

PAMIĘTNIK

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

i

Wydziału Lekarskiego Uniw. Stefana Batorego

Organ

T-wa Lekarskiego Woj. Nowogródzkiego

i

Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.



BIBLIOTEKA
Ilgiej Klucy Chasy Wileńskiego
Akademii Medycznej
w Białymstoku

465/vi

WILNO,

NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH
I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ”, Drukarnia „PAX”, UL. ŚW. IGNACEGO 8.



Rok IV. 1928.

PAMIĘTNIK

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego
i
Wydziału Lekarskiego Uniw. Stefana Batoiego
Organ
T-wa Lekarskiego Woj. Nowogródzkiego
i
Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.



W I L N O,

NAKLAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH
I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ”, Drukarnia „PAX”, UL. ŚW. IGNACEGO 3.

T R E Ś Ć:

	Str.
1. S. Trzebiński: Ś. p. Dr. Władysław Szwengruben Wspom. pośmiertne	255
2. S. Bagiński: O komórkach barwikowych w szyszynce zwierząt ssących i ludzi	257
3. J. Dillon: Czynność dynamiczna przepony.	271
4. S. Trzebiński: Z Pamiętników Franka.	278
5. M. Brensztejn: Apteka XX. Dominikanów, później „pod Łabędziem” w Wilnie.	291
6. Wileńsk. Tow. Lekarsk. Protokoły i sprawozdania	294
7. Stow. Lekarzy Polaków w Wilnie Sprawozdanie doroczne	307
8. K. Opoczyński: Z bibliografii podręcznikowej	309
9. Komunikaty i wiadomości bieżące	312
10. Streszczenia prac nauk. w językach kongresowych	313
11. Zasady deontologii lekarskiej, obowiązujące na terenie Wil. - Nowogródzk. Izby Lekarskiej	315
12. Oplaty za czynności lekarskie, obowiązujące na terenie Wileńsk. Nowogr. Izby Lekarsk.	330

SOMMAIRE:

	Page.
1. S. Trzebiński: Le docteur W. Szwengruben (nécrologue)	255
2. S. Bagiński: Sur les cellules pigmentaires dans la glande pinéale des mammifères et de l'homme	257
3. J. Dillon: La fonction dynamique du diaphragme	314
4. Mémoires de J. Frank (Chapitre XXXI (manuscrit français))	278
5. M. Brensztejn: La pharmacie des dominicains à Wilno (documents)	291
6. Société de Médecine de Wilno (bulletins et comptes rendus)	294
7. Association des Médecins Polonais à Wilno (comptes rendus)	307
8. K. Opoczyński: Sur quelques livres nouveaux	309
9. Renseignements, communiqués et chronique	312
10. Résumé des travaux contenus dans le № 6 du Vol. IV en langues des congrès internationaux	313
11. Principes de déontologie médicale (Chambre médicale de Wilno-Nowogródek)	315
12. Tarif médical (Chambre médicale de Wilno-Nowogródek)	330

Staraniem i nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wyszedł z druku

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO za lata 1917-1921.

Pojedyncze egzemplarze w cenie zł. 15.—są do nabycia w Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego — Niecała 7, w Warszawie.

Wobec ograniczonej liczby egzemplarzy, uprasza o jaknajwcześniejsze zgłaszanie się Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Résumé des travaux contenus dans le volume IV en langues des congrès internationaux — pages: 42, 95, 141, 193, 252, 313.

Treść rocznika IV:

I. Wspomnienia pośmiertne.

1. L. Achmatowicz: Dr. Jan Michniewicz (Z. 1 I).
2. S. Trzebiński: Dr. Bernard Hłasko str. 1.
3. S. Trzebiński: Dr. L. Czarkowski Z. 5. I—IV.
4. Z. Domański: Dr. Jarosław Wołczyński—195.
5. S. Trzebiński: Dr. Wład. Szwengruben—str. 255.

II. Prace naukowe.

1. A. Łapiński: Znaczenie próby siarkowodorowej w rozpoznawaniu laseczek grupy „Typhus-Coli”—str. 9
2. S. Mahrburg: Przypadek ostrej martwicy trzustki—str. 12.
3. J. Bohuszewicz: Sterylizacja wody do mycia rąk w umywalniach sal przedoperacyjnych — str. 45.
4. J. Zienkiewicz: Odczyn Biernackiego u niemowląt z kiłą wrodzoną—str. 54.
5. S. Mahrburg: O nadnerczakach—str. 62.
6. S. Gogolewska-Löwenhoff: Odczyn mastizolowy w płynach mózgowo-rdzeniowych u dzieci—str. 76.
7. W. Jabłonowski: Wskazania do operacji w ważniejszych cierpieniach jamy brzusznej—str. 102.
8. A. Kapłan: Insulina a schorzenia wątroby—112.
9. J. Muszyński: Głóg (Crataegus) nowy nieszkodliwy środek nasecowy—str. 117.

10. J. Zienkiewicz: O leczeniu stowarsolem niemowląt i dzieci, obarczonych kiłą wrodzoną—str. 121.
11. H. Kaulbersz-Marynowska: Przypadek meningokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych o nietypowym przebiegu—str. 126.
12. A. Wirszubski: Przypadek „Encephalopathiae traumaticae”—str. 129.
13. A. Borowski: W sprawie wpływu związków złota na zdrowy ustrój zwierzęcy—str. 145.
14. R. Makower-Szadowska: O znaczeniu ergosteryny w patogenezie i leczeniu krzywicy—str. 174.
15. E. Czarnecki: Odruchy warunkowe a odporność—str. 195.
16. A. Wirszubski: Przypadek operacyjnego usunięcia guza lewego zwoju środkowego tylnego oraz kilka uwag na temat chirurgji mózgowej—str. 206.
17. S. Bagiński: Nowsze zdobycze histochemji—str. 230.
S. Bagiński: O komórkach i barwikach w szyszynce zwierząt ssących i ludzi—str. 233, 255.
18. J. Dillon: Czynność dynamiczna przepony—str. 271.

III. Praca treści historycznej i dokumenty.

1. S. Trzebiński: Projekt różnych instytucji naukowych i lekarsko administracyjnych z drugiej połowy XVII w.—str. 2.



Ś. p. Dr. Władysław Szwegruben

† 3.IX 1928.

Ś. p. Dr. Władysław Szwegruben, pochodzący ze szwedzkiej niegdyś, od dawna spolonizowanej rodziny, urodził się dnia 12 maja 1863 roku w Wileńszczyźnie. Kształcił się w gimnazjum Wileńskim, gdzie kolegował z Marszałkiem Józefem Piłsudskim, oraz niedawno zmarłym prof. Łukaszewiczem, został stamtąd wydalony w roku 1885 za rozmawianie po polsku na korytarzu szkolnym. Wstąpiwszy tego samego roku do instytutu weterynaryjnego w Dorpacie, przygotowywał się tam jednocześnie do egzaminu dojrzałości, który zdał w r. 1887, otrzymując następnie od ministerstwa oświaty pozwolenie rozpoczęcia studiów medycznych bez przerywania dalszego kształcenia się weterynaryjnego. Magisterski stopień z weterynarii otrzymał też w roku 1890, egzamina na wydziale lekarskim zdał zaś w r. 1893 jako doktorand, a więc z prawem przedłożenia i obrony dysertacji na stopień doktora medycyny bez dodatkowych egzaminów. Okoliczności tak się złożyły, że z prawa tego skorzystać nie mógł, ani narazie, ani później, kiedy praca doktorska była już gotowa. Zaraz po zdaniu egzaminów mianowicie posłało go ministerstwo spraw wewnętrznych na Kaukaz, na walkę z księgosuszem, wówczas w północnych okolicach tego kraju panującym. Prowadził on ją tam, zarazem uprawiając prywatną praktykę lekarską do roku 1895, kiedy go przydzielono do ministerstwa komunikacji w charakterze lekarza „uczastkowego” przy budowie kolei

2. S. Trzebiński: Wiadomość o piśmie Heymana Benedykta przez Józefa Korzeniewskiego—str. 97.
3. S. Trzebiński: Z pamiętników Fran-ka—str. 178, 214, 278.
4. M. Brensztejn: Dr. Paweł Janowiczki, który nie chciał być filareta—str. 210.
5. M. Brensztejn: Apteka X. X. Dominikanów, później Zejdlerska „pod Łabędziem” w Wilnie—str. 291.

IV. Varia.

1. A. Wirszubski: Błędy w praktyce—str. 82.
2. Wileńsko - Nowogródzka Izba Lekarska: Zasady deontologii Lekarskiej—str. 315
3. Wileńsko - Nowogródzka Izba Lekarska: Oplaty za czynności lekarskie—str. 330.

V. Protokoły i sprawozdania.

1. Protokoły Wil. Tow. Lekarsk. — str. 18, 83, 131, 189, 245, 294.

2. Sprawozdanie z działalności Wil. Tow. Lek. w r. 1928—str. 302.
3. Protokół Oddz. Nowogródzk. Tow. Lekarsk. Wojew. Nowogródzk. — str. 137, 190.
4. Oddział Wileński Polskiego Tow. Pedjatryczn. Posiedzenie, poświęcone pamięci Józefa Brudzińskiego—str. 27.
5. Sprawozdanie Wil. Oddz. Polsk. Tow. Pedjatrycznego—str. 139.
6. Sprawozdania doroczne Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie—str. 24, 307.

VI. Nowe książki — str. 250, 309.

VII. Komunikaty, zawiadomienia i wiadomości bieżące.

str. 40, 94, 140, 194, 251, 312.

VIII. Streszczenia prac naukowych w językach kongresowych— str. 42, 95, 141, 193, 252, 313.

ERRATA:

Nr. 3 (maj — czerwiec b. r.) na str. 136, w wierszu 1 i 4 streszczenia odpowiedzi d-ra A. Kapłana, zamiast syntalina, winno być insulina.

Nr. 5 (wrzesień — październik b. r.) na str. 248:

wiersz	2-gi od góry	zamiast	—	złśliwy	winno być	—	niezłśliwy
"	10-ty	"	"	— wspólne	"	"	— współczulne
"	11-ty	"	"	— Brodaweczki	"	"	— brodawczaki
"	15-ty	"	"	— to jest	"	"	— oraz
"	22-gi	"	"	— Itaki Kawy	"	"	— Itschikawy
"	33-ci	"	"	— sympatykotomji	"	"	— sympatykotonji
"	34-ty	"	"	— wagotomji	"	"	— wagotonji

Zabajkalskiej. W roku 1897 awansował na naczelnego lekarza tejże kolei, pozostając na tem stanowisku do końca 1903 r. W roku 1904 przeniesiono go do Petersburga, gdzie ordynował w szpitalu Alufozowskim. W roku 1905 odkomenderowano go znowu na dalekie kresy ówczesnego imperjum, bo aż na południowy Kaukaz, jako naczelnego lekarza przy budującej się kolei „Ułuchulu-Perska Granica“, gdzie pozostawał do roku 1908. Wówczas mianowano go sanitarnym lekarzem na rzece Wiśle z siedzibą w Warszawie (z powodu zbliżającej się wówczas epidemji cholery azjatyckiej).

Dopiero w roku 1909 mógł wrócić do Wilna, gdzie będąc zawsze jeszcze przydzielonym do ministerstwa komunikacji, zajmował się praktyką prywatną, o ile (jak to np. miało miejsce w roku 1909 i 10) nie pełnił z ramienia gubernialnego Wileńskiego Zarządu Zdrowia obowiązków lekarza, kierującego lotnym oddziałem do walki z epidemją cholery na Wileńszczyźnie.

Zostawszy w roku 1915 naczelnym lekarzem szpitala epidemicznego na Żwierzyńcu, pozostał aż do śmierci na tem stanowisku, ani na chwilę w najcięższych nawet okolicznościach go nie opuszczając i nietylko pełniąc z poświęceniem i zaparciem się siebie obowiązki lekarskie (a zdarzało się, że pozostawał sam jeden z wyższego personelu lekarskiego w epoce, w której szpital mieścił 700 chorych epidemicznych), lecz też umiając dzięki trafnemu orjentowaniu się w skomplikowanych okolicznościach, znaleźć sposób wyżywienia tej licznej rzeszy, co w owych czasach „grabieży i niepokoju“ bynajmniej łatwym zadaniem nie było.

W lecie roku bieżącego zaczęła się rozwijać choroba, z której miał już nie powstać. Że żalowali go szczerze nietylko znajomi, koledzy i podwładni, lecz też ci wszyscy, którzy przez tyle lat i w tak bardzo trudnych nieraz warunkach życiowych z jego ofiarnej pracy korzystali, to ogólnie wiadomo i to najlepiej świadczy o tem, iż nietylko miał on wysokie pojęcie o obowiązkach swych, jako członek społeczeństwa i jako lekarz, lecz, co jeszcze ważniejsza, umiał żyć zgodnie z temi pojęciami.

S. Trzebiński.

Dr. med. STEFAN BAGIŃSKI.

O komórkach barwиковych w szyszynce zwierząt ssących i ludzi.

Praca z Zakładu Histologii Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

Kierownik Prof. J. S. Alexandrowicz.

(Dok. patrz str. 233).

Teoria powstawania niektórych barwików w ustroju i własności ich.

W celu poparcia przytoczonych wyżej poglądów oraz wysnucia ostatecznych wniosków o znaczeniu komórek barwиковych w szyszynce, podajemy w streszczeniu teorię powstawania melaniny, lipopigmentu „Abnutzungspigmentu“ i hemosyderyny w ustroju.

A. Teoria powstawania melaniny.

Teoria Ehrmanna.

Co do powstawania melaniny w ustroju istnieje kilka poglądów, z których zupełnie został zarzucony pogląd Ehrmanna, hematogenicznego pochodzenia melaniny. Teoria ta opierała się na obserwacji tworzenia „melaniny“ wewnątrz pasorzytów malarji z czerwonego barwika krwi. Następne badania obaliły tę teorię; przedewszystkiem do dziś nie stwierdzono, że barwik malarjny jest melaniną, po drugie przeciwko niej przemawiają fakty takie, jak obecność melaniny u trytonów oraz innych płazów przed pojawieniem się krwi (*Ranvier i Cornil*); obecność melaniny u zwierząt nie zawierających hemoglobiny—(mięczaki głowonogie, posiadające **hemocyaninę**, związek miedzi i białka) wreszcie prace *Meirowsky'ego* i *Grunda* nad powstawaniem melaniny w naskórku pozbawionych krwi wycinków skóry.

Teoria Meirowsky'ego.

Dwie pozostałe teorie: *Meirowsky'ego*—autochtonicznego powstawania barwika i *Blocha*—fermentacyjnego powstawania melaniny, do dziś dnia zwalczają się wzajemnie, jak jedna tak i druga mają swych zwolenników i przeciwników.

Meirowsky i jego szkoła, uważają, że barwik melanotyczny powstaje w samej komórce w ten mianowicie sposób, że istota jądrowa przechodzi do protoplazmy gdzie następuje rozpad na drobne ziarenka przekształcające się w barwik. Podobnego zdania jest *Kreibich*, lecz uważa on, że melanina powstaje nie

z istoty chromatynowej, lecz ciał tłuszczowatych (lipoidalnych) obficie występujących w komórkach a zmieniających się stopniowo w ciało przejściowe **melanoid**, z którego następnie ma powstawać melanina. *Dyson* uważa również, że melanina tworzy się z lipoidów lecz cała przemiana odbywa się w jądrze a nie w protoplazmie.

Rzeczywiście niejednokrotnie obserwowano zdolność ciał tłuszczowatych do przekształcania się w barwki. *Segawa* zauważył zmniejszanie się ilości lipoidów w lipofuscynie w miarę powstawania ciemnego barwika, co zgadzało by się z twierdzeniem *Mulona* „l'état graisseux de la cellule précède toujours l'état pigmenté”, zaś *Sehrt* i *Mühlmann* stwierdzili, że ciemny, dojrzały barwik może zupełnie nie zawierać lipoidów. Coś podobnego obserwowali *Aschoff* i *Kreibich* w skórze, ten ostatni stwierdził, że **propigment** barwi się Sudanem; im młodszą jest komórka barwikowa tem więcej zawiera sudanochłonnych ziarnistości. *Kühne* nawet wyodrębnia w melanoblastach oka swoisty lipoid — **myleoid**, zaś *Königstein* uważa, że barwki wogóle mają za podstawę fosfatydy i opiera się na przykładach, kiedy **post mortem** li tylko wtenczas tworzył się barwik w skórze kiedy zawierała ona fosfatydy; jeśli te ostatnie zostały usunięte rozpuszczalnikami lub stracone chlorkiem kadmu zabarwienie nie występowało.

Głównymi zarzutami przeciw teorii *Meirowsky'ego*, wysuwanymi przez *Blocha* i jego szkołę, są fakty, że barwik może powstawać bez zmian opisanych w jądrze przez *Meirowsky'ego*, lub naodwrot tam, gdzie egzystują zmiany w jądrze, brak tworzenia barwika.

Teoria Blocha.

Stosownie do poglądów *Blocha* i jego szkoły powstawanie melaniny w kom. nabłonkowych przebiega conajmniej w dwóch fazach; w pierwszej następuje rozszczepienie drobin białka pod wpływem wewnątrzkomórkowych proteolitycznych zaczynów na związki cykliczne, pochodne oksyfenoli, które znów pod wpływem odpowiednich fermentów utleniających — **dopa oksydazy**, tworzą melaninę.

Pierwsza faza zyskała potwierdzenie w pracach *Schmiedeberga*, który gotując białko przez dłuższy czas z koncentrowanymi kwasami nieorganicznymi, otrzymywał czarnobronzowe ciało nazwane przez niego **melanoidyną**, rozszczepiającą się w dalszej przemianie na **indol** lub **skatol**. Zresztą znacznie wcześniej *M. Nencki* twierdził, że drobina białka zawiera grupę barwikową.

Druga faza, mianowicie utlenianie *in vivo* propigmentu w barwik, zyskało doświadczone potwierdzenie dzięki pracom *Groëra* i *Tomaszewskiego*. Badacze ci przykładając do skóry, ze zdrapanym zlekka naskórkiem wacik przepojony 2% roztworem propigmentu — aminokwasu, 3,4 **dwuoksyphenylalaniny**, otrzymywali poczernienie skóry oraz wacika a z porównania barwy wacika z odpowiednią skalą wnioskują o nasileniu barwikotwórczej zdolności organizmu. Skład fermentu, dopaoksydazy jest nieznany. *Bloch* twierdzi, że jest to bliżej nieznane organiczne połączenie żelaza, w każdym razie prace *Groëra* i *Tomaszewskiego* potwierdzają obecność swoistego zaczynu — dopaoksydazy, w skórze.

Nadmierną pigmentację przy **cisawicy** (*morb. Addisoni*) objaśniają *Bloch*

i *Löffler* zwiększonym dopływem propigmentu, co stwierdzili w skórze ludzi zmarłych na tę chorobę. Nawet w pięć dni po śmierci pod wpływem swoistego zaczynu występowała intensywna pigmentacja.

Podobne rezultaty otrzymał *Königstein* u zwierząt po usunięciu nadnerczy, pozwala to *Blochowi* wnioskować, że ilość propigmentu zależy od adrenalino-twórczej funkcji nadnerczy, zużywających w tym celu pochodne **pyrokatechiny**, (adrenalina = dwuoksyfenyloetanolometyloamina). Nie dowodzi to bynajmniej, że propigment i proadrenalina są identycznymi ciałami, przynajmniej trudno przypuszczać podobną możliwość.

Również i teorię fermentacyjną *Blocha* spotyka szereg zarzutów szczególnie ze strony szkoły *Meirowsky'ego*. Uczony ten stwierdził mianowicie, że dopareakcja wypadła dodatnio na preparatach utrwalonych i zatopionych przed 12-tu laty; *Lignac* zaś obserwował tworzenie się barwika w wycinkach skóry nagranych do 56°C, lub też od roku leżących w formalinie a więc w warunkach zgubnych dla fermentów. Inni badacze tej samej szkoły uważają, że dopareakcja nie jest swoistą, że podobne wyniki dają: pyrogallol, hydrochinon, adrenalina, azotan srebra i t. p. *Meirowsky* otrzymywał dodatni odczyn „dopa” u myszy w kom. tucznych, keratohyalinie i czerwonych krwinkach utrwalonych w formalinie, a więc w tkankach zupełnie odrębnych.

Inne zarzuty — (szkoła *Przibram'a*) — dowodzą, że nie tylko dopa jest swoistym chromogenem u kręgowców, lecz takowym może być **tyrozyna**, która pod wpływem fermentu — **tyrozynazy**, utlenia się na ciemny, melanotyczny barwik; później, wbrew twierdzeniu *Blocha* ta sama szkoła stwierdziła obecność „dopa” u bezkręgowych, słowem specyficzność jej została zachwiana.

Z powyższego widzimy, że jak teoria *Meirowsky'ego*, tak i *Blocha* nie posiadają jeszcze całkowitego uzasadnienia, jak jedna tak i druga zawiera sporo słabych stron, jednakże teorie *Blocha* zyskuje coraz więcej zwolenników.

Przyszłość rozstrzygnie tę kwestję, lecz nam się zdaje, że wobec rozmaitego składu chemicznego melanin, możliwy jest rozmaity sposób powstawania barwika, słowem możnaby przyjąć hipotezę pośrednią, według której sposób powstawania melaniny zależy od narządu wzgl. tkanki. W jednych wystawionych na działanie promieni pozafijołkowych, barwik powstaje na drodze fermentacyjnej — (skóra, siatkówka) w innych zaś, pozbawionych wpływu promieni pozafijołkowych, na drodze przemiany jądrowej, do takich zaliczylibyśmy przede wszystkim szyszynkę i przysadkę. Twierdzenie takie tembardziej zdaje się prawdopodobnem, że:

- 1) poprzednie teorie oparte są jedynie na badaniach skóry lub oka (siatkówki), nie uwzględniając zupełnie normalnego tworzenia się melanotycznego barwika w innych narządach;
- 2) różny skład chemiczny melaniny, jest, być może, zależnym od odmienności sposobu powstawania.

Melanina, jej budowa chemiczna i własności.

Według obecnie panujących pojęć, popartych badaniami chemicznymi, mikrochemicznymi, porównawczo-anatomicznymi oraz patologo-anatomicznymi

istnieją rozmaite melaniny. *Von Fürth* i *Sieber* wyróżniają co najmniej dwa gatunki melanin: beżelazowe, występujące w skórze, oponie miękkiej, naczyńnicach, siatkówce, nowotworach barwikowych ludzi i koni i drugie zawierające żelazo przyłączone do drobniny białkowej bądź drogą absorpcji bądź też drogą tworzenia związków chemicznych—czernidło ośmiornicy (*Paladino* 1909).

Istnieje wprost olbrzymia ilość prac nad składem chemicznym melaniny, lecz otrzymane wyniki różnią się między sobą, z czego można wnioskować, że istnieją rozmaite gatunki jej, zależne prawdopodobnie od nieznanych narazie bliżej propigmentów (chromogenu) zdolnych do tworzenia barwika lub też od samego procesu powstawania barwika.

Największe różnice spotykamy w obecności siarki i żelaza, obecność siarki przypisują zanieczyszczeniom (*Bloch*), lecz sztucznie, syntetycznie otrzymane melaniny również zawierają czasami siarkę, co objaśnia się obecnością siarkoaminokwasów (*cystyna*), wchodzących w skład chromogenu (*propigmentu*). Obecność żelaza jest nie stałą, pod tym względem brak obszerniejszych prac, któreby miały na celu wyjaśnienie przyczyn obecności tego pierwiastka, nam się zdaje, że obecność żelaza zależy, być może, od nadmiaru swobodnego fermentu działającego w danym wypadku, a który według pewnych badaczy (*Bloch*) ma zawierać **Fe** lub **Mg** jako katalizatory.

Trudności przy ustaleniu składu chemicznego melanin zależą prawdopodobnie także i od tego, że czasami tworzą one mieszaniny z innymi barwikami jak naprzyk., hemosyderyną lub lipopigmentami, a więc z barwikami o zupełnie odmiennym składzie i pochodzeniu.

W każdym razie wiadomo, że w skład melanin wchodzi stale **CHOiN**, oraz niestale spotykają się **S** i **Fe** (zanieczyszczenia innymi barwikami); załączona tabliczka zestawiona według *Verne'a* ilustruje w %% zawartość poszczególnych pierwiastków w melaninach różnego pochodzenia.

Rodzaj melaniny	C	H	N	O	S	Fe	AUTOR
w procentach							
Melanina skóry murzynów	52,83	3,86	14,01	26,70	3,6	—	Abel i Davis 1896
" eka	54,48	5,35	12,65	27,52	—	—	Landolt 1899
" syntetyczna . . .	52,77	4,16	7,62	35,41	—	—	v. Fürth i Jerusalem 1907
" moczu (przy melano-sarcomie) .	54,01	6,31	10,20	20,22	9,11	—	Primavera 1908
" chrabąszcza . . .	52,4	5,53	10,99	29,26	1,82	—	Ishisaka 1908
" czernidła ośmiornicy	52,4	4,02	5,6	37,98	—	śladowe	Paladino 1909
" piór	53,2	6,4	7,7	20,0	11,8	—	Faisal 1913

Jak wnioskujemy z powyższej tablicy największym wahaniami ulegają siarka i azot, najbardziej stałym składnikiem jest węgiel. Według *Piettre'a* przy rozkładzie melaniny otrzymuje się:

1) **amoniak** i **aminy**; 2) szereg **aminokwasów** bezpostaciowych lub krystalicznych i 3) ciemną substancję—**melaninę**, w skład której mają wchodzić ciała tłuszczowe, siarka i żelazo. Sądząc z tych danych, dalecy jeszcze jesteśmy od poznania jak samego sposobu powstawania melaniny tak i jej struktury chemicznej.

B. Barwiki tłuszczowe.

Nie zważając na znaczną ilość prac nad barwikami tłuszczo-pochodnymi, nie posiadamy do dziś nawet ścisłej ich klasyfikacji. Istnieje cały szereg nazw dla oznaczenia podobnych lub nawet identycznych barwików. Wpływają na to niezwykle trudności w związku z analizą szczegółową, oraz nieznaczne li tylko skupienia tych barwików w poszczególnych narządach.

W każdym razie z wielu istniejących poglądów, można wyodrębnić jeden dominujący, mianowicie, że istnieją co najmniej dwa rodzaje barwików: **lipopigmenty**, powstające wskutek zdolności ciał tłuszczowatych (lipoidów) do samoutleniania wewnątrzkomórkowego i **barwiki tłuszczowe**, przedstawiające mieszaniny tłuszczów z melaninami wzgl. barwikami krwiopochodnymi. *Ciaccio* stwierdził, że w tych wypadkach nie zawsze chodzi o zwykłe mieszaniny lecz mogą powstawać nawet bardzo złożone związki, przypominające **lecytoalbuminy** i uważa, że w erytrocytach występuje właśnie takie połączenie. Ze zrozumiałych powodów nie mogą one być uważane za właściwe barwiki a w naszych przypadkach nie odgrywają żadnej roli.

Pierwszy *Lubarsch* (1902) wprowadził podział barwików tłuszczowych na wymienione wyżej dwie grupy, z których jedną nazwał „**barwikami zużycia**” — *Abnutzungspigmente* i wyróżnił je od zwykłych barwików tłuszczowych drugiej grupy.

Barwik zużycia, *Abnutzungspigment*, posiada szereg synonimów, pod którymi najprawdopodobniej kryją się barwiki o odmiennym znaczeniu i strukturze, więc *Mallory* nazywa go *hemofuscyną*, *Borst* *lipofuscyną*, *Kutschera* *lipomelaniną*. Jest to barwik występujący w postaci mniej lub więcej ciemnych grudek lub ziaren w wątrobie, nerce, śledzionie, trzustce, mięśniach jelit (*hemochromatosis*), w przysadce, nadnerczach, komórkach nerwowych, w nerkach, jądrach, najądrzu, pęcherzykach nasiennych i t. p.

Są one składu niejednolitego, co zależy od rozmaitych lipoidów stanowiących materiał wyjściowy, częstokroć występują w komórkach w postaci mieszanin luźnych z hemosyderyną lub melaniną co jeszcze bardziej utrudnia ścisłe różnicowanie. Jedne z nich powstają prawdopodobnie z kwasów tłuszczowych inne zaś z fosfatydów, zachowując w dalszych przemianach charakterystyczne ich cechy; nam się zdaje, że właśnie tem zjawiskiem można by wyjaśnić niejednakowe zachowanie się w stosunku do barwików (Błękit Nilu, Sudan lub met. Fischlera) oraz rozpuszczalników organicznych i kwasu osmowego.

Są jednakże autorzy uważający, że barwiki te są pochodzenia białkowego

(Schmidtman, Kutschora i Lubarsch) i na potwierdzenie przytaczają wyniki badania chemicznego — Schmidtman podaje następujący skład:

C — 50,40 %
H — 5,94 %
N — 10,80 %
S — 3,25 %

dodając, że ilość tłuszczów ulega, w zależności od narządu, wahaniom.

Barwiki te mają wiele wspólnych cech z *karotynami*, różniąc się jedynie odmiennym zabarwieniem pod wpływem H_2SO_4 (karotyny na niebiesko, lipofuscyny na brązowo) oraz brakiem barwnych połączeń z jodem; właśnie ta wspólnota niejednokrotnie służy za powód do omyłek, kiedy jako barwiki tłuszczowe są opisywane karotyny.

Większość badaczy uważa, że powstają one na drodze samoutleniania lipoidów (*Ciaccio, Mulon i inni*), lecz, że w tej akcji odgrywają wybitną rolę mitochondrja. *Kutschera* uważa, że barwiki te, nazwane przez niego *lipomelaninami*, zbudowane są z dwóch co najmniej ciał — niestalego i nietrwałego ciała tłuszczowatego (lipoidu) oraz trwałego chromogenu (*Farbstoffträger*).

Aczkolwiek barwiki te ujęte są w jedną wspólną grupę to jednakże posiadają tyle odrębnych między sobą cech, że należy spodziewać się, iż w przyszłości, przy dalszym rozwoju histochemii nastąpi rozdział ich już chociażby ze względu na znaczenie fizjologiczne, które bynajmniej nie jest identycznym u wszystkich. Jedne z nich — *Abnutzungspigment*, są przejawami starzenia się, zwyrodnienia ustroju wzgl. narządu, inne, lipochromy właściwe w gruczołach dokrewnych odgrywają prawdopodobnie rolę w wydzielaniu wewnętrznym, wreszcie barwik komórek nerwowych uważany jest za materiał służący do oddechania, za czym mają przemawiać badania *Enriquesa i Zweibauma* (1903 i 1913) oraz *Moglia* (1910), którzy stwierdzili, że przy zatruciu CO_2 , na początku obserwuje się nagromadzenie barwika, zaś w okresach przedagonalnych całkowite jego znikanie. Obecność barwików tych w komórkach, szczególnie nerwowych, ma zależeć według panny *Bertolini* (1924) od fagocytozy aktywnej (cyt. w/g Verne'a).

Jak widzimy, zarówno melaniny jak i barwiki tłuszczowe nie są jeszcze poznane z całą dokładnością.

C. Hemosyderyna.

Hemosyderyna jest barwikiem krwiopochodnym, którego powstawanie i własności są dokładnie poznane. Wobec tego, że wielu badaczy samodzielnie i niezależnie prowadziło badania nad hemosyderyną, posiada ona szereg synonimów: *Quincke* nazywa ją wprost **syderyną**, *Neumann* — **hemosyderyną**, *Auscher i Lapique* **rubigine'a**, wreszcie u francuzów nosi ona pospolitą nazwę „**pigment ocre**”, barwik ten należy odróżniać od **ferratyny** — *Schmiedeberga*, **ferry** — *Dastre'a i Floresco* i t. d., które zawierają żelazo w postaci organicznej, trudno wykrywalnej zwykłymi sposobami.

Obecnie, hemosyderyną nazywają taki barwik pochodzenia hematogenicznego, w którym żelazo występuje w postaci związków nieorganicznych two-

zących ze swej strony luźne połączenie z białkami (*Nasse, Lapique*) lub lipoidami (*Hueck*).

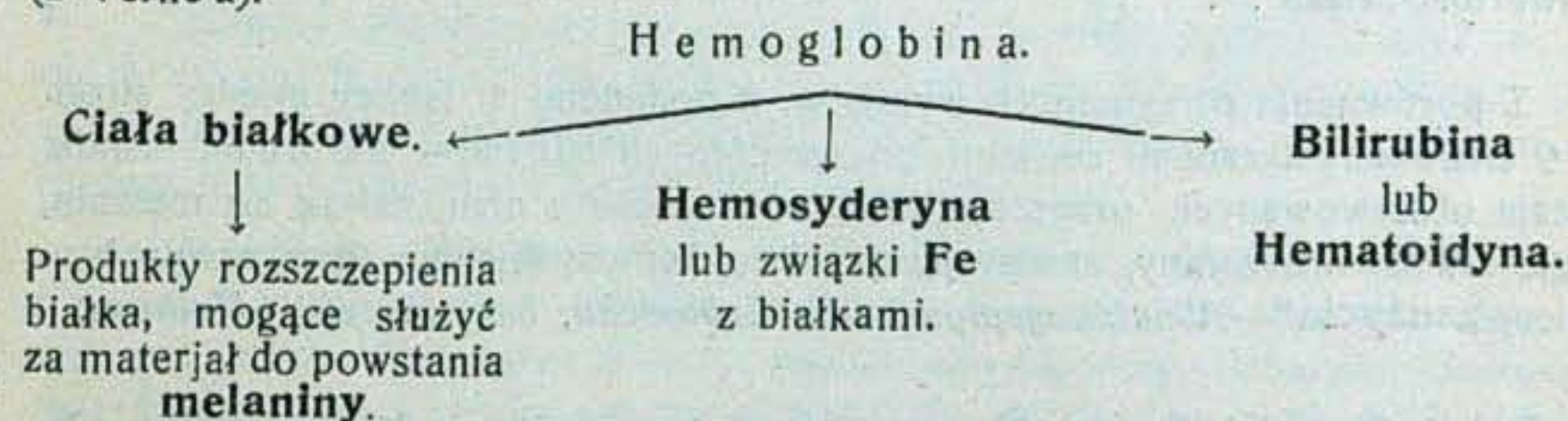
Prawdopodobnie są to wodorotlenki o rozmaitym składzie — $Fe(OH)_2$ lub $2Fe_2O_3 \cdot 3H_2O$ — rzadziej tlenki lub fosfaty, te ostatnie stanowią zwykle domieszkę tylko (*Nasse* — dla śledziony), nie wykluczona możliwość, że hemosyderyna występuje w postaci koloidalnej.

Barwik ten występuje w wielu stanach patologicznych, jak *sideroza Quinckego*, marskość wątroby barwikowa *Hanota* i t. p. w skórze, trzustce, (*diabète bronzé Hanot-Chauffarda*).

Co do powstawania hemosyderyny istnieją dwa poglądy: jeden, że powstaje ona wewnątrzkomórkowo z przemiany czerwonych krwinek, uprzednio sfagocytowanych przez makrofagi, albo też komórki pochłaniają produkty rozpadu hemoglobiny, które pod wpływem przemian wewnątrzkomórkowych przekształcają się w hemosyderynę. *Gauckler* zauważył, że powstawanie hemosyderyny zależy od intensywności hemolizy: przy hemolizie normalnej, następować może naładowanie nie tylko makrofogów lecz śledziony i wątroby zależnie od nasilenia procesu, przy hemolizie doświadczalnej, pasywnej, jedynie makrofagi naładowują się barwikiem, który zostaje uwolniony przy ich rozpadzie. *Lapique* twierdzi, że przy powstawaniu barwika z hemoglobiny rozpuszczonej powstaje — ferratyna, przeważnie w wątrobie, zaś przy fagocytozie powstaje hemosyderyna występująca przeważnie w narządach chłonnych i śledzionie (cyt. w/g Asvadourovej).

