



# WIZYTA LECYONSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·  
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

## SPETON—(Mata)

idealny anticoncipiens używany przez bardzo wielu lekarzy. Działanie tlenia w postaci trwałych tabletek.

## PERBORAL

stosowany w ginekologii. Lek swoisty przeciwko białym upławom, nadżarciom pochwy, w zapaleniu macicy. Działa przez wydzielanie się wolnego tlenu. W wysokim stopniu bakteryobójczy, nie drażniący.

## GLYCOPON

Glicerofosforan zbioru alkaloidów makowca. Lek uspakajający o działaniu nasennem i kojącem, stosowany w chirurgii, ginekologii i neurologii.

Zalety: stały skład, szybka przyswajalność, wzmoczone działania narkotyczne; Gotowy do stosowania wewnętrznego lub podskórnego (specjalnie dogodne opakowanie dla szpitali), wskutek czego znaczne obniżenie ceny.

Literaturę i próby dla lekarzy wydaje

S. ROŚCISZEWSKI — Warszawa — Piękna 7.  
Skład główny: Tow. Akc. LUDWIK SPIESS i Syn.  
Fabryka Chemiczna „Nassovia“ Wiesbaden 59.

## Pracownia chemiczno - bakteryologiczna

Dra Stanisława MUTERMILCHA

Analizy moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin, mleka, nalotów, wysięków i t. p.

Marszałkowska № 127 (Zielna № 22).

## Racjonalne i b. staranne

kształtowanie paznogi (Manicure i Pedicure) w gabinecie Wiśniewskiej,  
**Aleje Jerozolimskie № 43, m. 15,**  
I-sze piętro, przy Marszałkowskiej.

ODMROŻENIA ostre i przewlekłe leczy skutecznie

## CONGELIN

(Unguentum Icthyoli compositum contra congelationem).

Apteka F. WIĘCKOWSKIEGO w Warszawie.

# Hemogen Magistri Klave

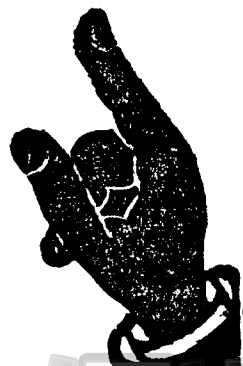
energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku, nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany we wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Poleca LABORATORYUM CHEMICZNE przy aptece

Magistra H. KLAWEGO,

10, Pl. Św. Aleksandra, Warszawa. Tel. 25-08 i 24-94.

Związek chemiczny,  
zawierający  
żelazo i mangan.



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

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Dr. med. ALFRED SOKOŁOWSKI

WYKŁADY KLINICZNE

# CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH.

Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie w 3 tomach

Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli. Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.

Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.

Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.

Część II. Suchoty płucne. Cena rb. 5, w oprawie rb. 5 k. 60, przesyłka k. 60.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka w Warszawie.

## ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socjalnej.

Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,

objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Hygiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ. 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokoły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCJI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów im. Rau'a, 2) Z instytutu Higieny Dziecięcej im. Lenvala, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygienicz. VII. RUBRYKA Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADESŁANE. XIII. ŻYCIORYSY. XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

# Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

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

Jako następny odczyt wyjdzie wkrótce:

- № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria anafilaksji.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.



# GAZETA LECARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM VMIEJĘ-  
TNOŚCI LECARSKICH.

Diećdziesięcio-  
lecie drugie.

Warszawa, d. 11 listopada 1916 r.

W dniu 5 listopada w sali tronowej zamku królewskiego w Warszawie J. E. Jenerał-Gubernator Warszawski v. Beseler wobec zgromadzonych przedstawicieli różnych grup i stowarzyszeń społeczeństwa polskiego odczytał po niemiecku

## Akt proklamacyi Królestwa Polskiego.

Akt ten w poniższem tłumaczeniu polkiem odczytał następnie hr. Hutten-Czapski.

