do dzielenia na podgrupy.

Klasyfikacja francuska podług Bourgeois i Lenormanta (31) opiera się na nieco innych podstawach i daje grupy następujące: I. *tumeurs kystiques*, II. *angiomes*, III. *tumeurs solides*; ostatnie podzielono na następujące 4 kategorie: 1) tłuszczaki, 2) mięsaki, 3) nowotwory mieszane (*tumeurs mixtes*), 4) raki (włókniste i rdzeniowate).

Pornijając to lub inne ugrupowanie, wiadomo niezbicie, iż wszelkiego rodzaju nowotwory „czyste” (za wyjątkiem postaci torbielowych, np. „*ranula*”) spotykają się w śliniankach bez porównania rzadziej, aniżeli mieszane; dotyczy to zwłaszcza postaci złośliwych: w piśmiennictwie czasów dawniejszych spotykamy raz wraz rozpoznania „*sarcoma parotidis*”; niektórzy uważali nawet tę sprawę za bardzo pospolitą. „Pogląd ten jest zupełnie błędny — powiadają wskazani wyżej autorzy francuscy — gdyż olbrzymia większość tych nibyto mięsaków w rzeczywistości nie jest niczem innem, jak grupą guzów mieszanych w okresie zwyrodnienia złośliwego”. Rodriguez zebrał zaledwie 16 przypadków mięsaka czystego ślinianki przyusznnej, histologicznie zbitych. Względnie częściej zdarzają się tu mięsaki czerniaczkowe o bardzo wysokiej złośliwości. To samo da się powiedzieć o raku pierwotnym ślinianki; zdarza się on nieco częściej w przyusznnej, niż w podżuchwowej; w ostatniej do roku 1896 Kümmler zdołał zgromadzić zaledwie 5 przypadków.

Typową, najpospolitszą postać nowotworów ślinianek stanowią nowotwory mieszane, z którymi można się spotkać nie tylko w trzech wielkich gruczolach ślinowych — przyusznym, podżuchwowym i podjęzykowym, lecz i w mniejszych skupieniach gruczolowych, mających łączność z jamą ustną, mianowicie na wargach oraz na podniebieniu miękkim w bliskości łuków.

Nowotwory te mają szereg cech wspól-

nych, bardzo znamiennych: rozwój ich odbywa się powoli, najczęściej niepostrzeżenie dla braku jakichkolwiek dolegliwości; w wielu razach upływają lata całe, nim dojdą do wielkości orzecha laskowego; znane są przypadki, gdzie w ciągu 20 lat guz nie powiększał się wcale. Kształt pierwotny jest mniej lub więcej kulisty, spójność — gdy chodzi o guzy młode — przeważnie twarda; dają się dobrze wyczuwać przez skórę, są nadzwyczaj ruchome (rys wielce znamienny), łączność ze ślinianką jest bardzo luźna, tak dalece, iż zwykle odbiera się wrażenie, jak gdyby z nią nie miały nic wspólnego. Wyłuszczenie w tym okresie rozwoju jest bardzo łatwe, ponieważ między guzem a ślinianką leży warstwa luźnej pulchnej tkanki łącznej; daleko rzadziej guz zanurza się częścią swego obwodu w miąższ gruczołu; stosuje się to przeważnie do okolicy podżuchwowej. Na wyłuszczonej guzie widzimy twardą otoczkę; powierzchnia przekroju daje obraz urozmaicony wskutek obecności dwóch odmian tkanek: sieć podścieliska mniej lub więcej obfita ma wygląd tkanki łącznej z przekrojami naczyń chłonnych i krwionośnych; na tem tle rysują się bardziej miękkie, przezroczyste wysepki tkanki śluzkowej oraz chrzęstnej; ostatnia jest prawie ze swoistą częścią składową nowotworu i występuje w nim nieraz w tak wielkiej ilości, iż guz dla oka nieuzbrojonego robi wrażenie chrzęstniaka. Zrzadka spotykamy punkty zwapniałe lub nawet skostniałe. Na opisanem podścielisku leżą tu i owdzie skupienia o zabarwieniu żółtawem w kształcie kół, pierścieni, pasem lub przeróżnych figur nieforemnych; badanie drobnowidzowe przekona nas, iż są to ogniska komórkowe, o których szczegółowiej powiemy potem.

Po wieloletnim okresie ciszy lub powolnego wzrostu guz zaczyna nagle prędko powiększać się; zwiastunem tej przemiany bywa zjawienie się wrażliwości guza, potęgującej się przy ucisku i promieniującej wokoło na podobieństwo nerwobólu. Po upływie tygodni lub miesięcy nowotwór dochodzi do wielkości cytryny, pomarańczy, a nawet główki dziecięcej. Kształt jego robi się guzowaty, do kartofla podobny, spójność przestaje być jednolita: pewne okolice rozmiękczają się niepomernie, tworzą torbiele, inne twardnieją jak kość. Skóra na powierzchni guza może przez czas długi jeszcze pozostać ruchomą o wyglądzie niezmiennym. Operacja, dokonana w tym okresie, przekona nas, iż wbrew oczekiwaniu guz nie przekroczył jeszcze poza swą otoczkę i daje się wyłuszczyć całko-

wicie, słowem nie mamy jeszcze obrazu zwyrodnienia złośliwego; jednakże to ostatnie nie daje długo na siebie czekać: z biegiem czasu guz przebija otoczkę łącznotkankową, przeraasta w tkanki sąsiednie, przyczem ślinianka ulega zanikowi wskutek ucisku, stapia się ze skórą, wreszcie daje owrzodzenie na powierzchni; równolegle z tem powstają zaburzenia w polykaniu, oddechu i t. p. zależnie od umiejscowienia guza i kierunku, w jakim się rozwija.

Przerzuty do narządów odległych zaliczają się do rzadkości; w przypadku Janiszewskiego (№ 8) widzimy przerzut do płuca; częściej zajęte są najbliższe gruczoły chłonne. Operowanie w podobnie posuniętych przypadkach nie ma widoków powodzenia i nastrocza nazbyt wiele trudności, zwłaszcza gdy chodzi o okolicę przyuszną; poza nerwem twarzowym, z którym ostatecznie można się nie liczyć, wykonanie zabiegu doszczętnego utrudnia bliskość wielkich naczyń. W podobnych przypadkach wkrótce po operacji następuje wznowa, w czem zresztą niema nic dziwnego; natomiast jest rzeczą dziwną i na pierwszy rzut oka niepojętą, iż po operacjach wczesnych — po usunięciu całego guza wraz z otoczką, a nawet częścią przylegającej ślinianki, mającej wygląd zupełnie zdrowy, w kilka miesięcy lub lat nowotwór się odradza. Spostrzegano wznowy dwu i trzykrotne, przyczem, pomimo tak uporczywego odnawiania się, tkanka nowotworowa nie traciła cech łagodnych, nie przerastała poza granice ślinianki. Zjawisko to może być wytłumaczone tylko w ten sposób, iż w różnych miejscach ślinianki od samego początku sprawy istniało kilka zawiązków nowotworowych, które rozrastały się jeden po drugim w szerokich odstępach czasu. Pierwsza operacja usunęła guzek, jaki powstał najwcześniej z jednego zawiązka, reszta zaś, jako twory jeszcze niedostrzegalne, pozostała na miejscu, by z biegiem czasu rozwinąć się w nowe guzki. Nie trudno stąd wyprowadzić wniosek, iż całkowite wyłuszczenie pozornie zdrowej ślinianki wraz z nowotworem zapobiega opisanym nawrotom choroby.