Divany (1919) w komórkach owodni kotki opisał obrazy, które pozwalają wnioskować, że sfagocytowane krwinki ulegają rozpuszczeniu, a następnie przy udziale mitochondrjów powstaje hemosyderyna, zgadzałoby się to z poglądami *Prenanta*, którego „*cellules mûriformes*” są makrofagami naładowanymi sfagocytowanymi krwinkami.

Wymienione sposoby powstawania hemosyderyny zgadzałyby się z poglądami rozkładu hemoglobiny in vivo, który może przebiegać według schematu (z Verne'a).



Jeśli rozkładowi ulega hemoglobina w roztworze (hemoliza krwinek), powstają bilirubina, lub hematoidyna, zawierające żelazo w stanie niewykrywalnym zwykłymi sposobami, a gromadzące się przeważnie w wątrobie; jeśli zaś następuje rozpad krwinek, powstaje przeważnie hemosyderyna i ciała białkowe, a sam proces odbywa się w makrofagach.

Dwu pozostałych barwików: hematoidyny i barwika zimnicy rozpatrywać nie będziemy, gdyż nie odgrywają one żadnej roli w przypadkach, przez nas opisywanych

Analiza otrzymanych wyników.

Po zapoznaniu się ze sposobami powstawania barwików, możemy przeprowadzić dokładną analizę komórek barwikowych opisanych poprzednio oraz zawartych w nich barwików i wyciągnąć ostateczne wnioski o prawdopodobnym ich znaczeniu.

Przytoczona tabliczka zestawia wyniki badania histochemicznego w poszczególnych rodzajach (wzgl. typach) komórek.

Rodzaj zabiegu (reakcja).	Melanofory	M a k r o f a g i		
		rodzaju a	b	c
Rozpuszczalność w kwasach	—	w H_2SO_4 na gorąco.	jak poprzednio lecz słabiej.	—
" w alkoholu, eterze i t. p.	—	częściowo i powoli, w Metylbenzoat po 24 godz.	w będkwinianie metylu	—
Bielenie H_2O_2	+	w niektórych przypadkach negat. (koń 172).	+	+
Barw. Błękitem Nilu . .	—	przeważnie zielonkawy odcień.	niebiesko	—
" Czerwienią obojętną	—	±	+	brak danych
" Fuksyną (Mallory)	—	—	+	brak danych
" Pyroniną	+	—	—	—
" Sudanem i t. p. . .	—	nie stale	+	częściowo +
" met. Ciaccio, Fischler Smith—Dietrich	—	n i e	s t a l e.	—
Czernienie $Ag NO_3$. . .	+			
Zawartość żelaza	—	++	+	±

Z porównania otrzymanych wyników, z podanymi w tablicy między stron. 8 i 9 charakterystycznymi cechami poszczególnych barwików nie trudno ustalić rodzaje obserwowanych przez nas barwików: jedno z nich należy do melanin, drugie zaś do mieszaniny, zawierającej żelazo, hemosyderyny z tłuszczowym barwikiem „zużycia”—*Abnutzungspigment Lubarscha, hemofuscyną (Mallory)*.

Melanofory i barwik melanotyczny w komórkach pinealnych i glejowych.

Na obecność melanoforów w szyszynkach ludzkich, ci autorowie, którzy posługiwali się wyłącznie materiałem ze zwłok ludzkich (*Krabbe, Lignac, Verne* i inni) nie zwracali uwagi, przeto brak szczegółowych opisów w tej kwestii, w rzeczywistości zaś występują one, lecz bardzo nielicznie. Na podstawie szczegółowej analizy własnych preparatów, możemy stwierdzić, że w szyszynkach

ludzkich występują tylko pojedyncze *melanofory* w kilku skrawkach oraz że obecność ich zależy od barwy włosów. W tychże przypadkach zwykle występowały stosunkowo liczne komórki barwikowe (*melanofory*) w oponie miękkiej. Uważamy przeto *obecność melanoforów w szyszynkach za objaw normalnej, wrodzonej zdolności organizmu do nadmiernej pigmentacji*.

Skądinąd znany jest fakt obfitej pigmentacji opon mózgowych, szczególnie miękkiej u niektórych zwierząt, lecz brak danych, któreby stwierdziły obecność zależności pomiędzy ogólną pigmentacją zwierzęcia a zawartością melanoforów w oponach mózgowych, możliwe, że zależność taka istnieje, a wtenczas twierdzenie nasze zyskałoby poparcie. Fakt ten, należy się spodziewać, w przyszłości zostanie całkowicie wyjaśniony.

W niektórych wypadkach obfitej pigmentacji otrzymuje się wrażenie, że złogi barwika, występujące poza komórkami, tworzą pasma pomiędzy włóknami tkanki łącznej, co prawda gdzieś napotykamy pojedyncze ziarenka nazewnątr komórek, lecz pasma owe uważamy za wypustki olbrzymich stosunkowo melanoforów, przeciętych w ten sposób, że wypustki zostały oddzielone od ciała komórek.

Trudniejsze jest wyjaśnienie obecności melanotycznego barwika w kom. pinealnych.

Dzięki doświadczeniom *Huxley'e i Hoogbena* oraz *Allena i Corda*, wiemy, że wyciągi wodne z szyszynki posiadają na melanofory wpływ podobny do wyciągów z przysadki, lecz te ostatnie działają znacznie intensywniej. Mianowicie badania wymienionych autorów stwierdziły, że wyciągi takie, po stosowaniu podskórnym, powodowały skurcz melanoforów, a co zatem, rozjaśnienie zwierzęcia (żaby), przyczem efekt wywołany wyciągami z szyszynki przemijał szybko. Dowodziłoby to, że kom. przysadki i szyszynki zawierają pewne składniki, działające wybiórczo na komórki barwikowe, a tem samem znajdują się w bliskim pokrewieństwie fizjologicznym i są wskutek tego zdolne do tworzenia barwika.

Z punktu widzenia teoretycznego jest to zupełnie możliwe, gdyż jak komórki przysadki, tak i szyszynki, będąc pochodzenia ektodermalnego, stoją w bliskim pokrewieństwie histogenetycznym z naskórkiem, tym głównym narządem barwikotwórczym wszelkich wogóle ustrojów.

Obserwacje nasze stwierdziły, że ilość barwika melanotycznego w kom. pinealnych zwiększa się z wiekiem osobnika. Z drugiej zaś strony, istnieje szereg poglądów (*Mahrburg, Biondi, Walter, Rio-Hortega, Achucarro-Sacristian*) twierdzących, że z chwilą gdy rozpoczyna się dojrzewanie płciowe (8—14 lat), następuje powolna inwolucja gruczołu, przejawiająca się, między innymi, swoistymi zmianami w jądrze (*sphérules Dimitrowej*).

Stojąc na punkcie widzenia wymienionych autorów, uważam **nagromadzenie barwika melanotycznego w kom. gruczołowych za objaw postępującej inwolucji szyszynki**, zwiększającej się z wiekiem.

Na podstawie prac *Mahrburga, Berblingera, Askanazy'ego, Opoczyńskiego* i wielu innych, można uważać, że istnieje zależność pomiędzy szyszynką a gru-

czołami i narządami płciowymi i *vice versa*, mianowicie zanik tkanki szyszynki ma powodować przerost narządów płciowych, względnie przedwczesny rozwój narządów płciowych i wykształcenie się seksualnej sfery psychiki; brak gruczołów płciowych prowadzi do przerostu szyszynki (*Opoczyński*).

Rozumując w ten sposób, przychodzimy do wniosku, że z chwilą nastąpienia dojrzałości płciowej i wykształcenia odpowiednich narządów oraz stanu psychicznego, *hormon* szyszynki staje się zbędnym, przynajmniej nie jest potrzebnym w tak znacznych ilościach jak w okresie *pubertatis*. Od tej chwili zaczynają się zjawiać w elementach histologicznych szyszynki swoiste zmiany, mające na celu unieszkodliwić zbędną wydzielinę. Zmiany te są przejawem postępującej inwolucji gruczołu i dotyczą istoty jądrowej a doprowadzają w ostateczności do powstawania złogów wapiennych (*Verne*) lub do wytworzenia melanotycznego barwika.

Makrofagi oraz ich znaczenie.

Interpretacja obecności makrofagów jest znacznie łatwiejsza, przede wszystkim co do istoty samego barwika. Otóż na podstawie wyników badania histochemicznego (vide tabl. str. 24) przyjmujemy z całą pewnością, że jest to tłuszczowy barwik „zużycia” — „*Abnutzungspigment*” *Lubarscha*, który dzięki własnościom absorbcyjnym (*nota bene* doskonale wyrażonym w lipoidach wogóle), pochłoniął zawierającą żelazo *hemosyderynę*. Za tem, że mamy do czynienia z dwojakiego rodzaju barwikiem, przemawiają fakty: nieodbarwianie się w H_2O_2 , w niektórych przypadkach (koń 172), dużych grudek barwika w komórkach rodzaju *a* typu *II-go* oraz dodatni wynik badania na żelazo, czyli z tego wynika, że jest to *hemosyderyna*; dwa pozostałe rodzaje komórek typu *II* odbarwiają się pod wpływem H_2O_2 , a reakcja na żelazo, aczkolwiek jest dodatnią, to jednakże ziarna barwika przyjmują odcień zielonkawy, powstały od zmieszania niebieskiej barwy błękitu pruskiego (*hemosyderyna*) z jasno brązowym barwikiem tłuszczowym.

Komórki rodzaju *a* typu *II-go*, przypominające swym wyglądem „*cellules mûriformes*” *Prenanta*, występują tylko w tkance łącznej (patrz mikrof. 7 i 8) i dają najbardziej intensywną reakcję na żelazo, Błękitem Nilu barwią się na kolor zielonkawy, rzadziej na niebiesko, pewne składowe części ich stosunkowo łatwo rozpuszczają się w alkoholu i t. p. rozpuszczalnikach, wskutek czego barwienie Sudanem tylko po formolu wypada dodatnio, 4% kw. siarkowy w alkoholu rozpuszcza barwik ich po kilku dniach (4—5) działania w t^0 38 C., nie zawsze ulegają całkowitemu odbieleniu jak również nie stale wypada dodatnio barwienie met. *Ciaccio* i t. p. Przemawia to za tem, że barwik ten, posiadając z jednej strony własności *hemosyderyny*, posiada również, lecz w nieznacznym stosunkowo stopniu, cechy barwika tłuszczowego, co pozwala nam uważać go za „młody” jeszcze, niedojrzały barwik „zużycia”, w myśl panujących poglądów (*Mulon, Sehr, Ciaccio*), zmieszany z *hemosyderyną*, fakty te usprawiedliwiają nasz pogląd, że jest to najmłodsza generacja komórek *Ciaccio*, że są to **makrofagi**, które niedawno stosunkowo sfagocytowały czerwone krwinki, z któ-

rych rozkładu, zgodnie z zapatrywaniami *Huecka i Ciaccio*, powstają *hemosyderyna* i lipoidy, przekształcające się następnie w barwik.

Hueck uważa, że żelazo w ustroju wogóle krąży w postaci związków z lipoidami, pogląd taki stosunkowo prosto objaśniałby możliwość przekształcania podobnych związków w barwik tłuszczowy z zawartością żelaza.

Komórki rodzaju *b* i *c* (te ostatnie występują bardzo rzadko) typu *II-go* różnią się od poprzednich kształtem swym i wyglądem barwika, który posiada bardziej wyraźne cechy barwika tłuszczowego, mianowicie przy próbach na żelazo ziarenka barwią się na zielonkawo, lecz nie tak wyraźnie niebiesko, jak w poprzednich, Błękit Nilu barwi je na ciemno niebiesko (kw. tłuszczowe), Fuksyna met. *Mallory’ego* na czerwono (*Hemofuscyna*); nie rozpuszczają się w alkoholu, eterze i t. p. jedynie po 24 godzinach ulegają rozpuszczeniu w będzwinianie metylu; pod wpływem H_2O_2 ulegają odbarwieniu, a reakcja na żelazo, w tych wypadkach, wypada dodatnio, ale nie tworzą się wyraźne ziarenka, lecz różnokształtne kuliste ciała barwy jasno-błękitnej, jakby pozostałości, resztki pierwotnych ziaren. Dowodzi to, naszym zdaniem, że komórki te przedstawiają dalszą, starszą generację kom. *Ciaccio*, kiedy pod wpływem przemian wewnątrzkomórkowych odbywa się „dojrzwanie” barwika tłuszczowego, przybierającego coraz więcej swoistych cech histochemicznych. Pogląd ten tembardziej staje się prawdopodobnym, że można obserwować cały szereg przejściowych form od komórek rodzaju *a* do komórek rodzaju *b* i *c*.

Szczególniej pouczającymi są wyniki, otrzymane z barwienia fuksyną według *Mallory’ego*; w tych wypadkach można obserwować całą gamę zabarwień, od żółto-czerwonego, ceglastego, do wybitnie czerwonego, jakie przybierają ziarnistości barwikowe. Jednocześnie daje się zauważyć, że w miarę wzrastania powinowactwa ziarenek do fuksyny, wielkość ich ulega redukcji i w końcu komórki przybierają wyraźne cechy rodzaju *b* wzgl. *c*, t. j. przekształcają się w komórki o drobno-ziarnistym barwiku.

Obecność ziaren barwika melanotycznego w komórkach rodzaju *c*, uważać można za przejaw fagocytozy aktywnej, tembardziej możliwej, że pewna ilość ziaren barwikowych melaniny występuje pozakomórkowo i wskutek tego łatwo może ulec pochłonięciu przez wędrujące makrofagi.

Z przytoczonego wyżej rozumowania wynika, że w szyszynce oprócz właściwych melanoforów, mogą występować również makrofagi naładowane barwikiem tłuszczopochodnym, innemi słowy komórki lipopigmentowe *Ciaccio*. Komórki te, w zależności od swego wieku, zawierać mogą bądź zwykłą *hemosyderynę* (wyjątkowo i w rzadkich przypadkach), bądź też mieszaninę tej ostatniej ze zwykłym tłuszczowym barwikiem „zużycia”, *Abnutzungspigment’em*, wreszcie, stosunkowo rzadko, zawierają oprócz wymienionych dwóch barwików, także i ziarna melaniny.

Na podstawie własnych spostrzeżeń, że ilość kom. *Ciaccio* zwiększa się w szyszynkach z wiekiem osobników, co obserwował również *Krabbe*, uważamy, że są one wyrazem nasilenia zmian rozpadowych, zwyrodnieniowych zarówno w całym ustroju jak i w szyszynce.

Dowodzi tego ich obecność w sklerotycznych szyszynkach, zawierających obfitą ilość tkanki łącznej (mikrof. 9), lub degenerujących — z licznymi ogniskami glejowemi **gliaplaques** (mikrof. 10).

Streszczenie wyników.

1. Szyszynki zwierząt ssących i ludzi mogą zawierać mniej lub więcej obfitą ilość typowych **melanoforów**, których obecność jest wyrazem zdolności ustroju do normalnej wzmożonej pigmentacji.

2. Komórki gruczołowe i glejowe, od pewnego wieku mogą wytwarzać z istoty jądrowej i zawierać ziarna **melanotycznego** barwika, którego ilość wskazuje na postępującą **inwolucję** gruczołu.

3. Oprócz wymienionych komórek, w szyszynkach mogą występować **makrofagi**, t. zw. **komórki Ciaccio**, których wyróżniamy trzy rodzaje:

a) komórki z barwikiem gruboziarnistym zawierającym żelazo,

b) komórki z barwikiem drobnoziarnistym zawierającym żelazo i

c) komórki zawierające mieszaninę drobnoziarnistego barwika jak wyżej, z ziarnami melanotycznego pigmentu.

Histochemicznie barwik ten stanowi mieszaninę *hemosyderyny* z tłuszczowym barwikiem „zużycia”, „*Abnutzungspigmentem*” Lubarscha.

Obecność ich wskazuje na rozpad tkankowy i zwyrodnienie, odbywające się jak w samej szyszynce, tak i całym ustroju.

Opis ilustracji.

Tabl. I. rys. 1. Wielki melanofor z szyszynki ciemnego konia.

rys. 2 Melanofory: a) — z szyszynki końskiej, b) — z szyszynki młodego ciemnego psa. Oba rysunki zlekka schemat.

Mikrofotografia 3. Melanofor z wyraźnymi ziarnami pigmentu. Jaśniejsza plamka w środku — jądro. Szyszynka konia. Utrwalanie alkoh. Barwienie według Pappenheima (zielenią metylową i pyroniną). Pow. 1500 x.

Mikrof. 4. Melanofor z szyszynki młodego ciemnego psa. Plamka w środku — jądro. Utrwalanie alkohol. Barwienie: karmin chlorowodor. słabo. Pow. 1500 x.

Mikrof. 5. Skrawek z szyszynki ciemnego młodego psa. Utrwal. i barwienie jak pod 4. Powiększenie około 250 x.

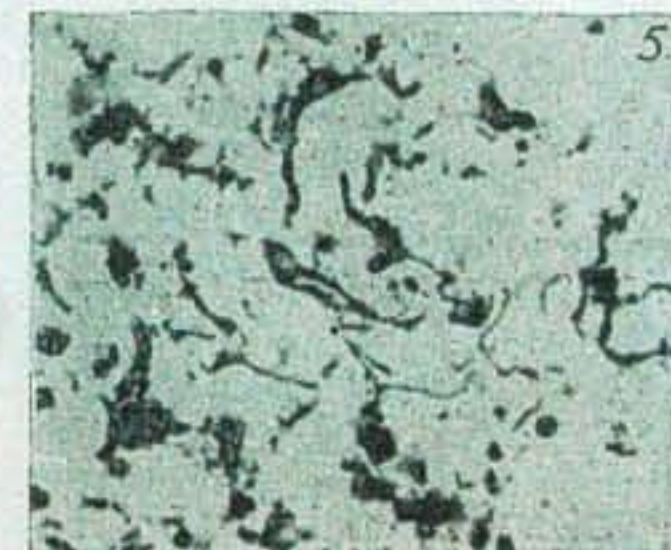
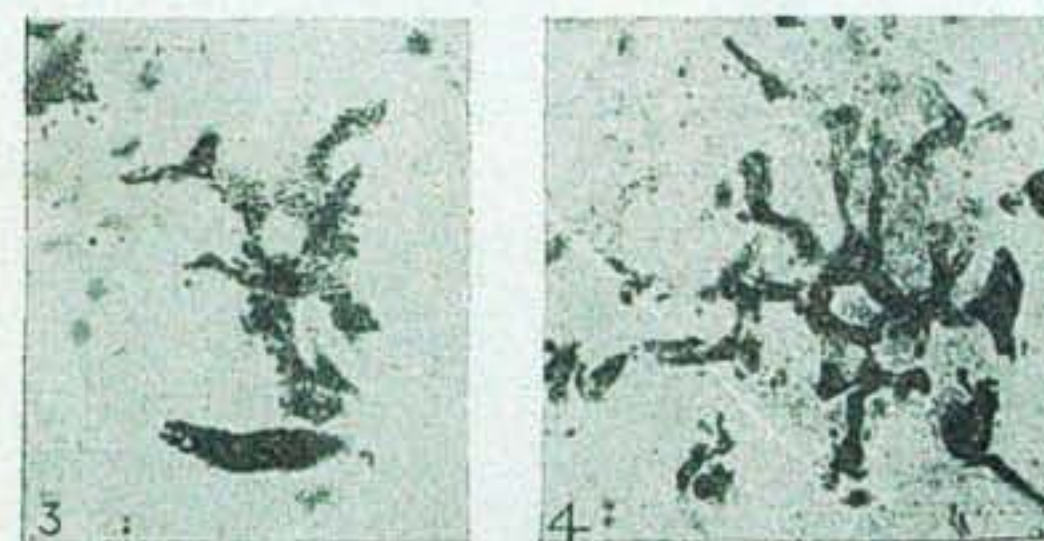
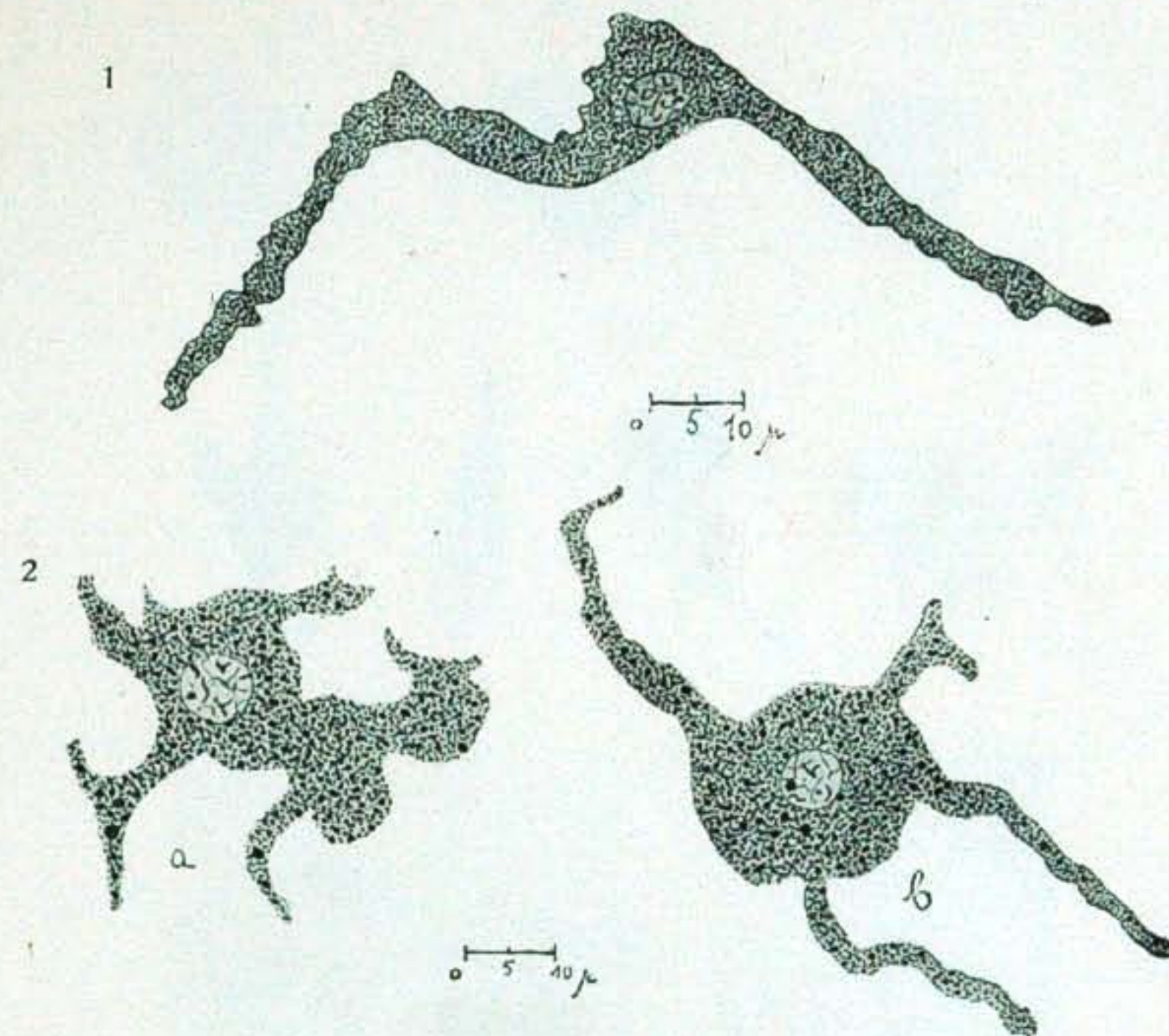
Tabl. II. rys. 6. Makrofagi k. Ciaccio, komórki typu drugiego. Rysunek zestawiony z wielu preparatów szyszynki ludzi i koni. Zlekka schematyzowany.

a — makrofag, kom. typu II-go rodz. a, — „*cellule mûriforme*” Prenanta z szyszynki ludzkiej.

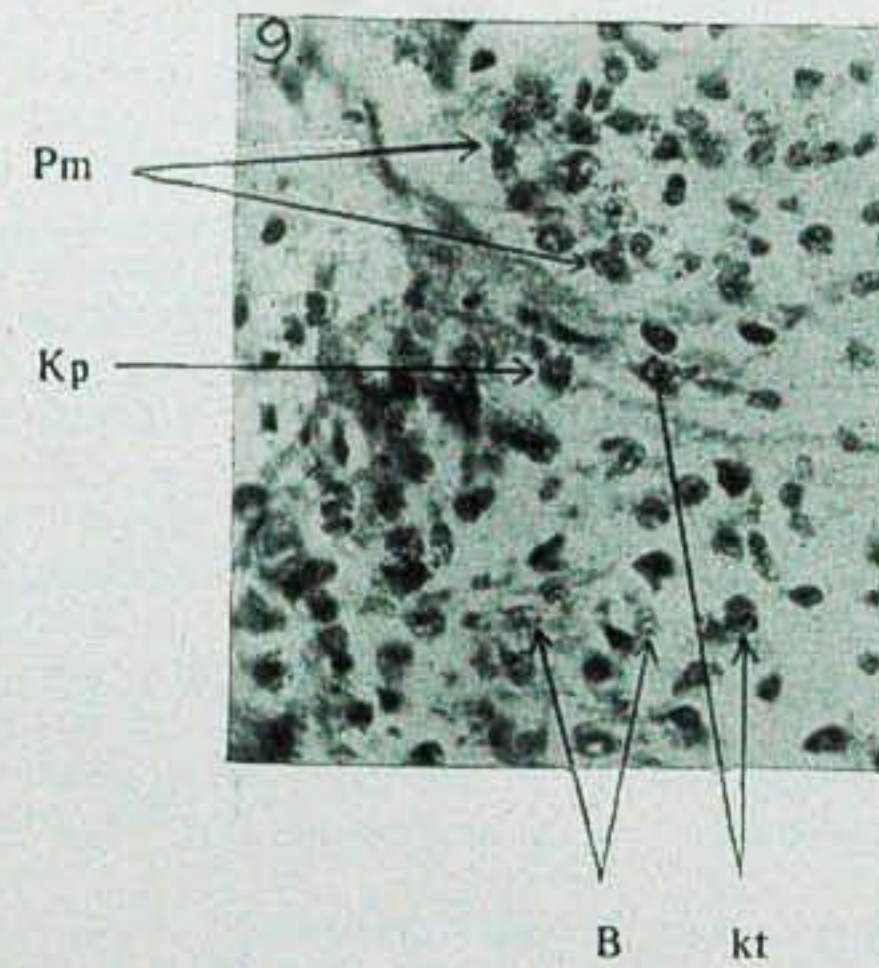
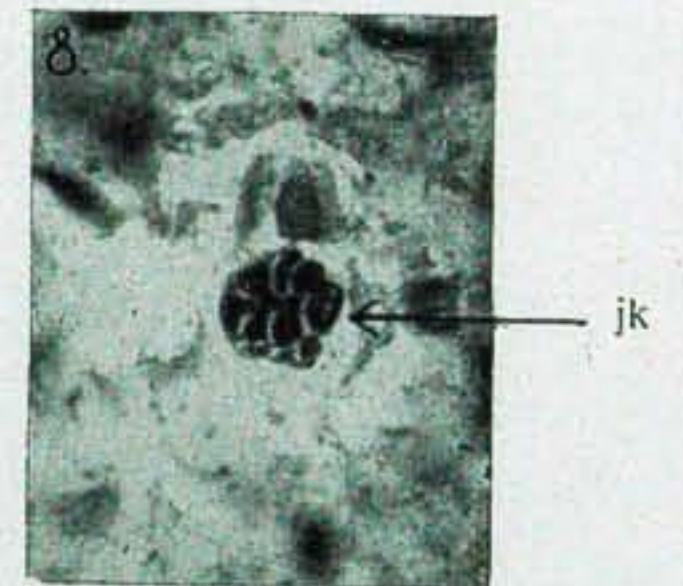
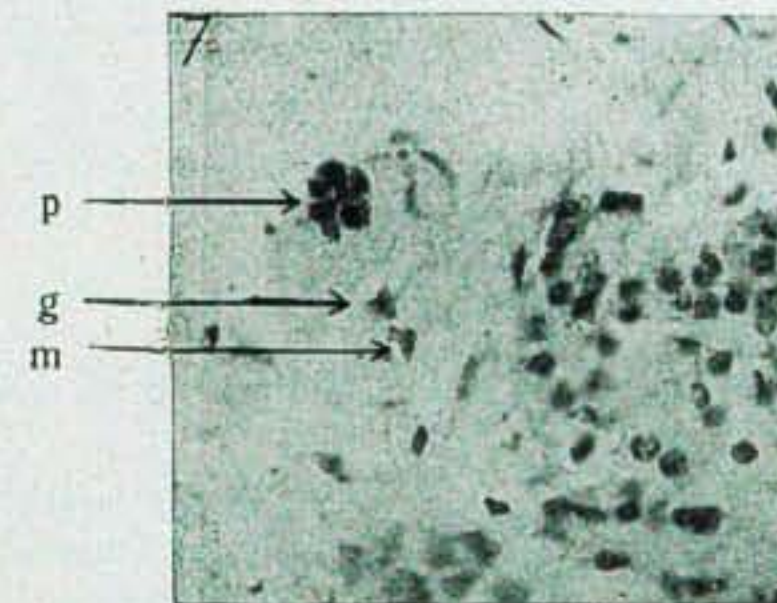
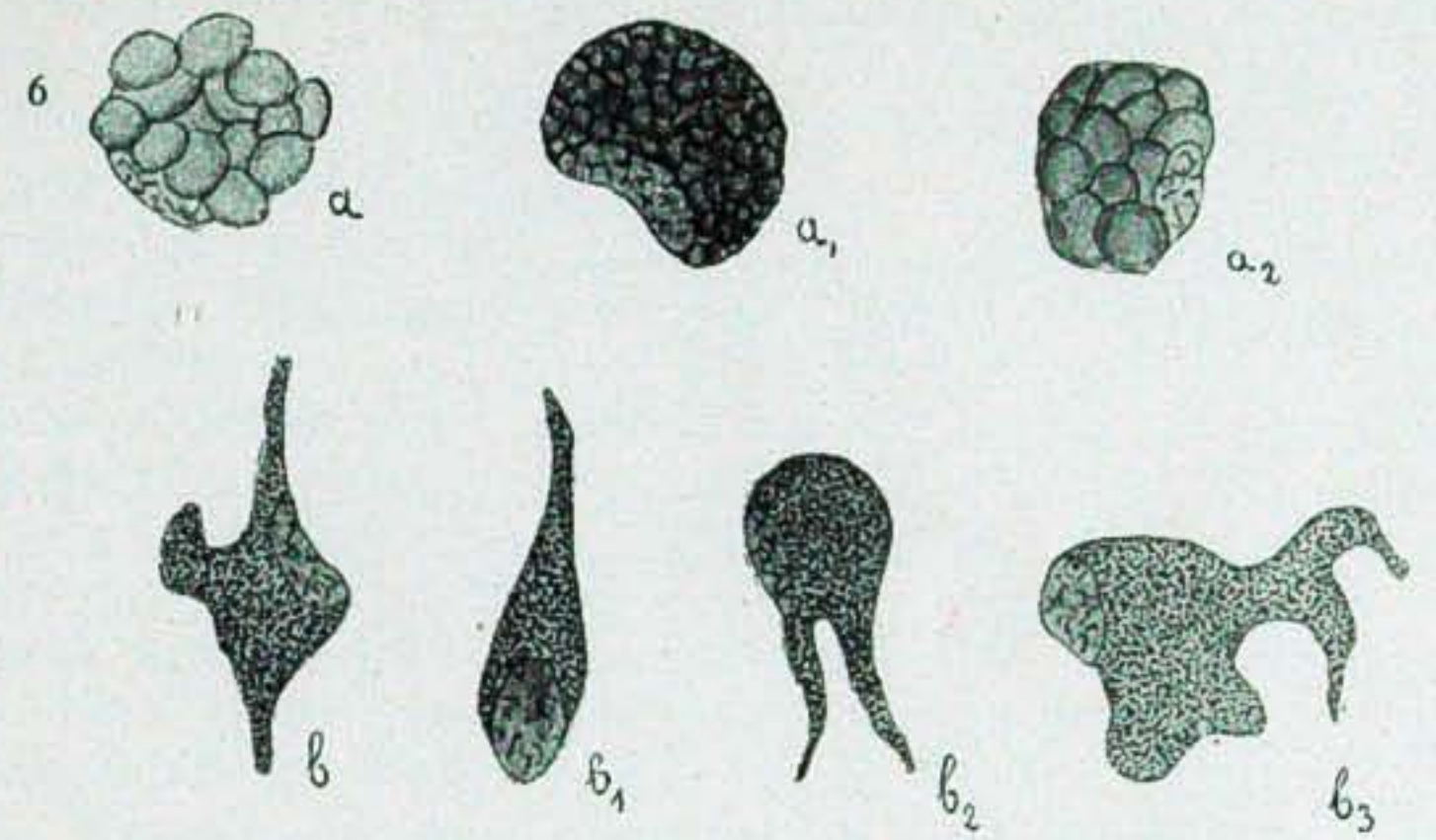
a₁ i a₂ — jak wyżej z szyszynki końskiej.

b, b₁, b₂ i b₃ — dalsze etapy rozwoju makrofagów, komórki Ciaccio, kom.

Tablica I.



Tablica II.



typu drugiego rodzaju **b** i **c**, z barwikiem drobnoziarnistym zawierającym żelazo lub mieszanym.

Mikrofotografia 7. Szyszynka końska. Utrwal. alkoh. Barwienie hematoksyl. i eozyną. Powiększenie około 1500 x.

P — kom. barwikowa typu drugiego rodzaju **a**, **makrofag**, „*cellule mûri-forme*” *Prenanta*. Ziarna barwika nie zabarwione. **G** — komórka glejowa. **M** — skrawek melanofora.

Mikrofot. 8. Szyszynka ludzka. Utrwalanie alkohol. Barwienie fuksyną według Mallory'ego. Powiększenie około 2000 x. Ziarna barwika zabarwione fuksyną na czerwono, co dowodzi, że jest to „**hemofuscyna**” (*Mallory*), barwik tłuszczowy, lipopigment. **Jk.** — jądro komórkowe.

Mikrof. 9. Szyszynka ludzka. Utrwalanie i barwienie jak 8. Powiększenie około 750 x. **Pm.** — komórki pinealne z ziarenkami melanotycznego barwika **Kp.** — kom. barwikowa, kom. Ciaccio z drobnymi ziarenkami zabarwionymi na czerwono. **B** — ziarenka melanotycznego barwika w jądrze komórek pinealnych. **Kt** — komórki tuczne. Ciemne smugi tkanka łączna.

Mikrofot. 10. Szyszynka końska. Utrwal. alkohol, barw. hematoks. — eozyna. Powiększenie około 400 x. **Ognisko glejowe** — *gliaplaque*, z licznymi komórkami barwikowymi typu II-go makrofagami.