### Do mieszkańców warszawskiego Jenerałnego Gubernatorstwa.

Przejęci niezłomną ufnością w ostateczne zwycięstwo ich broni i życzeniem powodowani, by ziemie polskie przez waleczne ich wojska ciężkimi ofiarami rosyjskiemu panowaniu wydarte, do szczęśliwej przywieść przyszłości, Jego Cesarska Mość Cesarz Niemiecki oraz Jego Cesarska i Królewska Mość Cesarz Austrii i Apostolski Król Węgier postanowili z ziem tych utworzyć państwo samodzielne z dziedziczną monarchią i konstytucyjnym ustrojem. Dokładniejsze oznaczenie granic Królestwa Polskiego zastrzega się. Nowe Królestwo znajdzie w łączności z obu sprzymierzonymi mocarstwami rękojmię, potrzebną do swobodnego sił swych rozwoju. We własnej armii nadal żyć będą pełne sławy tradycje wojsk polskich dawniejszych czasów i pamięć walecznych polskich towarzyszy broni w wielkiej obecnej wojnie. Jej organizacya, wykształcenie i kierownictwo uregulowane będą we wspólnem porozumieniu.

Sprzymierzeni Monarchowie, biorąc należyty wzgląd na ogólne warunki polityczne Europy, jako też na dobro i bezpieczeństwo własnych krajów i ludów, żywią niezłomną nadzieję, że obecnie spełnią się życzenia państwowego i narodowego rozwoju Królestwa Polskiego.

Wielkie zaś, od zachodu z Królestwem Polskiem sąsiadujące mocarstwa z radością ujrzą u swych granic wschodnich wskreszenie i rozkwit wolnego, szczęśliwego i własnem narodowem życiem cieszącego się państwa.

Z NAJWYŻSZEGO ROZKAZU JEGO CESARSKIEJ MOŚCI CESARZA NIEMIECKIEGO

Jenerał-gubernator

v. Beseler.

ZE SZPITALA DLA UMYSŁOWO I NERWOWO CHORYCH „KOCHANÓWKA“ (POD ŁODZIĄ).  
DYREKTOR DR. MED. ANTONI MIKULSKI.

## O RZADZIEJ SPOSTRZEGANYCH OBJAWACH — BIAŁKOMOCZU, WYMIOTACH KRWAWYCH ORAZ OSOBLIWIE PRZEBIEGAJĄCYCH DRGAWKACH OGRANI- CZONYCH — W PRZYPADKU GUZA MÓZGU.

Podał

**Eufemiusz Herman.**

Okoliczność, iż na 100 nerwowo chorych przypada, według Cushinga, 4, — według Seydela — 1.4, według Brunsza — 2 osobników<sup>1)</sup>, dotkniętych guzami mózgu, mogłaby przemawiać za tem, że ogłaszanie klinicznego obrazu tego cierpienia jest niepotrzebnym balastem, obciążającym i tak dość obfitą kazuistykę guzów mózgu.

Zarzut powyższy dotyczyć mógłby tembardziej tych przypadków, w których rozpoznanie guza tej lub owej części mózgowia, nie mogło być przez odpowiednie oględziny pośmiertne ustalone.

Mimo to, iż przypadek nasz do ostatniej kategorii zaliczyć należy, odważyliśmy się kliniczną postać jego pokrótce na tem miejscu naszkicować, wychodząc z tego założenia, iż bliższa i dokładniejsza obserwacja chociażby jednego chorego poucza nieraz więcej aniżeli bardziej powierzchowne postrzeganie wielu.

Dlatego też niech nam wolno będzie zatrzymać uwagę czytelników na opisie historii choroby naszego pacyenta.

Dnia 25-go marca 1916 roku do szpitala naszego przybył chory, P... Franciszek, katolik, w wieku lat 18.

Wywiady, zebrane od ojca chorego, przedstawiają się w sposób następujący:

Co do dziedziczności — rodzice chorego żyją, naogół zdrowi; ojciec liczy lat 54, matka — 45; pokrewieństwa pomiędzy rodzicami niema. Alkoholowi rodzice używali miernie; chorób wenerycznych nie przechodzili. Dziadkowie i babki chorego ze strony ojca zmarli w starości; ze strony matki — babka zmarła w wieku młodym, na co — niewiadomo, ojciec — po upadku. Chorób umysłowych, bądź też nerwowych w rodzinie bliższej i dalszej nie było.

Matka chorego zachodziła w ciążę 8 razy; z tych — pierwszy raz poroniła, 2-ie—dziecko zmarło po miesiącu, reszta (6-iore) żyją — wszyscy zdrowi.