Przypatrzmy się teraz bliżej budowie mikroskopijnej nowotworu mieszanego ślinianki. Jak już wiemy, składa się on z podścieliska łącznotkankowego i ze skupień komórkowych. W pierwszym spotykamy nadzwyczajną rozmaitość obrazów: bywają tu niemal wszystkie odmiany tkanki łącznej, poczynając od tkanki bardzo pulchnej, zawierającej wielokroć komórki tłuszczowe, kończąc na

pasmach włóknistych o nadzwyczajnej zbi-
tości; często całe pola widzenia dają obraz
mięsa wrzecionowato-drobnokomórkowego;
gdzieindziej spotykamy komórki gwiaździste,
usadowione wśród tła bezkształtnego śluzako-
wego. Zwyródnienie śluzakowe wielokrotnie
prowadzi do całkowitego rozpląnięcia się tkan-
ki; w ten sposób powstają jamy torbielowate
o zawartości płynnej, dającej przy badaniu
przez skórę wyraźne chęłbotanie. W innych
miejscach całe pasma tkanki łącznej ulegają
przemianie szklistej. W większości przypa-
dków znaczne przestrzenie zajmuje typowa
tkanka chrząstkowa szklista lub włóknista; ko-
mórki tej tkanki są otorbione lub wolne o za-
rysach gwiaździstych, — obraz, jakiego nie
widujemy w chrząstce prawidłowej, lecz z
którym pospolicie spotykamy się w chrzą-
stniakach. Stosunek ilościowy wskazanych
wyżej odmian niemal w każdym przypadku
jest inny: w pewnych razach przeważa chrzą-
stka, w innych tkanka mięsakowa i t. p. W
ten sposób pojąć łatwo, dlaczego jedna i ta
sama kategoria nowotworowa bywa chrzcho-
na tak licznymi mianami (patrz choćby kazui-
stykę Webera). Tam, gdzie na całość składa
się znaczna liczba odmian tkanek, przejście od
jednego do drugiego obrazu bywa zwykle
stopniowe, nieznaczne.

Część komórkowa daje obrazy niemniej
urozmaicone, niż opisane przed chwilą pod-

ścielisko. Niektóre skupienia składają się z
komórek małych, okrągłych, tworzących gę-
ste nacieczenie wśród bardzo skąpej osnowy;
jest to utkanie typowe dla mięsa. Inne ko-
mórki mają wygląd nabłonkowy; są walcowa-
te, sześciennie lub bardziej płaskie, gromadzą
się bądź w skupienia zbite, bądź w twory,
podobne do gruczołowych, a więc cewki, pę-
cherzyki wysłane jedną, dwiema lub więcej
warstwami komórek o wyraźnej protoplazmie
i dobrze barwiącem się pęcherzykowatą ja-
drze; światło rurek najczęściej jest puste; cza-
sem wypełnia je masa jednolita szklista. W
pewnych razach owe masy szkliste stanowią
główne tło obrazu, przyczem skupienia ko-
mórkowe układają się albo jako koła zamknię-
te, albo też idą smugami rozgałęziającymi się
w różnych kierunkach; pomiędzy skupienia-
mi komórek przechodzą pasma zwykłej tkan-
ki łącznej z małą ilością wydłużonych wrze-
cionowatych komórek. Są to t. zw. oblaki
(*cylindroma* Billrotha), do których, jak zoba-
czymy, zalicza się jeden z moich przypadków.

Wśród mas komórkowych od czasu do
czasu można się spotkać z układem kolistym
współśrodkowo ułożonych, coraz bardziej ku
środkowi spłaszczających się komórek, które
dają obraz kul nabłonkowych (*Epithelperlen*).
Opisane wyżej utkanie nowotworu, zwłaszcza
w połączeniu z kulami nabłonkowymi w wy-
sokim stopniu przypomina raka. (Dok. n.).

ODCINEK.

W sprawie szkoły felczerskiej.

Odczyt, wygłoszony w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich

przez

Bronisława Sawickiego.

(Dokończenie — patrz Nr. 14).

Omawiając powyższy referat, dr Farma-
kowski powiada: „Były czasy, gdy lekarze
pod wieloma względami znajdowali się prawie
w takich samych warunkach, jakie opisaliśmy
dla felczarów. Droga licznych zabiegów i
starań, drogą dowodzenia, że w takich wa-
runkach wszelka prawidłowa i o tyle o ile
owocna praca jest niemożliwa, wreszcie dro-
gą masowych demonstracji i opuszczania po-
szczególnych ziemstw przez cały skład słu-
żbowy lekarze zaczęli się w końcu dobijać
polepszenia urządzeń lekarskich oraz lepszych
warunków pracy personelu lekarskiego; wó-
wczas z opozycją przeciwko nim wystąpiły
hufce ich własnych pomocników felczarów.
Ostatni jak gdyby oświadczyli administracyom
ziemskim: jeżeli lekarze delikaciki (biefioruczki)

uważają za niemożliwe, aby pracować w złych
warunkach, to oni felczarzy dowiodą czego
innego, oni gotowi są podjąć się tego, na co
nie zgodzili się lekarze. Inaczej mówiąc, fel-
czarzy poszli na kompromis, który odrzucili
lekarze, jednakże i felczarzy tego kompromi-
su nie wytrzymali. Zarówno w swem cza-
sopiśmie „Feldszer“, jako i w wyżej przytocio-
nym referacie przyznają, że przyjęte przez
nich warunki pracy, powstałe wskutek uga-
niania się wielu działaczy ziemskich za tania-
ścią, okazały się zgubnymi zarówno dla stro-
ny fizycznej i moralnej pracowników medy-
cyny ziemskiej, jak i dla samej sprawy fe-
lcznictwa“.

W dalszym ciągu swego artykułu dr F.
wykazuje szkodliwość lub, co najmniej, nie-

wielką korzyść z samodzielnej pracy felczerów zarówno wskutek złych warunków zewnętrznych, jako też i wskutek niedostatecznego ich przygotowania do praktyki lekarskiej. Wywody swe kończy on następującym wnioskiem: „ze wszystkiego wyżej powiedzianego wypływa, że warunki działalności felczerskiej o tyle są tanie i dogodne, o ile są nienormalne. Dość jednakże wkroczyć choćby w minimalne granice normy, by od razu stworzyć przy felczerach takie same i tyleż kosztujące warunki, co przy lekarzach ambulatoryjnych*.

Uważałem za konieczne przytoczenie powyższych, może nawet zbyt długich cytat, by słowami tamtejszych działaczy zobrazować ten Eden, do którego wzdychają i na który się tak często powołują nasi felczerzy.