P i ś m i e n n i c t w o .

* oznacza prace, znane mi ze streszczeń lub referatów.

1. *Allen B. M. Journ. of Exper. Zool. T. 42—1925 r. (vide Pawlas).
2. *idem and Mc. Cord. ibidem.
3. *Allen B. M. Science T. 44—1926 r.
4. Aschoff L. Pathologische Anatomie. Jena 1921 r. T. I. str. 437.
5. Asvadourova N. Formation de quelques cellules pigmentaires et de pigment. Arch. d'Anat. Microscop. T. XV, str. 153—314.
6. Bagiński S. Sur la nature des cellules lipopigmentaires dites de „Ciaccio”. Bullet. d'Histol. appliq. à la Physiol. et à la Pathol. T. 4—N° 5—1927.
- 6a. idem. Nowe zdobycie histochemji. Pamięt. Wil. Tow. Lek. R. IV, Nr. 5, str. 230.
7. Battaglia F. Die Leydig'schen Zellen und Ciaccio Lipoidininterstitialzellen. Virchows Arch. T. 257—1925, str. 662—674.
8. Bauer E. Unters. über die Funktion der Nebenniere, Pigmentbildung und Morb. Addisoni. Virchows Arch. T. 2235—1918 r. stu. 1—16.
9. *Bloch B. Das Problem der Pigmentbildung in der Haut. Arch. f. Dermat. u. Syphil. T. 124.—1917 r. str. 129—209.
10. * idem. Zeitsch. f. physik. Chemic. T. 93—1917 r. Chem. Unters. über das spez. pigmentbildende Ferment d. Haut, die Dopa-oxydase.
11. * idem. Ztrbl. f. Haut u. Gesch. Krankh. T. 8—1923.
12. Brahn B. Die Beziehungen zwischen Melanin u. Adrenalin. Virch. Arch. T. 227—1920 str. 145.
13. idem. i Schmidtman M. Pigmentstudien ibidem. str. 137.
14. *Ciaccio C. Untersuch. über Autooxydation der Lipoidstoffe. Biochem. Zeitschr. 1915 r.
15. * idem. Physio-pathologie des tissus hémopoïétiques (Cytologie et histochemie). Folia Haematolog. N° 7, 8—1909.

J. DILLON. (Moskwa).

Czynność dynamiczna przepony.

Odczyt, wygłoszony w Wil. Tow. Lek. d. 3.X 1928 r.

Czynność dynamiczna przepony do czasów ostatnich była zupełnie nieznaną. Oparta na starych danych fizjologicznych, dotyczyć ona miała tylko czynności oddechowych. Ostatnio, kiedy od czasu *Stürtz'a* i *Sauerbruch'a* coraz częściej w rozmaitych chorobach płucnych uciekamy się do frenikotomji w celach wykluczenia czynności oddechowej przepony, zjawiała się potrzeba ścisłego zbadania naukowego jej anatomji i fizjologii.

Układ mięśni przepony był zbadany oddawna przez anatomów, co się zaś tyczy jej innerwacji, to poznano ją dopiero ostatnio, dzięki pracom *Felixa Götza* i *Kutomanowa*. Jeśli zaś jeszcze wymienić dawne prace *Cruveilhier'a*, *Brucka*, *Grina* i *Gössnitsa*, to musimy wywnioskować, iż głównym, a zapewne i jedynym nerwem przepony, powodującym jej czynność ruchową, jest n. phrenicus. Co się tyczy pochodzenia jego i położenia anatomicznego, istnieje wśród autorów kilka poglądów, które można streścić w sposób następujący: istnieją 3 typy tego nerwu; najczęściej spotykany typ pojedynczy (przeważnie u kobiet), rzadziej spotykany typ podwójny i, nareszcie, typ rzadki — potrójny. Każdy z wymienionych typów bierze początek od jednego, dwu lub trzech korzonków splotu szyjnego. Pojedyncze nerwy najczęściej biorą początek od C4 lub C5, wielokorzonkowe nerwy od C4 + C5 lub C4 + C3, w wypadkach rzadkich znajdujemy i inne kombinacje. Nerw przeponowy otrzymuje czasami dodatkową gałązkę w postaci n. subclavius, czasami zaś jest on połączony z nerwami rdzeniowymi, lub mózgowymi, najczęściej z n. hypoglossus. Innerwacja przepony ze strony nerwu sympatycznego nie jest ostatecznie ustalona, a gdyby istniała, wpływ ostatniego należy uważać raczej, jako nerwu troficznego, niż dynamicznego. N. phrenicus zaś pozostaje dla przepony przeważnie nerwem ruchowym. Natomiast dotychczas trwa przypuszczenie, że niektóre części przepony mają innerwację ruchową ze strony n. intercostalis XII. Jeśli się zwrócimy do czynności przepony, to można ją podzielić na 2 części: statyczną i dynamiczną. Nie wchodząc w szczegóły czynności statycznej, zaznaczę tylko, że ta czynność przepony daje możliwość zachowania bardzo ważnego rozmieszczenia topograficznego narządów jamy brzusznej i piersiowej, i że zależna ona jest od 3 warunków: ciśnienia dodatkowego w jamie brzusznej, ciśnienia ujemnego w jamie piersiowej i napięcia samej przepony.

Czynność dynamiczną przepony można podzielić na 3 działy: czynność respiracyjną, 2) czynność kardiowaskularną i 3) czynność ruchowo-trawienną.

1) Najlepiej zbadana jest czynność respiracyjna, lecz znaczenie jej dla wymiany oddechowej oceniono dopiero ostatnimi czasy. We wszystkich dawnych artykułach przeponę uważano przeważnie, jako narząd oddechowy, i *Charles Bell* określił nerw przeponowy, jako nerw oddechowy. Nawet w roku 1911,

16. Cowdry E. Special Cytology T. 1 str. 502. New York 1928.
17. *Dimitrowa N. Recherches sur la structure de la gl. pinéale. Thèse de Nancy 1901.
18. *Ehrmann. Zur Kenntn. von der Entwick. und Wander. des pigments bei den Amphibien. Arch. f. Dermat. und Syphil. T. 24—1892.
19. Ellenberger W. Handb. d. verglichen. mikroskop. Anatomie. Berlin 1911. T. 2.
20. Führt von O. Probleme d. physiolog. Chemie. Leipzig 1912.
21. Hornowski J. Repet. anatom. patol. Warszawa 1924. T. 1 str. 146.
22. Hueck W. Pigmentstudien Ziegl. Beiträge. T. 54—1912 str. 68—232.
23. Krabbe K. H. Histol. u. Embryo. Untersuch. über d. Zirbeldrüse d. Menschen Anatom. Hefte T. 54—1917 r. str. 191—319.
24. Krause K. Enzyklopädie d. Mikroskop. Technik 3 wyd. 1926 r. T. III. str. 1879.
25. *Kreibich. Arch. f. Dermatol. u. Syphil. T. 118—1914.
26. Kutschera-Aichbergen H. Über Melanin und über braunes Abnutzungspigment. Frankf. Zeitschr. T. 27—1922 r. str. 21—55.
27. Liesegang R. E. Nachweis gering. Eisen- u. Kupfermengen in . . . tierischem Gewebe. Zeitschrift f. wiss. Mikrosk. T. 40—1923 str. 14.
28. Lignac G. O. Über die Entstehung von Sandkörner und Pigment in der Zirbeldrüse. Ziegl. Beiträge. T. 73—1925 r. str. 366.
29. Macallum patrz art. Weila. Abderhald. Handbuch V—2—№ 4 str. 441.
30. Mallory. Pathological Technique. Wyd. 8—1924 str. 204.
31. Marinesco. La cellule nerveuse. T. 1 str. 283.
32. Meirowsky. Über Pigmentbildung in von Körper losgelöster Haut. Frankfurt. Zeitschrift. T. 2—1909 str. 438—449.
33. idem. Über Pigmentierungsvorgang bei der Teermelanose des Menschen. Virchows Archiv 255—1925 str. 303—309.
34. Mulon. Rapport de la cholestérine avec la pigmentation. C. R. Soc. Biol. T. 75—1913
35. Mühlmann. Untersuch. über d. Lipoide Pigment d. Nervenzellen. Virchows Arch. T. 202—1910 str. 153.
36. idem. Lipoides Nervenzellpigment u. d. Altersfrage. ibidem. T. 212—1913 str. 235
37. Opoczyński K. O wpływie późnej kastracji na morfologję gruczołów dokrewnych u kobiet. Nowiny Lekarskie Rocznik 39. Zesz. 2—1927.
38. Pawlas T. W sprawie czarnego pigmentu w organizmach. Kosmos. T. 51—1926 r. str. 262.
39. Post K. Ueber normale und pathologische Pigmentierung der Oberhautgebilde. Virch. Arch. T. 135—1894 str. 479.
40. *Prenant. Comp. Ren. Assoc. Anat. Nancy 1909.
41. „ Bouin, Maillard. Traité d'Histologie. Paris, 1909. T. 1 str. 580.
42. Salkowski E. Über die Darstellung und einige Eigenschaften des pathologischen Melanins. Virchows Archiv. T. 227.—1920 str. 121—134.
43. Sehrt. Zur Kenntnis d. fetthaltigen Pigmente. Virch. Arch. T. 177—1904 str. 248.
44. Soyer Ch. Études sur l'hypophyse. Arch. d'Anat. Microsc T. XIV str. 145—308.
45. Studnička. Die Parietalorgane patrz Teil V. A. Oppels Lehrbuch der vergleich. mikrosk. Anat. Jena 1904.
46. *Tartakowsky. Arch. f. gesamt. Physiol. T. 100 № 11—12—1903.
47. *Tirmann u. Schmelzer. Görbersdorf. Veröff. T. 2 1898.
48. Verne J. Essai histochimique sur le pigment... des crustac. décap. Paris 1923.
49. idem. Les pigments dans l'organisme animal. Paris 1926.
50. idem. Contribution a l'étude des cellules névrogliales. Arch. d'Anat. Microscop. T. XVI str. 149—192.
51. Weinberg E. Untersuch. ub. d. Veränderung d. menschlich. Epiphyse in Abhängigkeit. vom Alter u. ein. pathol. Prozess. Folia Neuropath. Estoniana. T. VI № 1—1926 r. str. 57—82.

gdy *Eppinger* ogłosił swoją znaną monografię „Die allgemeine und spezielle Pathologie des Zwerchfells”, dominowało przekonanie, iż czynność oddechowa przepony jest najważniejsza, i przeponę określono jako narząd przeważnie oddechowy. Znaczenie jej dla procesu oddechania uważano za tak ważne, iż wykluczenie jej z jednej nawet tylko strony zdawało się niebezpieczne, obustronne zaś wykluczenie mogło, podług zdania *Eppingera*, powodować śmierć.

Były, jednak i dawniej dowody, przemawiające za tem, że znaczenie czynności oddechowej przepony jest przesadzone. Tak, jeszcze *Mosso* twierdził, iż mężczyzna we śnie oddycha kłótnie. Podług wymiarów *Huldkranza* tylko 35% powietrza wdechanego przypada na inspiracyjną czynność przepony. Na zasadzie spostrzeżeń nad czynnością oddechową mogą stanowczo twierdzić, że ludzie z habitus asthenicus prawie zupełnie nie posługują się przeponą przy oddechaniu, oddechając za pomocą żeber. *John* operował 14-letniego chłopca, któremu zrobiono obustronną frenikotomię, co jednak nie przeszkodziło pacjentowi wytrzymać następnie 39 ataków tetanii. *Haucke* na zasadzie dużej ilości frenikotomij twierdzi, iż u chorych po tej operacji wykrztuszanie staje się lepsze, niż przedtem. Słusznie, gdyż przy ekspektoracji rola główna nie należy do przepony lecz do tłoczni brzusznej. Im silniej działa ona, im słabiej działa przepona, tym łatwiej mogą się skurczyć płuca i tym łatwiejsze jest wykrztuszanie. Tylko takim sposobem daje się wytłumaczyć działanie sercowo-naczyniowe środków wymiotnych u małych dzieci.

2) Czynność kardiowaskularną przepony przeważnie zbadał *Hasse*, który dowiódł, że przepona przy perjodycznem unoszeniu się i opuszczaniu się działa na układ żylny, a więc i serce prawe, jako pompa. Na zasadzie tego znany klinicysta i kardiolog *Wenkebach* pisze, iż jeśli watrobę można porównać z gąbką, wysysającą krew, to przeponę należy porównać z ręką, gąbkę tę wyciskającą. Ostatniemi czasy *Nassen* i *Wustmann* potwierdzili znaczenie ruchów respiracyjnych dla napełnienia *venae cavae infer.*

3) Czynność ruchowo-trawienna przepony jest najmniej zbadana. Jeszcze *Sauerbruch* i *Hecker* na zasadzie swoich doświadczeń nad zwierzętami uważali, że dostęp pokarmu z przełyku do żołądka może być utrudniony wskutek ucisku obwódki mięśniowej przepony wokoło przełyku. Niedawno *Caballero* dowiódł, że posuwanie się pokarmu do żołądka nie odbywa się przy pomocy perjodycznego otwierania wpustu który, zdaniem jego, bywa zwykle otwarty, lecz przy pomocy ruchów przepony, która przy wydechu otwiera, a przy wdechu zamyka „hiatus esophageus” i tem samem perjodycznie otwiera i zamyka epikardję — (faktyczny zwieracz przełyku). Ostatnie spostrzeżenia rentgenologiczne *Reicha* dały dowody analogiczne. Nasze spostrzeżenia nad czynnością zdrowego i chorego przełyku wskazały, że główny zwieracz przełyku znajduje się w „hiatus oesophageus”, a nie we wpuscie.

W stosunku do żołądka czynność dynamiczna przepony dotyczy tylko jej wpustu, czyli pęcherza żołądkowego, (*Magenblase*), którego powstanie wszyscy autorowie uzależniają od aktu połykania (jednocześnie z pokarmem połykamy pewną ilość powietrza). Są jednak dowody, że w niektó-

rych wypadkach zachodzi nie tylko połykanie, lecz również dostawanie się powietrza do żołądka drogą zachłystywania się, jak to przypuszcza *Schreiber*.

Miałem możność badania znacznej liczby chorych z głośnem odbijaniem się, uważanych zawsze za aerofagów. Jednakże spostrzeżenia bliższe, biorąc pod uwagę, że połykanie powietrza bez pokarmu lub śliny jest niemożliwe, skłoniły nas do przekonania, że we wszystkich tych wypadkach mamy zwyczajne wsysanie powietrza przy inspiracji. Ostatnio badanie tych chorych na ekranie potwierdziło nasze przypuszczenia, a niedawna praca *Voorhoeve* stwierdziła możliwość świadomego i systematycznego wdechania powietrza do żołądka. *Voorhoeve* badał chorego, u którego przed 3-ma laty zupełnie wycięto krtani z powodu raka, który jednak był w stanie głośnie i wyraźnie mówić, posługując się do tego żołądkiem, jako rezerwuarem powietrza, zupełnie analogicznie, jak to robi brzuchomówca. Badając przed ekranem mechanizm mowy u tego chorego, *Voorhoeve* mógł się przekonać, że pęcherz żołądkowy zwiększał się znacznie w czasie wdechu i znacznie zmniejszał się w chwilach wydechu. Na ekranie można było widzieć, jak podczas mowy chory, wciąż wydechając, zmniejszał swój pęcherz żołądkowy, a wymówiwszy pewną liczbę sylab, znów robił głęboki wdech, napełniając żołądek powietrzem. W taki sposób *Voorhoeve* mógł dowieść, że u chorego tego żołądek służył jako rezerwuair powietrza, zastępując podczas mowy płuca.

Wiadomo także, że u osesków wpust bywa zwykle otwarty, tak iż należy tylko dziecko nakarmione opuścić głową nadół, aby pokarm wylał się, jak z butelki, (jak mówi prof. *Kurdiński*). Trzeba więc przypuszczać, że u dzieci tych w żołądku znajduje się dużo powietrza, łatwo dostającego się przez otwarty wpust. Rzeczywiście, wielu autorów wskazuje na znaczną ilość powietrza u małych dzieci, ale określają to oni jako aerofagię. Spostrzeżenia nasze jednak przeczą przypuszczeniom aerofagji: ja znajdowałem u wszystkich badanych noworodków, wcale jeszcze nie karmionych, znaczną ilość powietrza, nie tylko w żołądku, lecz też w jelitach, mogącego tam się dostać tylko przez inspirację. Ilość powietrza u takich noworodków jest w ścisłym związku z czynnością przepony, gdyż przy inspiracji powietrza będzie więcej, przy ekspiracji mniej. Spostrzeżenia te potwierdzają możność przedostawania się powietrza do żołądka, przynajmniej u niemowląt.

Z drugiej zaś strony przepona w pewnych warunkach, mianowicie przy odbijaniu się, może odgrywać rolę odwrotną i pomagać wyjściu gazów z żołądka przez otwartą kardję przy wspólnej działalności tłoczni brzusznej i silnego obniżenia inspiracyjnego przepony, ściskających pęcherz żołądkowy ze wszystkich stron. Mniej więcej analogicznie działa przepona na jelita, co do tego nie mamy jednak danych w literaturze. Tylko *Landois* wspomina, iż defekacji pomaga obniżenie inspiracyjne przepony, a również *Eppinger* mówi, że porażenie przepony może utrudnić defekację. Zwyczajne jednak spostrzeżenia nad aktem defekacji dowodzą, że inspiracyjne obniżenie przepony może mieć znaczenie dla defekacji w tych wypadkach, gdy sama perystaltyka jelita grubego nie wystarcza, jak na przykład u ludzi cierpiących na obstypację. W takich wypadkach

pomaga tłocznią brzuszną, ale jej działalność byłaby nieskuteczna, gdyby jednocześnie nie pomagało jeszcze silne obniżenie inspiracyjne przepony i tylko przy wspólnej działalności tych czynników siła wydalająca skieruje się wzdłuż colon descendens i rectum.

Nie mniejsze, jeśli nie większe znaczenie ma podług naszego zdania czynność dynamiczna przepony w stosunku do rozmieszczenia gazów w jelitach. Dość liczne spostrzeżenia nasze nad rozmieszczeniem gazów w jelitach przekonały mnie że w zwykłych warunkach największa ilość gazów znajduje się nie w najwyższym punkcie jamy brzusznej—krzywiźnie śledzionowej, lecz w niskim stosunkowo miejscu — krzywiźnie wątrobowej, czyli że rozmieszczenie odbywa się nie według prawideł statyki, tylko podług praw dynamiki, dzięki czynności przepony. Tak na stronie lewej, gdzie przepona bezpośrednio przylega do jelit, działalność jej zaznacza się w zupełności i gazy prędzej skierowują się ku wyjściu. Tam jednak, jak to mamy ze strony prawej, gdzie między jelitami i przeponą istnieje narząd buforowy—wątroba, widzimy, że masy kałowe i gazy dość długo zatrzymują się w krzywiźnie wątrobowej.

Nareszcie mało stosunkowo zbadaną czynnością przepony jest tworzenie przegródki dla wyrównywania różnicy między ciśnieniem w jamach brzusznej i płucnej, a czynność ta podług zdania *Mettenleiters* może być znacznie naruszona przy wszelkich prawdziwych i fałszywych przepuklinach lub ewentracji, stając się powodem groźnych symptomatów.

Do badania czynności przepony mamy prawie tylko jeden sposób—rentgenologiczny, który daje nam możliwość określenia wielkości, formy, położenia, czynności ruchów i napięcia jej mięśnia. Dla określenia napięcia mięśni przepony, charakteryzującego jej czynność dynamiczną, mamy bardzo mało sposobów. Najlepszym z nich jest sposób *Müllera* — oryginalny lub zmodyfikowany. Oryginalny sposób *Müllera* polega na tem, że chory po głębokim wydechu stara się zrobić największy wdech przy zamkniętej szparze głosowej. W zależności od tego, czy przeważają wówczas mięśnie międzyżebrowe, czy też przepona, ostatnia unosi się do góry, stoi na miejscu, albo obniża się, w każdym razie ta połowa przepony, która będzie słabszą, robi większy ruch ku górze w kierunku głowy, niż silniejsza jej połowa. Ponieważ badanie to wymaga pewnej inteligencji i umiejętności oddechania za pomocą przepony, to też czasami bywa bardzo trudne, nawet u lekarzy. Dlatego też w swoim czasie zaproponowałem sposób inny, wygodniejszy i łatwiejszy do wykonania dla wszystkich, oparty zaś na tej samej zasadzie co sposób *Müllera*, a mianowicie: **słabsza połowa przepony ma większą tendencję unoszenia się do góry, niż połowa silniejsza.** Określiłem ten fenomen jako objaw przyśpieszonego wydechowego ruchu przepony. Sposób odnośny polega zaś na tem, że chory musi wykonać maksymalną inspirację i zatrzymać oddech. Wtedy widzimy zjawisko następujące: słabsza część przepony zaczyna unosić się w górę jeszcze, zanim zdrowa połowa jej zacznie unosić się przy wydechu, jeżeli zaś obiedwie części zaczną się unosić, to słabsza strona unosi się prędzej, niż zdrowa. Tłumaczy się to tem, iż osłabiona przepona nie może dostatecznie

sprzeciwiać się wciąż wzmagającemu się ujemnemu ciśnieniu klatki piersiowej, wskutek wysania w alweolach powietrza, i z tej racji, też musi się prędzej unosić w górę, niż przepona zdrowa.

Zaburzenie czynności przepony.

Jeśli następnie przejdziemy do rozpatrywania skutków **zaburzenia czynności** przepony które podług naszego zdania wywołuje uszkodzenie albo niedowład nerwu przeponowego, to musimy zauważyć, że rezultatem niedowładu przepony będzie większe lub mniejsze dążenie jej w kierunku jamy piersiowej, spowodowane różnicą między ciśnieniem w jamach brzusznej i piersiowej. Jednak takiemu dążeniu ku górze znacznie przeszkadzać będzie z prawej strony ciężka wątroba i jej wiązadła podczas gdy ze strony lewej narządy, zawierające gazy, pobudzać będą P. do podnoszenia się. Tem się objaśnia okoliczność, że stan wysoki P., tak zwana ewentracja P., możliwa jest z prawej strony tylko wtedy, gdy tam się złożą warunki analogiczne jak ze strony lewej, czyli, jeśli pod prawą P. będą narządy, zawierające gazy. I rzeczywiście, w tych wypadkach, gdy pod sparaliżowaną P. wypukliły się jelita grube, można było obserwować wypadki ewentracji prawej. Wypadki te należą do nadzwyczajnie rzadkich, i liczba ich obecnie, wraz z wypadkiem, opisanym przeze mnie, stanowi tylko 3.

Przemieszczenie P. do góry i jej niedowład nie mogą pozostać bez skutków względem czynności narządów przyległych. Najmniej traci na tym akt oddechania. Znacznie cięższe zjawiska może wywołać zaburzenie czynności P. w stosunku do serca i naczyń krwionośnych. *Dietlen* a także *Rosenfeld* uważają, że znaczna część chorych sercowych zawdzięcza chorobę swą zaburzeniu czynności P. Bardzo wielkie znaczenie w rozwoju objawów sercowych *Hoffmann* przypisuje zaburzeniom czynnościowym ze strony P., a niektórzy autorzy, jak *Klinkowstein* opisali wypadki, gdzie ciężkie ataki „anginae pectoris“ były wynikiem zaburzenia czynności P.

W stosunku do przewodu pokarmowego zaburzenie czynności P. może dać wiele rozmaitych objawów. Jeszcze *Lichtenstein* mówił o dysfagji paradoksalnej, *Lotheissen* w ostatniej swojej pracy, wskazując na łączność kardjospazmu i czynności P., mówi że kardjospazm prawidłowiej byłoby nazwać „hiatospasm“. *Guns* mówi o „frenospazmie“ przy „megaoesophagus“, *Strauss* w swojej pracy tego roku o patogenezie rozdzęcia idyopatycznego przełyku doszedł do przekonania o czynnym udziale P. w patogenezie wymienionej choroby przełyku. Nasze spostrzeżenia co do tak zwanego kardjospazmu także stwierdzają, że przynajmniej w niektórych wypadkach przyczyną choroby jest P. Również nie ulega wątpliwości, że w niektórych wypadkach dysfagji przy nienaruszonym przełyku przyczyną dysfagji jest niedowład nerwu przeponowego.

W stosunku do żołądka wpływ zakłócenia czynności P. na samą tylko formę żołądka jest tak wielki, że *Morison* uważa deformację żołądka jako czynnik najlepiej uzasadniający ewentrację. Wielu autorów obserwowało przy

zaburzeniu czynności P. długi szereg ciężkich objawów ze strony żołądka nawet do groźnych krwotoków włącznie jak *Wiedenmann—Glaser*, lub do perforacji owrzodzeń, jak *Schlecht*, *Wells* i ja również. Wszystko to jest łatwo zrozumiałe, jeśli pamiętać będziemy, że wszelka deformacja żołądka powoduje rozdęcie, przekręcenie, i przeginięcie się naczyń odżywiających ścianki żołądka, na co w swoim czasie zwrócił uwagę *Kienboek*.

Nareszcie co się tyczy wpływu naruszenia sprawności P. na czynność jelit grubych, musimy przede wszystkim odnotować zbieranie się znacznej ilości gazów w krzywiźnie śledzionowej przy wszelkiem osłabieniu się czynności ruchowej lewej P. Objaw ten bywa o tyle stałym, iż wielu autorów, jak *Armani*, *Carnot i Friedel*, *Quénu i Fatou* uważali, że przyczyną stałego podwyższenia P. jest wrodzone powiększenie jelita grubego — „megacolon”. Jednak jeszcze *Rosenfeld* dowiódł, że rozdęcie jelita grubego przez gazy tylko wtedy może spowodować trwałe podniesienie się P., gdy mamy jednocześnie osłabienie jej czynności. Z drugiej zaś strony we wszystkich wypadkach stałego nagromadzenia się gazów w krzywiźnie śledzionowej mieliśmy możliwość obserwować pewne osłabienie działalności P. Byłem też świadkiem wypadku wyjątkowego, gdzie można było prawie z doskonałością eksperymentu widzieć wpływ osłabienia czynności P. na czynność wycisnienia gazów z jelit.

Z tego wszystkiego należy wywnioskować, że dotknięta w swojej czynności przepona utraciła możliwość wyciskania gazów i nabiera nowej własności wsysania, tworząc rzeczywisty wentyl powietrzny. Ten wentyl powietrzny bez wątpienia przeszkadza normalnemu przechodzeniu mas kałowych, stając się przyczyną uporczywej i trudno dającej się rozpoznać obstypacji. W kilku takich wypadkach mieliśmy możliwość zbadania przy pomocy mas kontrastowych znaczenia tego wentylu, a mogę stwierdzić, że w wymienionych wypadkach masy kontrastowe posuwały się dość szybko w jednej kolumnie tylko do wentylu, przez sam wentyl zaś mogły przedostawać się tylko porcjami małymi, zwalniając ruch. Przedostawszy się przez wentyl, znowuż wypełniały światło jelita.

Widzimy więc, że czynność dynamiczna przepony jest wielostronna i zaburzenie tej czynności powoduje porażenia rozmaitych narządów jam brzusznej i piersiowej.

Objaśnienie dyapozytyrów.

1. Tutaj widzimy budowę mięśniową przepony, składającej się z 3 części, w których są dwa otwory: twardy—z tkanki łącznej i miękkiej, mięśniowej—dla przełyku.

2. Tutaj widzimy bieg nerwu przeponowego, zaczynającego się od segmentów szyjnych. Początkowo idzie on wzdłuż nad m. scalenus anticus, następnie pod obojczykiem do jamy piersiowej, tam idzie równoległe z brzegiem serca, dalej dochodzi do przepony, gdzie się rozgałęzia.

5. Tutaj widzimy klatkę piersiową 28-letniej kobiety, w ciągu 8 lat cierpiącej z powodu ciężkich ataków sercowych, co jednak nie przeszkadzało jej mieć dwoje dzieci i 9 poronień.

Badanie rentgenologiczne dało niezmienną serce i zaburzenie czynności przepony z ogromnym pęcherzem żołądkowym.

6. Tutaj widzimy obraz typowy idjotycznego rozdęcia przełyku, znanego pod nazwą kardiospazmu. Na zdjęciu widać wyraźnie, że spazm znajduje się nie w kardji, lecz w przeponie.

7. Zdjęcie to przedstawia klatkę piersiową kobiety-lekarka, 38 lat, cierpiącej w ciągu 2 miesięcy na dysfagję. Widzimy tu obraz typowy jednostronnego wysokiego stanu przepony.

8. Przy napełnieniu przełyku masą kontrastową można było wyraźnie widzieć zatrzymanie się jej w hiatuś oesophageus. Po kilku tygodniach zjawiska dysfagji znikły, zjawyły się jednak objawy silnie wyrażonej choroby szyjnych kręgów.

11. Tutaj widzimy nowonarodzone dziecko, 2 godziny po narodzeniu się jeszcze nie karmione. Cały prawie żołądek i jelita napełnione są powietrzem inspiracyjnym.

13. Mężczyzna 62 lat cierpi od 2 lat na bóle perjodyczne w brzuchu. Badanie rentgenologiczne daje typowy obraz lewostronnej ewentracji, a badanie żołądka dało wrzód, który w kilka dni perforował i chory, pomimo operacji, umarł.

14. Mężczyzna 40 lat uskarża się na ataki sercowe i ciężar po każdym, nawet skąpem, jedzeniu. Badanie daje typową ewentrację przepony, a badanie żołądka daje silnie wyrażoną deformację, czem się w zupełności daje objaśnić uczucie ciężaru po jedzeniu.

16. Tu mamy klatkę piersiową 27-letniej kobiety-lekarka, chorej na paratyphus w niewielkich objawami ze strony płuc. Badanie rentgenologiczne wykazało niewielkie ognisko w płucu lewym i zupełnie normalną czynność przepony.

17. Po 7 dniach, gdy chora prawie wyzdrowiała, z temperaturą normalną, odrazu nastąpiły objawy duszności i sinica, upadek pulsu. Badanie rentgenologiczne dało typowy stan wysoki przepony przy silnem zaburzeniu czynności jej i wielkiem zbiorowisku gazów pod przeponą.

18. Po 10 dniach wszystko unormowało się. Badanie rentgenologiczne dało normalną przeponę i zupełne zniknięcie gazów.

21. Mężczyzna 65 lat cierpi na wrzód dwunastnicy. Wskutek odpowiedniego leczenia znikają bóle, pozostaje jednak uporczywe zaparcie stolca. Badanie rentgenologiczne daje stałe jednostronne podwyższenie przepony z ogromnym wentylem powietrznym pod przeponą.

22. Badanie jelita za pomocą mas kontrastowych wskazuje na znaczne trudności przy przechodzeniu przez wentyl powietrzny.

23. Jeszcze wyraźniejszy wypadek przedstawia obraz mężczyzny 40-letniego, cierpiącego od 6 miesięcy na zaparcie. Widzimy tu zwykły obraz lewostronnego podwyższenia przepony, a badanie jelit za pomocą mas kontrastowych pokazało przyczynę zaparcia. Jak więc widzimy, masy kałowe bez przeszkody dochodzą do krzywizny śledzionowej, przedostając się przez wentyl powietrzny z wielkim trudem i tylko drobnymi cząstkami. Przedostawszy się przez wentyl, znowuż zbierają się w masy i łatwo dochodzą do kiszek prostej.

24. Nareszcie ostatni wypadek tyczy się mężczyzny, cierpiącego na perjodyczne bóle w brzuchu. Badanie rentgenologiczne potwierdza rzadki wypadek prawostronnej ewentracji przepony z ogromnem zbiorowiskiem powietrza pod prawą przeponą. I tu się wytworzył znaczny wentyl powietrzny, przez który, jak widzimy, masy kałowe przechodzą z wielkim trudem.

CHAPITRE XXXI.

Joseph Frank médecin de l'hôpital, ses leçons et ses travaux scientifiques.

Le cinquième département médical, confié à mes soins, se composait de deux salles (N^o 29 et 30) pour les femmes malades, reçues gratis ou en payant dix *Kreutzer* par jour; de deux jusqu'à quatre salles pour les hommes et les femmes payant un demi florin; de vingt-quatre chambres pour les hommes, payant un florin, et de douze chambres pour des femmes, reçues à la même condition, — et de l'hospice des marchands.

Les salles N^o 29 et 30 contenaient vingt-huit lits chacune. J'avais soin qu'elles fussent tenues non-seulement avec propreté, mais même avec élégance. Les garde-malades, attachées à ces salles, me secondaient, même jusqu'à décorer les lits de verdure et de bouquets. En entrant dans ces salles, l'on croyait se trouver plutôt à une fête, que dans un lieu de douleur. Le salaire des garde-malades étant très mince j'adoucisais leur sort par des dons, de ma poche et de celle de mes amis, parmi lesquels M. le comte Charles Harrach occupait sous ce rapport la première place. Quand j'avais un malade, dont la vie me semblait dépendre des soins qu'on lui prodiguerait, plutôt que des médicaments, je fixais une récompense, pour la garde-malade, dans le cas de sa guérison. En revanche, si ces femmes manquaient à leurs devoirs, elles étaient non seulement bien grondées, mais même punies, par la perte de leur salaire d'un jusqu'à trois jours; punition permise à chaque médecin en chef, et de laquelle je crains d'avoir quelquefois abusé. Habitué moi-même aux veilles, j'étais surtout inexorable, lorsque je trouvais la garde de nuit endormie sur son lit, puisque cela me prouvait son intention de manquer au devoir, tandis que ne dormant que sur la chaise, le sommeil pouvait avoir exercé son empire sur la mieux intentionnée. Cette distinction était d'autant plus juste, que les pauvres gardes devaient travailler toute la journée, ne dormir que de deux nuits l'une, et même auprès des malades et qu'elles étaient souvent éveillées pour assister la garde de nuit, lorsque elle avait besoin d'assistance. Quoique je n'eusse pas affaire à des Vestales, je punissais aussi très sévèrement la garde, qui avait laissé éteindre le feu sur lequel on chauffait les boissons, et les cataplasmes. Afin de m'assurer de la ponctualité du service de la nuit, je ne m'en tenais pas à la visite générale, que le directeur ordonnait de temps en temps, mais lorsque quelque amusement prolongé me faisait revenir tard de la ville, je faisais la tournée de mon département, avant de me coucher. Ces visites nocturnes outre leur objet principal, furent souvent utiles sous d'autres rapports. D'abord elles prouvaient aux malades l'intérêt que je prenais d'eux; puis elles me mettaient en état de connaître la nature de quelques maladies, qui sans cela m'aurait échappée. Que de fièvres n'avais-je pas pris pour continues (le pouls et la chaleur excédant constamment l'état normal pendant les visites du matin et de l'après-midi) avant d'avoir visité le malade au milieu de la nuit, où je le trouvais parfaitement apyrétique. Je me rappelle, entre

autres, une femme affectée d'une peripneumonie très grave, que je traitais comme telle. Quel fut mon étonnement en trouvant cette personne, que j'avais quittée mourante l'après-dîner, presque bien-portante la nuit. Voyant alors qu'il s'agissait d'une fièvre intermittente pernicieuse masquée, j'ordonnai au milieu de la nuit le quinquina, et guéris ainsi en un instant la malade, qui, sans ce remède, serait morte le lendemain.