Co do porodu, dzieciństwa i okresu dojrzałości:

Urodził się na czasie, poród odbył się prawidłowo, karmiony był przez matkę; chodzić i mówić zaczął w drugim roku życia. W dzieciństwie chorował, na co — ojciec nie pamięta. Upadku, lub też urazu znacznieszego nie było.

Uczęszczał do szkoły gminnej od 8-go roku życia. Do nauki garnął się i był bardzo zdolny.

Co do okresu dojrzałości: pomagał ojcu w gospodarstwie rolnem; przytem do chwili ostatniej jeszcze uczył się, ponieważ ojciec zamierzał z niego uczynić rządcę majątku. Alkoholowi i nikotyny nie używał wcale. Chorób wenerycznych, bądź też innych, nie przechodził.

Co do pierwszych objawów choroby: obecna choroba datuje się od miesiąca. Rozpoczęła się silnymi bólami głowy, które występowały z przerwami; zawrotów głowy nie miewał. Oczy inaczej poczęły mu się ustawiać. Miewa wymioty, po każdym jedzeniu (5 — 6 razy dziennie). Przy chodzeniu chwije się nieznanie. Stolce zaparte. Mocz oddaje normalnie. „Rozum, jak się należy“.

Podczas badania wstępnego stwierdziliśmy, co następuje:

Chory wzrostu odpowiedniego, odżywiania miernego, budowy kośćca prawidłowej. W płucach i sercu niema zmian.

Układ nerwowy:

co do nerwu węchowego — I — żadnych zmian nie spostrzeżono;

co do nerwu wzrokowego — II — wzrok upośledzony od strony lewej — na odległości dokładnego widzenia nie umie podać liczby pokazywanych palców; nadto dwójnie przedmiotów od tej strony.

Badanie dna oka, dokonane przez dra Kolińskiego, wykazało wybitnie zaznaczoną tarczę zastoinową nerwu wzrokowego lewego, obok znacznego rozszerzenia naczyń krwionośnych żylnych, miejscami na zewnątrz małe wybroczyny. Na dnie oka prawego również zastoina żylna tarczy, ale w daleko słabszym stopniu, oraz bez wybroczyn.

Co do nerwów okoruchowego (III), błoczkowego (IV) i odwodzącego (VI) — lewa żrenica co najmniej szersza od prawej; oddziaływanie jednak na światło i przystosowanie z obu stron zachowane, jakkolwiek nieco upośledzone.

Co się tyczy ruchomości gałek ocznych, to przedstawia się ona, jak poniżej:

1. Przy spokojnem ustawieniu gałek ocznych, t. zn. spojrzeniu przed siebie, zauważyć można nieznaczny strabismus divergens

<sup>1)</sup> Handbuch der Neurologie, III B, spec. Neur II, Hirntumor, prof. Redlich i M. Lewandowsky.

oculi dextri, obok bardzo wyraźnego strabismus convergens oculi sinistri.

2. Ruchy gałki ocznej lewej: ku stronie wewnętrznej — cokolwiek nie dochodzi do kąta łzowego; ku stronie zewnętrznej — zaledwie dochodzi do osi pionowej środkowej oka, a więc do połowy normalnej ekskursji.

3. Ruchy oka prawego w obu kierunkach prawidłowe.

4. Ruchy ku górze — oka prawego prawidłowe, lewego — nieznacznie upośledzone.

5. Ku dołowi — obu oczu prawidłowe.

Drżenie gałek (nystagmus) nie występuje.

Co do nerwu trójdzielnego (V) zmian nie spostrzegano, prócz nieznacznej bolesności punktów uciskowych. Czucie spojówki oka lewego znacznie upośledzone.

Co do nerwu twarzonego (VII) — szpara oczna lewa szersza; lewa połowa warg nieco odciągnięta ku dołowi; bruzda nosowowargowa lewa nieco wygładzona.

Co do nerwu słuchowego (VIII) i smakowego (IX) — niema żadnych zmian.

Co do nerwu błędnego (X) — zwolnienic tętna (60 na minutę) i oddechów (12 na min.).

Co do nerwu podjęzykowego (XII) — język nie zbacza, drży nieznacznie masowo.