Rewolucya w 1905/6 r., wstrząsnawszy całym narodem rosyjskim, wpłynęła pobudzająco i na felczerów. Powstał Związek Stowarzyszeń pomocników lekarskich, który począł zwoływać zjazdy, a rezolucye tych zjazdów słać do Petersburga, gdzie one tonęły w biurach ministeryalnych. Zarówno w tych rezolucjach, jak i w prasie bieżącej felczerzy wypowiadali swe postulaty, żądając rozszerzenia praw swoich, polepszenia bytu, dozwoleń wstępu na wydział lekarski w Uniwersytecie już po paroletniej praktyce szpitalnej, udzielania im rang (czynów) rządowych, co im miało dodawać powagi w oczach chłopów (sic) i t. p. Dla ziemstw wytworzyło się błędne koło, z którego one starały się wybrnąć w sposób rozmaity. Zamożniejsze i wyżej umysłowo stojące ziemstwa zniosły punkty felczerskie, względnie posterunki samodzielnej pracy felczerskiej, powierzając tę pracę wyłącznie lekarzom; felczerów zaś pozostawiły w szpitalach w roli instrumentaryuszów i pielęgniarzy, jako jedynie właściwej pomocnikom lekarskim. Tak postąpiły ziemstwa w gubernii moskiewskiej, smoleńskiej, niektóre w Besarabii i t. d. Większość atoli ziemstw rozwiązuje sprawę na wzór woroneskiego ziemstwa powiatowego, które corok w projekcie zamierzonych na rok następny reform pomieszcza „wniosek o zamknięcie wszystkich punktów felczerskich, lecz, jako beznadziejny, na końcu wszystkich wniosków” (gazeta „Wracz” 1907).

Wreszcie niektóre ziemstwa dla świętego spokoju poradziły sobie w ten sposób, że wszystkich t. zw. szkolnych felczerów usunęły, zastępując ich głupszymi lecz mniej wymagającymi felczerami wojskowymi (t. zw. rotnymi).

W ten sposób przedstawia się sprawa felczerów, powołanych do samodzielnej praktyki, prawie w całej Rosyi, posiadającej samorząd. Nieco inaczej ukształtowały się stosunki jedynie w Finlandyi i w Kraju Nadbałtyckim, jako zbliżonym swą kulturą do zachodu.

Chcąc otrzymać bardziej szczegółowe dane, zniosłem się z dobrze znającym tamtejsze stosunki drem Nagurskim w Rydze. Ten mi w obszernym liście odpowiedział, że

Kraj Nadbałtycki szkół felczerskich nie posiada, że cała ludność miejska i wiejska leczy się u lekarzy, że wreszcie felczerów tam jest niewielu, i ci wszyscy mają stałe posady przy lekarzach powiatowych i więziennych, w szpitalach, na kolejach i w fabrykach. Felczerzy rekrutują się wyłącznie z felczerów wojskowych, posiadających stopień felczera medycznego (miedicinskij fieldszer). Wyjątkowo i urzędy lekarskie wydają dyplomy felczerskie na zasadach, obowiązujących w państwie rosyjskiem. W Rydze urząd lekarski w ciągu lat 16 wydał takie dwa dyplomy, ponieważ więcej kandydatów nie zgłaszało się. Z powyższego widać, że w Kraju Nadbałtyckim felczerzy pełnią przeważnie obowiązki urzędowe, nie dające im pola do samodzielnej praktyki lekarskiej.

Wyjątek stanowią kolejki i fabryki, o których dr Nagurski powiada: „zarówno kolejki, jak i fabryki mają felczerów, którzy są tam nie tylko sanitaryuszami, lecz często pełnią obowiązki lekarza i aptekarza; na kolejach felczer daleko częściej wyjeżdża do ucząstków, niż lekarz, który dopiero wówczas udaje się w drogę, gdy mu to felczer wskaże. Naturalnie jest to nadużycie ze strony lekarza i lekceważenie obowiązku, lecz niestety tak jest”. Widzimy przeto, że pod tym względem stosunki w Kraju Nadbałtyckim są zbliżone do naszych. Niezupełniebym się tylko zgodził z Szanownym Kolegą Nagurskim na przypisywanie głównej winy lekarzom kolejowym. Kolejki i fabryki tak samo, jak ziemstwa w Rosyi, obywają się tańszą, choć gorszą pomocą lekarską, skoro to rząd toleruje, a nawet popiera. Przecież gdzie, jak gdzie, ale w Kraju Nadbałtyckim, gdzie nawet gminy i większe dominia mają swoich lekarzy, w znacznym stopniu utrzymywanych przez samorząd, mogłyby kolejki i fabryki mieć także wystarczającą na ich potrzeby liczby lekarzy, gdyby tylko rząd chciał tego.

Lecz przejdźmy do sprawy felczerskiej u nas. Nie będę tu omawiał historii rozwoju felczeryzmu u nas, gdyż interesujący się tą sprawą znajdą dostateczną ilość danych w pracy dra Męczkowskiego. Wspomnę tylko, że pierwsza szkoła felczerska powstała u nas w r. 1736.

Do ostatnich czasów egzystująca w Warszawie szkoła felczerska otwarta była w r. 1837. Pierwszy paragraf jej ustawy głosił: „szkoła felczerów jest zakładem naukowym dla kształcenia indywiduów do dozoru i opatrywania chorych”. Już wówczas przeto, otwierając szkołę, miano na widoku wypuszczanie z niej wykonawców rozporządzeń lekarskich, a nie samodzielnych praktyków. Wstępujący do szkoły winien był umieć czytać i pisać po polsku oraz 4 działania arytmetyczne. Program nauk był dwuletni. Z wielkimi zmianami ten program przetrwał do czasów ostatnich. Droga poszczególnych rozporządzeń podniesiono później cenzus dla wstępujących do szkoły, wymagając ukończenia dwuklasówki miejskiej oraz czteromiesięcznej praktyki w szpitalu. Natomiast znie-

siono obowiązującą zgodnie z ustawą 1842 r. dwu- względnie nawet trzyletnią praktykę w izbach felczerskich, co wywołało liczne protesty i starania u władz ze strony felczerów, właścicieli tychże izb.

Co się tyczy samej szkoły, to ta dawała swym uczniom ogólne, zresztą bardzo skromne wiadomości z anatomii, farmacji i farmakologii, chirurgii, pielęgnowania chorych, podawania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i dentystyki. Muszę tu dodać, że wiadomości te były czysto teoretyczne, ponieważ nawet swą czteromiesięczną praktykę w szpitalu uczeń odbywał bez żadnej kontroli. Toteż felczerzy mają dużo racji, narzekając na szkołę, ponieważ ta faktycznie w żadnym kierunku nie dawała im praktycznych podstaw. Uczeń po zdaniu egzaminu w szkole otrzymywał świadectwo ze stopniem młodszego felczera. Po roku mógł ponowić tenże sam egzamin i wówczas dostawał stopień starszego felczera, który to stopień nadawał mu prawo otwarcia izby felczerskiej. Zresztą stopień starszego felczera można było otrzymać i bez egzaminu, lecz dopiero w pięć lat po ukończeniu szkoły.