Les deux salles en question étant destinées exclusivement au sexe, féminin j'y trouvais ample occasion d'étudier les maladies des filles et des femmes. Une circonstance y concourait encore. Le célèbre professeur Boër se trouvait à la tête de la maison des accouchements (*Gebaer-Haus*). Ayant été très malheureux dans le traitement de la fièvre puerpérale, qui régnait presque, toujours dans cet établissement, et y devenait quelque fois épidémique, le gouvernement avait depuis longtemps ordonné, que dès qu'une femme en couches en serait atteinte, elle ne serait plus traitée par le professeur Boër, mais transférée à l'instant à l'hôpital général. Les salles N^o 29 et 30 se trouvant les plus proches de la maison des accouchements, on les y portait de préférence. Je ne fus hélas, guère plus heureux que Mr. Boër. Aussi ne m'annonçait on jamais l'arrivée d'une fièvre puerpérale dans mes salles, sans me sentir le cœur percé. Je me suis ensuite convaincu que cette maladie, dangereuse partout, l'est plus qu'ailleurs à la maison des accouchements de Vienne, où elle se complique souvent avec le typhus.

L'on m'amenait aussi plusieurs fois dans les salles N^o 29 et 30, des prisonnières malades; qui augmentaient ma responsabilité. Une d'entre elles accusait une douleur rhumatique chronique au bras. Cette femme, étant d'ailleurs bien portante, j'ordonnais seulement la teinture de cantharides, pour en frotter la partie malade. J'enjoignis en même temps qu'on prît garde à ce remède vénéneux, afin qu'elle n'en fit pas un usage interne. C'était précisément à quoi visait la malade, depuis longtemps occupée d'un projet de suicide. Profitant de l'absence momentanée de la garde elle vida d'un coup le flacon. J'arrivai encore à temps pour sauver cette malheureuse.

Une femme, étant presque mourante d'une inflammation des poumons, et ne pouvant guère plus avaler, je lui prescrivis deux lavements avec un gros de camphre. La garde n'ayant pas fait attention à cette ordonnance, força la malade à avaler ses lavements, et par là lui sauva la vie.

Une femme, étant presque mourante d'une inflammation de poumons j'appris qu'elle provenait du chagrin d'avoir été volée de tout, et même de ses habillements. Il fallait une somme assez considérable pour l'en dédommager. Persuadé que c'était le meilleur, et peut-être le seul moyen de guérison, j'en parlai au comte Charles Harrach. Toujours prêt à secourir l'humanité, il se chargea de la cure, commençant par un florin, doublant et triplant même successivement la dose, jusqu'à la parfaite guérison, qui lui coûta quelques centaines de florins.

L'obtins à moindres frais, et par une méthode très connue la cure d'un vomissement rebelle à tous les médicaments. Ayant eu un concert chez moi,

où l'on servait des glaces, j'en envoyai à ma malade. Non seulement elle les retint, mais l'estomac fut mis en état de supporter ensuite d'autres aliments.

Au-dessus des salles N^o 29 et 30, se trouvaient les femmes qui payaient un demi florin par jour. Il n'y avait d'autre différence entre elles et les malades reçues *gratis*, ou payant dix *Kreutzer*; si non que leurs lits avaient des matelas (les autres n'avaient que des paillasses); qu'ils étaient entourés de rideaux (qui s'opposaient à la libre circulation de l'air), et que la nourriture des convalescentes était plus variée. Une partie de ces malades étaient des femmes de chambre des maisons les plus distinguées de Vienne. Sans avoir les bonnes qualités de leurs maîtresses, elles en avaient les défauts. L'on ne saurait se faire une idée des grimaces, des prétentions et de la méchanceté de ces soubrettes. J'en citerai un exemple. La femme de chambre d'une maison respectable, me fut envoyée pour être traitée d'une prétendue maladie vénérienne, c'est, à-dire, d'un bubon aux aînes. On l'avait prévenue qu'après sa guérison, sa maîtresse ne la recevrait plus. Son désespoir fut extrême. Elle jurait n'avoir donné aucune occasion au mal, dont le médecin de ces maîtres l'accusait, et se laissa visiter sans difficulté. Je trouvai en effet que le prétendu bubon n'était qu'une hernie inguinale, que la pauvre personne s'était attirée en portant des meubles très lourds pendant un déménagement. Le chirurgien Rudtortter confirma mon diagnostic. La malade en devint presque folle de joie. „Ah, Monsieur, s'écria-t-elle, atteste par écrit tout ce que vous venez de me dire sur la nature de mon mal; que je puisse confondre et poursuivre en justice mon calomniateur“. Comme il s'agissait du docteur Gerbetz, médecin estimable, je dis à la malade, qu'au lieu du certificat je lui donnerai un bandage qui la justifierait assez aux yeux de ses maîtres, et que je lui supposais un trop bon coeur pour vouloir sacrifier à sa vengeance la réputation d'un médecin, qui à la vérité, s'était trompé, mais qui n'avait eu aucune mauvaise intention. Il n'y eut pas moyen de faire entendre raison à cette furie. À peine sortie de l'hôpital, qu'elle porta plainte contre le docteur Gerbetz, M. Rudtortter et moi nous fûmes requis par le tribunal, d'attester la vérité, et l'accusé fut condamné à payer quelques centaines de florins à la plaignante. Cette amende ne fut rien pour lui, en comparaison de la perte qu'il fit ensuite de presque toute sa clientèle.

Dans les salles d'hommes à un demi florin (*Halben-Gulden-Zimmer*) j'eus entre autres, l'occasion de traiter plusieurs nègres au service de divers grands seigneurs. Je me trouvais fort embarrassé lorsqu'il s'agissait de reconnaître en eux la scarlatine et la jaunisse. Je perdis à mon grand chagrin par cette dernière maladie un superbe nègre, appartenant à M^e la comtesse de Pergen.

L'ancien hôpital Espagnol (*Spanisches Spital*) destiné en partie aux malades de la garde impériale, composée de vieux sous-officiers (*Trabanten*), ayant été incorporé par Joseph II à l'hôpital général (salle d'un demi florin), j'eus l'occasion d'étudier particulièrement les maladies des vieillards. J'aimais d'ailleurs ces bons vétérans couverts de cicatrices et souvent affectés de maladies

du coeur et des gros vaisseaux, cachées sous l'apparence d'un catarrhe chronique des poumons.

Les chambres d'un florin (*Gulden-Zimmer*) présentaient un excellent établissement à cette classe de gens aisés, qui manquaient cependant des commodités nécessaires pour se faire traiter chez eux, tels que les voyageurs, les célibataires les étudiants, les femmes entretenues, etc. Au moyen d'un florin par jour, ils avaient une chambre décemment meublée, chauffée et éclairée, une garde-malade, la table, d'après l'ordonnance du médecin (et aussi bonne qu'on peut l'avoir chez un traiteur ordinaire), la visite du médecin et du chirurgien deux fois par jour et même plus souvent suivant l'exigence du cas, et enfin tous les médicaments. C'est dans ces chambres que je traitai nombre de jeunes médecins, atteints des fièvres nosocomiales. J'eus le bonheur de sauver neuf sur dix. Les morts surtout sont restés profondément gravés dans ma mémoire. Jamais je n'oublierai un Unterberger, un Piller, qui auraient fait honneur à leur état. Ceux que j'ai sauvés se rappellent-ils de moi? Le docteur Malfatti est de ce nombre. Je le quittai un soir, très tard, avec peu d'espérance de le retrouver en vie le lendemain. Pendant la nuit, la crise eut lieu, si complètement, que lorsque j'entraî le matin dans la chambre, il put entonner le duo de la *Clemenza di Tito*. „Deh prendi un dolce amplesso, amico mio fedele“ que nous finîmes par chanter ensemble. La guérison des célèbres Clarus et Waltner, ainsi que de tant d'autres, fut plus lente, mais non moins parfaite.

L'établissement dont il s'agit, me fournit non seulement ample occasion de traiter les maladies syphilitiques et autres plus rares en Allemagne, telle que la lèpre, la plique dont se trouvaient affectés des Grecs et des Polonais, établis à Vienne, mais encore celle d'observer la différence de la même maladie dans les diverses nations, et d'en modifier le traitement souvent d'après leurs propres idées et leurs habitudes.

La plus désagréable partie de mes fonctions était le traitement des aliénés non que je n'aimasse pas à les soigner, mais parce que rien n'y était organisé pour le faire avec succès. Aussi ne devaient-ils pas y être reçus, et ce ne fut qu'en faveur de quelques aliénés appartenant à des familles distinguées, ou en faveur des personnes envoyées par la police, pour examiner l'état de leur facultés, qu'on faisait une exception.

Ce fut le cas d'un jeune étranger se disant amoureux de M^{lle} Henriette d'Arnstein (devenue ensuite baronne de Pereyra) qu'il poursuivait de la manière la plus indécente. La famille s'adressa à la police, qui fit effectivement arrêter le jeune homme, et le plaça dans une des chambres d'un florin, pour que je l'observasse, et que j'en fisse ensuite un rapport. Je n'eus pas de peine à découvrir que tout ce qui s'était passé, se réduisait à une spéculation d'argent, fondée sur l'espérance de tourner la tête à cette riche héritière, et d'obtenir sa main. Le prétendant fut mis en liberté et renvoyé de Vienne.

J'eus bien plus de difficulté à découvrir la vérité dans le cas suivant. Un marchand de vin, très riche, qui avait depuis longtemps abandonné les prati-

ques de la religion catholique, finit par adorer le soleil, auquel il adressait ses prières au lever et au coucher de cet astre, ainsi qu'à midi. Les parents de cet homme le dénoncèrent comme fou, et demandèrent que l'administration de ses biens lui fut interdite. N'appuyant leur demande sur aucun fait, qui pût prouver que cet adorateur du soleil était incapable de conduire ses affaires, le tribunal en conçut des soupçons, et voulut, avant de prononcer, avoir des renseignements positifs sur l'état de santé de l'accusé. On le plaça à cet effet dans une des chambres d'un florin. J'eus de fréquentes conversations avec lui et je me persuadai enfin, qu'à l'extravagance du culte près, toutes ses fonctions morales et physiques étaient en ordre. Cette extravagance me parut même de jour en jour plus excusable. Certes, si l'Être Suprême a une résidence particulière, c'est probablement dans l'astre autour duquel se tournent toutes les planètes, et duquel émanent la lumière et la chaleur, sources de la vie. Quant à l'homme en question, je lui délivrai un attestat, d'après lequel il fut maintenu dans tous ses droits. L'ayant revu dix ans plus tard, lors d'un voyage que je fis de Vilna à Vienne, je le trouvai dans l'opulence, tant il avait augmenté sa fortune. Lui ayant demandé, s'il continuait à adorer le soleil, il me répondit: „sans doute, et je n'oublie jamais de lui recommander mon ancien protecteur, afin qu'il daigne l'échauffer pendant son séjour en Russie“.

Une des causes qui rendaient les chambres d'un florin peu propres à la réception des aliénés, était que le malade pouvait fermer sa porte par dedans. Voici ce qui en résulta. L'on me confia un homme affecté d'une noire mélancolie qui se manifestait parfois par l'expression du désespoir. Il était peu causant et s'il ouvrait la bouche, ce n'était que pour parler d'un grand crime qu'il avait commis, et pour lequel l'enfer l'attendait. Je lui envoyai un prêtre très raisonnable, pour le convaincre de la miséricorde divine, et je fis mon possible pour le délivrer de la bile noire, dont je le croyais affecté; mais en vain. L'enfer resta le refrain de tous ses discours. Cet homme ainsi que les autres aliénés, qui se trouvaient dans les chambres d'un florin, avaient deux gardiens, dont l'un devait toujours rester à ses côtés. Étant un soir seul avec l'un des deux, il le pria d'aller lui chercher un verre d'eau bien fraîche. Le gardien obéit, sans avoir attendu le retour de son camarade. Se trouvant ainsi seul, le malade ferma sa porte, saisit la chandelle et mit feu au lit, criant à gorge déployée: „Me voilà dans l'enfer“. Ces cris, la fumée et l'odeur de chair brûlée firent accourir le voisinage. La porte étant fort épaisse, et les fenêtres grillées — l'on ne put rien faire au premier moment. En attendant les instruments pour enfoncer la porte, un officier, blessé au bras droit, qu'il portait en écharpe, et qui était aussi traité dans les chambres à un florin, accourut. Cet officier nous avait déjà souvent parlé de sa force extraordinaire, mais il en avait tant dit, que nous eûmes de la peine à le croire. Il en donna une preuve éclatante, en cette circonstance. Deux ou trois coups de sa main gauche suffirent pour abattre la porte, et, dès que le malade, à moitié rôti, voulut se jeter sur lui, il le prit avec deux doigts par la gorge, et le terrassa. Ce mal-

heureux mourut, au bout d'une demie heure, et ce ne fut qu'avec peine qu'on parvint à arrêter l'incendie.

Un autre aliéné détacha les grilles de sa fenêtre, sauta en bas, se cassa une jambe, et guérit non seulement de la fracture, mais aussi de la folie. Un troisième s'enfuit de l'hôpital, courrut en ville, entra au théâtre et y répandit l'épouvante. Mr. Bailly, qui perdit la raison, lorsque son père (maire de Paris au commencement de la révolution) fut guillotiné, me causa beaucoup d'embarras, en abusant de la liberté, que je me plaisais à accorder à cet intéressant jeune homme.

Je faillis un jour devenir victime de la folie d'une de mes malades. C'était une assez jolie femme, qui avait la manie d'écrire des lettres, auxquelles on ne pouvait rien comprendre. Il ne se passait pas un seul jour, sans qu'elle ne m'en remit deux ou trois en grand-folio, de six feuilles chacune. Elle parlait plus raisonnablement qu'elle n'écrivait, mais tout ce qu'elle disait n'était que mensonges au dépens des excellentes femmes, qui la gardaient. Les calomniant un jour avec beaucoup d'art et de malice, je ne pus m'empêcher de dire à mon assistant: „Mais, voyez donc, quelle coquine“. Prononcer ce mot, et avoir un pot de fleurs à la tête, qui heureusement ne fit que m'effleurer, fut l'affaire d'un instant. Je m'en tirai mieux en cette occasion que le médecin de l'hôpital des frères de la Miséricorde à Vienne, à peu près à la même époque. Étant entré dans la cellule d'un malade mélancolique, qui jusqu'alors n'avait pas paru dangereux, celui-ci, placé derrière la porte, lui enfonça un couteau dans le ventre, et le tua sur la place.

Je ne puis cesser de parler des aliénés qui me furent confiés dans les chambres d'un florin, sans faire mention du fils du célèbre conseiller aulique de Birkenstok *). Ce jeune homme, tout en héritant de belles qualités de son père, devenait de temps en temps mauvais sujet. Il se mettait à boire, à vendre tout ce qu'il possédait, jusqu'à sa chemise, à courir jour et nuit les rues et finissait par se faire arrêter. Ce paroxysme durait environ trois semaines. époque où le repentir se manifestait, suivi de la promesse de se corriger, ce qu'il ne manquait pas de faire jusqu'à l'invasion d'un nouveau paroxysme, auquel il fallait s'attendre au moins une fois par an.

Un soir bien tard, l'on m'appela, pour un malade qui venait d'être amené de la ville, et dont on ne pouvait venir à bout. Je trouvai un homme d'un aspect sinistre, ne répondant aux questions qu'on lui faisait que par des gestes menaçants. Me doutant qu'il ne comprenait pas l'allemand je lui fis des questions dans d'autres langues, mais en vain. Voulant enfin lui ouvrir la bouche, pour examiner sa langue, il tâcha de me mordre. Je retirai promptement ma main, qui fut cependant mouillée de sa salive. J'eus à l'instant le soupçon de la rage, et pour le vérifier, je fis apporter un verre d'eau, dont l'aspect excita effectivement des convulsions. Ayant alors une égratignure accidentelle à un doigt, je ne fus pas sans angoisses, d'avoir contracté la plus terrible des contagions, quoiqu'il ne fût pas prouvé par des faits positifs qu'un homme pût

*) Vol. I, Chap. XI.

communiquer cette maladie à un autre. La mort du malade, qui eut lieu dans la nuit, n'était pas faite pour me tranquilliser. Du reste j'étais assez familier avec la rage n'ayant jamais manqué d'assister les enragés, portés à l'hôpital de Vienne, quoique leur traitement appartint au chirurgien Axter. J'aurai encore l'occasion de revenir sur la rage, et j'espère au moins pouvoir donner de bons conseils aux personnes qui auraient le malheur d'être mordues par des animaux enragés.

L'hospice des marchands contenait douze lits, destinés à leurs commis et apprentis malades. L'hôpital général recevait de la corporation des marchands tant par malade. Le médecin en était payé à part, à raison de cent florins par an. Malgré la modicité de ce salaire, la place de médecin de l'hospice des marchands était recherchée à causes des relations utiles, qu'elle procurait. Mais c'était précisément par cette raison que le corps des marchands tâchait qu'elle fut occupée par un médecin désintéressé, qui n'en abusât pas. J'en remplis scrupuleusement les devoirs, aussi longtemps que je fus placé à l'hôpital de Vienne et je résistai à toutes les séductions, à l'exception d'un cadeau d'huîtres que me fit un commis de la boutique à la *Rose blanche*, sur le Graben. Je me rappelai à cette occasion la faiblesse d'un juge du tribunal de Milan, connu d'ailleurs par son incorruptibilité. Lors d'un procès important, dont il était le rapporteur, une des parties demanda à son avocat si l'on ne pouvait pas trouver dans ce juge un côté faible? Je ne lui en connais aucun, reprit l'avocat, excepté sa passion pour les pêches. Quoique ce n'en fût pas la saison, on en trouva cependant de superbes, qui élégamment placés dans une corbeille furent effectivement agréés. Déjà l'on se flattait du succès de cette démarche, lorsqu'on apprit que le même juge venait d'informer la partie adverse du cadeau qu'il avait reçu en lui en demandant un tout à fait semblable comme contre-poids dans la balance de la justice. Quant à moi, j'informai le maître de la boutique du présent que venait de me faire son commis, en lui offrant d'en payer la valeur, si le cadeau m'avait été fait à son insu; ce qui heureusement n'était pas le cas.

Chaque médecin en chef avait sous lui deux médecins en second, l'un salarié, l'autre servant gratuitement. Le médecin salarié ne pouvait rester en place que deux ans, à moins d'avoir acquis par des mérites extraordinaires le droit à une exception. Cela fut le cas du docteur Renzi, qui avait même rempli comme on l'a déjà lu, les fonctions de médecin en chef. En me l'attachant, mon père crut m'avoir rendu un grand service, et c'était effectivement un homme digne de confiance, quoique assez borné. Malheureusement étant bien plus âgé que moi, il arrivait souvent qu'en entrant chez un nouveau malade, à la chambre d'un florin, on le prenait pour le *primarius*, et moi pour son assistant, méprise qui nous faisait rougir tous les deux. Pour me tirer d'embarras, il fallait de deux choses l'une; ou renvoyer Renzi, ou le faire avancer. Par le premier parti j'aurais affligé un très brave homme, et quant à l'avancement, on ne pouvait y compter, le nouveau directeur ayant, comme je l'ai dit, la maxime de ne proposer pour la place de médecin en chef que des sujets

jouissant de plus ou moins de célébrité. La mort du docteur Sallaba me présenta l'occasion de plaider contre cette maxime en faveur de Renzi. „Vous avez vu, dis-je à mon père, ce qui arrive en employant comme médecin en chef des gens qui n'ont pas l'habitude des grands hôpitaux. Ils dépensent beaucoup d'argent pour les médicaments, ne guérissent pas plus de malades, et finissent par attraper la contagion et en mourir. Proposez donc le brave Renzi; je vous réponds que vous en serez content”. Je ne parlai pas en vain, et l'on n'eut jamais à se repentir de l'avancement de ce digne homme. Le docteur Weiss, mon médecin en second, non salarié, succéda à Mr. Renzi et fut remplacé par le docteur Malfatti. Weiss après une fièvre d'hôpital en avait conservé un certain degré de surdité, qui le rendait peu propre à l'exercice de ses fonctions. Du reste, il était très intelligent, et connaissant la langue bohème, il me fut souvent utile, lorsque j'avais à traiter des malades russes, polonais ou illyriens, qui ne comprenaient que leur langue respective. Weiss était un ultrapatriote autrichien, que je me plaisais à faire enrager en lui donnant des nouvelles de batailles gagnées par les Français. Je m'attachai le docteur Malfatti, non que je m'attendisse à de grands services de sa part, mais parce que j'avalais de l'amitié pour lui, et qu'en chantant très joliment la basse, son voisinage m'était précieux pour mes soirées musicales. Il soigna cependant avec grand zèle les deux salles des femmes N° 29 et 30, que je lui avais confiées. Malfatti montrait en revanche de l'aversion pour les ouvertures de cadavre, dont je ne pouvais dispenser mes médecins en second depuis le départ du docteur Vetter pour Cracovie. Cette aversion me fit saisir la première occasion de l'éloigner de mon département médical et de le faire entrer dans celui du docteur Kubick. Pendant que Malfatti avait servi sous moi, il écrivit un mémoire sur la scarlatine des femmes en couches, inséré dans le journal de Hufeland. Il s'y donna les airs d'avoir traité cette maladie comme médecin en chef, ce qui n'avait jamais été le cas, Malfatti n'ayant été que *secundarius* à l'hôpital de Vienne. Le docteur Martin Schmidt, Hongrois, lui succéda. Ce jeune homme était la diligence personnifiée et très versé dans l'anatomie pathologique. Par malheur il était grossier envers les malades et d'un caractère très dur. Aussi ne tardais-je pas à m'en débarrasser. Attaché à un autre médecin en chef, le docteur Schmidt demanda la permission de faire des expériences galvaniques sur les morts de l'hôpital, ce que le directeur et même le gouvernement lui accordèrent très volontiers. Je désirai en être témoin, et Schmidt me promit de m'avertir à la première occasion qui ne tarda pas à se présenter. Je m'attendais à le voir ôter l'épiderme ou la peau même, et appliquer sur la surface extérieure du corps, les pôles de la pile galvanique. Mais non, il m'était réservé de voir ce qui me fait encore tressaillir en y pensant. Schmidt assistait au lit du mourant, le scalpel à la main, guétant le moment où il rendrait l'âme pour mettre tout de suite à découvert le cœur et y exciter des mouvements moyennant le galvanisme. J'arrivai justement à ce moment. „Grand Dieu, m'écriai-je, que faites-vous? Est-il possible de porter le couteau sur un corps encore tout chaud? Ces terribles palpitations de cœur, ne vous

prouvent elles pas assez, que cet homme, tout mort qu'il paraît, a encore un principe de vie. Vous êtes un assassin. Si mon père apprenait ce que je viens de voir, il vous livrerait à l'instant à la justice, qui certainement ne vous ferait pas grâce de quelques années de détention à la maison de correction. Abandonnez à jamais ces cruelles expériences, sans quoi je vous préviens que vous aurez en moi un dénonciateur". Schmidt, épouvanté—me promit d'y renoncer et tint parole. Cette atrocité ne parvint heureusement jamais à la connaissance du public. J'en avais été d'autant plus affecté que, dès ma jeunesse je suis tourmenté de temps en temps par un rêve, où il me paraît avoir ouvert un corps, qui, déjà dépouillé des viscères nécessaires à la vie, commence à ressusciter, et à implorer mon secours.

Parmi mes derniers médecins en second, le docteur François Wolff (devenu médecin de S. A. I. R. l'Archiduc Charles d'Autriche) et le docteur Jean Höger (ensuite professeur de médecine pratique à l'Université de Prague et mort à la fleur de l'âge), furent, sous tous les rapports, les meilleurs que j'aie eus. Le docteur Zipfel mérite aussi des éloges.

Dès mon entrée à l'hôpital de Vienne (1 Juin 1796) je commençai à donner des leçons privées. Le premier cours consistait dans une exposition de la doctrine de Brown. Presque tous les médecins étrangers et plusieurs autrichiens distingués, furent du nombre de mes auditeurs. Tous en sortirent plus ou moins convertis à la nouvelle doctrine. Quoique je n'eusse jamais donné auparavant des leçons en langue allemande, j'avais cette espèce d'éloquence qui naît de la persuasion et qui ne manque presque jamais son effet. Il est vrai que je soutenais mes thèses par une pratique plus heureuse, qu'on ne devait l'attendre des principes de Brown; bonheur dû apparemment au caractère épidémique des maladies régnantes à cette époque, et qui n'était ni inflammatoire ni gastrique. J'avais permis à tous mes élèves de me suivre dans les salles N^{os} 29 et 30, et jamais l'on n'avait vu une clinique plus animée. Je m'y occupais surtout du traitement de la phthisie pulmonaire, par les différentes espèces de gaz, d'après la méthode de Beddoes. Les malades se crurent très soulagées par l'inhalation de trois parties de gaz hydrogène et d'une partie de gaz oxygène. [Ce n'était que pure imagination, la preuve en était qu'un jour ces gaz venant à nous manquer, nous remplîmes les ballons d'air atmosphérique, et les malades continuèrent à vanter les effets de ce précieux mélange. Les autopsies des phthisiques nous dédommagèrent en quelque sorte des peines inutiles que nous donnait la préparation de ces gaz, qui du reste, ne firent aucun mal. Je me rappelle en cette occasion une ouverture de cadavre, qui paraissait vouloir fortement compromettre ma réputation. Une jeune personne venait de mourir à la salle N^{os} 29 ou 30 de phthisie pulmonaire. Je prédis que nous trouverions les poumons fortement endommagés par des tubercules passés en suppuration. Nous vîmes au contraire des poumons parfaitement sains et nous ne découvrîmes même dans les autres viscères aucune maladie qui pût rendre raison de la mort. Le maître et les disciples en restèrent stupéfaits, et plus d'un riait sous cape. Nous quittions justement la maison des morts (*Todten-Haus*), moi

dans un état d'humiliation difficile à décrire, lorsque nous entendîmes du tapage derrière nous. C'étaient les porteurs de cadavres qui criaient: „Messieurs, vous vous êtes trompés des corps, et celui que vous avez ouvert, appartient au département du docteur Nord". Nous retournâmes à la hâte, et l'ouverture de notre cadavre confirma parfaitement le diagnostic.

Voulant éloigner la contagion du typhus de mes salles, je séparai autant que possible des autres les malades qui en étaient atteints. J'avais surtout grand soin de ne jamais laisser placer un typhus près d'un vénérien, ayant observé que de pareils malades en étaient plus facilement et plus dangereusement atteints. Je n'avais pas le même scrupule envers les pulmoniques—l'expérience m'ayant appris qu'ils gagnaient plus difficilement le typhus, et que ce mal leur était quelque fois utile, en arrêtant la marche de l'affection des poumons. J'eus même quelques cas où des personnes, en apparence phthisiques, furent guéries par le typhus. Pour extirper ce fléau je fus le premier qui introduit à l'hôpital de Vienne les fumigations d'acide nitrique, d'après la méthode de Carmichael Smith. Je les ai trouvées bien préférables à celles d'acide muriatique oxygéné du Guyton-Morveau, non que ces dernières ne fussent plus puissantes, mais parce qu'elles excitaient la toux chez les malades et qu'elles les faisaient même quelque fois cracher le sang, tandis que les fumigations nitriques pouvaient être inspirées sans aucun inconvénient. Du reste, je ne cachai pas à mes élèves que toutes ces fumigations ne garantissaient point du typhus ceux, qui étaient obligés de toucher les malades affectés de cette contagion. Je ne cessais de leur inculquer que le renouvellement de l'air, la propreté, la distance nécessaire entre les lits seraient toujours les moyens les plus efficaces pour empêcher le développement du typhus dans les hôpitaux, les prisons etc.

Ce ne fut qu'à mon début à Vienne, que je donnai des leçons sur la doctrine de Brown en général; les années suivantes je m'appliquai à enseigner presque toutes les branches de médecine, persuadé que les jeunes médecins gagnaient infiniment à les entendre d'un seul professeur et d'après les mêmes principes. Je partageai à cet effet l'année en deux parties, donnant de novembre jusque à Pâques, le matin de dix à onze heures, la physiologie réunie à la pathologie, et le soir de cinq à six heures, la thérapie générale avec la matière médicale. De Pâques jusqu'à la fin d'août, de six à huit heures du matin, je conduisais mes élèves aux lits des malades et dans un salon attenant, je faisais mes observations sur les cas qui me paraissaient particulièrement instructifs. Quelquefois je leur donnais aussi des leçons sur les maladies des femmes. Je pouvais compter que ces cours particuliers me rapportaient mille florins par an.

En vouant cinq heures par jour à l'hôpital et aux leçons, il me restait encore assez de temps pour mes travaux littéraires. On m'avait recommandé comme aide un certain Joseph Eyerel, docteur en médecine et éditeur des oeuvres posthumes de Stoll. Je m'en servis effectivement pendant quelques semaines, mais bientôt je me vis obligé de me débarrasser de cet homme cra-

puleux, paresseux et exigeant. Je mis d'alors la dernière main à mon ouvrage intitulé: *Ratio instituti clinici Ticinensis, a mense Januario usque ad finem Junii MDCCXCV quam reddit Josephus Frank, Praefatus est Joannes Petrus Frank. Viennae 1797.*

Cet ouvrage fut réimprimé à Pavie ¹⁾, et traduit en allemand ²⁾ par un de mes plus zélés auditeurs et sincères amis, dont j'eus bientôt à déplorer la mort.

Voulant faciliter la propagation de la doctrine de Brown, par un ouvrage qui l'éclairât et le modifiât, je publiai: *Erläuterungen der Brownischen Arzneylehre* ³⁾, ouvrage qui eut du succès, et, dont il parut une contrefaction ⁴⁾. Malgré cela, Class, mon libraire, ne tarda pas à m'en demander une nouvelle édition, qui fut, pour ainsi dire, un nouvel ouvrage ⁵⁾. Tenant un juste milieu entre les principes de Brown et ceux de ses adversaires, que je tâchais de concilier, mon travail eut une approbation générale, et peut-être plus sincère chez ces derniers que chez les Brownistes. Weickard, du moins, et Röschlaub prétendirent que j'avais fait trop de concessions, et me traitèrent d'apostat.

Les Brownistes orthodoxes avaient été beaucoup plus satisfaits de deux autres de mes ouvrages, qui précédèrent la seconde édition de celui dont je viens de parler. Le premier rendait compte du *typhus* qui avait régné en 1796, parmi les élèves de la clinique de Vienne, avec quelques réflexions sur cette maladie, et fut inséré dans un recueil d'observations pratiques de Mr. Weickard ⁶⁾ et traduit en italien avec des notes ⁷⁾. Le second en forme de lettre adressée à Mr. Röschlaub, de Bamberg, et insérée dans son magasin ⁸⁾, était dirigé contre un opuscule de Hufeland: *sur la fièvre nerveuse et ses complications*. Cet auteur avait en vue de découvrir les erreurs que la doctrine de Brown répandait sur le traitement de ces fièvres et il avait certainement raison, quant au fond de la chose; mais il s'y prit si mal et découvrit tellement son faible, savoir sur l'art de formuler des recettes, que j'eus beau jeu.

Hufeland n'avait certainement pas été préparé à une pareille attaque de la part du fils d'un de ses amis. Aussi m'avoua-t-il plus tard, qu'il en avait été profondément affligé. La toxicologie m'ayant toujours inspiré un intérêt particulier, cette science n'ayant pas depuis longtemps été présentée sous un

¹⁾ Editio italica, animadversionibus locupletata, curante V. Brera. Ticini 1797.

²⁾ Heilart in der klinischen Lehranstalt zu Pavia. A. d. L. Übersetzt mit Anmerkungen von Dr. Schaeffer in Ulm. Vienne 1797.

³⁾ Heilbronn 1797.

⁴⁾ Par le pirate Wappler, de Vienne.

⁵⁾ *Erläuterungen der Erregungs-Theorie*. Heilbronn 1803.

⁶⁾ Beschreibung des Nervenfiebers, das unter den jungen Aerzten welche die praktische Schule in Wien besuchen, gegen Ende des Jahres 1796 geherrscht hat; nebst einigen Bemerkungen über die Behandlung des Typhus von Joseph Frank; gedruckt in der Sammlung Medic. Pract. Beobachtungen herausgegeben von Weickard. Ulm. 1798.

⁷⁾ Osservazioni intorno alla febbre nervosa la quale ha regnato nell'anno 1796 presso i giovani medici che frequentarono la scuola clinica di Vienna. Trad coll'aggiunta di varie annotazioni del Dr. G. Malfatti, medico dell'ospedale di Vienna.

⁸⁾ B. 3. St. 3.

aspect systématique; et les doctrines médicales du jour et surtout les nouvelles découvertes en chimie, ayant dû en faire changer entièrement la face, je crus bien faire, en publiant un Abrégé de Toxicologie ¹⁾. Je ne m'étais point attendu au succès qu'eut cet ouvrage, dont deux éditions furent bientôt épuisées ²⁾. Je parlerai plus tard des motifs qui m'empêchèrent d'accéder au désir de mon libraire d'en publier une troisième. Les premières éditions eurent l'honneur d'une traduction française ³⁾ et d'une italienne.

Trouvant un jour parmi les papiers de mon père les cahiers qu'il donna à Pavie sur les *devoirs des médecins*, il me proposa d'en profiter pour écrire sur ce sujet. Je lui répondis que, suivant moi, les médecins avaient déjà été assez sermonnés par Gregory, Ploucquet et tant d'autres et qu'il voudrait peut-être mieux de faire bien connaître au public les devoirs du médecin. J'ajoutai: „L'on a observé qu'un public connaisseur du théâtre formait les acteurs; un public bien instruit de ce qu'il a le droit de prétendre des médecins, ne les formerait-il pas aussi?“. Mon père ayant goûté cette réflexion, je publiai le: *Guide pour la connaissance et le choix du médecin* ⁴⁾. Quoique écrit avec assez de verve et qu'on le crût digne d'être traduit en italien ⁵⁾, cet opuscule fit peu d'impression sur le public et sur les médecins de Vienne. Il m'attira néanmoins quelques nouveaux ennemis parmi ceux qui croyant leur défauts peints avec des couleurs assez vives, crurent s'y reconnaître. D'autres supposant que j'avais eu en vue leur éloge et partageant mes opinions, se lièrent davantage avec moi.

Ce fut à ceux-ci, que je proposai de se réunir pour publier un *Almanach de santé*. Nous dédiâmes le premier volume ⁶⁾ à mon père, et nous l'ornâmes du portrait de Brown. Les matières assez bien choisies, excitèrent un intérêt général. Le premier volume contenait:

La Biographie de John Brown et le sort de sa doctrine; par Joseph Frank.

Quelques vers d'un poème héroïco-comique, intitulé: *The Brunoniade*, traduit de l'anglais en allemand, par Ratshky.

Sur la vaccination par le docteur de Carro.

Des causes de la fréquence de la phthisie pulmonaire dans les grandes villes et particulièrement à Vienne, et des moyens de les éviter; par le docteur Martin Schmidt.

De l'influence de l'habillement actuel des femmes sur leur santé, par Joseph Frank.

Sur le sens attaché aux mots *curare* et *sanare*, par I. A. Schmidt, professeur à l'Académie médico-chirurgicale de Vienne.

¹⁾ Handbuch der Toxicologie oder der Lehre von Gift und Gegengift nach den Grundsätzen der Brown'schen Arzneylehre und der neuern Chemie. Wien 1800.

²⁾ L'an 1801.

³⁾ Joseph Frank manuel de Toxicologie, ou doctrine des poisons et de leur antidotes Trad. de l'allemand par Vrancken. Auvergn. 1803.