Co do nerwu dodatkowego — niema żadnych zmian.

Badanie odruchów, czucia wszelkiego rodzaju, oraz siły mięśniowej zaburzeń nie wykazało. Adiachokinezy i asynergii — niema. Objawu Romberga brak. Babiński, Oppenheim — ujemne. Co się tyczy chodu chorego, to jakkolwiek nie występuje bezład o pewnym stałym typie, jednakowoż porusza się chory niezupełnie swobodnie, ponieważ przedewszystkiem silnie odwodzi kończynę lewą, a następnie po dłuższem chodzeniu, bądź też po kilkorazowych obrotach, chory chwieje się, niekiedy nawet pada na bok lewy.

Przy badaniu stanu psychicznego, jakkolwiek nie stwierdza się wybitnych zaburzeń, to jednak pewna ociężałość myślenia daje się zauważyć.

Przebieg choroby.

27. VIII. Chory uskarża się na silne bóle głowy, bez określonego siedliska. Bóle te wzmagają się przy najmniejszym ruchu chorego, a szczególnie w położeniu lewostronnem. Gdy kaszle, splota, podtrzymuje sobie głowę, wywierając dłońmi silny ucisk na nią, przedewszystkiem na czoło.

W nocy oraz nad ranem chory miał silne wymioty. Wymiociny nader obfite, fusowate, ciemnocisawe, przypominające wymiociny, jakie obserwuje się zazwyczaj w krwawieniach żołądkowych we wrzodzie okrągłym żołądka. Wobec tego poddano je dokładnemu badaniu chemicznemu, przedewszystkiem co do zawartości krwi. Próba benzydynowa wypadła wybitnie dodatnio. Badanie mikroskopowe tylko gdzieś wykazuje poszczególne ciałka czerwone krwi, przeważnie atoli ziarniste masy rozpadłego barwika. Nawiasem mówiąc, chory od pierwszego dnia pobytu znajdował się na dyecie bezmięsnej.

5. IV. Chory nadal uskarża się na ciągłe dokuczliwe bóle głowy. Bóle te niekiedy są tak

wielkiego natężenia, że chory zmuszony jest skłaniać głowę zupełnie na dół, tak że podbródkiem opiera się o mostek. Na zapytanie, dlaczego to czyni, podaje, że sprawia mu podobne położenie głowy pewną ulgę. Zmiana położenia ciała, szczególnie wówczas, gdy chory po krótkiej przechadzce, kładzie się do łóżka, powoduje często chwilowe omdlenie. Wymioty trwają nadal, kilka razy na dobę. Tętno 65 na minutę. Chory nie gorączkuje.

10. IV. Bóle głowy i wymioty wciąż trapią chorego. W wymiocinach niejednokrotnie stwierdza się obecność krwi, chociaż chory nadal pozostaje na dyecie bezmięsnej.

Rozbiór moczu daje wyniki następujące: ilość dobową 1450 cm.<sup>3</sup>. Przezroczystość — zupełna; oddziaływanie — zasadowe; woń — zwykła. C. wł. — 1,015; chlorki — 9,6<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Fosforany — zwiększone; indykan — niezwiększony. Białko w ilości — 1/4<sup>0</sup>/<sub>100</sub>; cukru niema. Osad — skąpy, biały. Pod mikroskopem — leukocyty jednojądrzaste, po kilka w polu widzenia; fosforany bezpostaciowe dość licznie.

15. IV. Badanie ciśnienia krwi, dokonane zapomocą oscylometru sfigmometrycznego prof. Pachona wykazało dla tętnicy promieniowej obu rąk.

$$\frac{Mx}{Mn} = \frac{140}{80}; \left(65 \frac{140}{80} \text{ mm. Hg}\right)$$

Pp. = 60.

20. IV. Drżenie masowe języka. Singultus. Stolce zaparte.

25. IV. U chorego spostrzeżono następujący objaw. W położeniu leżącym, wówczas gdy kończyny dolne swobodnie są ułożone oraz wyprostowane, nie dostrzega się najmniejszych skurczów w mięśniach nóg, bądź też jakiegokolwiek drżenia. Dopiero wówczas kiedy choremu zginamy lewą kończynę w stawie kolanowym w ten sposób, że stopą nadal pościeli dotyka, noga cała poczyną wykonywać ruchy drgawkowe, a poszczególne mięśnie ulegać skurczom klonicznym. Skurcze te wzmagają się w miarę, im bardziej kończynę tę zginamy w stawie kolanowym i zarazem biodrowym, odwodząc ją jednocześnie.