Warszawska szkoła felczerska początkowo znajdowała się pod zarządem Min. Spraw Wewn. W r. 1867 oddano ją pod zarząd Min. Oświecenia, względnie Uniwersytetu Warszawskiego. W takim stanie szkoła przetrwała do r. 1906, t. j. do czasu, gdy jej uczniowie, idąc za przykładem innych szkół, zaprzestali chodzić na wykłady, wskutek czego szkoła uległa zamknięciu. Widząc przez to byt swój do pewnego stopnia zagrożonym, felczerzy wprędce podjęli starania odnośnie ponownego otwarcia szkoły, lecz już z programem rozszerzonym, wzorowanym na ustawie szkół ziemskich z 1897 r.

Poruszono wszystkie sprężyny: udano się pod opiekę Towarzystwa Kultury polskiej, zwrócono się z podaniem do władz rządowych, poruszono w namiętny sposób sprawę w prasie bieżącej, poświęcono jej większą część rozpraw na zwołanym w początku r. 1907 Zjeździe felczerów w Warszawie, wreszcie postanowiono wejść w stosunki ze Związkiem Stowarzyszeń pomocników lekarskich w Rosyi i wysłano w tym celu delegata na ich zjazd w Moskwie. W memoryale, wystosowanym do władz rządowych, domagano się zreformowania stanu felczerskiego w sensie rozszerzenia przywilejów tegoz (pozwolenie na pisanie recept ze środkami silnie działającymi, wykonywanie mniejszych operacji, rozszerzenie programu nauk w szkole felczerskiej, pozwolenie wychowancom tejże szkoły na wstępowanie do uniwersytetu na wydział lekarski i t. p.).

Władze rosyjskie chętnem okiem patrzyły na zreformowanie Warszawskiej szkoły felczerskiej podług wzoru szkół Cesarstwa. Jeszcze w r. 1906 Min. Oświecenia poleciło dyrektorowi szkoły, prof. Jaszczynskiemu wypracowanie odpowiedniego projektu. Prof. Jaszczynskij zaprojektował przede wszystkim, aby zwrócić szkołę pod zarząd Ministerium Spr. Wewn. Co się

tyczy programu dla tej szkoły, to rozumiejąc dobrze, iż tu są stosunki inne, aniżeli w Cesarstwie, zaproponował, by opracowaniem tego programu zajęła się komisja, w której skład, oprócz przedstawicieli ministerium, jeszcze weszłyby osoby, zarządzające instytucjami zdrowotności publicznej w Kraju, oraz przedstawiciele świata lekarskiego i szpitali. Prejekt ten nie uzyskał aprobaty Uniwersytetu Warszawskiego, który dał opinie, że nie widzi racji, aby robić jakieś wyjątki dla szkoły felczerskiej w Warszawie, inaczej mówiąc, że należy ją przystosować ściśle do wzoru szkół w Cesarstwie. Natomiast w zupełności podzielił Uniwersytet zdanie o potrzebie przejścia szkoły pod zarząd Min. Spr. Wewn. Opinia uniwersytetu posłużyła za podstawę do dalszych pertraktacji.

Sprawa się przeciągała, a czas otwarcia nowej szkoły felczerskiej odwlekał się. Zwrócono się wówczas z prośbą o pomoc do inspektora warszawskiego Urzędu lekarskiego, dra Puszkina, który bardzo gorliwie się tem zajął i wprędce uzyskał w Petersburgu pozwolenie na egzaminowanie uczniów felczerskich w Urzędzie lekarskim. Takie egzaminy odbywały się w r. 1907 i w następnych latach. Początkowo egzaminowano i wydawano świadectwa tylko byłym uczniom szkoły, a następnie, gdy tych zbrakło, promowano kandydatów z prywatnej edukacji, przyczem wymagania sprowadzono do minimum.

W r. 1909 Magistat m. Warszawy otrzymał od władz naczelnych kraju żądanie wypowiedzenia się co do ponownego otwarcia szkoły felczerskiej. Na zlecenie Magistratu obszerny referat opracował inspektor Szpitali, dr Troickij. W tym referacie, zgodnie z opinią ogółu lekarzy, dowodził on, że felczerzy tu są zbyt liczni, i że szkołę felczerską należy przekształcić na szkołę infirmierów. Po dłuższym dopiero czasie przyszła odpowiedź na ten referat, napisana w tonie suchym i kategorycznym. Powiedziane w niej było, że władze nie pytały się o zdanie co do potrzeby lub zbędności felczerów, lecz chciały otrzymać odpowiedź, co należy zrobić, by dawną szkołę przekształcić na wzór szkół Cesarstwa z ustawą 1897 r. Wówczas dr Troickij zwołał zebranie, które, biorąc pod uwagę szkoły Cesarstwa, wypracowało program dla szkoły Warszawskiej. Roczny budżet takiej szkoły obliczono na 14000 rb. Ponieważ miasto oświadczyło, że takiej sumy w danej chwili do swego budżetu wstawić nie może, a rząd się także nie kwapił z pomocą, rozkazano otworzyć w r. 1912 szkołę dawnego typu. Taka szkoła przetrwała do chwili wkroczenia wojsk niemieckich do Warszawy.

Dziś stoimy znów wobec problemu, co zrobić ze szkołą felczerów, względnie z całą kwestią felczerską. Felczerzy poruszają niebo i ziemię, by szkołę otworzyć, a zatem byt swój na długie jeszcze lata utrwalić. Jako motywy, mające popierać konieczność utrzymania fachu felczerskiego, wystawiają oni: niewystarczającą liczbę lekarzy, niski stan za-
możności kraju, niezbędność pracy felczerskiej

w szpitalach, fabrykach i na kolejach, wreszcie to, że lekarze w ocenianiu kwestyi felczerskiej kierują się wyłącznie względami konkurencyjnymi.

Co do braku lekarzy, nie możemy się przecież opierać na wyjątkowym stanowisku obecnem, gdy we wszystkich krajach, wojną objętych, liczba lekarzy cywilnych spadła do minimum. Zresztą szkoła felczerska na to nie zaradzi, gdyż zanim jej wychowawcy zdołają zająć miejsca lekarzy, już się wojna skończy.

Jeżeli za podstawę rozumowania weźmiemy czasy przedwojenne, to, jak to już wyżej miałem możność wykazać, stosunek liczbowy lekarzy u nas jest prawie taki sam, jaki ma Galicya, która przytem nie posiada dwóch tysięcy w pewnym stopniu uprawnionych do praktyki felczyerów. A przecie też Galicya wcale nie uważa się za pokrzywdzoną, obywateli się bez felczyerów i nie pragnie ich przywrócenia. Nie zapominajmy przytem, że w tym tylko roku na wydział lekarski w Uniwersytecie Warszawskim zapisało się z górą 500 studentów, a co najmniej setka studjuje medycynę w Krakowie, Lwowie oraz w innych uniwersytetach. W tych warunkach niech nas głowa nie boli, że będziemy mieli zamało lekarzy. Troszczmy się raczej o to, by nasza pomoc lekarska stała jakościowo na wysokości zadania.