⁴⁾ Anleitung zur Kenntniss und Wahl des Arztes, für Nichtärzte. Wien. 1800.

⁵⁾ Guida per la scelta del medico.

⁶⁾ Gesundheitstaschenbuch für das Jahr 1801 Von einer Gesellschaft Wiener Aerzte.

De l'influence de la chaleur et du froid sur la conservation de la santé et sur la guérison des maladies. Par Werner, Protomedicus de la Basse Autriche.

De l'influence des odeurs sur le corps humain, par Th. Cappellini, médecin assistant de la clinique de Vienne.

Des cures du printemps par le docteur Rath, ci devant professeur de pathologie à l'université de Cologne.

Fragments sur le régime à suivre en hiver, par le docteur Wagner, médecin à Vienne.

De l'influence de l'habitude, relativement à l'usage de la saignée et des purgatifs, par le docteur Malfatti.

Histoire d'une femme, d'ailleurs bien portante, avec un trou dans l'estomac, visible à l'extérieur, par le docteur Jacques Holm, de Vienne.

Sur la mortalité à l'hôpital général de Vienne, par Joseph Frank.

Cet almanach, ayant eu beaucoup de succès, le libraire en désira la continuation ¹⁾. Nous y plaçâmes le portrait de J. P. Frank, et nous le dédiâmes à Weickard. En voici la table des matières.

Auto-biographie de Jean Pierre Frank.

Avertissement sur l'abus des émétiques, des purgatifs et de la saignée, par le docteur Bremmer, de Vienne.

La blondine clairvoyante, par J. A. Schmidt.

Quelques avis sur le soin des malades, par le docteur Jean Höger, médecin de l'hôpital de Vienne.

Des soins à donner à l'organe de l'ouïe par le docteur Malfatti.

Fragment de la charlatanerie, ou annonce d'un médecin dans une feuille publique, par Joseph Frank.

Avis sur quelques préjugés relatifs au diagnostic de la rage et au danger de la morsure des animaux enragés; par François Hürtel, chirurgien de l'hôpital de Vienne.

Des maladies des artistes et des artisans; par le docteur Wagner.

De l'usage du vin, par le docteur Cappellini.

Ayant eu quelques désagréments dans la rédaction du second volume de l'Almanach, qui me coûta plus de temps et de peine, que si je l'avais entièrement composé, je me déterminai à prendre sur moi seul la publication du troisième (1803). Je l'enrichis d'un portrait d'Edouard Jenner, parfaitement ressemblant; je le dédiai à Mr. Röschlaub, qui avait passé de l'Université de Bamberg à celle de Landshut, et j'y insérai les articles suivants.

Observations sur l'abus des bains de Baden, près de Vienne.

Sur le régime des femmes.

Médecin anglais, chirurgien français, apothicaire allemand.

Sur la conservation de la peau.

Guérison d'un hypochondre.

Quelques mots sur le mouvement et le repos.

¹⁾ Gesundheits-Taschenbuch für das Jahr 1802.

De la constipation.

Histoire d'un terrible empoisonnement.

Doit-on saigner les femmes enceintes?

Notice d'un remède pour se garantir de la contagion (les fumigations d'acide nitrique).

Consultation médicale.

Sur l'ouvrage du docteur Conrad Scherr.

Apteka XX. Dominikanów, później Zeydlerowska „pod Łabędziem” w Wilnie.

Na jednej z ostatnich licytacji bibliofilskich w Wilnie Wileńskie Towarz. Farmaceutyczne nabyło od p. Kazimierza Zeydlera dwa następujące dokumenty oryginalne, dotyczące nieistniejącej już Apteki Dominikańskiej:

I. *Przywilej na utrzymywanie Apteki Lekarskiej Wielebnym XX. Dominikanom Konwentu Wileńskiego przy kościele Św. Ducha mieszkającym Confertur.*

Napisany na papierze form. 38¹/₂ × 23¹/₂ ctm., karty 2, we współczesnej oprawie skórzanej.

„Stanisław August z Bożej Łaski Krol Polski, Wielki Xiążę Litewski, Ruski, Pruski, Mazowiecki, Żmudzki, Kijowski, Wołyński, Podolski, Inflancki, Smoleński, Siewierski y Czernichowski.

Oznajmiamy tym Listem Przywileiem Naszym wszem w Obec y Każdemu z Osobna Komu o tym wiedzieć należy. Na pilnym mamy baczeniu Oycowskiej Naszey pieczołowitości iako wiele na tym Publicae Salubritati zależy, ażeby po Miastach y Miasteczkach Naszych naydujące się Apteki doskonałemu powierzone były rządowi. Ku temu więc zmierzając końcowi, kiedy Wielebni XX. Dominikanie Konwentu Wileńskiego, przy koście[le] S^o Ducha mieszkający, do tey się Publiczney offiaruiąc usługi suplikowali Nam przez Panow Rady przy Boku Naszym będącey, ażebyśmy onym w Mieście Naszym Wilnie przy ichże Klasztorze ze wszelkiemi do konserwacyi zdrowia Ludzkiego Medykamentami (sic.) Aptekę Publiczną mieć y utrzymywać pozwolili; My do p[rośb] wyrażonych łaskawie się skłoniwszy niniejszym Listem Przywileiem Naszym iak nayzupełnieysze na takową Aptekę Prawo, moc y pozwolenie dajemy, z tym tylko warunkiem ażeby przerzeczone wyżej Medykamenta et omnis tituli lekarstwa ad Regulas Medicinae należycie sporządzać[,] one iak naylepiey konserwować y nic zdrowiu ludzkiemu szkodliwego nie wydawać starali się y obowiązani byli. Wolni zatym y mocni będą powagą terazniejszego Przywileiu takową de super opisaną Aptekę przy kos[ciele] y klasztorze S^o Ducha omni modo mieć[,] utrzymywać[,] administrować,

Medykament (sic) z niego zbywać[,] wydawać (zachowując jednak do Publicznego Doktora według Prawa Rewizyjnego) y dalsze przyzwolone z Prawami Kraiowemi zgodne obowiązywać się czynić, Profitów wynajdować bez żadnej od kogokolwiek przeszkody. Salvis Oneribus Reipublicae tudzież Wszystkie Prawa Nasze Krolewskie Rzplite y Kosciola S^o Katolickiego nie naruszenie zachowując. Na co dla lepszej Wiary Ręką Naszą podpisawszy Pieczęć W^o X^a Litt^o przycisnąć rozkazaliśmy. Dan w Warszawie Dnia XXVIII Miesiąca Februarii Roku Pańskiego MDCCLXXVII. Panowania Naszego XIII Roku.

(—) *Stanisław August Krol.*

(—) *Michał Nagurski Piecz.[ęci] Mn.[iejszej] WXLit^o Sekretarz*.

Pieczęć mniejsza litewska wyciśnięta na samym przywileju.

Na odwrocie: „Roku 1777 Miesiąca Nowembra Dwudziestego Osmego Dnia Stanowczy Osobiście u Sądu Tłtu Głto Wgo Xstwa Littgo Patron W.I.P. Thadeusz Korsak Podczas[yc] W-a Połocgo takowy Przywilej ad Acta podał.

(—) Józef Judycki Strażnik Wielki y Mar. Trybu. Głto WXLitt.

(—) Antoni Tyzenhauz Chr. WW. Pisarz Trłt u Głto WXLitt.

(—) Concordatum Cum Actis Ignacy Middleton Trybłtu Głto W^o Xtt^a Litt^o Regent“.

II. *Akt sprzedaży apteki przez Dominikanów Prowizorowi Janowi Zeydlerowi.*

„Ja Benedykt Aginowicz Przeor w Imieniu całego Konwentu moiego XX. Dominikanów Wileńskich S-go Ducha niżej na podpisaniu wyrażony czynię wiadomo tym moim Zrzecznym Assekuracyjnym Dokumentem danym JP. Janowi Zeydlerowi Prowizorowi na to: iż gdy Konwent mój znacznym kosztem założoną w obrębie murów Klasztornej Apteki y należycie uporządkowaną dalej utrzymywać y nią się zatrudniać nie chce; przeto wyż wzmienionemu JP. Zeydlerowi wszelkie Lekarstwa preparowane y in crudo znajdujące się, oraz połowę Ziół w Ogrodzie Botanicznym będących, Naczynia szklane, Cynowe, Farfurowe, Moździerze, Alembiki, Kociołki, Wagi, Szaffy, Stoły y to wszystko, co się do tej Apteki należy, na zawsze za Sumę Siedm Tysięcy Pięćset Złotych Polskich № 7500. odstępuję—Takowe Lekarstwa, naczynia, oraz Szaffy w inne miejsce przenieść, lub w tymże klasztorze y miejscu, za opłatą Arędy (w wydać się mającym na pewne Lata przy opisanych Warunkach Kontrakcie) wyrażoney, utrzymywać, tudzież połowę ziół do innego Ogrodu przesadzać dozwalam — Prawo i wolność utrzymywania Apteki Konwentu, oraz Przywilej Konwentowi służący odstępując do rąk Jegomości oddałem; tak też naysolenniejsz uręczam, iż ani Ja czynić nie mam, ani Następcy Moi oraz całe Zgromadzenie żadnej Prepedycyi czynić nie będzie, najmocniej tak Ja Sam z Osoby Moiej iako też w stopniu Całego Konwentu nayuroczyściej zabezpieczam — który to Wieczysty Assekuracyjny oraz Zreczny Dokument przy uproszonych WWJPP. Pieczę-

tarzach własną podpisuję Ręką. Datt w Wilnie Roku Tysiąc Ośmset Trzeciego, Miesiąca Decembra Siedmnastego Dnia.

(—) X. Benedykt Aginowicz Przeor Wileński Dominikański mp. Ustnie y oczewisto proszony Pieczętarz... podpisuję się Ignacy Gawroński L. T. Komor. Trocki mp.

Prawnie proszony za Pieczętarza... podpisuję się (—) Stanisław Borkowski.

R^u 1803 Decembra 18 dnia. Na skutek takowego Dokumentu. że WJ. Pan Jan Zeydler opłacił Konwentowi Wileńskiemu Dominikańskiemu Czerwonych Złotych Trzysta Dziewięćdziesiąt Cztery y Złotych Czternaście, licząc Dukat po Złotych Dziewięćnaście z tym zastrzeżeniem, iż jeżeli niewyda onych Klasztor po Złotych Dziewięćnaście, tedy monetą srebrną kursującą wspomnianą Summę WJ. Pan Zeydler opłacić jest winien, kwitując zaświadcza.

(—) X. Benedykt Aginowicz Przeor Dominikański Wileński mp 1804. Septembra 5. Dnia. Ponieważ klasztor pomienione Czerwonych Złotych Trzysta Dziewięćdziesiąt Cztery wyekspensował po Złłch Dziewięćnaście, więc już do WJ. Pana Zeydlera żadnej niema pretensyi, zaświadczaając podpisuję się

(—) X. Benedykt Aginowicz Przeor mp.“.

Wreszcie aktykacja dokumentu d. 7.IX 1804 r. osobiście przez ks. Aginowicza w Sądach Burmistrzowskich Radzieckich w Wilnie wykonana.

Po śmierci Jana Zeydlera aptekę odziedziczył syn jego Ludwik, który też przeniósł ją w roku 1850 z domu XX. Karmelitów przy ul. Niemieckiej do domu również karmelitańskiego na Imbary naprzeciwko ratusza (Ostrobramska 2, róg Subocz), jednocześnie nadając jej godło „*Pod Łabędziem*“.

Okragłe 106 lat dawna apteka dominikańska przetrwała w rękach rodziny Zeydlerów, zanim w r. 1909 syn Ludwika a wnuk Jana, Józef Zeydler sprzedał ją Janowi Rodowiczowi, do dnia dzisiejszego nią władającemu.

Takie są dzieje 150-cioletniego istnienia w Wilnie apteki „*Pod Łabędziem*“.

Michał Brensztejn.

Protokół

Nadzwyczajnego Walnego Zebrania Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Z dnia 13 czerwca 1928 roku.

Przewodniczący Wice-prezes generał D-r Klott otwiera zebranie w drugim terminie, t. j. o godzinie 20-tej. Obecnych członków 27.

Na porządku dziennym sprawa wyboru na członka honorowego D-ra Gracjana Stanisława Peszyńskiego. Zebranie, pragnąc w dzień pięćdziesięciolecia zawodowej pracy jubilatą, dać wyraz swemu uznaniu dla jego zasług względem Towarzystwa, którego był wice-prezesem i na którego posiedzenia pilnie uczęszczał, wygłaszając szereg interesujących odczytów, oraz biorąc żywy udział w dyskusjach i obradach, jednomyślnie wybiera go na członka honorowego.

Sekretarz: (—) D-r K. Pawłowski.

Protokół

Zwyczajnego Naukowego Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Z dn. 13 czerwca 1928 r. (o godzinie 20 m. 30).

Przewodniczy wice-prezes gen. D-r Klott.

Obecnych członków — 27, gości — 7.

I. Protokół poprzedniego zebrania odczytany i przyjęty.

II. D-r Józef Kucharski przedstawia chorych z oddziału chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba.

1) Przypadek pierwszy dotyczył chorego 18-letniego, który od trzech tygodni leczył się na oddziale wewnętrznym z powodu wrzodu okrągłego żołądka. Nagle 31.V b.r. po spożyciu obiadu dostał gwałtownych bólów w jamie brzusznej z zatrzymaniem gazów. Brzuch wzdęty, tętno 120, ciepłota normalna, wymiotów, nudności brak. Operacja natychmiastowa. Otwarto jamę brzuszną w linii środkowej od góry do pępka. Stwierdzono płyn wolny oraz balonowaty twór o rozmiarach 40×30 cm., który się okazał żołądkiem silnie rozszerzonym i wypełnionym treścią. Przebicia nie stwierdzono. Za pomocą zgłębnika wydobyto $1\frac{1}{2}$ litra treści. Po zapadnięciu się żołądka stwierdzono bliznę tuż przy odźwierniku na przedniej jego ścianie. Jelita cienkie okazały się rozdęte — przekrwione, grube zaś zapadnięte. Nasada kreski jelit cienkich wykazywała guz skręcony spiralnie. Po odkręceniu o 180° kreska ułożyła się normalnie. Jamę brzuszną zaszyto. Przebieg pooperacyjny dobry. Mieliśmy więc do czynienia ze skrętem jelit cienkich i następową ostrą rozstrzenią żołądka.

2) Przypadek drugi. Chory 36 lat, dostarczony przez Pogotowie z raną cięto-kłutą brzucha w okolicy wyrostka mieczykowatego, nieco w prawo od l. środkowej, nie krwawiącą przy ruchach oddechowych. Brzuch nieco wzdęty,

więcej w podbrzuszu, niebolesny, nie wykazuje wolnego płynu. Ciepłota normalna, tętno 84. Gazy oddaje z pewną trudnością. Mimo tego dobrego stanu postanowiono skontrolować ranę pod narkozą; przedłużono ją w l. środkowej i stwierdzono krwotok do jamy brzusznej. Cięcie powtórnie przedłużono do pępka. Stwierdzono ranę kłutą lewego płatu wątroby, przechodzącą na wylot. Wlot i wylot zamknięto szwami katgutowymi. Między szwy włożono kawałek wyciętego mięśnia prostego i przerzucono sieć. Ranę brzuszną zaszyto na głucho. Przebieg pooperacyjny dobry. Stąd wniosek, że można w pewnych razach przy obrażeniach wątroby, zwłaszcza ranach kłutych, obejść się bez tamponady.

3) Preparat wyrostka robaczkowego usunięto z powodu appendicitis gangraenosa.

W dyskusji D-r Trzeciak wskazuje że przypadek, zademonstrowany przez prelegenta służy jako potwierdzenie możliwości zaszywania jamy brzusznej na głucho w razie rany kłutej wątroby. Co do pierwszego przypadku, to mówca podnosi zasługę prelegenta, że skontrolował jamę brzuszną, gdyż skręt jelit cienkich należy do schorzeń śmiertelnych.

III. Doc. D-r Abramowicz: „Powikłania oczne przy znieczuleniach rdzeniowych“. Praca ukaże się w druku.

Dyskusja. Prof. Szmurło zaznacza, że sprawa poruszona przez prelegenta nie przestaje być aktualną. Mówca zwraca uwagę na innego rodzaju powikłania, przytaczając dwa przypadki, w których po nakłuciach lędźwiowych nastąpiło porażenie ośrodka oddechowego i śmierć.

IV. D-r Lewande: „Wypadek ropnia mózgowego pochodzenia usznego“.

W dyskusji Prof. Szmurło: Rozpoznanie ropni mózgowych bywa nieraz trudne, gdyż objawy ogólnie nie są charakterystyczne, chorzy są często nieprzytomni. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego odgrywa znaczną rolę, choć i ono może dać fałszywe wskazania. Dodatkowe metody badania nic właściwie nie dają. Co do leczenia, to wyniki dotąd otrzymywane, są przeważnie fatalne; nie-rzadko się zdarza, że nawet po upływie roku powstają nowe ropnie. Zdaniem mówcy rokowanie będzie tem lepsze im dłużej trwa ropień. Wówczas może się wytworzyć membrana limitans.

• D-r K. Pawłowski.

Protokół

Posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego.

W dniu 17 X. 1928 r.

Przewodniczący Prof. Dr. St. Trzebiński.

Obecnych 26 członków T-wa oraz 31 gości.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytany i przyjęty.

II. Prof. K. Michejda pokazuje inwalidę lat 30, któremu w wieku lat 16 amputowano z racji nieszczęśliwego wypadku obie ręce na wysokości pół,

przedramienia lewego i $\frac{1}{3}$ prawego. Dzięki umiejętnemu kierownictwu pedagogicznemu w okresie pooperacyjnym (Klinika Chirurgiczna Krakowskiego U-tu), głównie zaś dzięki chęci, silnej woli i wytrwałości chorego, wydoskonalił on sprawność fizyczną organizmu do tego stopnia, że obywając się obecnie bez protez, spełnia wszystkie niemal czynności życia codziennego, korzystając wyłącznie z odpowiednio wygimnastykowanych kikutów. Czynności tego rodzaju, jak jedzenie, pisanie (kaligraficzne), golenie się, ubieranie i rozbieranie się, ba, nawet sznurowanie bucików, nie przedstawiają dla demonstrowanego zgoła żadnej trudności.

Dyskusja: Dr. J. Pióro, uczestnicząc w komisji dla inwalidów, w swych orzeczeniach co do niezdolności do pracy nie kieruje się wyłącznie literą prawa lecz uwzględnia również możliwość przystosowania się organizmu do nowych warunków wskutek kalectwa.

III. Prof. K. Michejda wygłosił: „Z dziedziny chirurgji kamicy żółciowej“, Część I.

IV. Mag. chem. M. Rubinsztejn (z Zakładu Fizjologii U. S. B.) mówił na temat: „O zmianach we krwi (w szczególności azotu niebiałkowego i leukocytów) występujących po trawieniu“.

Prelegent badał jednocześnie ze zmianami leukocytów także zachowanie się azotu niebiałkowego we krwi: stwierdził przytem, że po wprowadzeniu do przewodu pokarmowego mleka, jak również innych ciał obojętnych i niebiałkowych, we krwi następują zmiany stężenia N—niebiałkowego, zarówno zwiększenie się jego, jak i zmniejszenie. Nawet ten sam ustrój może rozmaicie reagować na bodźce trawienne. Stałym natomiast jest stosunek tych zmian do wahań wodnistości krwi: zawartość N — resztkowego zachowuje się zupełnie równolegle względem zawartości wody. Stąd nasuwa się przypuszczenie, że te trawienne zmiany N — resztkowego są wywoływane przez prąd cieczy ustrojowych. W dalszym ciągu prelegent stwierdził, że leukocytoza trawienna idzie zawsze w parze ze zwiększeniem zawartości we krwi wody i N — resztkowego; natomiast przy odwrotnych zmianach tych składników we krwi — niema nigdy leukocytozy, lecz bywa raczej pewna leukopenja.

Można więc ustalić dwa typy reakcji trawiennej we krwi: jeden ze zmniejszeniem zawartości wody i N—niebiałkowego oraz leukocytozą, drugi — o zespoleniu zmian przeciwnych i z leukopenją.

Po uprzednim podaniu pilokarpiny występuje stale typ drugi, po adrenalinie—typ pierwszej reakcji trawiennej: zaś ustrój normalny, nie będący w stanie ani wybitnej wago-tonji, ani sympatykotonji, wykazuje wielką zmienność reakcji trawiennej, zależnie podobnie od każdorazowego stanu układu roślinnego. Stąd wynikałoby, że przez określenie typu reakcji trawiennej możnaby wnosić o stanie czynnościowego układu roślinnego. Badając krew z żyły wrotnej i wątrobowej, prelegent doszedł do wniosku, że procesy wymienne tkanekowo-naczyniowe odbywają się w wątrobie.

Dyskusja: Dr. K. Pawłowski uważałby, że prelegent użył w tytule swego

odczytu niewłaściwie zwrotu „po trawieniu“, gdyż jak wynika z odczytu, doświadczenia robiono już w 10—20 minut po podaniu pokarmu.

Ponadto prosi on o wyjaśnienie, czem się tłumaczy niejednokrotne występowanie zmian we krwi, omawianych przez prelegenta, nieraz w tym samym ustroju.

Prelegent w odpowiedzi zaznaczył, że jak się już zastrzegł, jedynie przez analogję do leukocytozy trawiennej przez „zmiany trawienne i występujące po trawieniu“ rozumie zespół zmian we krwi, następujących wogóle po wprowadzeniu różnych ciał do przewodu pokarmowego. Nie przesądza przytem sprawy zależności tych zmian od właściwych procesów trawienia: chodzi tu raczej, jak wynika z pracy, o samo podrażnienie przewodu pokarmowego, wywołujące zmiany we krwi.

Nieprawidłowość i niestałość reakcji trawiennej ustroju normalnego tłumaczy się tem, że brak tu przewagi jednego z układów antagonistycznych roślinnych. Natomiast reakcja ta ustala się w typie I bądź II, po uprzednim podaniu pilokarpiny, wzgl. adrenaliny.

Dr. E. Czarnecki.

Protokół.

Posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego.

Dnia 31 października 1928 r.

Obecnych członków — 27, gości — 26-ciu.

Przewodniczący na początku Prezes Prof. Januszkiewicz, później Wiceprezes D-r Szabad.

Prezes zawiadamia o stracie Towarzystwa z powodu zgonu Członka honorowego ś. p. D-ra Ludwika Czarkowskiego, w krótkich słowach podnosząc zasługi zmarłego, jako lekarza i obywatela. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie, poczem Prof. St. Trzebiński wygłosił wspomnienie pośmiertne, które wraz z podobizną zmarłego zostało umieszczone w zeszycie V Pamiątka Wileńskiego T-wa Lekarskiego.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu poprzedniego zebrania, oraz po odczytaniu bieżącej korespondencji — prof. Michejda wypowiedział drugą część odczytu p. t. „Z dziedziny chirurgji kamicy żółciowej“.

W dyskusji D-r Jabłonowski w sprawie wpływu ciąży i położu na powstawanie kamicy zaznacza, że pogląd, wypowiedziany przez prelegenta, jakoby ciąża nie odgrywała pod tym względem żadnej roli, wydaje się być sprzecznym z tem, co obserwujemy w życiu. Zresztą wiadomo, że podczas ciąży występują w ustroju głębokie zaburzenia w gospodarce wodnej i cholesterynowej. Mówca powołuje się na spostrzeżenia Wendy z Pragi o nienormalnem ustawieniu woreczka żółciowego i wybitnej cholesterynemji podczas ciąży. Co do nawrotów kamicy po operacji, mówca spotykał się parokrotnie z niemi i tłumaczy to powstawaniem kamieni w wątrobie. W końcu mówca podkreśla znaczenie wyboru odpowiedniej metody operacyjnej.

Dyskusja D-r Wirszubski: W swym obszernym referacie, prelegent przytoczył przypadki, które zostały rozpoznane jako kamica żółciowa, natomiast w trakcie operacji kamicy nie wykryto. Takie spostrzeżenia pierwszy opublikował Bergman. Nasuwają one refleksje co do rozpoznania wagotonji.

Pod wagotonją rozumiemy wzmożoną wrażliwość układu parasympatycznego z przewagą nad systemem sympatycznym. Ta przewaga może również się zaznaczyć w obrębie czynności wątroby, uwydatniając się kompleksem objawów, przypominających napady kamicy żółciowej.

W związku z tem godzi się nadmienić, że przy rozpoznaniu różnicowym pomiędzy cholecystitis, nephrolithiasis, appendicitis i złośliwym nowotworem, nie należy zaniedbywać myśli o wagotonji.

Sądzę, że w takich wątpliwych zagadnieniach zachodziłoby wskazanie posługiwania się cholecystografią, której doniosłe znaczenie proklamowano na niedawnym zjeździe rentgenologów w Sztokholmie.

D-r Zarcyn zaznacza, że jak widać z piśmiennictwa amerykańskiego ostatnich czasów, wyniki operacyjnego leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego, pogorszyły się znacznie z tego powodu, że obecnie mniej dyskutuje się w tej sprawie. W kwestji schorzeń dróg żółciowych na ogół nigdy nie było zbyt ożywionej dyskusji, choć wielu rzeczy jeszcze nie wyjaśniono. Nad wypadkami śmierci z powodu powikłań kamicy żółciowej przechodzimy do porządku dziennego, chociaż śmiertelność nie jest mała. Na podstawie doświadczenia własnego mówca stwierdza, że w wypadkach nie powikłanych i dość wcześnie operowanych, wyniki na ogół bywają doskonałe, niestety z rąk internistów chirurdzy otrzymują chorych późno, w stanie ciężkim, często z długotrwałą żółtaczką, wskutek czego czynność wątroby staje się bardzo upośledzoną, i rokowanie w takich wypadkach bywa znacznie gorsze. Mówca przytacza jako przykład chorą z ciężką żółtaczką, trwającą od 4 miesięcy. W przeddzień operacji dokonano jej przetaczania krwi, pomimo to, podczas zabiegu operacyjnego krwawienie ze wszystkich tkanek było tak silne, że po kilku godzinach chora zmarła. Ten i wiele podobnych przypadków utwierdza mówcę w przekonaniu, że wysoki stosunkowo odsetek śmiertelności wynika ze zbyt długiego zwlekania z operacją. W końcu jeszcze mówca nadmienia, że według źródeł amerykańskich, w wypadkach tak zw. „kamicy żółciowej bez kamieni” nawroty po operacji bywają znacznie rzadsze, niż w rzeczywistej kamicy.

W odpowiedzi prof. Michejda zaznacza, że mówiąc o braku wpływu ciąży na powstawanie kamicy, opierał się wyłącznie na własnym materiale. Prelegent nie jest skłonny do uważania zastoiny żółci za czynnik usposabiający do wytwarzania się kamieni, gdyż wielokrotnie miał możność obserwowania znacznej zastoiny przy zupełnym braku kamieni, wreszcie, mówiąc o żółtaczkach, miał na myśli tylko żółtaczkę retencyjną.

D-r K. Pawłowski.

P r o t o k ó ł Posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego.

Z dnia 14 listopada 1928 roku.

Przewodniczący Prezes Prof. A. Januskiewicz.

Obecnych członków Towarzystwa — 26, gości — 18.

- I. Przewodniczący wyraża żal z powodu śmierci członka Towarzystwa ś. p. D-ra Władysława Szengrubena. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.
- II. Prof. St. Trzebiński daje garść wspomnień z życia ś. p. D-ra Władysława Szengrubena.
- III. Odczytanie i przyjęcie protokołu poprzedniego posiedzenia.
- IV. Przewodniczący w dziale spraw administracyjnych odczytuje:
 - a) pismo Kom. Organ. o mającej się odbyć w Poznaniu w dniu 18 b.m. uroczystości z racji 40-lecia istnienia „Nowin Lekarskich”. Postanowiono wysłać telegram.
 - b) Pismo Wojewódzk. Urzędu Zdrowia o wakującej posadzie lekarza powiatowego w Nowogrodzku.
 - c) Sekretarz stały informuje o tem, że porządkowanie biblioteki Towarzystwa zbliża się ku końcowi, wobec czego sala biblioteczna będzie otwarta dla członków codziennie od godz. 16—18.
 - d) Kierując się chęcią nawiązania tradycji lat ubiegłych, przerwanej dzięki kataklizmom wojennym, sekretarz stały T-wa prosi członków o wypełnienie kwestjonariuszy, mających zilustrować pracę zawodową, społeczną i naukową wszystkich członków.
- V. Prof. D-r J. Szmurło wygłasza: Uwagi o twardzieli z punktu widzenia klinicznego i anatomo-patologicznego. (Praca przeznaczona do druku).

Dyskusja: D-r B. Hanusowicz zapytuje, czy wobec chronicznego przebiegu twardzieli nie obserwuje się powikłania tego cierpienia przez wytwarzania się procesu nowotworowego, np. mięsaka.

Prof. K. Opoczyński. Zakład Anatom. Pat. U. S. B. w ciągu swego istnienia rozporządzał niewielką liczbą przypadków twardzieli. Sądząc ze statystyki innych zakładów uniwersyteckich polskich (Lwów), choroba ta w innych dzielnicach Polski jest więcej rozpowszechniona. Daleko częściej obserwował ją też w swoim czasie mówca na południu Rosji (okolice Kijowa). Odnosnie do obrazu anatomo-patologicznego twardzieli, nie uważałby mówca, jak to się nieraz twierdzi, by obecność dużej liczby komórek Mikulicza świadczyła o chroniczności przebiegu cierpienia.

D-r F. Świeżyński — obserwuje w swej praktyce od r. 1896, kiedy to w Towarzystwie Lekarskiem Wileńskim demonstrował przypadek twardzieli, rocznie 2—3 chorych. Co do małego zainteresowania się lekarzy prowincjonalnych tą postacią chorobową, uważa, iż być może, wpływa na to niejednokrotnie nieumiejętność właściwego rozpoznania.

D-r S. Lewande — stwierdza, zgodnie z prelegentem, że liczba przypadków twardzieli stopniowo, lecz stale w naszym kraju się powiększa; dowodzą tego fakty stwierdzające, że o ile przed wojną mówca obserwował tę chorobę tylko w pewnych okolicach (pow. Dziśnieński, Oszmiański i Święciański), w dobie powojennej zwracali się już chorzy i z innych okolic, dotychczas tem cierpieniem, jakby się zdawało, niedotkniętych (pow. Nowogródzki i Baranowicze); ponadto ostatnimi czasy notowano przypadki twardzieli wśród ludności żydowskiej, czego dawniej zgoła nie obserwowano. Walka z tem cierpieniem, które uważa za zakaźne, byłaby racjonalna jedynie w drodze przepisów i zarządzeń państwowych. W swej praktyce prywatnej obserwuje D-r Lewande przeciętnie od 3—4 przypadków rocznie, posiadając obserwacje, dotyczące jednoczesnego występowania twardzieli u 2 członków tej samej rodziny. Ostatnio miał on przypadek twardzieli w początkowym stadium rozwoju u 17—18-letniej panny, u której stwierdzono na przegrodzie nosa galaretowatą nowotworową tkankę, nie krwawiącą przy dotykaniu; przypuszczano pierwotnie istnienie mięsaka: tkankę usunięto, po zbadaniu stwierdzono twardziel.

D-r P. Rozwadowski — obserwował w czasie swego 5-letniego pobytu w klinice krakowskiej 50—60 przypadków twardzieli. Na podstawie tego materiału odniósł wrażenie, że nigdy, nawet w przypadkach pozornie zupełnie wyleczonych, nie można mieć pewności, że nawrotu nie będzie. Wobec częstych bliznowatych zwężeń krtani w wyniku istnienia twardzieli, chorzy odznaczają się mniejszą wytrzymałością przy pracy fizycznej, a wskutek upośledzonej wentylacji dróg oddechowych, są bardziej skłonni od innych do gruźlicy.

Pojedyncze przypadki, w których można liczyć na zupełne wyleczenie, są te, gdzie niema rozległych blizn krtani.

Prof. J. Szmurło w odpowiedzi zaznacza, że nie obserwował jednoczesnego występowania raka i twardzieli.

Podkreśla następnie ważność zainteresowania się tem cierpieniem lekarzy prowincjonalnych, bowiem na prowincji głównie, wskutek opłakanych nieraz warunków higienicznych, choroba ta w ciągu ostatnich lat kilkunastu robi znaczne postępy.

Choroba ta jest niewątpliwie infekcyjną, dowodzą tego przypadki jednoczesnego jej powstawania u dwóch osób tej samej rodziny (brat i siostra, epidemia w jednym z kantonów Szwajcarii).

Ponieważ w okresie polepszania się stanu chorobowego, przy bliznowaceniu nigdy prawie nie dochodzi do wytwarzania się tkanki łącznej, a raczej występuje tkanka hyalinowa, nigdy nie można mieć pewności, że nawrotu choroby nie będzie. Powstawania gruźlicy u chorych, którzy przechodzili twardziel, nie obserwował, jakkolwiek jest to zupełnie możliwe.

D-r E. Czarnecki.

Protokół Dorocznego Walnego Zebrania Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 14 grudnia 1927 roku.

Obecnych 33 członków T-wa.

Zebranie zagaja Wice-Prezes T-wa, Dr. S. Peszyński, odczytując porządek dzienny:

- 1) Wybór przewodniczącego i sekretarza Zebrania,
- 2) Odczytanie protokołu poprzedniego Zebrania,
- 3) Sprawozdanie ustępującego Zarządu:
 - a) Sprawozdanie ogólne,
 - b) „ Komitetu Redakcyjnego Pamiętnika Tow. Lek.
 - c) „ kasowe,
 - d) „ Bibliotekarza,
 - e) „ Komisji Rewizyjnej.
- 4) Wybory Zarządu i Komisji Rewizyjnej oraz Komitetu Redakcyjnego na rok 1928.

5 Wolne wnioski.

ad 1) Na wniosek D-ra S. Peszyńskiego, na przewodniczącego Zebrania powołano jednogłośnie Prof. D-ra K. Michejdę, na Sekretarza D-ra E. Czarneckiego.

ad 2) Protokół poprzedniego Walnego Zebrania, po odczytaniu przyjęto

ad 3) Sprawozdanie ustępującego Zarządu:

- a) Sprawozdanie ogólne odczytuje Dr. K. Pawłowski,
- b) „ Komitetu Redakcyjnego odczytuje Prof. St. Trzebiński,
- c) „ kasowe odczytuje Dr. W. Bądryński,
- d) „ biblioteczne odczytuje Dr. A. Safarewicz,
- e) „ Komisji Rewizyjnej odczytuje Dr. Wł. Zawadzki.

ad 4) Na skutek zarządzonego tajnego głosowania powołane zostały do Zarządu T-wa na rok 1928 absolutną większością głosów następujące osoby:

Prezes Prof. A. Januszkiewicz (otrzymał 24 głosy),
Wice-Prezesi: Dr. C. Szabad (22 gł.), Dr. L. Klott (17 gł.),
Sekretarze: Dr. K. Pawłowski (30 gł.), Dr. E. Czarnecki (26 gł.),
Skarbnik Dr. W. Bądryński (26 gł.),
Bibliotekarz Dr. A. Safarewicz (otr. 22 gł.).