Analizując te drgawki, wywołane niejako sposobem sztucznym, zauważyliśmy, iż wspomnianym skurczom klonicznym ulegały najpierw mięśnie grupy przedniej uda, a więc prostujące, potem grupy środkowej, wreszcie tylnej; dopiero w końcu drgawki w sposób podobny opanowywały kolejno pozostałe mięśnie kończyny, zatem podudzia oraz stopy.

Przywracając kończynę tę powoli do jej pierwotnego położenia, spostrzegaliśmy, iż wspomniane skurcze stawały się powolniejsze, o coraz to mniejszej amplitudzie, przyczem najpierw wyzwały się z nich mięśnie stopy, podudzia, a następnie, idąc ku końcowi dogłowowemu nogi, w odwrotnym porządku kolejnym mięśnie uda, — stąd ostatni drgał mięsień czterogłowy uda (m. quadriceps femoris), mianowicie jego głowa przednia — t. zw. mięsień prosty uda (m. rectus femoris).

Po stronie prawej objaw ten zupełnie nie występował.

5. V. Stan chorego stale się pogarsza. Objawy powyżej podane trwają w dalszym ciągu.

12. V. Chory został na żądanie rodziny wypisany ze szpitala.

W streszczeniu przypadek powyższy przedstawia się w sposób następujący:

Pol. Fr., w wieku lat 18, chory jest od miesiąca.

Choroba rozpoczęła się silnymi bólami głowy oraz nieprawidłowem ustawieniem gałek ocznych; później wystąpiły bardzo nieznaczne zaburzenia ruchu. Przez badanie układu nerwowego stwierdziliśmy zmiany poniższe: upośledzenie wybitne wzroku od strony lewej, obok wyraźnie zaznaczonej obustronnie tarczy zastoinowej; nadto na dnie oka lewego wybroczyny krwawe; nierówność źrenic — lewa cokolwiek szersza od prawej; *strabismus divergens oculi dextri* obok daleko znacniejszego *strabismus convergens oculi sinistri*; wybitne zaburzenia w ruchomości gałki ocznej lewej: ku stronie wewnętrznej oko nie dochodzi cokolwiek do kąta łzowego (niedowład m. prostego wewnętrznego oka — *n. oculomotorius*); ku stronie zewnętrznej dochodzi do środka możliwej ekskursji (niedowład mięśnia odwodzącego oka — *n. abducens*); ku górze ruchy nieznacznie ograniczone (niedowład m. prostego górnego).

Stąd wynika, że w przypadku naszym mieliśmy do czynienia z wybitnymi zaburzeniami lewego nerwu okoruchowego i odwodzącego. Z innych nerwów podstawowych nieznaczne zajęcie lewego nerwu twarzowego, pod postacią nierówności szpar ocznych i wygładzenia lewej bruzdy nosowowargowej.

W przebiegu choroby stwierdzono nadto silne bóle głowy, wymioty, niekiedy krwawe, białkomocz oraz w końcu wspomniane powyżej drgawki nogi lewej.

Wyraźne objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego obok wybitnie zaznaczonej obustronnie tarczy zastoinowej, zdaje się, czyniły w danym przypadku rozpoznanie guza mózgu niewątpliwem. Co się zaś tyczy topodyagnozy, to, wzięwszy pod uwagę wystąpienie już w początkach choroby objawów ze strony ruchomości gałek ocznych, a mianowicie zajęcie nerwów okoruchowego, odwodzącego i do pewnego stopnia również twarzowego, nadto dołączenie się w stadium nieco późniejszym nieznacznych zaburzeń ruchu, mogliśmy myśleć o jakiejś sprawie, zlokalizowanej na podstawie mózgu pomiędzy *substantia perforata posterior*, wzgl. ciałkami czworaczemi a oliwkami rdzenia przedłużonego, a nagabującej przede wszystkim nerwy okoruchowy, twarzowy i odwodzący.