Praktyka prowincjonalna wcale nie jest łatwiejsza i umysłowo mniej wymagająca, niż w wielkich miastach, jak to sobie nasi felczyerzy wyobrażają. Lekarz prowincjonalny musi być wszechstronniejszy i pod względem praktycznym lepiej nawet wyrobiony, niż przeciętny lekarz wielkomiejski, mający na zawołanie konsylia, laboratoria i t. p. Na zachodzie dawno to już zrozumiano i wiele usiłowań ku temu skierowano, by podnieść poziom praktycznego wykształcenia lekarzy. Do tego służą zarówno znakomicie zorganizowane kliniki, jak i dobrze urządzone szpitale w całym kraju; wstęp do tych ostatnich stał się nietylko rzeczą dobrej woli młodych lekarzy, lecz nawet obowiązkiem studentów. U nas ta strona kształcenia w zawodzie lekarskim była zupełnie po macoszemu traktowana. Nie mówię już o kursach praktycznych dla lekarzy, których urządzenie w naszych warunkach było absolutnie niemożliwe. Mamy tę świadomość, żeśmy się zapóźnili pod wieloma względami i zacofali w stosunku do Zachodu i uważamy za konieczne, aby te braki jaknajrychlej naprawić. Otóż nie potrzeba nam dziś obniżać poziomu naszej praktyki lekarskiej, lecz starać się całą siłą podnieść go do wysokości, na jakiej o miedzę od nas stanął. Takie jest zadanie chwili bieżącej.

Felczyerzy nasi twierdzą, że pomoc felczerska jest konieczna, ponieważ jest tańsza, niż lekarska, a kraj biedny i tylko taką opłacać może. Znowu musimy się powołać na Galicyę, która bynajmniej nie jest bogatsza od Królestwa, a bez felczyerów oddawna się już obywateli. Zresztą mogę się tu w zupełności powołać na to, com już przytoczył, mówiąc

o samodzielnym felczyerystyce w Rosyi. Pomoc felczerska jest tania, o ile jest zła; dość jest wartość jej choć trochę podnieść, a już dorówna ceną pomocy lekarskiej. Przecież i lekarze u nas w dostatkach nie opływają. Kwestyonaryusz dra Bronowskiego w r. 1904 wykazał, że przeciętny dochód lekarza prowincjonalnego wynosi około dwóch tysięcy rubli rocznie. Dziś nasz felczyer, zupełnie nieprzygotowany do praktyki, zadawalnia się mniejszem; jednak sam on domaga się podniesienia go do poziomu umysłowego choćby felczyera rosyjskiego. O ileby się to stało, potrzeby jego i wymagania także się odpowiednio podniosą i wpędzą dorównają zarobkom lekarskim. Tak się stało w Rosyi, tak byłoby i u nas.

Przechodząc z kolei do oceny stanowiska felczyerów w naszym szpitalnictwie, muszę z góry się zastrzedz, że wśród nich spotykał niemal ludzi pracowitych i sumiennych, których praca, zwłaszcza na oddziałach chirurgicznych, była bardzo pożyteczna. Tu muszę dodać jednakże, iż główną rolę odgrywały w danym razie osobiste przymioty pracowników, a nie ich dyplom felczerski.

Za dowód, że tak jest istotnie, może posłużyć ta spora liczba inteligentnych i dobrze wyrobionych kobiet, które pełnią obowiązki felczyerek w wielu naszych chirurgicznych oddziałach szpitalnych, pomimo że nigdy żadnej szkoły felczerskiej nie widziały. Można tu jeszcze dodać, że wiele prywatnych lecznic chirurgicznych posady instrumentaryuszów powierza nie felczyerom, lecz ludziom, przez siebie wyrobionym, ponieważ, jak się przekonano, ci są na tych bardzo odpowiedzialnych a bezpretensjonalnych stanowiskach lepsi. Wogóle trzeba powiedzieć, że, skoro tylko nasze szpitalnictwo stanie na wysokości obecnych wymagań, bezwarunkowo zniknie typ dzisiejszego felczyera szpitalnego, przychodzącego na oddział razem z lekarzem i razem z nim albo nawet przed nim wychodzącego ze szpitala. Wszystkie czynności, dziś powierzone felczyerom, przejdą w ręce odpowiednio wykształconych pielęgniarzy i pielęgniarek, mieszkających na miejscu i cały czas poświęcających szpitalowi, jak to już wszędzie ma miejsce. Przecież dziś jest to już rzeczą wprost nie do uwierzenia, by można było sterylizację wszystkich przedmiotów operacyjnych, czyszczenie i utrzymanie narzędzi powierzać prostym nieoświeconym posługaczom, jak się to u nas dzieje. A przecież inaczej być nie może, skoro felczyer mieszka na mieście i szpitalowi poświęca parę, w najlepszym razie kilka godzin dziennie. Odbija się to nawet na samych operacjach, zwłaszcza nocnych, gdy często niema żywej duszy, któraby do operacji wszystko niezbędne przygotowała. Zniesienie dzisiejszego typu przychodniego felczyera i zastąpienie go przez stale w szpitalu mieszkającego i wyłącznie dlań pracującego pielęgniarza względnie pielęgniarkę stanowi jeden z ważniejszych postulatów naszego szpitalnictwa. Zresztą bę-

dziemy musieli zająć się tą sprawą szczegółowej na innem miejscu.

O ile w szpitalu z konieczności felczer występuje wyłącznie w roli wykonawcy zleceń lekarza, o tyle w fabrykach i na kolejach u nas jest w znacznym stopniu samodzielnym praktykiem. Jest to wielki atut w rękach naszych felczerów, którzy wciąż się na to powołują i tem uzasadniają swoją niezbędność oraz konieczność rozszerzenia ich praw do roli samodzielnej.

Dzisiejsze stanowisko felczerów w fabrykach i na kolejach u nas (nigdzie za granicą nic podobnego niema) nie dowodzi bynajmniej ani braku lekarzy ani niemożności ze strony tych instytucji wyłożenia koniecznych sum na dostarczenie swoim pracownikom odpowiedniej pomocy lekarskiej. Zarówno fabryki, jak i koleje, zastępowały w znacznym stopniu pomoc lekarską przez felczerską, ponieważ ta ostatnia była tańsza, a nie ich nie zmuszało do powiększania swych rozchodów. Rząd nietylko tolerował to, lecz nawet popierał, sam się w tenże sam sposób urządzając na swoich kolejach. Owszem, dla rządu było to u nas nawet bardzo dogodne. Z jednej strony stosunki nasze upodobniały się do stosunków w Cesarstwie, co było zawsze bardzo pożądane, o ile wychodziło na naszą niekorzyść. Z drugiej strony rząd zawsze nieufnem okiem patrzył na naszą inteligencję i wszelkimi sposobami starał się podcinać jej nogi. Lekarze często doświadczali tego na sobie, ponieważ stanowili znaczną część inteligencji, przytem najbardziej może niezależnej.

Tak czy inaczej, musimy dziś stanąć na tym gruncie, że obowiązkiem zarówno fabryk, jak i kolei, jest dać swoim pracownikom dobrą pomoc lekarską, a nie jej surogat. Nie mogą one robić oszczędności na zdrowiu swoich funkcjonaryuszów, a dodanie nieco większej liczby lekarzy oraz podniesienie im pensji naszego przemysłu nie obali, o ile inne czynniki nie staną na przeszkodzie do jego rozwoju.