W skład Komisji Rewizyjnej weszli:

1. Dr. Wł. Zawadzki,
2. Dr. A. Wirszubski,
3. Dr. W. Bujalski.

Do Komitetu Redakcyjnego weszli:

Redaktorowie: Prof. St. Trzebiński i Prof. K. Opoczyński,
Redaktor Administracyjny—Dr. M. Minkiewicz.

Członkowie Komitetu:

Dr. L. Czarkowski, Prof. A. Januszkiewicz, Dr. C. Szabad,
 Dr. W. Jabłonowski, Prof. W. Jasiński, Prof. J. Szmurło,
 Dr. Z. Jakubowski, Dr. A. Safarewicz, Dr. A. Wirszubski.

ad 5) Na wniosek Przewodniczącego, Zebranie urządza gorącą owację u-
 stępującemu po dwuletniej owocnej pracy Wice-Prezesowi Zarządu, D-rowi S.
 Peszyńskiemu.

Sprawozdanie z działalności**Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w roku 1928.**

Na początku roku sprawozdawczego Towarzystwo liczyło 180 członków,
 w tej liczbie 38 honorowych i 42 zwyczajnych. W ciągu roku przyjęto nowego
 członka D-ra Apolinarego Rudzkiego i wybrano na członka honorowego D-ra
 Stanisława Peszyńskiego. Ubyło w ciągu roku 9-ciu członków, z których
 umarło dwóch honorowych — Dr. J. Michniewicz i Dr. Ludwik Czarkowski
 — i trzech zwyczajnych — Dr. Icek Burak, Dr. Bernard Hłasko i Dr. Włady-
 sław Szwengruben. Wyjechało czterech. Obecnie stan faktyczny wynosi: człon-
 ków 172. Honorowych 37, zwyczajnych 135.

W skład Zarządu wchodził: prezes Prof. A. Januszkiewicz, wiceprezesi
 Dr. Szabad i Dr. Klott, sekretarz stały prof. Stan. Trzebiński, sekretarze rocz-
 ni: Dr. Pawłowski i Dr. E. Czarnecki, skarbnik Dr. Bądryński, bibliotekarz
 Doc. Safarewicz. Do Komisji Rewizyjnej byli wybrani D-rzy Zawadzki, Wirszub-
 ski i Bujalski.

W ciągu roku sprawozdawczego odbyło się 17 posiedzeń naukowych.
 Prócz tego jedno Walne nadzwyczajne, na którym wybrany został członkiem
 honorowym Towarzystwa Dr. Stanisław Peszyński, oraz nadzwyczajne uro-
 czyste zebranie z udziałem przedstawicieli Duchowieństwa, Rządu, Wojskowości
 i Uniwersytetu, z okazji otwarcia w nowym gmachu kliniki ocznej.

Frekwencja członków na posiedzeniach naukowych — największa 72, naj-
 mniejsza 17, przeciętnie uczęszczało 28-miu; prócz tego uczęszczali na posie-
 dzenia goście od 9—30 osób.

Wygłoszone zostały następujące odczyty:

- 1) Dr. Stefan Kramsztyk z Warszawy. — O wodach mineralnych i sztucznych.
- 2) Dr. Dziekiewicz-Czerniewska. — Leczenie dietetyczne niedokrewności.
- 3) Dr. E. Czarnecki. — Wrażenia z podróży do Francji.
- 4) Dr. Obieziński. — O znaczeniu ruchu migawkowego strzępków jajowodu w przesuwaniu jajka do macicy.
- 5) Dr. Mahrburg. — Badania anatomo-patologiczne nad zaburzeniami odżywiania u niemowląt.
- 6) Dr. Prof. Trzebiński. — Z Archiwum Wileńskiego T-wa Lekarskiego. Projekty różnych instytucji naukowych i lekarskich.
- 7) Dr. Achmatowicz. — Ś. p. Dr. Jan Napoleon Michniewicz.
- 8) Prof. Aleksandrowicz. — Czynniki selekcji w rozwoju ontogenetycznym oraz uwagi o stosunku ilościowym dwojga płci.
- 9) Dr. Czerniewski. — Przypadek mięsaka żołądka.
- 10) Dr. Baranowski. — O wpływie dołędźwiowych wstrzykiwań starej tuberkuliny na przebieg „Menigitis tuberculosa”.

- 11) Dr. Jabłonowski. — Wskazania do operacji w ważniejszych cierpieniach jamy brzusznej.
- 12) Prof. Trzebiński. — Zarys historii okulistyki na tle dziejów T-wa Lekarskiego.
- 13) Prof. Trzebiński. — Kilka słów o metodzie wynajdywania wskazań lekarskich D-ra Tytusa Chałubińskiego.
- 14) Prof. Muszyński. — Niezgadzające się mieszaniny lecznicze.
- 15) Dr. Antoni Zalewski. — O naczyniach limfatycznych torebki stawowej u człowieka i o rezorbcji stawowej.
- 16) Dr. Zarcyn. — O sympatyko-izolacji.
- 17) Dr. Kaplan. — Insulina i schorzenia wątroby.
- 18) Prof. Muszyński. — Głóg jako nowy środek nasercowy.
- 19) Dr. Wirszubski. — Encephalopathia traumatica.
- 20) Doc. Abramowicz. — Powikłania oczne przy znieczuleniach rdzeniowych.
- 21) Dr. Szajerowicz z Łodzi. — Fizjologiczne podstawy balneoterapii w świetle nowo-
czesnych badań.
- 22) Dr. Wołodkowiczówna. — Dwa przypadki hypoglikemji u chorych na cukrzycę, le-
czonych insuliną.
- 23) Dr. Lewande. — Wypadek ropnia mózgowego pochodzenia.
- 24) Dr. Bohuszewicz. — Ewakuacja chorych i rannych a zwycięstwo.
- 25) Dr. Wirszubski. — Przypadek operacyjnego usunięcia nowotworu mózgowego —
z pokazem chorej.
- 26) Doc. Dillon z Moskwy. — Czynność dynamiczna przepony.
- 27) Prof. Eiger i Magister Chemji Rubinsztejn. — Wpływ układu roślinnego na zawar-
tość we krwi ciał azotowych bezbiałkowych (kw. moczowego, mocznika i t. d.).
- 28) Prof. Michejda. — Z dziedziny chirurgji kamicy żółciowej.
- 29) Magister Chemji Rubinsztejn. — O zmianach we krwi (w szczególności azotu nie-
białkowego i leukocytów), występujących po trawieniu.
- 30) Prof. Trzebiński. — Ś. p. Dr. Ludwik Czarkowski.
- 31) Prof. Szmurło. — Uwagi o twardzieli z punktu widzenia klinicznego i anatomo-
patologicznego.
- 32) Dr. Bagiński. — O komórkach barwikowych w szyszynce zwierząt ssących i ludzi.
Ogółem wygłoszono 32 odczyty i referaty.

Odbyły się następujące pokazy:

- 1) Prof. Michejda. — Przypadek rany klutej lewego podżebra z przedziurawieniem czę-
ści zstępującego grubego jelita i przedniej średniej ściany poprzecznicy.
- 2) Prof. Michejda. — Przypadek Ectopiae vesicae urinae.
- 3) Prof. Michejda. — Przypadek kamicy żółciowej, powikłanej ropniem między wor-
kiem, przewodem, dwunastnicą i wątrobą.
- 4) Prof. Michejda. — Guz nerki lewej u dziecka półtorarocznego.
- 5) Dr. Wirszubski. — Przypadek zwicnięcia żuchwy, traktowany błędnie, jako scho-
rzenia nerwowe.
- 6) Dr. Szadowski. — Dwa przypadki niedokrewności złośliwej, leczone z dobrym wy-
nikiem dietą wątrobową.
- 7) Prof. Michejda. — Przypadek kamicy żółciowej, wyleczony operacyjnie, powikłany
długotrwałą gorączką i żółtaczką.
- 8) Prof. Michejda. — Preparat nerki, usuniętej z powodu gruźlicy.
- 9) Dr. Kiakšto. — Przypadek splenektomji z powodu uszkodzenia śledziony podczas
upadku.
- 10) Dr. Pawłowski. — Przypadek kołtuna u 46-cio letniej kobiety.
- 11) Dr. Achmatowicz. — Przypadek przedziurawienia żołądka, powikłany ropniem pod-
przeponowym i ropniem płuca, leczony operacyjnie.
- 12) Dr. Kucharski. — Przypadek złamania szyjki kości udowej, leczony za pomocą
opatrunku gipsowego, nałożonego tak, jak w przypadkach luxatio congenita.

- 13) Dr. Kucharski. — Roentgenogram podobnego przypadku.
 14) Dr. Pawłowski. — Przypadek niepospolitych rozmiarów tętniaka aorty i arteriae anonymae.
 15) Dr. Zarcyn. — Przypadek owrzodzenia po amputacji palca u chorej cukrzycowej leczonej t. zw. chemiczną sympatyko-izolacją.
 16) Prof. Eiger i Dr. Czarnecki. — Wpływ układu mimowolnego na powstawanie nowotworów doświadczalnych — pokaz zwierząt.
 17) Dr. Zarcyn. — Pokaz kamienia żółciowego znacznej wielkości, który został wydany „per vias naturales”.
 18) Dr. Czarnowski. — Pokaz dwóch przypadków ze złamaniem nosa.
 19) Dr. Hanusowicz. — Pokaz przypadku pryszczycy, leczony preparatem kruszyny.
 20) Dr. Kucharski. — Przypadek skrętu jelita cienkiego z następową ostrą rozstrzenią żołądka.
 21) Dr. Kucharski. — Przypadek rany cięto-klutej lewego płata wątroby.
 22) Dr. Kucharski. — Preparat wyrostka robaczkowego, usuniętego z powodu „appendicitis gangraenosa”.
 23) Prof. Michejda. — Przypadek po amputacji obu górnych kończyn, zasługujący na uwagę ze względu na zręczne posługiwanie się kikutami w życiu codziennym.
 24) Prof. Opoczyński. — Pokaz preparatu mikroskopowego twardzieli.
 25) Prof. Januszkiewicz. — Pokaz tętniaka aorty.
 Ogółem było 25 pokazów.
 Podobnie jak w latach ubiegłych, Towarzystwo wydawało Pamiętnik, gdzie stale umieszczane bywają sprawozdania z posiedzeń.
 Ze stypendjum z legatu ś. p. D-ra Lachowicza w ciągu ub. roku korzystał student V kursu medycyny, Józef Maciejowicz, któremu w drodze konkursu przyznano wymienione stypendjum.
 Towarzystwo było reprezentowane nazewną przez swych członków na Zjeździe Higienistów i uroczystości jubileuszowej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.
 (—) Dr. Pawłowski.

Sprawozdanie Kasowe Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego z roku 1927/28.

DOCHÓD:

		S U M A	
		Zł.	Gr.
I. Pozostałość z roku ubiegłego		1116	—
II. Wpływy:			
1) Składki członkowskie		2248	—
2) Odsetki od funduszy T-wa		978	40
3) Opłata za wynajęcie sali T-wa na zebrania		35	—
4) Zwrot kosztów druku prac w „Pamiętniku Wil. T-wa Lek.”		277	50
5) Ogłoszenia w „Pamiętniku Wil. T-wa Lek.”		58	—
6) Subsydjum na uporządkowanie Biblioteki T-wa od M. W. R. i O. P.		3000	—
7) Subsydja na wydawnictwo „Pamiętnika W. T. L.” od:			
a) M. W. R. i O. P.	1500 zł.		
b) Wydziału Lekarskiego U. S. B. w Wilnie	1500 „		
c) Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej	1000 „		
d) Oddziału Nowogródzkiego T-wa Lek. woj. Nowogr.	100 „	4100	—
8) Stypendjum im. Lachowicza, wpłacone przez Wileńskie T-wo Dobroczyńności		1100	—
Razem		12912	90

ROZCHÓD:

		S U M A	
		Zł.	Gr.
I. Koszta związane z utrzymaniem lokalu T-wa:			
1) Remont lokalu i mebli	203.80		
2) Opłata do Magistratu za zużytą energię elektryczną	124.20		
3) Opał (3 sążnie drzewa z popiłowaniem)	522.—		
4) Pensja dozorczy domu	240.—	1090	—
II. Wydatki kancelaryjne i korespondencja		141	70
III. Ogłoszenia o śmierci członków T-wa i wieńce		245	—
IV. Regestracja papierów wartościowych		21	65
V. Koszta związane z uporządkowaniem Biblioteki W. T. L.		2233	15
VI. Koszta wydawnictwa i rozsyłania „Pamiętnika W. T. L.”		4831	15
VII. Wyplacono z sum stypendjalnych studentowi med. V kursu U. S. B.		1200	—
Razem		9762	65

POZOSTAŁOŚĆ:

		S U M A	
		Zł.	Gr.
1) Na wydatki bieżące T-wa		1110	25
2) Na uporządkowanie Biblioteki T-wa		1240	—
3) Stypendjum im. Lachowicza		800	—
Razem		3150	25

WYKAZ WALORÓW:

- 1) 4^{1/2}% listy zastawne Wileńskiego Banku Ziemskiego na 8880 złotych
 2) Kwity depozytowe Państwowego Banku Rosyjskiego na 14900 rubli

Dr. Wacław Bądryński
Skarbnik

Wilno, 12.XII. 1928 roku.

Protokół

Komisji Rewizyjnej Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Dnia 8 grudnia 1928 roku Komisja Rewizyjna w składzie D-rów. Władysława Bujalskiego, Abrahama Wirszubskiego i Zygmunta Zawadzkiego dokonała rewizji księgi kasowej oraz sum pieniężnych i papierów wartościowych, należących do Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i znalazła, że wszystkie pozycje w księdze kasowej odpowiadają dokumentom, stwierdzającym przychód i rozchód, że Saldo na dzień 8 grudnia r. b. jest wyprowadzone prawidłowo na sumę ogólną **3150 zł. 25 gr.** słownie trzy tysiące sto pięćdziesiąt złotych 25 gr. i że pieniądze te rzeczywiście są u skarbnika T-wa. Z wymienionej sumy: 800 zł. stanowi stypendjum dla studenta Wydziału Lekarskiego, 1240 zł. przeznaczone są na uporządkowanie Biblioteki T-wa, na inne zaś wydatki T-wa pozostaje 1110 zł. 25 gr.

W miesiącu lutym r. b., po dokonaniu rozrachunku z Wileńskim Bankiem Ziemskim, otrzymano 4^{1/2}% listy złotowe tegoż Banku na sumę nominalną 7140 zł, wraz z 0/0% wzajemian za oddane na przechowanie w okresie przedwojennym do Państwowego Banku Rosyjskiego rublowe listy zastawne Wileńskiego Banku Ziemskiego na sumę nominalną 13100 rubli.

Wobec tego na przechowaniu u skarbnika T-wa obecnie są listy zastawne Wileńskiego Banku na 8880 złotych oraz kwity depozytowe Państwowego Banku Rosyjskiego na sumę 14900 rubli, zarejestrowane w miesiącu styczniu r. b. w „Związku Obrony Mienia Polskiego w Rosji“.

Dr. Zawadzki Dr. W. Bujalski. Dr. A. Wirszubski.

Sprawozdanie

ze stanu Biblioteki Wileńskiego T-wa Lekarskiego od 14.XII. 1927 r. do 12.XII. 1928 r.

W roku ubiegłym Towarzystwo otrzymało wymiennych czasopism 12.

W darze od P.P. Kościalkowskich nadesłano 30 książek treści lekarskiej; od poszczególnych autorów 20 prac. Dubletów od Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 820 książek. Tytułem wymiany wysłano temuż Towarzystwu 760 książek.

Wzorem lat ubiegłych dzięki wydatnej zapomocy pieniężnej Wydziału Bibliotek Publicznych Ministerstwa W. R. i O. P. (3000 zł.) Towarzystwo mogło w dalszym ciągu prowadzić pracę porządkowania Biblioteki.

Prace katalogowania wykonywują 2 płatne pracownice, którym wskazówek udzielają Prof. S. Trzebiński i Dyrektor Biblioteki Publicznej i Uniw. Dr. Stefan Rygiel i Sekretarz Staly. Dotychczas zakatalogowano książek 10159 tomów. Czasopism 455 w ilości 2763 roczników i 108 rękopisów.

Sprawozdanie

Komitetu Redakcyjnego „Pamiętnika Wil. T-wa Lek.“ za rok 1928.

W skład Komitetu w roku sprawozdawczym wchodził: Redaktor S. Trzebiński, Zastępca K. Opoczyński, Redaktor administracji M. Minkiewicz. Członkowie: L. Czarkowski, W. Jabłonowski, Z. Jakubowski, A. Januszkiewicz, W. Jasiński, A. Safarewicz, C. Szabad, J. Szmurło, A. Wirszubski.

Ponieważ w ciągu roku zmarł Dr. L. Czarkowski, Komitet na podstawie art. 10 regulaminu, uzupełnił się wybierając na opróżnione miejsce D-ra E. Czarneckiego.

Posiedzenia Komitetu odbyły w ciągu roku sprawozdawczego 5.

Pamiętnik w roku sprawozdawczym wychodził regularnie co dwa miesiące. Dotychczas wyszło 5 zeszytów, szósty już do połowy wydrukowany, wyjdzie zapewne w końcu tego, albo w początku przyszłego miesiąca.

Wszystkie 6 zeszytów, obejmują około 20 arkuszy druku. W skład treści wchodzi:

1. Nekrologi i wspomnienia pośmiertne—5.
2. Prace, czytane na posiedzeniach Wil. T-wa Lekarskiego—8.
3. Archiwalne dokumenty—6.
4. Prace, pochodzące z pracowni i zakładów uniwersyteckich—7.
5. Protokoły i sprawozdania Wil. T-wa Lek.—19, Nowogródzkiego T-wa Lek.—2.
6. Protokoły i sprawozdania innych Tow. i zrzeszeń lekarskich—2.
7. Oceny książek—4.
8. Komunikaty, zawiadomienia etc.

Pamiętnik rozsyłamy w liczbie egzemplarzy przeszło 200 Wydziałom Lekarskim, Instytutom Naukowym, redakcjom pism, zamiejscowym członkom honorowym, wreszcie biurom wymiany międzynarodowej, otrzymując pewną liczbę wymiennych czasopism.

Ze względu na konieczność wypracowania nowego regulaminu, zastosowanego do zmienionych warunków wydawania Pamiętnika, Walne Zebranie z dnia 12 grudnia 1928 r. poleciło to uczynić dotychczasowemu Komitetowi, przedłużając w tym celu jego urzędowanie do dnia 31 marca 1929 roku.

S. Trzebiński.

Sprawozdanie roczne z działalności Stowarz. Lekarzy Polaków w Wilnie.

Za rok 1927 — 1928.

Stowarzyszenie Lekarzy Polaków w Wilnie i na prowincji założone w roku 1918 liczy obecnie 125 członków.

W roku sprawozdawczym Stowarzyszenie utraciło 3-ch członków:

Ś. p. D-ra Bernarda Hłasko, ś. p. D-ra Jana Michniewicza i ś. p. D-ra Ludwika Czarkowskiego, długoletniego prezesa St-nia.

Przybyło 3-ch nowych członków: Dr. Rudolf Kozłowski, Prof. Dr. Stanisław Trzebiński i Dr. Helena Borowska.

Zebrania Zwyczajnych odbyto 6, nadzwyczajnych 1.

Zebrania odbywały się w lokalu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego (Zamkowa 24).

Na zebraniach wygłoszono następujące odczyty:

- 1) Dr. Czarnecki — Wrażenia z podróży do Francji.
- 2) Dr. Kosiński — Wyniki badań antropologicznych nad czaszką i kośćmi Juliusza Słowackiego.

- 3) Dr. Czarkowski — O błędach diagnostycznych.

- 4) Dr. Rudziński — O kasach emerytalnych.

- 5) Dr. Doc. Safarewicz — O akcji sanitarnej na terenie Województwa.

- 6) Dr. Bohuszewicz — Ewakuacja chorych i rannych, a zwycięstwo.

Delegaci Stowarzyszenia brali stały udział w pracy poszczególnych komisji Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej.

Interwenjonowano u władz wojskowych w sprawie zezwolenia lekarzom wojskowym na wstępowanie do Stowarzyszenia.

W sprawach zawodowych interwenjonowano w Związku Lekarzy Państwa Polskiego z powodu ogłoszenia przez Wojewódzki Wydział Zdrowia Publicznego konkursu na stanowiska pracujących tam uprzednio 8-miu lekarzy.

W porozumieniu z Kołem Medyków U. S. B. postanowiono utworzyć Biuro Pracy dla medyków i młodych lekarzy, aby zachować placówki na prowincji dla lekarzy polaków, oraz wykorzystać zawiadomienia o posadach, napływające do Zarządu Stowarzyszenia. Dotychczas funkcje Biura Pracy pełniła w myśl statutu Rada Stowarzyszenia.

Z powodu śmierci członka założyciela St-nia ś. p. D-ra Michniewicza delegowano z ramienia Stowarzyszenia D-ra Zawadzkiego i D-ra Załuską do komitetu, mającego na celu utworzenia stałej zapomogi dla córki ś. p. D-ra Michniewicza do czasu ukończenia przez nią studjów.

W związku z omawianą często sprawą dalszego istnienia St-nia, postanowiono nawiązać pertraktacje z jednym z klubów wileńskich celem uzyskania lokalu klubowego dla zebrania St-nia, co dałoby możliwość zbliżenia członków na gruncie towarzyskim.

Wybrano na członka honorowego Stowarzyszenia D-ra Stanisława-Gracjanę Peszyńskiego z okazji 50-lecia jego pracy lekarskiej.

W końcu roku sprawozdawczego St-nie poniosło ciężką utratę — zmarł długoletni prezes Stowarzyszenia oraz znany w Wilnie działacz społeczny ś. p. D-r Ludwik Czarkowski. Jeszcze za życia ś. p. D-ra Czarkowskiego Zarząd Stowarzyszenia postanowił wybrać go na honorowego prezesa, jednakże szybki przebieg choroby zmarłego uniemożliwił zwołanie Walnego Zebrania, któreby tą decyzję zaakceptowało.

Pragnąc uczcić pamięć ś. p. D-ra L. Czarkowskiego i jego zasługi na polu pracy społecznej i lekarskiej, Stowarzyszenie asygnowało 500 zł. na pomnik ś. p. D-ra L. Czarkowskiego, oraz przystąpiło do utworzonego komitetu z delegatów licznych organizacji społecznych, w których pracował ś. p. Dr. Czarkowski, w celu uzyskania większych funduszy na budowę pomnika.

Prócz tego uchwalono stałą zapomogę dla wdowy po ś. p. D-rze Czarkowskim w wysokości 50 zł. miesięcznie, oraz zdecydowano zorganizować uroczystą akademię ku czci zmarłego łącznie z Towarzystwem Przyjaciół Nauk, Związkiem Bibliotekarzy i Towarzystwem Lekarskim.

Wobec tego, że w roku bieżącym upłynęło 10 lat od dnia założenia Stowarzyszenia uchwalono zorganizować uroczyste posiedzenie, na które polecono D-rowi Bądryńskiemu opracować historję Stowarzyszenia.

Sprawozdanie Kasowe.

I. Kasa Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie:

Przychód:

- | | | |
|--|-----------|------------------|
| 1) Pozostałość z roku ubiegłego | Zł. 96.55 | |
| 2) Wpłynęło ze składek członkowskich | „ 560.45 | Razem: Zł. 657.— |

Rozchód:

- | | | |
|--|-----------|-------------------|
| 1) Wydatki kancelaryjne | Zł. 57.20 | |
| 2) Powiadomienia o zebraniach | „ 80.15 | |
| 3) Ofiara na rzecz Polsk. Cz. Krzyża | „ 50.— | |
| 4) Ogłoszenia o śmierci 4-ch członków St-nia i wieniec | „ 278.10 | |
| 5) Koszta wynajęcia lokalu na zebrania St-nia | „ 30.— | Razem: Zł. 495.45 |
| Saldo na 16.XI. 1928 r. Zł. 161.55 | | |
| w przychodzie. | | |

II. Kasa wsparcia dla lekarzy i ich rodzin:

Przychód:

- | | | |
|---|-------------|--------------------|
| 1) Pozostałość z roku ubiegłego | Zł. 1490.25 | |
| 2) Wpływy: | | |
| a) ze składek członkowskich | „ 1041.25 | |
| b) ze zwrotu pożyczek | „ 1000.— | |
| c) z jednorazowych ofiar | „ 10.— | |
| d) z %% od funduszy | „ 31.20 | Razem: Zł. 3572.65 |

Rozchód:

- | | | |
|--|------------|-------------------|
| 1) Zapomoga wdowie po lekarzu czł. St-nia | Zł. 600.— | |
| 2) Pożyczki członkom Stowarzyszenia | „ 650.— | Razem: Zł. 1250 — |
| Saldo na 16.XI. 1928 r.: | | |
| a) w gotówce | Zł. 232.65 | |
| b) zobowiązania 4-ch członków do zwrotu pożyczek | „ 700.— | |
| c) 10 obligacji Serji II Premjowej pożyczki dolarowej. | | |
| d) 3 obligacje 5% Państw. Pożyczki Konwersyjnej po 10 zł. każda. | | |

III. Kasa zapomogowa Medyków Polaków U. S. B.

Przychód:

- | | | |
|--|-----------|-------------------|
| 1) Pozostawało z roku ubiegłego | Zł. 47.50 | |
| 2) Wpłynęło ze składek członkowskich | „ 520.— | Razem: Zł. 567.50 |

Suma ta całkowicie została przekazana skarbnikowi Kasy Zapomogowej Medyk. Pol. Student. U. S. B.

Prezes D-r Leon Klott.

Sekretarz D-r Zofja Tyszkówna

Prof. K. OPOCZYŃSKI.

Z bibliografji podręcznikowej.

W Wilnie ukazał się podręcznik profesora *Teofila Gryglewicza*, pod tytułem „**Bakterjologia i Serologia**”, wykłady oraz wskazówki dla studentów medycyny i farmacji, przyrodników i lekarzy”, zawierający 334 rysunki w tekście, wydany przez miejscową księgarnię *Kazimierza Rutskiego*.

Podręcznik składa się z dwóch części. W pierwszej, zajmującej 468 stron druku, autor podaje wykłady teoretyczne, w drugiej (229 stron), stanowiącej, właściwie mówiąc, osobny podręcznik techniki mikro i serologicznej, wskazówki techniczne. W końcu dzieła został umieszczony bardzo starannie ułożony skorowidz.

W pierwszych dziewięciu rozdziałach (wykładach) autor krótko, lecz wyczerpująco, omawia ogólne zagadnienia morfologii i chemizmu bakteryj, bardzo umiejętnym, pod względem pedagogicznym, sposobem wprowadzając czytelnika do części szczegółowej (rozdziały XVII—XL). Nadzwyczaj interesująco są podane nauka o zakażeniu, teoria odporności, nauka o surowicach antytoksykacyjnych, antybakteryjnych i innych, oraz nauka o opsoninach i anafilaksji (rozdziały X—XVI). Jest rzeczą sporną, czy należałoby w przyszłych wydaniach umieścić *petitem* licznie przedstawione formuły chemiczne, dotyczące procesów biochemicznych, aby tym sposobem odgraniczyć fakty, mogące niepotrzebnie

przecieżać pamięć, od spraw istotnych, na które winna być zwrócona szczególna uwaga uczącego się; wszak podręcznik jest głównie przeznaczony dla studentów. Podręcznik czyta się z największym zajęciem i z łatwością, bo język jest bez zarzutu, potoczny, gładki, a częste łączenie wykładu bakterjologii z zagadnieniami innych gałęzi wiedzy lekarskiej, ożywia treść książki.

Jeżeli część pierwsza podręcznika daje całokształt teorii nauki, przedstawianej przez Autora na Uniwersytecie Wileńskim, to część druga, bodaj że jeszcze cenniejsza, zaznajamia czytelnika z zagadnieniami natury praktycznej — ściśle fachowej bakterjologii i serologii. Ta część podręcznika omawia najnowsze metody badań, które nauka w dobie obecnej rozporządza. Nie jest to suchy wykład, zwykle spotykany w podręcznikach technicznych, i właśnie w tem leży wielka zasługa Autora, który z prawdziwym artyzmem pedagogicznym potrafił wiązać wskazówki praktyczne z uzasadnieniami teoretycznymi. Dla przekonania się o tem dość przeczytać rozdział „podłoża”, lub rozdział o mikroskopie i ultramikroskopie (str. 26 i dalsze).

Książka profesora *Gryglewicza*, dzięki przytoczonym zaletom, winna się stać jedną z poczytniejszych książek z dziedziny bakterjologii, i aczkolwiek autor przeznacza ją głównie dla swych słuchaczy, to jednak należy żywić nadzieję, że wbrew istniejącym u nas zwyczajom, ta nader cenna i pożyteczna książka nie mała przysłużyć się studentom innych Uniwersytetów. Już często bywały podkreślane smutne fakty, że liczne rzesze lekarzy i studentów, zamieszkujących Polskę, nie mogą zabezpieczyć zbytu książce fachowej lekarskiej. Czy winno tu jest zobojętnienie do wydawnictw naukowych, czy ogólna bieda stoi tu na przeszkodzie — nie wiem. Stwierdzić mogę jednak fakt, zauważony w stosunku młodzieży uczącej się do podręczników, fakt, który nazwałbym pewnym „regionalizmem podręcznikowym”, polegający na niewykazywaniu zainteresowania się książką, wydaną przez profesora innej uczelni, u którego nie składa się egzaminu. Prawdopodobnie jeszcze długo trzeba będzie czekać na czasy, kiedy podręcznik polski będzie miał taki zbyt, jak podręczniki, wydawane w innych krajach. Tem większa wdzięczność należy się tym, którzy nie szczędząc ciężkiej, żmudnej, a otwarcie mówiąc, nudnej pracy, przyczyniają się do wzbogacania piśmiennictwa podręcznikowego.

Kilka słów o zewnętrznym wyglądzie podręcznika Profesora *Gryglewicza*. Druk dobry, ryciny wyraźne, jakkolwiek odbite na papierze miernego gatunku, omyłki zecerskie skorygowane. I jedna tylko nastrocza się uwaga, spowodowana prawdopodobnie miejscowymi trudnościami wydawniczymi: książka, którą mam w ręku, jest odbita na dwóch różnych gatunkach papieru.

* * *

Wyszedł z druku i ukazał się w sprzedaży dawno oczekiwany podręcznik **Anatomji Patologicznej** Profesora *Witolda Nowickiego*, nakładem księgarni Gubrynowicza i Syna we Lwowie, zawierający 596 stron druku i 493 rycin w tekście oraz 19 tablic barwnych. Tom obejmuje ogólną część przedmiotu.

Idealnie dobrze wydaną książką można nazwać taką, w której łączą się w harmonijną całość bogactwo treści, dobry styl i zewnętrzne piękno wydania. Zdaje się, że tej triadzie wymagań najzupełniej odpowiada podręcznik Profesora *Nowickiego*. Jest to książka, którą „z przyjemnością bierze się do ręki” i która bezwątpienia dogodzi najwybredniejszemu gustowi estety bibliofila, stanowiąc ozdobę każdego księgozbioru. Dotychczas piśmiennictwo polskie podręcznikowe nie posiadało tak luksusowego wydania i to, zdaje się, nietylko w zakresie anatomji patologicznej. Książce Profesora *Nowickiego* można wróżyć jak najpiękniejszą przyszłość, a jej Autorowi, oprócz głębokiego podziękowania za tak cenne dzieło, którem obdarzył nasze piśmiennictwo, należy przesłać prośbę o jaknajprędzy dalszy ciąg. Anatomja patologiczna *szczegółowa*, której brak nad wyraz odczuwamy, zarówno lekarze jak i studenci, dozna nie mniej gorącego przyjęcia, jak pierwsza, ogólna część dzieła Profesora *Nowickiego*.

* * *

W ciągu kilku ostatnich lat piśmiennictwo patologiczno-anatomiczne przestało odczuwać braki, które istniały w zaraniu powstania uczelni odrodzonej Polski. Już nawet w dobie obecnej studenci Uniwersytetów naszych mają parę wydawnictw do wyboru. Nie została również pominięta praktyczna strona nauczania anatomji patologicznej. Wspomnę tu „technikę sekcji zwłok”, napisaną przez profesora *Ludwika Paszkiewicza*, książkę bardzo pięknie ilustrowaną, a mającą na celu metodykę badań sekcyjnych. W sierpniu roku bieżącego w wydaniu Koła Medyków Uniwersytetu Warszawskiego ukazała się nader pożyteczna książka pod tytułem **„Krótki podręcznik do ćwiczeń z Histologii Patologicznej”** przez Doktora *Annę Siedlecką*. Autorka ilustruje swój podręcznik czterema rycinami wielobarwnymi i 95 jedno-barwnymi, wykonanymi wytwornie i nie ustępującymi rysunkom podręczników zagranicznych tego samego rodzaju, jak np. książce *Roussy i Bertranda* „travaux pratiques d'anatomie pathologique”. Zdaje się nie będzie przesadą twierdzenie, że ilustracje podręcznika D-ra *Siedleckiej* przewyższają to ogólnie znane i będące w użyciu francuskie dzieło. Jak wskazuje tytuł podręcznika D-ra *Siedleckiej*, książka ma na celu dopomaganie w zrozumieniu i wdrażaniu w odczytywanie obrazów histologicznych, stawiających zwykle trudności dla przeciętnego studenta. Wydanie jest jednak tak ładne, rysunki tak wyraźne, a całość tak zgrabna, że bezsprzecznie książka ta przyniesie korzyść lekarzowi praktykowi, chcącemu od czasu do czasu odświeżyć w pamięci podstawowe wiadomości z morfologii spraw chorobowych. Poza tem „Krótki podręcznik” D-ra *Siedleckiej* może służyć jako ilustracje do opracowanych przez Dra *Hroma*, a wydanych na prawach rękopisu wykładów Prof. *Paszkiewicza*, pod tytułem „Anatomja patologiczna ogólna i szczegółowa”; książka ta bowiem nie posiada rysunków.

Komunikaty.

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy ogłasza konkurs na pracę z zakresu balneologii krajowej ze szczególnym uwzględnieniem Krynicy, na następujących warunkach;

1) Prace mają być nadesłane najdalej do dnia 1 maja 1929 r. pod adresem Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy.

2) Prace mają być opatrzone godłem, do nich zaś ma być dołączona za-
klejona koperta, oznaczona zewnątrz tem samym godłem, wewnątrz zaś zawie-
rająca imię i nazwisko, oraz adres autora.

3) Prace mają być pisane na maszynie w 6 egzemplarzach.

4) Stowarzyszenie wyznacza dwie nagrody na najlepsze prace, a miano-
wicie: w kwocie 1.500 i 1.000 zł. Stowarzyszenie zastrzega sobie inny podział na-
gród, albo nawet nieudzielenie żadnej nagrody, gdyby żadna praca nie odpowiada-
ła warunkom podanym, lub nie stała na dość wysokim poziomie naukowym.

5) Sąd konkursowy składać się będzie z profesorów i docentów Uniwer-
sytetów polskich i wyda swą opinię do dnia 2 września 1929 r. w którym to
dniu nastąpi otwarcie kopert nagrodzonych prac i przyznanie nagród.

6) Na konkurs nadsyłane mają być tylko takie prace, które dotychczas
nigdzie drukiem ogłaszane nie były.

Dr. Stanisław Lewicki
prezes.

Dr. Wilczewski
sekretarz.

Wiadomości bieżące.