We wszystkich enuncyacjach swoich felczerzy stanowisko lekarzy w stosunku do felczeryzmu objaśniają względami konkurencyi zawodowej. Takie objaśnienie mogłoby być dobre dla jakiejś osady prowincjonalnej, gdzie lekarz do upadłego walczy z chcącymi go wygryźć z praktyki felczerami. Insynuować podobne stanowisko ogółowi lekarzy, to znaczy nie rozumieć zupełnie sytuacji lub też kierować się złą wolą.

Zamknięcie szkoły felczerskiej, względnie zahamowanie dopływu świeżych sił felczerskich nie zwiększy znowu tak bardzo dochodów obecnego pokolenia lekarzy, a prawdopodobnie i przyszłych pokoleń. Pozostanie przecież 2000 felczerów z ich dotychczasowymi prawami, a ci nam na dobrą parę dziesiątków lat wystarczą. Pozatem jeżeli idzie o walkę z partactwem lekarskiem, to tego my w ten sposób nie usuniemy. Znajdą się zawsze rozmaici praktycy domorośli, rozmaici szarlatani, u których pomocy będzie szukała pewna liczba chorych, najczęściej nieuleczalnych. Przed laty kilkunastu w stolicy Niemiec, w Berlinie, cieszył się ogromną praktyką (a może i do dnia dzisiejszego się cieszy) znachor, który głosił publicznie, że „jego wiedza pochodzi nie z woli człowieka, lecz z łaski Boga“. Otóż, jeżeli nawet znikną felczerzy, to przez to samo nie zniknie jeszcze partactwo lekarskie, na które najskuteczniejszymi środkami zawsze będą: podniesienie oświaty ludności i dalszy rozwój wiedzy lekarskiej.

Jeżeli ogół lekarzy domaga się zniesienia felczeryzmu, to przez to żąda tylko zniesienia u p r a w n i o n e g o partactwa lekarskiego, partactwa, które rząd popiera i swoją opieką otacza. Jeżeli obowiązkiem państwa jest dostarczanie ludności najlepszym szkół, najlepszym sądów, to tembardziej winno ono starać się otoczyć najlepszą opieką jej zdrowie, jako najcenniejszy skarb człowieka. W myśl tego znajdujemy jedno tylko rozwiązanie kwestyi felczerskiej: należy znieść instytucję felczerów, lecz jednocześnie, wzorem innych krajów, stworzyć na jej miejsce instytucję wykształconych, inteligentnych pielęgniarzy, jako jedynie racjonalnych pomocników lekarskich.

W końcu muszę zaznaczyć, że omawiana przez nas sprawa wytwarza zagadnienie, na czym mamy wzorować organizację naszej pomocy lekarskiej: na przykładach, czerpanych z Zachodu, czy też na urządzeniach, praktykowanych w Rosyi. Jest to pytanie, które nietylko tu, lecz i w wielu innych sprawach będziemy musieli nieraz sobie zadawać. Uważam za szkodliwy szowinizm zarówno w jednym, jak i w drugim kierunku. Muszę jednakże przypomnieć, że sprawa samodzielnego felczeryzmu została już przesądzona przez inteligentniejsze koła nawet w Rosyi. Nie bądzmyż przeto my *plus russes que les Russes*.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich.

R. Szerypo wygłosił odczyt „W sprawie szczepienia ospy ochronnej“.

Warszawski instytut szczepienia ospy ochronnej został założony w r. 1824, w 13 lat po wprowadzeniu w Księstwie Warszawskim obowiązkowej wakcynacji Jennerowskiej.

Pierwszym dyrektorem był fizyk wojewódzki Maszyński, który miał do pomocy chirurga i dozorcę. W dwuizbowym lokalu utrzymywane były dwie matki z niemowlętami, co dni 14 zastępowane innemi matkami. Niemowlętom szczepiono krowiankę; z pęcherzyków

otrzymanych zbierano limfę i szczepiono nią inne dzieci. Od r. 1845 dyrektorem był dr Al. Lebrun, który przeniósł zakład do budynku szpitalnego przy ul. Świętokrzyskiej. Działalność instytutu słabła; wzmożła się dopiero od r. 1884, kiedy dyrektorem został dr J. Polak, który lokal rozszerzył, od szpitala oddzielił i zaopatrzył w urządzenia niezbędne. Dzięki zabiegom J. Polaka instytut przeniesiony został w r. 1903 do własnego, po europejsku urządzonego gmachu. Stały postęp wykazuje ilość produkcji krowianki oraz liczba osób zaszczepionych. Gdy w r. 1908 zaszczepiono 18 cieląt, zebrano 346 grm. miazgi, czyli 19 grm. z cielęcia, wydano 25,000 dawek limfy i zaszczepiono 821 osób, w roku 1915 z 63 cieląt zebrano 1873 grm. miazgi czyli 30 grm. z cielęcia, wydano 25,000 dawek limfy i zaszczepiono 821 osób, w r. 1914 z 63 cieląt zebrano 1873 grm. miazgi czyli 30 grm. z cielęcia, wydano 280,000 dawek limfy i zaszczepiono 4152 osoby. Nadzwyczajne zapotrzebowanie limfy w r. 1915, przewyższające $2\frac{1}{2}$ razy produkcję roku poprzedniego, wyczerpało zapasy odleżałej krowianki i instytut, wytracony z równowagi, zmuszony był niekiedy do wydawania zbyt świeżej limfy; w r. b. sytuacja się nie poprawiła wobec masowych szczepień na skutek ogłoszonego w maju przymusu szczepiennego oraz z powodu braku cieląt. Ponieważ świeża miazga ospowa zawiera bakterie, ze skóry cielęcia pochodzące, wśród których mogą się spotykać gatunki chorobotwórcze, nastrocza się pytanie, czy limfę świeżą można używać do szczepień w razie pilnej potrzeby, jak to czynią wzorowe nawet instytuty (Bruksella, Lozanna itd.) i jak pozwala prawodawstwo niemieckie z r. 1911, zalecające tylko większe rozcieńczenie limfy gliceryną. Od lat 20 przeszło najbardziej jest dyskutowana kwestia szkodliwości gronkowców złocistych i paciorkowców w limfie. Od czasu wydania przez pruską „Komisję ekspertów“ w r. 1896 orzeczenia, stwierdzającego różnicę w zjadliwości gronkowców złocistych i paciorkowców, w limfie zwykle spotykanych, od daleko większej zjadliwości takich-że ziarenkowców, u ludzi wywołujących ciężkie choroby, jak posocznica, ropnie głębokie i t. d., ukazało się do chwili obecnej dużo prac, stwierdzających brak poważniejszych powikłań, od limfy zależnych, jakkolwiek ta ostatnia zawierała ogromną nieraz ilość gronkowców złocistych i paciorkowców. Ponieważ jednak chorobotwórczość, zwykle mała, pewnych ziarenkowców, w limfie bywających, jest dowiedziona, apriorystyczne zaś udowodnienie bezwzględnej chorobotwórczości dla człowieka znalezionych ziarenkowców jest niemożliwe, limfa, takie podejrzane bakterie zawierająca, powinna być od nich oczyszczona; limfa zaś, zawierająca laseczники tężca, karbunkułu i t. d., powinna być zniszczona. Limfa może być od bakterii pospolitych uwolniona przez parowanie lub kilkotygodniowe działanie gliceryny; należy więc do tego dążyć.

W razach wyjątkowych, gdy zachodzi

konieczna potrzeba szczepienia, niema zaś zapasu odleżałej limfy, można używać, zgodnie z opinią wielu fachowców i niektórych prawodawstw, świeżej limfy, pod tym jednak, według zdania referenta, warunkiem, że zabiegi anty- i aseptyczne podczas całej produkcji krowianki osiągną maximum, że wyniki autopsji cielęcia będą dobre i że badanie bakteriologiczne będzie w miarę możliwości wykonane. Świeża limfa, z zachowaniem tych warunków stosowana, może być niekiedy szkodliwa; jak wykazała jednak wieloletnia praktyka, szkodliwości takie są rzadkie i niewielkie; słuszną też czyni uwagę odnośnie prawodawstwo niemieckie, że szkodliwości te nikną wobec ogromu pożytku ogólnego, jakie szczepienie ospy ochronnej przynosi. Metody szybszego odkażania limfy, niż to czyni gliceryna, dotąd proponowane, albo oczyszczają niedostatecznie, albo zbyt osłabiają, a nawet niszczą zarazek ospowy. Metody określania siły limfy na zwierzętach dają wyniki mniej pewne od metod określania na ludziach; metoda Chaumiera najwięcej jest polecenia godną.

Jako wynik dodatni szczepienia u I raz szczepionych należy uważać jeden przynajmniej, dobrze rozwinięty pęcherzyk, u rewakcyonowanych zaś grudkę. Wyniki należy sprawdzać wcześniej, szczególnie u rewakcyonowanych. Od 1 marca do 1 września r. b. w 10 stacjach miejskich szczepienia ospy zaszczepiono osób 54,904; zgłosiło się do oględzin 22,548, czyli 41⁰/₀; z tych ostatnich miało przyjętą ospę 17,656, czyli 78,2⁰/₀. Pierwszy raz szczepionych było osób 7,917, obejrzanych — 2,186, wśród których stwierdzono wynik dodatni 1946 razy (88,9⁰/₀); rewakcyonowano 46987 osób, obejrzano 20362, przyjęć skutecznych było 15710, czyli u 77,1⁰/₀ osób obejrzanych. Największą odsetkę szczepionych, 96,7⁰/₀, którzy się zgłosili do oględzin, miała stacja IX; wykazała ona również najwyższy % szczepień skutecznych 98,9⁰/₀ w stosunku do liczby osób obejrzanych, (najniższy % wyników dodatnich, 43,5⁰/₀, miała stacja X; do stacji tej zgłosiło się do oględzin 50,8⁰/₀ szczepionych).

W dyskusji szerzej omawiano metody wyjaławiania limfy oraz wypadki zakażeń ubocznych po szczepieniu; prelegent zaznaczył dodatkowo, że wbrew twierdzeniu, jakoby Dreyer zawsze otrzymywał odczynny zapalne po szczepieniu gronkowców i paciorkowców, prace Dreyera wykazują, (Zeitschrift f. Hygiene 1898), że te, nawet bardzo zjadliwe dla myszy bakterie, niejednokrotnie nie wywoływały żadnych komplikacji, chociaż Dreyer szczepił je sobie w hodowli czystej.

Eter w doświadczeniach Ginsa nie zabijał bakterii w limfie nawet po 3 miesiącach, zabijał zaś zarazek ospowy znacznie wcześniej. Możliwym jest, że bakterie z limfy mogą się dostać w głąb ustroju i być w nim w stanie utajonym aż do chwili jakiegoś urazu i uraz ten skomplikować, teoretycznym tym wywodom jednak zaprzeczać się zdaje praca Dubouquet-Laborderie i Barthelemy (Revue intern. de la vaccine 1912), która wykazuje

znacznie większą odsetkę chorób zakaźnych wśród uczniów nieszczepionych, niż u szczepionych w pewnym okręgu szkolnym we Francji; szczególnie dotyczy to *impetigo contagiosa*, anginy i ropnych cierpień uszu. Próby z lampą kwarcową zbyt świeżej są daty, ażeby stosować je do masowej produkcji krowianki. Epidemia liszajca, *impetigo contagiosa*, powstała niedawno w Warszawie jakoby po

szczepieniu limfą niewiadomego pochodzenia, zakomunikowana została bez żadnych bliższych informacji dowodowych i rzecz bardzo dziwna, w 4 miesiące dopiero po jej wystąpieniu.

Przesączona przez świecę Chamberlanda szczepionka bywa tak słaba, że dopiero po 24 godzinach działania przepojonej nią gazy wywołuje niekiedy wykwity na rogówce królika.

Wiadomości bieżące.

— Na wydziale lekarskim Uniwersytetu warszawskiego mianowani zostali nowi profesorowie: Mieczysław Czubalski na katedrę fizjologii, Franciszek Konopacki — histologii, Władysław Mazurkiewicz — farmakologii i Jakub Parnas — chemii fizjologicznej.

— W d. 2 b. m. w sali posiedzeń Urzędu Zdrowia m. st. Warszawy zebrali się przedstawiciele Sekcji Zdrowia Publicznego w celu wyrażenia uznania d-rowsi Janowi Bączkiewiczowi z powodu jego ustąpienia ze stanowiska przewodniczącego wzmiankowanej Sekcji. Nie brakło nikogo: obok osób urzędowych, znaleźli się przedstawiciele Towarzystw i Zrzeszeń odnoszących, którzy je w Sekcji reprezentowali, przewodniczący oddzielnych Komisji, przedstawiciele Opięk Sanitarnych Obywatelskich, lekarzy sanitarnych.

Do ustępującego prezesa kolejno przemawiali: dr J. Polak, dr M. Zapasiewicz, asesor B. Koskowski, dr W. Męczkowski, p. Dymarski. Wszyscy podnosili zasługi kol. J. B. na stanowisku trudnym i odpowiedzialnym. Wątpić nie można, iż w najbliższej przyszłości, przy sprzyjających okolicznościach, kol. J. B. mieć będzie sposobność do użytkowania swej wiedzy w rzeczach sanitarnych i zdolności organizacyjnych na pokrewnem polu.

— W Münch. med. Wochschr. (№ 39) podane są ogólne straty wśród lekarzy w armii niemieckiej lądowej i morskiej. Liczba zabitych i zmarłych wskutek ran wynosi 343, z powodu chorób zmarło 185 — razem 528; ciężko rannych było 176, lekko rannych 553; do niewoli dostało się 156; zginęło, niewiedomo gdzie — 87. Ogólna przeto liczba strat wynosi 1500 osób.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
A. Kossakowski. Śmierć nagła w przypadku stanu grasiczolimfatycznego i wągra IV komory	217	Odcinek. Bronisław Sawicki. W sprawie szkoły telczerskiej (dokoń.)	222
E. Lewenstern. W sprawie nowotworów mięsanych ślinianki (ciąg dal.)	220	Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy. R. Szeryp o. W sprawie szczepienia ospy ochronnej	226
		Wiadomości bieżące.	228

Redaktorowie: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”, 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, kwartalnie rub. 2. Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz jednoszpaltowy, drobnym pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 25, na stronach wewnętrznych okładki kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i S-ka, Marszałkowska 130.