Dnia 12.XII. 1928 r. odbyły się w Wileńskim Towarzystwie Lekarskim wybory, z któ-
rych wyszli:

1. Jako prezes — Prof. J. Szmurło.
2. Jako wiceprezesi: Gen. Dr. L. Klott i Dr. S. Lewande.
3. Jako sekretarze doroczeni: Dr. E. Czarnecki i Dr. T. Wąsowski.
4. Jako skarbnik — Dr. W. Bądryński.
5. Jako bibliotekarz — Dr. A. Safarewicz.

Do komisji rewizyjnej wybrano D-rów: W. Bujalskiego, A. Wirszubskiego i Z. Zawadzkiego.

Dnia 15 Grudnia zwyczajem uświęconym kilkuletnią już tradycją, odbyło się uroczyste
ślubowanie tegorocznych absolwentów wydziału lekarskiego w liczbie 113. Po krótkich prze-
mówieniach J. Magnif. X. Rektora, dziekana, który swojego czasu przyjmował dany kurs na
wydział lekarski, oraz dziekana obecnego i wykonaniu ślubowania przez absolwentów starosta
XVI trymestru złożył na ręce starosty V kursu ustanowioną swojego czasu rotę przysięgi po-
czem absolwenci podejmowali profesorów i inne zaproszone osoby w Ognisku akademickim.
Jak zwykle tak i teraz panował na tej uroczystości, nastrój serdeczny i swobodny.

OBWIESZCZENIE.

Z Inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrz-
nych i w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia magistratu M. st. Warszawy,
Państwowa Szkoła Higjeny organizuje trzymiesięczny kurs alkoholologii i walki
społecznej z alkoholizmem.

Kurs rozpocznie się dnia 18 lutego r. 1929 i jest przeznaczony dla leka-
rzy-kandydatów na stanowiska kierowników Przychodni Przeciwalkoholowych.
Dla ograniczonej liczby słuchaczy będą przyznane stypendja w wysokości 1200 zł.
płatne w ratach miesięcznych po 400 zł. Warunkiem zasadniczym dla ubiega-
jących się o subsydjum jest całkowita abstynencja. Wpisowe wynosi 25 zł.

Zapisy na kurs i podania o stypendjum przyjmuje Sekretariat **Państwowej
Szkoły Higjeny** (Chocimska 24 telefon 104-81) do dnia 1-go lutego r. 1929
za złożeniem:

1. Odpisu dyplomu lekarskiego.
2. Krótkiego curriculum vitae.

RÉSUMÉ DES TRAVAUX CONTENUS DANS LE Nr. 6, DU VOL. IV.

S. BAGIŃSKI.

Sur les cellules pigmentaires dans la glande piné- ale des mammifères et de l'homme.

Le sujet de la présence des cellules pigmentaires dans les glandes piné-
ales n'est pas neuf, déjà en 1871 *Bizzozzero* a signalé leur présence.

Cependant dans tous les travaux qui traitent ce sujet, y compris les plus
neufs, nous ne trouvons ni résultats systématisés, ni indications précises sur
ce quels sont ces pigments et quelle est leur valeur physiologique. Nous avons
pris pour bases de ce travail d'une part la morphologie des cellules et de l'autre
l'histochimie de leurs pigments.

Les expérimentations ont été faites sur 90 glandes pinéales de divers
mammifères de tout âge et sur 11 glandes d'enfants et d'hommes adultes.

En se basant sur la morphologie nous avons démontré deux types diffé-
rents de cellules: 1) **les mélanophores** (fig. 1 et 2 et microphotos 3—4—5)
et 2) **les macrophages**, cellules lipopigmentaires, dites de Ciaccio (fig. 6 et
microphotos 7—8—10).

L'histochimie a confirmé l'existence de ces deux types de cellules, mais
nous avons divisé les macrophages en trois groupes, selon le caractère parti-
culier des grains du pigment: a) cellules avec des gros grains de pigment fer-
rugineux et en même temps lipoidal; b) cellules avec des petits grains du
même pigment et c) cellules mixtes qui outre le pigment lipido-ferrugineux
contiennent aussi des grains de mélanine.

Le nombre des mélanophores est variable. En se basant sur les résul-
tats des expérimentations faites sur toute une série d'animaux, nous pouvons
conclure que le nombre de mélanophores dépend de la pigmentation générale
de l'animal et c'est pourquoi nous trouvons que leur présence et la mani-
festation d'une hyperpigmentation physiologique.

Nous avons trouvé comme *Lignac*, la présence des grains de mélanine
dans les cellules pinéales et les nevrogliés, mais nous sommes de l'avis cont-
trairement à l'opinion de *Lignac*, que ce pigment ne dépend pas des *sphérules*
décrites en 1901 par *Mlle Dimitrova*, car on le trouve chez les animaux qui
n'ont pas de sphérules (cheval, lapin, cobaye). La quantité de la mélanine
augmente avec l'âge et, en se fondant sur l'opinion qu'avec la puberté com-
mence l'involution de la glande et que les sphérules de *Dimitrova* signalent
cette involution (*Achucarro*, *Sacristian*, *Rio Hortega* et d'autres) nous trouvons
que la présence des grains de mélanine dans les cellules pinéales est le signe
de l'involution progressive de l'organe.

Quant aux macrophages, nous avons trouvé que leur pigment est de na-
ture lipoidale auquel est mélangé de la **hémossidérine**. Probablement ce pig-
ment est d'origine phagocytaire et il est formé de globules rouges qui se son-

transformés sous l'influence de modifications intracellulaires en hémosidérine et en lipoides; ces derniers donnent le pigment gras, le pigment de déché (l'Abnutzungs pigment de Lubarsch) grâce aux processus d'autooxydation. La morphologie et l'histo chimie justifient cette opinion (fig. 6 et microph. 7 et 8). Les macrophages se trouvent surtout dans le tissu conjonctif et selon notre avis elles indiquent des processus dégénératifs dans la glande même ou dans les autres organes. (Microphotos 9 et 10).

Die dynamische Funktion der Leber.

Docent J. DILLON, Moskwa.

Die dynamische Funktion des Zwerchfells umfasst 3 Funktionen: die respiratorische, die kardiovaskuläre, die motorisch-digestive.

1. Die Arbeiten der Chirurgen und der Röntgenologen widerlegten die bisherige Annahme, dass die respiratorische Funktion die wichtigste und die einzige Funktion des Zwerchfells ist, und wiesen nach, dass das Zwerchfell ausgeschaltet werden kann, ohne bedeutendere Störungen des Atmungsaktes zu verursachen.

2. Die kardiovaskuläre Funktion des Zwerchfells ist hauptsächlich für das venöse System von grosser Bedeutung. Eine Dysfunktion des Zwerchfells kann Erscheinungen seitens des Herzens bis zu schweren anginösen Anfällen hervorrufen.

3. Die am wenigsten bekannte motorisch-digestive Funktion beeinflusst die Funktion der Speiseröhre, des Magens und des Darmes.

a) Bezüglich der Speiseröhre ist als nachgewiesen anzusehen, dass der Schluckakt in engem Zusammenhange mit der normalen Funktion des Zwerchfells steht.

b) Bezüglich des Magens ist als nachgewiesen anzusehen, dass die Füllung der Magenblase mit Luft in den meisten Fällen nicht durch Aërophagie, sondern durch Ansaugen der Luft während der inspiratorischen Bewegung des Zwerchfells zustande kommt.

c) Bezüglich des Darmes ergaben meine Beobachtungen an Gesunden und Kranken, dass das Gas im Dickdarm stets unter den Bedingungen der dynamischen Funktion des Zwerchfells steht. In allen Fällen von Herabsetzung der dynamischen Zwerchfelfunktion sammelt sich das Gas in der Flexura lienalis an, bildet dort ein Luftventil, welches die Beförderung der Fäzesmassen aufhält, und führt so zu mehr weniger hartnäckiger Obstipation.

Das Studium des Zwerchfells ist fast nur durch die Röntgenuntersuchung möglich. Die Funktionen desselben werden am besten mit Hilfe des von mir beschriebenen Symptoms der expiratorischen Beschleunigung der Zwerchfellbewegung festgestellt.

Zasady deontologii lekarskiej

obowiązujące na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Cel.

§ 1. Niniejsze Zasady Deontologii Lekarskiej mają być wytyczną w postępowaniu lekarzy względem chorych, społeczeństwa, kolegów, Izby Lekarskiej, Władz Państwowych, Władz Komunalnych, Kas Chorych, przy pracy naukowej, a dla Sądu Izby Lekarskiej mają być podstawą przy dochodzeniu i rozstrzyganiu spraw.

I. Obowiązki lekarzy w ogólności.

§ 2. Każdy lekarz powinien sumiennie wykonywać obowiązki swego zawodu, mając przede wszystkim na względzie dobro chorego i zdrowie publiczne, oraz pamiętać o swym powołaniu do pracy humanitarnej. Powinien on przestrzegać godności i honoru tudzież wspólnych interesów moralnych i materialnych stanu lekarskiego, a także zasad koleżeństwa w stosunkach z innymi lekarzami.

§ 3. Każdy lekarz, ustalając rozpoznanie choroby i rokowanie co do dalszego jej przebiegu, winien informować o tem chorego jaknajogólniej, licząc się zawsze z psychiką pacjenta.

§ 4. Udzielanie pomocy lekarskiej opiera się na swobodnej umowie między lekarzem a chorym, lub jego prawnym zastępcą, z wyjątkiem przypadków nagłej potrzeby pomocy lekarskiej, z którą każdy lekarz na wezwanie śpieszyć powinien.

Za swe czynności lekarz ma prawo żądać stosownego wynagrodzenia, a przy wszelkich czynnościach, które można odroczyć, ma prawo umówić się co do jego wysokości.

§ 5. Lekarz ma unikać narzucania swych usług lekarskich tudzież reklamy kupieckiej, a tembardziej reklamy jarmarcznej i szarlatańskiej.

§ 6. Stosunki koleżeńskie ma znamionować prawość, lojalność i uprzejmość. Lekarz wystrzegać się winien wszystkiego, coby mogło przynieść ujemny stanowi lekarskiemu.

§ 7. Lekarze przynależni do Izby Lekarskiej, mają się stosować do jej uchwał i zarządzeń.

II. Obowiązki lekarzy względem chorych.

§ 8. W razie naglącej potrzeby lekarz obowiązany jest udzielić tymczasowej doraźnej pomocy lekarskiej bez względu na to, czy otrzyma należne honorarium, zwłaszcza o ile w danej miejscowości niema zapewnionej i ogólnie dostępnej pomocy.

Wszelako i w tych razach lekarz ma prawo żądać po udzieleniu tymczasowej doraźnej pomocy stosownego wynagrodzenia.

W miejscowości gdzie jest kilku lekarzy, zaleca się dla nagłych nocnych przypadków, organizowanie nocnych dyżurów lekarskich.

§ 9. Z reguły nie jest dopuszczalne ordynowanie bez uprzedniego zbadania chorego jedynie tylko na podstawie wywiadów o przebiegu i objawach choroby.

Wyjątkowo może lekarz bez zbadania ponownego przepisywać dalsze leczenie takiemu choremu, którego już przedtem w ciągu tej samej choroby osobiście zbadał, a przebieg dotychczasowego cierpienia daje dostateczną podstawę do dalszych zarządzeń leczniczych.

§ 10. Przepisywanie leczenia drogą korespondencji jest niedopuszczalne, a ogłaszanie tego rodzaju leczenia stanowczo jest wzbronione.

Wyjątkowo może lekarz w dalszym ciągu przepisywać leczenie w drodze korespondencji, o ile już poprzednio miał chorego w osobistej obserwacji.

§ 11. Lecząc chorego, lekarzowi nie wolno jest bez koniecznej ku temu potrzeby odwiedzać go w domu, lub polecać przychodzenie do siebie. Dotyczy to zarówno chorych prywatnych, jakoteż i chorych należących do Kas Chorych, do organizacji pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, czy też innych, temu podobnych instytucji.

§ 12. Przy dokonywaniu zabiegów, mających na celu przerwanie ciąży, lekarz winien kierować się następującymi zasadami:

a) Decyzja o konieczności dokonania zabiegu powinna być powzięta na podstawie, narady conajmniej przez dwóch lekarzy, protokółarnie spisanej.

b) Zabieg winien być dokonany w klinice, szpitalu, domu zdrowia, i tylko w przypadkach, grożących niebezpieczeństwem życia ze względu na zwłokę, lub powodowanych innymi ważnymi względami, dopuszczalne jest przeprowadzenie zabiegu tego w prywatnym mieszkaniu pacjentki, nigdy zaś ambulatoryjnie w gabinecie lekarza.

c) Zabieg winien być dokonany w asyście drugiego lekarza, lub conajmniej personelu pomocniczego; opis zabiegu winien być zaprotokółowany i podpisany przez obecnych.

§ 13. Lekarzom, pracującym w przychodniach i lecznicach prywatnych, nie wolno chorych, zgłaszających się do lecznic, odsyłać i przyjmować u siebie w domu za opłatą pobieraną w lecznicach.

§ 14. Stronie wolno jest zmieniać lekarza w ciągu choroby.

Lekarz może odmówić dalszego leczenia chorego, którego rozpoczął leczyć, tylko na podstawie ważnych powodów. Wolno mu bezzwłocznie zaprzestać dalszego leczenia, gdy zauważy, że względem niego chory poczytalny, lub głowa rodziny, lub gospodarz, dopuszcza się obrazy, albo obrażę ze strony innych domowników toleruje.

Odmowę dalszego leczenia należy stronie wyraźnie zapowiedzieć.

§ 15. Lekarz winien w odpowiedni sposób zawiadomić rodzinę lub oto-

czenie chorego, a w razie potrzeby i samego chorego, jeżeli powziął przekonanie o zagrażającym lub już istniejącym niebezpieczeństwie dla życia chorego.

§ 16. Lekarz winien ściśle przestrzegać tajemnicy lekarskiej. Tajemnica lekarska obejmuje nie tylko to, co chory lub jego otoczenie lekarzowi zwierzyło, lecz odnosi się także do faktów i stosunków, o których lekarz powziął wiadomość jakkolwiek drogą przy spełnianiu swych obowiązków zawodowych względem klientów.

Obowiązek tajemnicy lekarskiej nie ogranicza się jedynie do zamilczenia zwierzeń osób powierzonych pieczy lekarza, lecz rozciąga się także na tajemnice innych osób, jeżeli lekarz dowiedział się o nich przy wykonywaniu swego zawodu lub na podstawie swego powołania.

Od zachowania tajemnicy lekarskiej uwalnia lekarza wyraźne zezwolenie chorego do jej wyjawienia.

Pozwolenie to może być ogólne, upoważniające lekarza do wszelkich wyjaśnień, odnoszących się do jego spostrzeżeń, lub tylko częściowe, upoważniające do wyjaśnienia tylko pewnych szczegółów i wobec pewnych tylko osób.

Lekarz obowiązany jest także zachować tajemnicę osób zmarłych, które miał w opiece lekarskiej, lub też zbadał po śmierci podczas obdukcji. Obowiązek tajemnicy lekarskiej nie wzbrania donosić władzom o tych chorobach zakaźnych, o których obowiązują donosić ogólne przepisy sanitarne.

Obowiązek tajemnicy lekarskiej ustaje na żądanie dania zeznań ze strony władz sądowych, lub na prawne żądanie władz administracyjnych. W podobnych przypadkach lekarz winien się ograniczyć tylko do wyjawienia niezbędnych rzeczowych wyjaśnień.

W razie kolizji obowiązku tajemnicy lekarskiej z wyższymi pod względem etycznym obowiązkami, bądź społecznymi, bądź ogólnoludzkimi, złamanie tajemnicy jest dopuszczalne, lecz w podobnych przypadkach lekarz winien uprzednio zasięgnąć opinii Zarządu Izby Lekarskiej, lub Zarządu Stowarzyszenia Lekarskiego, do którego lekarz ten należy, a gdyby to było niemożliwe, to przynajmniej opinii dwóch lub nawet jednego kolegi.

III. Obowiązki lekarzy względem społeczeństwa.

§ 17. Niedozwolona jest wszelka reklama lekarska, wykraczająca poza zakres rzeczowych informacji, a mająca na celu podawanie do wiadomości szczególnych kwalifikacji i zalet lekarza lub jego metod i sposobów leczniczych, a także narzucająca publiczności w sposób natrączywy usługi lekarza.

§ 18. W pismach lekarskich dozwolone są wszelkie zgodne z rzeczywistością ogłoszenia lekarskie. Za treść tych ogłoszeń odpowiedzialna jest redakcja tych czasopism.

W pismach nefachowych wolno lekarzowi umieszczać zawiadomienia, ograniczające się wyłącznie do podania swego imienia i nazwiska, stopnia naukowego, specjalności, (bez wymieniania szczegółów i metod leczenia), adresu, godzin ordynacji, numeru telefonu oraz wyrazu „rozpoczął praktykę”, „wznowił przyjęcia chorych”, „przeprowadził się”, „wyjechał”, „powrócił”.

Liczba ogłoszeń nie może przekraczać 36 w ciągu roku. Ogłoszenia przed tekstem na pierwszej stronie pisma, dużymi literami, (tłustymi czcionkami), w ramach, obwódkach i t. p. uważane są jako posiadające cechy reklamy.

Ogłaszanie podziękowań dla lekarzy jest reklamą, za którą lekarz staje się odpowiedzialny, o ile jej nie przeciwdziałał.

Na prowincji wolno lekarzowi świeżo osiedlającemu się rozesłać jednorazowo okólnik do instytucji społecznych, samorządowych, rządowych, aptek, mieszczący wyżej-wymienione dane.

Zabrania się wywieszać ogłoszenia w aptekach, składach aptecznych i wszelkich instytucjach handlowych, a także rozsyłać ogłoszenia i rozdawać ulotki na ulicach.

Zakłady lekarskie mogą posługiwać się środkami godziwej reklamy kupieckiej.

§ 19. Napisy na szyldach lekarzy mogą zawierać tylko szczegóły podane powyżej dla ogłoszeń lekarskich.

Tablica pod względem wielkości i formy nie powinna w sposób rażący zwracać uwagi przechodniów. Zwykle dopuszczalna jest tylko jedna tablica na ulicy przy wejściu do domu, w którym lekarz mieszka, oraz tablica na drzwiach wejściowych do mieszkania lekarza.

Na domach narożnych lub o kilku frontach dozwolone jest umieszczenie tablicy na każdym froncie domu, a w domach przechodnich umieszczenie tablicy przy każdej bramie wchodowej.

Wolno też w razie zmiany mieszkania na przeciąg nie dłużej jednego roku, umieścić na domu, w którym lekarz dawniej mieszkał, tablicę, wskazującą nowy jego adres.

Umieszczanie tablic z jakimikolwiek ogłoszeniami poza obrębem domu, w którym lekarz ordynuje, oraz w miejscach i lokalach publicznych jest wzbronione. Dopuszczalne są tablice dodatkowe w sieniach i korytarzach. Tablice te pod względem wielkości, formy i treści odpowiadać winny wyżej podanym wymaganiom.

§ 20. Wzbronione są następujące sposoby reklamy:

a) Ogłaszanie pomocy lekarskiej w przewodnikach podróży, w księgach informacyjnych dla podróżnych, w kalendarzach (z wyjątkiem lekarskich), w pismach ulotnych, ogłoszeniach hotelowych i tem podobnych drukach, oraz zezwalania na takie ogłoszenia.

Dopuszczalny jest jednak w podobnych publikacjach, ogólny spis wszystkich lekarzy, wykonywających praktykę w pewnej miejscowości, z wyszczególnieniem ich adresu, specjalności, godzin ordynacyjnych.

b) Ogłaszanie w dziennikach lub wogóle publiczne ofiarowywanie bezpłatnej lub ulgowej pomocy lekarskiej.

c) Zalecanie szczególnych własnych metod leczniczych lub środków tajemnych drogą ogłoszeń w pismach nielekarskich lub przy pomocy ulotek, czy też odczytów publicznych.

d) Zamieszczanie w pismach nielekarskich opisów kuracji lub dokonanych rękoczynów.

Wygłaszanie przemówień o przypadkach chorobowych i operacjach, przez siebie dokonanych, przed nielekarzami w miejscach publicznych.

e) Podawanie w dziennikach wzmianki o zawodowym udziale w przypadkach niezwykłych lub dotyczących osób wpływowych, z wyjątkiem biuletynów urzędowych.

f) Polecanie własnych poradników, zwłaszcza w zakresie chorób płciowych i sekretnych, mających na celu zastąpić osobiste badanie lekarskie i leczenie chorego.

g) Publiczne obiecywanie radykalnych wyleczeń.

§ 21. Tembardziej niedozwolone są sposoby reklamy szarlatańskiej, a mianowicie:

a) Nadawanie sobie nienależnych tytułów lekarskich lub naukowych, czy też używanie nawet należnych tytułów w takiej formie, która może w błąd wprowadzić publiczność, co do kwalifikacji fachowych lekarza.

b) Używanie agentów i faktorów dla przysporzenia sobie klientów bez względu na to, czy lekarz dzieli się wprost zyskiem z nimi, czy też wynagradza usługi ich w inny sposób.

d) Dzielenie się z aptekarzami lub innymi przemysłowcami zyskiem płynącym z zakupu ordynowanych przez lekarza leków lub innych środków, jak również zawieranie umów lub jakichkolwiek innych układów, dotyczących ordynacji lekarskich.

d) Umowy z aptekarzami o odsyłanie do lekarza chorych wzmian za polecenie tym chorym przez lekarza odnośnych aptek, lub wogóle umowy, zmierzające do obopolnego zysku z klientów.

e) Wydawanie świadectw o skuteczności t. zw. środków tajemnych.

f) Wydawanie świadectw nielekarzom, że osoby te są zdolne do samodzielnego wykonywania czynności lekarskich (felczerzy, akuszerki, pielęgniarzy, technicy dentystyczni, masażyści, bandażyści i t.p.) lub polecanie tych osób chorym do samodzielnego wykonywania czynności lekarskich, jak również używanie ich bez kontroli w praktyce lekarskiej.

g) Wspólne z nielekarzami leczenie chorych; pokrywanie swem nazwiskiem leczenia chorych przez nielekarzy (partaczy leczniczych) lub popierania ich w jakimkolwiek bądź sposób.

IV. Obowiązki lekarzy względem kolegów.

§ 22. Współbieganie się lekarzy o zaufanie publiczności nie powinno, się wyradzać w brudną konkurencję, mającą na celu zdobycie klientów nieetycznymi środkami, uwłaszczającymi godności stanu lekarskiego, naruszającymi koleżeńskie obowiązki i przynoszącymi często szkodę chorym.

§ 23. Bezwzględnie należy unikać wypowiedziania wobec chorego, jego otoczenia lub wobec innych osób niefachowych, niekorzystnej opinii o działalności zawodowej kolegi, lub osobistych jego wadach.

Niewolno wobec chorego, jego otoczenia, lub wobec osób postronnych krytykować rozpoznania, leczenia, rokowania, lub orzeczenia poprzedniego lekarza.

Zakaz ten odnosi się także do lekarzy szpitalnych, klinicznych i ambulatoryjnych, przyjmujących chorych, którzy dawniej pozostawali w prywatnym leczeniu.

§ 24. Do sposobów brudnej konkurencji należy:

a) Ofiarowywanie tych samych usług lekarskich za tę samą, lub niższą cenę, albo też ofiarowywanie bezpłatnych usług.

b) Zmiana bez wszelkiej potrzeby ordynacji poprzedniego lekarza, zapisywanie tychże leków pod inną postacią, stawianie rozpoznania pod inną nazwą, zwłaszcza jeżeli to zrobiono w celu zdyskredytowania kolegi.

§ 25. Równocześnie leczenie chorego, a tembardziej odwiedzanie go bez wzajemnego porozumienia lekarzy jest niedozwolone.

Wolno jednak lekarzowi ordynować u siebie w domu chorym, którzy jednocześnie znajdują się w kuracji innego lekarza.

W podobnych przypadkach lekarz winien się wstrzymać od wszelkiej krytyki, dotyczącej rozpoznania, leczenia i rokowania, ustalonych przez kolegę.

§ 26. Zakaz leczenia chorych, pozostających pod opieką innych lekarzy nie dotyczy wypadków nagłych, wymagających śpiesznej interwencji lekarskiej wobec groźnego pogorszenia się choroby. W podobnych przypadkach każdy lekarz na wezwanie winien pośpieszyć do chorego w celu jednorazowego zastąpienia kolegi ordynującego, o ile takowy na czas stawić się nie może.

Lekarz doraźnie wezwany winien się ograniczyć li tylko do zarządzeń, których chwilowe niebezpieczeństwo wymaga, pozostawiając dalsze leczenie ordynatorowi, pierwotnie wezwanemu. Lekarz, zaproszony do chorego, leczonego przez innego kolegę, może objąć dalsze leczenie na wyraźną prośbę chorego, lub jego otoczenia pod warunkiem niekrytykowania czynności poprzednika.

§ 27. Jeżeli w razie nagłego zachorowania, nagłego pogorszenia się choroby lub nieszczęśliwego wypadku, wezwanych zostanie jednocześnie kilku lekarzy, to lekarz, który przybył pierwszy, ma pierwszeństwo przy doraźnym udzielaniu pomocy, o ile sam pierwszeństwa tego się nie zrzeknie. Jeżeli w podobnych przypadkach chory nie ma lekarza stale go leczącego, to dalsze leczenie należy do tego lekarza, którego chory, rodzina jego, lub otoczenie sobie życzą.

Jeżeli jednak lekarz, wezwany doraźnie, z powodu nagłej potrzeby, dokonana na chorym pewnej operacji, to ma on prawo zaopiekować się i dalszym leczeniem pooperacyjnym. W takim razie dalsze jego wizyty winny się odbywać z wiedzą, za zgodą i jeżeli to jest potrzebne oraz możliwe, w obecności lekarza ordynującego.

§ 28. Czasowo wolno, a nawet należy objąć leczenie chorego w zastępstwie lekarza ordynującego, o ile ten ostatni z powodu choroby, wyjazdu, sprawowania publicznych obowiązków obywatelskich, czy też z innych jakichkolwiek przyczyn, czasowo praktyki wykonywać nie może. W podobnych przypadkach obowiązek koleżeński wymaga, aby lekarz zastępujący zawiadomił rodzinę chorego o powrocie do pracy lekarza ordynującego.

§ 29. Lekarz zastępujący kolegę, nie tylko u pewnych chorych, ale wogóle w praktyce lekarskiej, powinien w czasie zastępstwa strzec interesów kolegi, którego zastępuje, i uważać należy za nadużycie zaufania koleżeńskiego, gdyby zastępca zabiegał o względy chorych lub osób postronnych w tym celu, aby potem na tej podstawie skutecznie konkurować z lekarzem, którego zastępował.

§ 30. Lekarz-zastępca nie powinien zmieniać rozpoznania, leczenia i rokowania, które ordynator ustalił, a w razie nieodzownej ku temu potrzeby, pożądane jest, aby wezwał na naradę drugiego lekarza, o ile środki materialne chorego na to pozwalają.

§ 31. Za wysoce nieetyczne i niekoleżeńskie uważane być musi postępowanie lekarza, który na zasadzie łączących go z chorym stosunków towarzyskich, przyjaźni lub pokrewieństwa, dałby się skłonić do wykonywania kontroli nad leczeniem, poza plecami lekarza ordynującego.

§ 32. Lekarz powołany do wykonywania kontroli nad chorym bądź z ramienia pewnych instytucji, jak Kasy Chorych, Tow. Ubezpiecz. od Wypadków, władzy przełożonej chorego i t. p., bądź też jako lekarz zaufania przełożonych osób chorego (pracodawcy i t. p.) winien o ile to jest możebne, zawiadomić lekarza ordynującego o badaniu kontrolnym, by wspólnie z nim odwiedzić chorego i wspólnie ustalić treść wymaganego orzeczenia.

Jedynie tylko w porozumieniu z lekarzem ordynującym może lekarz kontrolujący zdjąć opatrunek w celu badania.

Lekarz kontrolujący powinien podczas wizyty kontrolnej powstrzymać się od wyrażania wobec chorego i jego otoczenia swej opinii o chorobie, jej przebiegu, leczeniu i rokowaniu.

§ 33. Wydawanie świadectw lekarskich t. zw. grzecznościowych, niedośćecznie uzasadnionych i nieodpowiadających rzeczywistości uważane być musi za nieetyczne i karygodne. Wydawanie świadomie fałszywych świadectw lekarskich karane jest K. K. § 444.

§ 34. Wykonywanie stałej praktyki lekarskiej w kilku miejscowościach w stale uprzednio wyznaczonych terminach jest dozwolone, o ile w ciągu miesiąca od daty zgłoszenia nie spotka się ze sprzeciwem ze strony Zarządu Izby Lekarskiej; w razie sporu decyduje Naczelna Izba Lekarska.

Ograniczeniom przy stałym wykonywaniu praktyki lekarskiej w stale uprzednio wyznaczonych terminach w kilku miejscowościach podlegać nie mogą:

a) Lekarze wyznaczeni w charakterze lekarzy epidemicznych,

b) obowiązani na podstawie umowy lub stosunku służbowego do wykonywania czynności lekarskich w różnych miejscach w Państwie

c) podejmujący się zastępstwa na określony przeciąg czasu,
d) osiadający czasowo w celu wykonywania praktyki w uzdrowiskach.

e) Lekarze specjaliści przy wykonywaniu swej specjalności.

Wzbronione jest obejmowanie stałych posad w dwu miejscowościach, jeżeli z posadami temi łączy się obowiązek stałej obecności lekarza.

Nie wolno jest lekarzom ordynować w aptekach oraz mieszkaniach i gabinetach felczerów, akuszerów, pielęgniarek i t. p.

§ 35. Lekarzowi nie wolno jest ubiegać się o posadę, którą zajmuje kolega, chyba za jego zgodą, albo też po prawomocnem jej wypowiedzeniu dotychczasowemu lekarzowi. Dalsze wyjątki od powyższych zasad mogą być uwzględniane tylko przez Izbę Lekarską.

Posady lekarskie ogłoszone, jako zostające pod bojkotem przez organizacje lekarskie, mogą być zajmowane tylko po uprzednim porozumieniu się z temi organizacjami.

Nie wolno jest starać się o posadę przy pomocy ofert ani też przez zaofiarowanie tańszych lub bezpłatnych usług.

V. Przepisy o konsyljach lekarskich.

§ 36. Jeżeli zwołania konsyljum lekarskiego domaga się strona, to może ona zaproponować pewnego lekarza, jako konsultanta.

W razie, gdy ordynator doradza konsyljum, wybór konsultanta zależy od niego, przyczem może on stronie pozostawić wybór między kilkoma proponowanymi przez siebie kolegami.

§ 37. Konsultanta zaprasza ordynator, albo strona za zgodą ordynatora. Termin konsyljum oznacza konsultant, o ile konsyljum nie jest niezwłocznie potrzebne.

Jeżeli w konsyljum ma wziąć udział więcej, niż 2 lekarzy, to termin oznacza ordynator po bezpośrednim, o ile to jest możliwe, porozumieniu się z kolegami, mającymi przyjąć udział w konsyljum.

§ 38. Lekarzowi, zaproszonemu na konsyljum przez ordynatora, nie wolno odmówić udziału w naradzie bez podania umotywowanych ku temu powodów.

§ 39. Na konsyljum lekarze winni stawić się punktualnie, o wyznaczonej porze, przyczem pożądanym jest, aby lekarz ordynujący przybył nawet wcześniej i u chorego oczekiwał konsultanta.

W razie opóźnienia się z przybyciem na konsyljum jednego z lekarzy, co tylko w razie nadzwyczajnych i nieprzewidzianych przeszkód może mieć miejsce i z czego należy się usprawiedliwić, lekarz, który przybył w porę, winien czekać na kolegę z miasta przez 15 minut, na wsi zaś zależnie od okoliczności i dłużej, lecz najwyżej godzinę.

Lekarz, nie przybywający na konsyljum, winien zawczasu umotywić niemożność przybycia, zawiadamiając o tem kolegę, z którym miał mieć naradę.

§ 40. Gdy u chorego zjawił się tylko jeden z lekarzy w porze wyznaczonej na konsyljum i gdy wyczekiwanie na drugiego lekarza okaże się bezcelowe, to konsyljum uważa się za udaremnione i w razie potrzeby może być ono zwołane ponownie.

O ile konsyljum nie doszło do skutku z powodu opóźnienia się lub nieprzybycia konsultanta, to do udziału w ponownym konsyljum ordynator może zaprosić innego konsultanta.

§ 41. Jeżeli w porze wyznaczonej na konsyljum zjawił się tylko lekarz ordynujący, to zarządza u chorego, co uzna za wskazane.

O ile przybędzie tylko konsultant, to po bezskutecznym oczekiwaniu na lekarza ordynującego wolno mu zbadać chorego i przepisać, co uważa za stosowne. Wskazaniem jest, by w podobnych przypadkach konsultant nie wypowiadał swego zdania, co do rozpoznania, leczenia i rokowania; jeżeli jednak ze względu na chorego, jego rodzinę, lub otoczenia byłoby to niemożliwe, to zdanie swoje winien on wyrazić jaknajbardziej oględnie, by nie zaszkodzić opinii nieobecnego kolegi. Jeżeli pogląd konsultanta na chorobę, rokowanie i leczenie jest odmienny od poglądu nieobecnego ordynatora, to uwagi pod tym względem winien konsultant przesłać ordynatorowi listownie lub osobiście je wypowiedzieć.

Pozostawienie takiego listu stronie z poleceniem doręczenia go ordynatorowi nie jest dozwolone.

§ 42. Podczas całego konsyljum konsultant winien występować razem z ordynatorem. Niedozwolone są wszelkie konferencje konsultanta z chorym lub z rodziną bez udziału ordynatora.

§ 43. Konsyljum rozpoczyna się od sprawozdania ordynatora o dotychczasowym przebiegu choroby, o rozpoznaniu i rokowaniu, oznajmionem przez niego stronie i dotychczasowym leczeniu. Ta wstępna konferencja, zależnie od uznania ordynatora, może się odbyć w obecności osób z rodziny lub otoczenia chorego, albo też poufnie tylko z konsultantem.

Po konferencji wstępnej następuje badanie chorego, którego dokonywa konsultant w obecności i przy współudziale ordynatora.

Po zbadaniu chorego obaj lekarze omawiają rozpoznanie, leczenie i rokowanie na poufnej konferencji, do której osób z otoczenia chorego dopuszczać nie należy.

Po ukończeniu tej poufnej konferencji lekarze przyzywają rodzinę lub osoby z otoczenia chorego i jeden z nich referuje o wynikach narady.

§ 44. Zależy od porozumienia między lekarzami, biorącymi udział w konsyljum, kto ma z nich referować o wynikach konsyljum.

Jeżeli zwołania konsyljum żądał ordynator, to referowanie do niego przedewszystkiem należy.

Jeżeli konsyljum domagała się strona, właściwiej jest, by konsultant podjął się referowania.

Wolno jest drugiemu lekarzowi uzupełnić wywody referenta, jeśli uważa,

że pominięty został jakiś ważniejszy szczegół, lecz uczynić to może tylko w obecności tego kolegi.

§ 45. Na konsyljach o ile możności dążyć należy do zgodnego sformułowania opinii w głównej treści, pomijając różnicę zdań w szczegółach podrzędnych.

Jeśli nawet co do głównych podstaw rozpoznania, leczenia i rokowania nie da się osiągnąć zgodnej opinii, to należy w sposób oględny zawiadomić stronę o odmiennym pojmowaniu stanu choroby przez obu lekarzy, pozostawiając jej decyzję postępowania, co do wyboru lekarza dla dalszego prowadzenia kuracji.

VI. O honorariach lekarskich.

§ 46. Każdy lekarz, jako przedstawiciel wolnego zawodu, ma prawo mieć swe własne, indywidualne, wyższe od zwyczajowych i ustalonych, normy opłat za wykonywanie przezeń czynności lekarskie.

Jeżeli jednak te normy odbiegają od norm przeciętnych, zwyczajowych danej miejscowości, to winien on uprzedzić o tem każdorazowo swych klientów.

Normy indywidualne nie mogą mieć zastosowania w przypadkach nagłych przy braku innego lekarza, który mógłby udzielić doraźnej pomocy. Przy wszelkich nieporozumieniach i zatargach o honoraria lekarskie pomiędzy lekarzami z jednej, a chorymi, ich rodziną i otoczeniem z drugiej strony, obowiązują w myśl art. 21 Ustawy z dnia 2.XII—21 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, cenniki poborów lekarskich, ustalone przez Urzędy Wojewódzkie Wileński i Nowogródzki w porozumieniu z Wil. Nowogr. Izba Lekarską.

§ 47. Lekarz niema obowiązku leczyć ubogich bezpłatnie; wolno mu jest natomiast zrzec się w poszczególnych przypadkach części lub całego honorarium (przeciętnego), przyjętego w danej miejscowości.

To zrzeczenie się całkowite lub częściowe honorarium nie może być stosowane w celach konkurencyjnych i w celu zdobycia sobie popularności wśród chorych.

Lekarzowi nie wolno udzielać chorym zasobnym bezpłatnej porady lub pomocy w ambulatorjach publicznych, przeznaczonych dla osób ubogich. Nie wolno jest również odsyłać do bezpłatnych ambulatorjów osób, które są w stanie opłacić pomoc lekarską.

§ 48. Lekarz ma obowiązek leczyć bezpłatnie chorego kolegę zawodowego i tych członków rodziny, którzy na jego utrzymaniu pozostają, a także wdowy i niepełnoletnie sieroty po lekarzach, pozostające w ciężkich warunkach materialnych.

Lekarzowi wezwanemu w wyżejwymienionych przypadkach należy się zwrot poniesionych wydatków.

Udzielanie bezpłatnej pomocy lekarskiej pomocniczemu personelowi lekarskiemu, pozostawia się do uznania lekarzowi, stosownie do przyjętych miejscowych stosunków.

§ 49. W razie zalegania należności za leczenie, lekarz ma prawo upomnieć się o takową, a nawet dochodzić jej sądownie. Przy egzekwowaniu należności od nieletnich i uczącej się młodzieży, szczególnie w przypadkach chorób wenerycznych, tajemnica lekarska, co do istoty cierpienia winna być bezwzględnie uszanowana.

§ 50. Pobieranie opłaty ryczałtowej za wyleczenie chorego, szczególnie w przypadkach chorób wenerycznych. branie zastawów, fantów, weksli i t. p. za leczenie, jest lekarzowi surowo wzbronione.

VII. Obowiązki lekarzy względem Izby Lekarskiej.

§ 51. Izbie Lekarskiej, jako urzędowej reprezentacji stanu lekarskiego przez ogół wybranej, winni są lekarze szacunek i poparcie we wszelkich jej zarządzeniach.

§ 52. Każdy lekarz rozpoczynający wykonywanie zawodu lekarskiego w okręgu Izby, obowiązany jest zgłosić się do takowej pisemnie w ciągu dni 14, jak również w tym samym terminie zawiadomić ją o każdej zmianie mieszkania.

§ 53. Każdy lekarz winien jest terminowo uiszczać opłaty izbowe, by nie zmuszać Zarządu Izby do ściągania tych opłat drogą egzekucji.

§ 54. W sporach między kolegami, powstałymi w związku z wykonywaniem zawodu lekarskiego winni są lekarze zwracać się przedewszystkiem do pośrednictwa Izby, przed którą należy wytaczać wzajemne skargi.

§ 55. W sporach z pacjentami o honorarium pośredniczy Izba jedynie za zgodą obu stron spór wiodących.

§ 56. Każdy lekarz ma prawo do zasięgania rady i opieki Izby we wszystkich przypadkach, w których Izba w granicach swych kompetencji może występować.

VIII. Obowiązki Lekarzy Kas Chorych.

§ 57. Lekarze Kas Chorych winni mieć na uwadze przedewszystkiem dobro chorych, ubezpieczonych w tych Kasach i z tej racji chorzy ci winni być badani i leczeni z całą troskliwością i sumiennością wszelkimi dostępnymi sposobami. Pomoc udzielana chorym kasowym czy to ambulatoryjnie, czy też w mieszkaniu chorego, nie powinna być pod żadnym pozorem mniej wydatna, niż w praktyce prywatnej.

§ 58. Stosując się w miarę możliwości do systemu oszczędnościowego, zalecanego przez Zarządy Kas Chorych, lekarze winni ze swej strony dążyć, aby stosowanie tego systemu w żadnym przypadku nie odbiło się ujemnie na kuracji i zdrowiu chorych.

§ 59. Obowiązkiem lekarzy Kas Chorych jest stosować się ściśle do następujących wymagań:

- a) odwiedzać w mieszkaniach tylko obłożnie chorych,
- b) unikać zbyt częstych powtórnych wizyt bez wyraźnych ku temu wskazań,

c) unikać zapisywania zbyt kosztownych środków leczniczych, a zwłaszcza patentowanych, zagranicznych specyfików.

d) ogólnie ustalać niezdolność do pracy z powodu choroby, powodującą wypłatę zasiłku.

e) nie zwiększać sztucznie frekwencji chorych na swych przyjęciach ambulatoryjnych przez zalecanie częstych, a niepotrzebnych wizyt, lub też przez leczenie w zakresie nienależącej do nich specjalności.

f) traktować chorych uprzejmie i troskliwie.

§ 60. W stosunkach koleżeńskich lekarzy kasowych obowiązują ogólne zasady deontologiczne Izby Lekarskiej, a o ile w danym mieście istnieje Zrzeszenie lekarzy kasowych, to obowiązują również uchwały tego zrzeszenia, o ile nie są one sprzeczne z zasadami ustalonymi przez Izbę.

§ 61. Ambulatorjum Kasy Chorych nie może być dla lekarza terenem reklamowania swego gabinetu prywatnego i wskazywania chorym, że kuracja w tym gabinecie dla tych lub innych powodów będzie skuteczniejsza.

To samo dotyczy lekarzy, odwiedzających obłożnie chorych.

§ 62. Działalność Naczelnego Lekarza Kasy Chorych winna być nacechowana przede wszystkim troską o dobro chorych i o stworzenie możliwie dogodnych warunków pracy i materialnej egzystencji lekarzom kasowym.

Naczelnny lekarz pełniący obowiązki nadzorcze winien odnosić się do lekarzy kasowych z zachowaniem wszelkich względów koleżeńskich,

§ 63. Jest pożądane, aby w przypadkach odmiennego stanowiska w poszczególnych kwestiach, załatwianych lub proponowanych przez lekarzy kasowych, lekarz naczelnny porozumiewał się z odnośnym lekarzem, lub sprawę przekazywał do kolegialnego zbadania.

§ 64. Stosunek lekarzy kasowych do Naczelnego lekarza winien się wyrażać gotowością wypełniania jego zleceń i poważaniem należnym mu jako zwierzchnikowi.

§ 65. W razie nieporozumień między Naczelnym Lekarzem i poszczególnymi lekarzami kasowymi sprawa podlega rozpatrzeniu przez Zarząd Zrzeszenia lekarzy kasowych, lub przez Izbę Lekarską.

§ 66. Ubieganie się o posady w Kasach Chorych winno się odbywać przez Biuro Pośrednictwa Pracy Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej ewentualnie przez Zrzeszenie Lekarzy Kasowych.

§ 67. Lekarze Kasowi winni być lojalni w stosunku do instytucji, w której pracują i nie wolno im działać ani bezpośrednio, ani pośrednio na szkodę moralną czy też materialną tej instytucji.

Jednak rzeczowa krytyka działalności poszczególnych Kas Chorych, jako też organizacji tych Kas wogóle, jest w zupełności dozwolona na łamach pism fachowych w Zrzeszeniach i Towarzystwach Lekarskich, oraz w prasie wogóle.

IX. Obowiązki lekarzy w pracy naukowej.

§ 68. W pracach naukowych ogłaszanych drukiem, lekarzy obowiązują zwyczaje ogólnie przyjęte wśród ludzi pracujących piórem. Prace naukowe są

częstokroć jedynym dorobkiem całego życia lekarza. Dorobek ten jest własnością autora, naruszenie więc tego dorobku, korzystanie z niego bez podawania źródła i nazwiska autora, jest ze względów etycznych równoznaczne z przywłaszczeniem cudzego mienia.

§ 69. Z tego tytułu wielce nieetyczną rzeczą jest niesprawiedliwa i stronna krytyka pracy naukowej ogłoszonej drukiem, oraz umyślne pomniejszanie jej wartości i jej lekceważenie w celu zdyskredytowania kolegi, zwłaszcza jeśli się to czyni nieotwarcie, a skrycie.

§ 70. Nieetyczne jest przedstawianie opisów operacji, sekcji, badań mikroskopowych, chemicznych i innych, przez siebie nie dokonanych, z pominięciem nazwiska osoby, która czynności te wykonała.

§ 71. Podczas dyskusji na posiedzeniach naukowych lekarzy obowiązują stosunek koleżeński w równym stopniu, jak w praktyce prywatnej i współpracy w zakładach leczniczych. Obowiązują tu również te same ogólne zasady, wyrażone w poprzednich trzech paragrafach.

§ 72. Materiał do pracy naukowej (chorzy, zwłoki i t. p.) z reguły należy do tego lekarza, który pierwszy przypadek lub fakt jakiś miał w obserwacji i pierwszy na przypadek ten zwrócił uwagę. W razie sporu decyduje ogół pracowników lekarzy danej instytucji wraz z kierownikiem.

§ 73. O ile materiał naukowy pozostaje niewyzyskany przez mającego pierwszeństwo w ciągu dłuższego czasu, to obowiązkiem kierownika instytucji względem nauki jest zajęcie się samemu tym przypadkiem, lub też polecenie opracowania go innemu pracownikowi.

§ 74. Jako regułę przyjmuje się, że wszystkie badania laboratoryjne nawet dokonane poza kliniką resp. szpitalem w innych pracowniach, a dotyczące chorych, leżących w klinikach i szpitalach, należą do kliniki resp. szpitali i nie mogą być bez zgody kierownika kliniki lub szpitala ogłaszane drukiem. Materiał sekcyjny jest własnością prosektorjów, względnie zakładów anatomii patologicznej, którego klinika resp. szpital bez zgody patologo-anatoma nie ma prawa wykorzystać jako materiału dla pracy naukowej.

§ 75. W celu uniknięcia sporów, zaprzeczeń i odwołań w pismach, przyjmuje się zasadę, iż nikt z pracujących w szpitalu, na oddziale szpitalnym w klinice, zakładzie i t. p. nie ma prawa bez zgody odnośnych kierowników w nagłówku swej pracy podawać nazwy instytucji, w której pracuje lub pracował i w której pracę napisał.

Z tego tytułu autor pracy naukowej bez zgody kierownika instytucji nie ma prawa obok nazwiska swego umieszczać urzędu zajmowanego w danej instytucji (np. asystent szpitala, lub asystent kliniki chirurgicznej U. S. B.).

§ 76. Lekarze pracujący jako kierownicy naukowcy, lub jako laboranci w fabrykach przetworów farmaceutycznych, organoterapeutycznych, lub innych, winni wpływać na sprawiedliwą ocenę środków wypuszczanych przez fabrykę, powstrzymując fabrykantów od nadmiernej, przesadnej reklamy środka.

Tylko przy zachowaniu wymienionych warunków praca lekarza w takich fabrykach jest dopuszczalna ze stanowiska etyki lekarskiej.

§ 77. Żaden lekarz nie powinien na żądanie fabryki lub apteki wydawać o wartości środka opinii, mogącej służyć jako reklama; jeżeli jednak rozporządza poważnymi spostrzeżeniami, to ma prawo ogłosić je na łamach pism specjalnych,

§ 78. Lekarze nie pracujący naukowo winni poczuwać się do obowiązku starannego śledzenia za postępami wiedzy lekarskiej, winni należeć w charakterze członków do miejscowych Towarzystw Lekarskich i o ile możliwości brać udział w zjazdach lekarskich.

X. O obowiązkach lekarzy szpitalnych i rejonowych.

§ 79. Lekarze szpitalni i rejonowi winni być lojalni względem instytucji, dającej im pracę, unikając w swej działalności wszystkiego, co mogłoby instytucję tą zniesławić lub ściągnąć na nią niezadowolenie ludności. Lekarze w szpitalach winni z całą stanowczością prostować kursujące wśród publiczności kłamliwe i uwłaczające szpitalowi wiadomości, a w przypadkach wątpliwych winni zbadać stan faktyczny.

§ 80. Lekarze szpitalni i rejonowi winni pamiętać, że troska o dobro chorych znajdujących się pod ich opieką jest najważniejszym ich obowiązkiem. Unikając szablonowego wykonywania swych obowiązków, lekarze winni badać i leczyć chorych z całą sumiennością wszelkimi dostępnymi sposobami; w przypadkach zaś wątpliwych korzystać ze wspólnych narad między sobą i innymi kolegami.

§ 81. Odpowiedzialność za leczenie chorego ponosi ordynator danego oddziału. Z tego powodu zmiany w leczeniu nie mogą być wprowadzane bez jego wiedzy i zgody.

Wyjątek stanowią zarządzenia lekarza dyżurnego w nagłych i nieprzewidzianych przypadkach.

§ 82. O ile między lekarzem szpitalnym, a Zarządem szpitala niema żadnej specjalnej pod tym względem umowy, to lekarzowi szpitalnemu niewolno jest pobierać od chorych szpitalnych czy to za leczenie, czy też za dokonane badania i zabiegi, żadnych opłat dla siebie.

To samo dotyczy pomocniczego personelu szpitalnego.

§ 83. Żadnemu pozaszpitalnemu lekarzowi nie wolno jest badać i leczyć chorych szpitalnych, lub dokonywać w szpitalu zabiegów bez wyraźnego zezwolenia ordynatora i kierownika szpitala.

§ 84. W przypadkach, gdyby chory szpitalny, jego rodzina, lub otoczenie chcieli zaprosić na konsylium lekarza pazaszpitalnego według swego uznania, to życzeniu temu winno się stać zadość; nie dotyczy to jednak klinik uniwersyteckich.

§ 85. Wybór konsultanta uzależniony jest od zgody ordynatora i kierownika szpitala. Wyznaczenie godziny, kiedy ma się odbyć konsylium z lekarzem pozaszpitalnym, zależy od ordynatora szpitalnego. Ze stanowiska etyki lekarskiej nie wzbrania się ordynatorowi pobrania od chorego honorarium za konsylium.

§ 86. Wszyscy lekarze, pracujący w szpitalu, obowiązani są wykorzystywać pod względem naukowym obserwacje nad materiałem oddziałowym i dzielić się swoimi spostrzeżeniami na zebraniach szpitalnych, Towarzystw nauko-lekarskich lub za pomocą publikacji w pismach lekarskich.

§ 87. W stosunku do kolegów lekarz szpitalny winien przestrzegać ogólne zasady współżycia koleżeńskigo, pamiętając, że ma jeszcze obowiązek nauczania młodszych kolegów, jak również korzystania z rad i wskazówek kolegów starszych, bardziej doświadczonych, tworząc w ten sposób nieprzerwany szereg doskonalących się w sztuce lekarskiej pracowników szpitalnych.

§ 88. Dla dokładnego i najłatwiejszego uregulowania pracy klinicznej i naukowej nieodwołalnie potrzebne jest w życiu szpitalnem ścisłe przestrzeganie godzin ordynacyjnych i dyżurów.

§ 89. W stosunku do pomocniczego personelu lekarskiego należy być sprawiedliwym, lecz wymagać ścisłego i bezwzględego posłuszeństwa w wykonywaniu zarządzeń lekarskich.

§ 90. W stosunku do rodziny chorych, lekarz szpitalny winien być względny i pobłażliwy, pomnąc na ciężki stan psychiczny bliskich choremu ludzi.

Rodziców i opiekunów dzieci należy przekonywać wszystkimi sposobami o konieczności wymaganych zabiegów.

W razach nagłych i niewątpliwych np. potrzeba tracheotomji, krwotok, corpus al. i t. p. lekarz szpitalny nie może się wahać i musi z całą świadomością wziąć na siebie odpowiedzialność, nawet wbrew woli rodziców czy opiekunów.

XI. O obowiązkach lekarzy sanitarnych.

§ 91. Lekarze sanitarni, będący na służbie państwowej, lub komunalnej, winni poza lojalnością w stosunku do instytucji, w której pracują i do przełożonej władzy, poświęcić całe swe wysiłki dla dobra zdrowia publicznego, pomnąc, że od ich racjonalnej pracy zależy zapobieganie chorobom zakaźnym i społecznym.

§ 92. Stawiając ludności liczne, a poniekąd uciążliwe wymagania, które nakłada obowiązek służbowy, lekarz winien wyczerpać wszelkie możliwe środki, aby skłonić ludność do wypełnienia jego żądań drogą rozumowania, pouczenia, uświadamiania i skutecznej propagandy. Uciekanie się do usług policji i kierowanie spraw do Sądów Koronnych, lub administracyjnych winien lekarz traktować jako ostateczną konieczność.

§ 93. W stosunku do interesantów winien lekarz sanitarny zachować uprzejmość i daleko posuniętą wyrozumiałość; jednak co do niezbędnych wymagań należy twardo stać na zajętem stanowisku, nie ulegając ani prośbom, ani też protekcjom i niezrażając się przeciwnościami.

§ 94. W stosunku do kolegów obowiązują zatwierdzone przez Izbę Lekarską zasady deontologii lekarskiej.

§ 95. Obowiązkiem moralnym państwowych lekarzy sanitarnych jest należenie do związku lekarzy Rządowych Państwa Polskiego.

Oplaty za czynności lekarskie na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

(Uchwała Rady Izby z dnia 22/I. 1928 r. Wil. Dzienn. Woj. Nr. 9, 30/VI. 1928 r. poz. 500. Pismo Wojewody Nowogr. Nr. 1781/zdr. 6/XI. 28 r.).

§ 1. Lekarz, jako przedstawiciel wolnego zawodu, ma prawo w swojej prywatnej praktyce ustalać własne indywidualne normy wynagrodzenia za czynności zawodowe; o ile te normy są wyższe od norm zwyczajowych w danej miejscowości, lekarz powinien uprzedzić o tem swych chorych, względnie ich otoczenie.

Takie indywidualne normy nie dotyczą przypadków, o których jest mowa w art. 14 Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

§ 2. W braku umowy ze strony i w wypadkach sporu lekarzowi należy się wynagrodzenie według norm następujących:

	w Wilnie	w innych miejscowościach
1. Za poradę w gabinecie lekarza w godzinach przyjęć, o ile porada trwa nie dłużej niż 30 minut	8 zł.	6 zł.
2. Za porady wymienione w p. 1, o ile się one często powtarzają w celu drobnych zabiegów	5 zł.	4 zł.
3. O ile porada trwa dłużej niż 30 minut, dolicza się do cen w pun. 1 i 2 za każdy rozpoczęty kwadrans	4 zł.	3 zł.
4. Za poradę w mieszkaniu chorego we dnie i w porze wyznaczonej przez lekarza	15 zł.	10 zł.
5. Za każdą poradę w wypadkach w p. 4 udzieloną przez lekarza za jego zgodą innym członkom rodziny lub domownikom.	8 zł.	6 zł.
6. Za poradę w mieszkaniu chorego natychmiastową na żądanie strony 20 zł.	15 zł.	
7. O ile porada w mieszkaniu chorego wraz z		

	w Wilnie	w innych miejscowościach
drogą trwa dłużej niż 60 minut, dolicza się za każdy rozpoczęty kwadrans.	5 zł.	4 zł.
8. Dla wszystkich konsultujących za udział w poradzie lekarskiej	30 zł.	20 zł.
9. Za wyjazdy do chorych zamiejscowych oblicza się za godzinę od chwili wyjazdu do chwili powrotu.	20 zł.	15 zł.
Ponadto dolicza się koszt dorożek na stację kolejową oraz bilet kolejowy II klasy w obie strony; dalszych środków lokomocji udziela osoba wzywająca lekarza.		
10. W porze nocnej czyli za czas od godz. 21 do 8 opłaty za czynności wymienione w p.p. 1, 4, 6 i 8 są dwukrotnie wyższe, a wymienione w p. 9 wyższe o 50%.		
11. Zabiegi położnicze:		
a) Obecność lekarza przy porodzie normalnym w pierwsze 3 godziny	75 zł.	60 zł.
b) za każdą następną godzinę dolicza się	15 zł.	10 zł.
c) Za zabiegi mniejsze, jak np. wydobycie błon i szycie krocza (z wyjątkiem pęknięcia 3 stopnia) dolicza się	30 zł.	20 zł.
d) Za zabiegi średnie np. obrót płodu, zastosowanie kleszczy, szycie krocza przy pęknięciu 3-go stopnia, usunięcie łożyska sposobem we-		

	w Wilnie	w innych miejscowościach
wewnętrznym, dolicza się 70 zł.		50 zł.
e) Za zabiegi ciężkie, np. przodowanie łożyska, wymóżdzenie, rozkawałkowanie płodu, dolicza się	150 zł.	100 zł.
f) za cięcie cesarskie 200 zł.		200 zł.
12) Zabiegi chirurgiczne, ginekologiczne, okulistyczne otolaryngologiczne i t. p.:		
a) Za zabiegi małe, np. zastrzykiwanie rozczyń fizjologicznego, wlewianie salwaršanu względnie innych leków, wlewianie leków do ropnia opadowego, niepowikłane usuwanie zębów, cewnikowanie, jednorazowe przepłukiwanie pęcherza, małe zabiegi na powiekach, niekrwawe usuwanie ciał obcych z ucha, nosa i t. p.	25 zł.	15 zł.
b) Za zabiegi średnie, jak np. wstawianie świeżych zwichnięć, usuwanie guzów zewnętrznych i inne drobne operacje chirurgiczne lub ginekologiczne, operacje na powierzchni gałki ocznej i większe operacje na powiekach, operacje w jamie ustnej, nosowogardzielowej, w krtani i t. p.	75 zł.	50 zł.
c) Za operacje duże, operacje na czasce połączone z jej otwarciem, operacje na narządach wewnętrznych, resekcja stawów dużych, większe operacje nosowo-gardzielowe oraz za operacje wewnątrz gałki oczn. 200 zł.		200 zł.

13) Koszty materiałów opatrunkowych, środków leczniczych, znieczulających, odkażających i t. d. ponosi strona zwracająca się do lekarza w/g cen rzeczywistych.	
14. W wypadkach wykonania jednocześnie kilku zabiegów na jednym chorym, wynagrodzenie określa się w/g normy przewidzianej dla zabiegu najpoważniejszego.	
15. Oplaty za zabiegi wyszczególnione w p. p. 11 i 12 tego § stanowią wynagrodzenie dla operującego; za asystę lekarską dolicza się 1/4 część tych opłat dla każdego z asystujących lekarzy.	
16. Za świadectwa lekarskie:	
a) nie wymagające dłuższego badania chorego	10 zł.
b) wymagające takiego badania	30 zł.
17. Za zabiegi roentgenowskie i elektroterapeutyczne:	
a) prześwietlanie klatki piersiowej.	10 zł.
b) ortodiagrama serca.	12 zł.
c) prześwietlanie żołądka	20 zł.
d) prześwietlanie przewodu pokarmowego	40 zł.
e) zdjęcia mniejsze.	15 zł.
f) „ średnie	25 zł.
g) „ duże	40 zł.
h) naświetlanie powierzchowne	10 zł.
i) naświetlanie głębokie	20 zł.
j) elektryzacja.	5 zł.
k) djatermia	8 zł.
l) lampa kwarcowa	3 zł. — 5 zł.
l) wanna elektryczna	5 zł. — 10 zł.
m) „ kwaso-węglowa	7 zł.
§ 3. Powyższe opłaty wymienione w pp. od 1 do 16 włącznie § 2 nie mogą być zastosowane w wypadkach:	

- a) jeżeli lekarz wykonywa czynności powyższe jako lekarz komunalny lub Kasy Chorych lub też na podstawie kontraktu czy też umowy;
- b) jeżeli lekarz jest profesorem lub docentem jednego z uniwersytetów w Państwie Polskim, w takim razie winien uprzedzić o wysokości swego honorarjum; o ile zaś tego nie uczyni i powstanie w następstwie tego nieporozumienie, to obowiązuje taksa, ustalona w cenniku lekarskim.
- § 4. Za dokonanie badań chemiczno-bakterjologicznych dla celów djagnostyki lekarskiej:
1. badanie jakościowe moczu ze zbadaniem mikroskopowem osadu 5 zł.
 2. ilościowa analiza moczu z podaniem ilościowych stosunków normalnych składowych części i badaniem moczu wymienionem w p. 1 15 zł.
 3. badanie moczu na cukier z badaniem na obecność ciał acetonowych 2 zł. 50 gr.
 4. bakterjoskopowe badanie moczu na gonokoki lub na gruźlicę 6 zł.
 5. badanie płwociny, wyśięków, mleka na gruźlicę 6 zł.
 6. badanie kału mikroskopowe i chemiczne 12 zł.
 7. badanie kału na krew utajoną 5 zł.
 8. badanie kału na jajka robaków 5 zł.
 9. badanie włosów i łuski na grzybki 8 zł.
 10. badanie kamyków chemiczne ilościowe 10 zł.
 11. badanie nasienia mikroskopowe 6 zł.
 12. badanie płynów opłucnej, jamy brzusznej, mózgowodzeniowego, torbieli, ropni opadowych i innych — cytologiczne i bakterjoskopowe 8 zł.
 13. badanie bakterjologiczne 15—20 zł.
 14. „ krwi na anemję 15 zł.
 15. „ na malarję, krętki tyfusu powrotnego oraz wydzieliny na krętki blade 8 zł.
 16. badanie krwi na leukocytozę 12 zł.
 17. odczyny aglutynacyjne we krwi:
 - a) na 1 szczep (np. tyfusowy) 15 zł.
 - b) na 2 szczepy (np. tyfusowy, paratyfusowy) 18 zł.
 - c) na 3 szczepy i więcej 20 zł.
 18. odczyn Wassermanna 15 zł.
 19. opadanie krwinek 8 zł.
 20. ilościowe i jakościowe określenie bilirubiny we krwi 10 zł.
 21. ilościowe określenie jednego ze składników normalnej krwi, jak kwas moczowy, azot ogólny, mocznik, azot pozabiałkowy, cukier, indykan, kreatynina, chlorki . . . po 15 zł.
 22. za określenie ilościowe jednocześnie dwóch z wyżej wymienionych składników 25 zł.
 23. powyżej dwóch dolicza się od składnika 5 zł.
 24. badanie nalotu na dyfteryę:
 - a) mikroskopowe 6 zł.
 - b) bakterjologiczne 15 zł.
 25. badanie histologiczne tkanek, nowotworów i tp. 25 zł.
 26. przygotowanie szczepionek indywidualnych w ilości niemniej 20 ampulek 25 zł.
 27. w ilości mniejszej niż 20 ampulek 20 zł.
 28. mikroskopowe badanie mleka kobiecego lub krowiego z określeniem % tłuszczu 6 zł.
 29. powyższe badanie z badaniem osadu na gruźlicę 8 zł.
 30. badanie treści żółdkowej na czczo lub po próbnem śniadaniu 10 zł.
 31. badanie treści żółdkowej na czczo i po próbnem śniadaniu 15 zł.
 32. oznaczenie ilościowe pepsyny lub trypsyny w treści żółdkowej 5 zł.
 33. oznaczenie ilościowe trypsyny w kale 10 zł.
 34. pobranie materiału na mięście bez kosztów przejazdu 5 zł.

Spis alfabetyczny nazwisk z podaniem liczby stronicy.

- Abramowicz 40, 295, 303.
 Achmatowicz Z. 1—1, 18, 84, 89, 90, 132.
 Alexandrowicz 23, 24, 85, 139, 302.
 Bagiński 19, 21, 24, 230, 233, 253, 303, 257, 312.
 X. Bandurski 92.
 Baranowski 86, 88, 140, 302.
 Baron 92.
 Bądryński 24, 27, 42, 93, 301, 302, 304, 305, 308, 312.
 Bertrand 311.
 Blaustein 137, 138, 139, 191.
 Bohuszewicz 27, 45, 95, 135, 189, 247, 249, 303, 307.
 Borowski 40, 145, 192, 307.
 Borysewicz 21.
 Brensztejn 210, 291.
 Brudziński 28, 30, 35, 38, 139.
 Budziński 24.
 Bujalski 28, 42, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 312.
 Buiwid 92.
 Buiwidówna 27.
 Burak 302.
 Ciechanowski 93.
 Czarkowski 27, 28, 42, 84, 87, 90, 131, 132, z 5 1, 297, 302, 306, 307, 308.
 Czarnecki 19, 22, 24, 42, 134, 136, 190, 195, 247, 248, 253, 297, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 312.
 Czarnowski 134, 304.
 Czerniewski 21, 86, 302.
 Dillon 247, 249, 271, 303, 314.
 Dobaczewski 40.
 Dobrucki 92.
 Dokalski 28.
 Domański 137, 138, 139, 190, 191, 195.
 Dowgiałłówna 139.
 Dubois 2, 42.
 Dziekiewicz-Czerniewska 21, 302.
 Dzielwski 93.
 Eiger 248, 249, 250, 303, 304.
 Eisenberg 140.
 Falkowski 40.
 Frank 178, 214, 278.
 Gantkowski 94.
 Gerlée 40, 140.
 Gogolewska-Löwenhoff 76, 96, 139.
 Gryglewicz 40, 309.
 Gubrynowicz 310.
 Hanusowicz 38, 90, 134, 139, 299, 304.
 Heyman 97.
 Hłasko 1, 24, 83, 302, 307.
 Iszora 139.
 Jabłonowski 20, 21, 42, 58, 90, 102, 141, 249, 297, 301, 303, 305, 306.
 Jakowicki 24, 40, 133, 249, 250.
 Jakubowski 42, 302, 306.
 Janiszewski 93.
 Jankowski 93.
 Janowicki 210.
 Janowicz 18.
 Januszkiewicz 18, 19, 20, 22, 24, 25, 28, 40, 42, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 131, 132, 133, 189, 190, 246, 247, 248, 249, 297, 299, 301, 302, 304, 305, 306.
 Jasiński 19, 28, 30, 40, 42, 139, 140, 302, 305, 306.
 Jocz 28.
 Kapłan 112, 136, 141, 303.
 K. Karaffa-Korbutt 24.
 Karnicka 139.
 Karwowska 26, 252.
 Kaulbersz-Marynowska 21, 28, 126, 139, 140, 142.
 Kątkowski 94.
 Kiakšto 27, 89, 303.
 Kisiel 27.
 Klott 27, 42, 294, 301, 302, 309, 312.
 Korzeniewski 97.
 Kościakowski 306.
 Kowarski 139.
 Kozłowski 28, 307.
 Kramsztyk 19, 21, 302.
 Krom 311.
 Kucharski 131, 294, 303, 304.
 Lachowicz 304.
 Legeżyński 94.
 Lewande 190, 295, 300, 303, 313.
 Lewicki 312.
 Lewin 139.
 Lidzki 140.
 Lipski 94.
 Litwinowicz 92.
 Łapiński 9.
 Łukowski 21, 86, 28, 42, 139.
 Maciejowicz 304.
 Mahrburg 12, 25, 43, 62, 83, 96, 302.
 Makower-Szadowska 174, 194.
 Mandeltort 137, 138, 191.
 Melanowski 92.
 Michejda 18, 24, 40, 83, 85, 86, 89, 90, 93, 134, 295, 298, 301, 303, 304.
 Michniewicz X. Z. 1—1, 84, 302, 307.
 Moszyński 18, 91, 246.
 Muraszkówna 40, 140.
 Muszyński 40, 117, 133, 137, 142, 303.
 Narkiewicz 27.
 Nojszewski 92.
 Nowicki 310, 311.
 Obieziński 22, 24, 247, 302.
 Odyniec 28.
 Opoczyński 18, 19, 21, 25, 28, 42, 83, 299, 301, 304, 305, 306.
 Paszkiewicz 311.
 Pawłowski 40, 42, 89, 131, 132, 133, 136, 247, 249, 250, 294, 295, 296, 301, 302, 303, 304, 307.
 Peszyński 27, 134, 141, 189, 294, 301, 302, 307.
 Pigoń 28.
 Pióro 296.
 Przywieczerski 94.
 Ptaszyński 25.
 Raczkiewicz 92.
 Radziwiłłowicz 41.
 Rakiewicz 94.

Rapczewski 94.
 Rosiak 250.
 Roussy 311.
 Rozwadowski 300.
 Rubinsztejn 250, 296, 303.
 Rudzki 248, 302.
 Rudziński 18, 27, 41, 136, 137, 317.
 Ruppert 92.
 Rutki 309.
 Rygiel 306.
 Safarewicz 25, 26, 42, 246, 301, 302, 303,
 306, 307, 312.
 Siedlecka 311.
 Sikorski 94.
 Stawiarska 139.
 Steusing 94.
 Świda 28, 88, 90, 133, 190.
 Świeżyński 85, 299.
 Sycianko 27.
 Szabad 21, 42, 85, 91, 92, 133, 134, 297, 301,
 302, 305, 306.
 Szajerowicz 190, 303.
 Szlagowski 28, 29, 139.
 Szmurło 28, 35, 41, 42, 90, 139, 190, 249,
 295, 299, 300, 302, 303, 305, 306, 312.
 Szniolis 27.
 Szuniewicz 139, 140.
 Szwengruben 255, 299, 302.
 Szymański 25, 41, 92.

Toczyłowski 41.
 Traczewski 41.
 Trzebiński 1, 2, 24, 25, 41, 42, 83, 88, 89,
 93, 97, 132, 137, 141, 178, 189, Z 51,
 214, 247, 250, 255, 295, 297, 299, 301,
 302, 303, 305, 306, 307.
 Trzeciak 133, 295.
 Tymiński 41.
 Tyszkówna 27, 28, 309.
 Wąsowski 140, 302.
 Wierzejewski 252.
 Wilczewska 312.
 Wirszubski 24, 42, 82, 84, 86, 96, 129, 134,
 142, 189, 206, 248, 253, 298, 301, 302,
 303, 304, 305, 306, 312.
 Władyczko 41.
 Wołodkowiczówna 247, 303.
 Wrześniowski 27.
 Zagórski 139, 140, 248.
 Zahorski 25, 139.
 Zaleski W. 23, 41.
 Zalewski A. 27, 133, 303.
 Załuska 26, 307.
 Zarcyn 84, 89, 91, 131, 132, 134, 136, 190,
 246, 295, 303, 304.
 Zawadzki 28, 42, 90, 301, 302, 304, 305, 306,
 307, 312.
 Zienkiewicz 54, 95, 121, 139, 142.
 Zabko-Potapowicz 27, 139.



0.19142