Administracja (Marszałkowska 73) otwarta w dni powszednie od 10^{1/2} do 12-ej.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, Egert i Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

1. **Farmakologia**, przekład dzieła profesorów *Nothnagel'a i Rosenbach'a* Cena Rb. 6, z przesyłką Rb. 6 kop. 50 (wyczerpane).
2. **Choroby serca**, przez *Oskara Widmana*. Dzieło oryginalne, opatrzone licznymi drzeworytami w tekście. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
3. **Księga Pamiątkowa**, wspólnymi siłami spisana, najzacniejszemu Mistrzowi Profesorowi Doktorowi Medycyny Henrykowi Hoyerowi, dwudziestopięcioletnią rocznicę mozołnej, a użytecznej pracy obchodzącemu, w ofierze złożona przez wdzięcznych uczniów i przyjaciół Jego, współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Warszawa 1884 r. (wyczerpane).
4. **Psychiatria**, przez D-ra *Rothe*go. Dzieło oryginalne. Cena Rb. 1 kop. 80, z przesyłką Rb. 2.
5. **Grzybki chorobotwórcze**, napisał D-r *Maryan Jakowski*. Dzieło oryginalne z 7 tablicami litografowanymi i 11 drzeworytami (wyczerpane).
6. **Terapia ogólna**, ze szczególnem uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Odczyty prof. *E. A. Hoffman'a* (wyczerpane).
7. **Nauka o chorobach narządów trawienia**, przez D-ra *Mikołaja Rajchmana*. Cena Rb. 1, z przesyłką Rb. 1 kop. 50.
8. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**. Dzieło oryginalne przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie (wyczerpane).
9. **Dyagnostyka chirurgiczna**. Dzieło oryginalne przez *Romana Jasińskiego*. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
10. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**, przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie i „**Choroby górnego odcinka dróg oddechowych**“ przez D-ra *Alfreda Sokołowskiego* ordynatora szpitala Sw. Ducha w Warszawie. Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście, ponownie przez autorów opracowane. Cena Rb. 5 kop. 50. Dla prenumeratorów Gaz. Lek. cena zniziona na Rb. 2 kop. 50, z przesyłką Rb. 3.
11. **Histerya — Gilles de la Tourette** — w opracowaniu *A. Puławskiego*. Cena Rb. 2 kop. 70, z przesyłką Rb. 3.
12. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych** *Wł. Biegańskiego*. Tom pierwszy. Cena Rb. 4 kop. —, z przesyłką Rb. 4 kop. 50. Tom drugi. Cena Rb. 4 kop. 50, z przesyłką Rb. 5.
13. **Wykład chorób dróg oddechowych** przez D-ra *A. Sokołowskiego*. I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysunkami w tekście). Cena Rb. 2 kop. 40. Cena w oprawie Rb. 2 kop. 80. Przes. k. 40. II. **Choroby płuc**. Cena Rb. 3, w oprawie Rb. 3 k. 50. Przes. k. 50. III. Cz. 1. **Choroby opłucnej i śródpiersia**. Cz. 2. **Suchoty płucne**. Cena Rb. 5, w oprawie Rb. 5 kop. 60. Przes. k. 60.
14. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna** przez D-ra *Zdz. Dmochowskiego*, prosektora Uniwers. Warszawskiego. Cz. I. **Kłatka piersiowa**. Cena Rb. 3, na papierze kredowanym Rb. 4. Przesyłka kop. 50.
15. **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów** — *G. Vogel'a* w tłumaczeniu polskiem *Zweigbauma i Popiela*, z 214 rysunkami w tekście. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
16. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani** przez D-ra *T. Herynga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
17. **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** przez D-ra med. *H. Nusbauma*, z rysunkami w tekście. Cena rub. 2.50, z przesyłką rub. 3.
18. **Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych**. Przekład odczytu prof. *A. Dieudonné'go*. Cena kop. 60, z przesyłką kop. 75.
19. **W sprawie organizacji ogólnej Uniwersytetu, a Wydziału Lekarskiego w szczególności** przez *Józefa Brudzińskiego*. Cena kop. 80, z przesyłką rub. 1.
20. **Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych** przez prof. *Edwarda Lotha*. I. **Krtani** (z 3 rysunkami w tekście). Cena Złp. 2 gr. 20, przesyłka 20 gr. II. **Trzewa klatki piersiowej** (z 14 rysunkami w tekście) Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.
21. **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój łasieczników gruźliczych na podłożu sztucznem** przez *Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego*. Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena rb. 1.

APTEKA K. WENDY

Główny skład surowic i szczepionek.

Instytutu d-ra Palmirskiego w Warszawie

" Pasteura w Paryżu

" Bakterio terapeutycznego w Dreźnie

" Medycyny doświadcz. w Petersburgu
i innych.**Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.**

Krakowskie Przedmieście 45

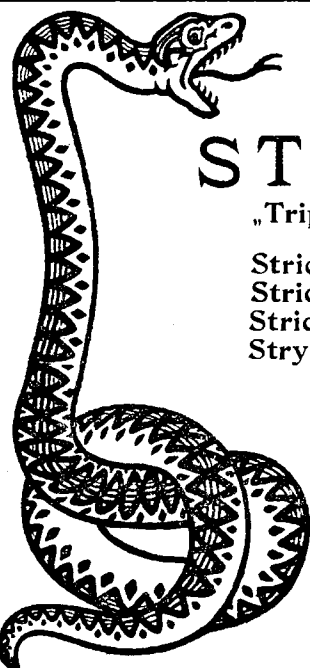
W Aptekach i Składach Aptecznych!!

**PRACOWNIA STERYLIZACYJNA
D - r a B O R Z Y M O W S K I E G O**

wprowadziła następujące NOWOŚCI:

- 1) Gazę hygrosk., jodoform, wioform, kseroform, w postaci pasków: 5, 8, 10 i 12 ctm. szer. i 5 m. dług. 2) Kompresy przeciwzapalne, nasycone płynem Burowa. z ceratką: 10, 20 i 30 ctm. kw. 3) Tampony z lintanelli (waty prasowanej). 4) Laminaryę sterylizowaną w zatopionych ampulkach po 4, 6, 8, 10 i 12 mm. średnicy. 5) Gazę jodoformową Dührsena (do tamponowania). 6) Płyn do znieczulenia miejscowego № 1 (0,3 nowokainy na 50 soli), № 2 (0,5 nowokainy na 50). 7) 2% nowokaina z adrenaliną do rwania zębów w ampulkach po 1.0. 8) Samomydlące poduszeczki do mycia pola operacyjnego, położnic i do kąpieli po 10 szt. 9) Ciepłomierze maksymalne skontrolowane i odkażające się po użyciu automatycznie za pomocą umieszczonej w pochewce formaliny.

Składy Główne: SPIESS CENTRALNY i Zarząd Pracowni (Chmielna № 62, Telet. 106-85).

**INIEKCJE
STRYCHNINOWE:**

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strychnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

POLECA

**APTEKA
E. GESSNERA**

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Drukarnia W. Krawczyński, E. Egert, J. Więclawski, Żelazna 89. Telefon 188-70.

Za pozwoleniem Cenzury Niemieckiej.