Jednakowoż, jeśli zwrócimy uwagę na

objawy drgawkowe lewej kończyny dolnej, nasunąć się może wówczas przypuszczenie, czy nie została zajęta przez guz sfera psychomotoryczna. Wszelako drgawki w przypadku naszym cechował odrębny charakter oraz warunki, w jakich występowały.

Dlatego też, kończąc opis przebiegu choroby pacjenta naszego, uważamy za pewne rozpoznanie guza podstawy mózgu, a do pewnego stopnia za prawdopodobne — guza okolicy wspomnianej.

Obecnie z kolei rzeczy przejdźmy do omówienia tych objawów, które należą do rzadziej opisywanych, a których geneza nie jest ustalona.

I. W y m i o t y k r w a w e (*haematemesis*). Przypadki guzów mózgu, w których przebiegu spostrzegano wymioty krwawe, jakkolwiek są nader rzadkie, to jednak zdarzać się mogą, — że przytoczymy chociażby słowa prof. Mahrburga z Wiednia, który, podając symptomatologię guzów mózgu, podnosi między innymi, że u takich chorych mogą wystąpić silne wymioty krwawe<sup>1)</sup>. Zdanie powyższe potwierdza w zupełności przypadek przez nas podany.

Jak wynika z przytoczonej powyżej historii choroby młodzieńca w wieku lat 18, z wyraźnymi objawami guza mózgu, trapią częste silne wymioty, które wielokrotnie swem ciemnocisawem, fusowatym wejrzeniem, oraz wonią surowizny zdradzają mocno jakieś utajone krwawienie żołądkowe. Toteż, obserwując podobne wymioty, zadaliśmy sobie dwa pytania: popierwsze, czy wymiociny te faktycznie krew zawierają, a jeżeli tak, to czy krwawienie to z żołądka pochodzi, a powtórne, jaki związek przyczynowy zachodzi pomiędzy wymiotami krwawymi a podstawową chorobą naszego pacjenta, t. j. guzem mózgu. Doprawdy dziwić się należy, że ci nieliczni autorowie, którzy mieli szczęśliwą okazję obserwowania wymiotów krwawych u chorych, dotkniętych guzem mózgu, nie starali się innych spraw chorobowych, w związku z podobnymi wymiotami stojących, wyłączyć, a co ważniejsze, wyłomaczyć genezę tych wymiotów, wzgl. krwawień, oraz wyświetlić stosunek ich do choroby zasadniczej.

Właśnie ta napozór drobna okoliczność była niemal główną pobudką, zniewalającą nas do ogłoszenia niniejszego przypadku, już cho-

<sup>1)</sup> Jahreskurse f. ärzt. Fortbildung, red. dr. Sarason, Maiheft 1913. IV. — Die Diagnostik der operablen Hirngeschwülste, prof. Otto Mahrburg.

ciażby dlatego, ażeby przyczynić się do wyjaśnienia całokształtu obrazu krwawień żołądkowych, a jako ich skutki wymiotów krwawych, oraz, o ile okaże się to możliwem, do wyświetlenia tego związku, jaki zachodzi pomiędzy tak odległemi sprawami, jak guz mózgu i krwawienie żołądkowe.

Z kolei rzeczy zajmijmy się więc pierwszym pytaniem — czy w wymiocinach naszego chorego rzeczywiście zawarta była krew: w tym celu poddawaliśmy wymiociny dokładnemu badaniu chemicznemu, posilkując się przedewszystkiem nader czułą próbą benzydynamy.

Dodatnim wynikiem próby benzydynamy niezbicie wykazaliśmy obecność krwi w wymiocinach.

Ażeby usunąć wszelkie inne możliwe wątpliwości, musieliśmy być pewni, że w żołądku chorego nie pozostawały resztki pokarmów mięsnych, które, zawierając krew, mogłyby się przyczynić do dodatniego wyniku odczynu. Toteż chory przez czas dłuższy pozostawał na diecie bezmięsnej, mimo to w wymiocinach obecność krwi niejednokrotnie stwierdziliśmy. Gdy w ten sposób przekonani byliśmy, że chory nasz w rzeczywistości nieważki wymioty krwawe, chcąc dojść do ich genezy, musieliśmy wyłączyć wszelkie inne sprawy chorobowe, któreby mogły bądź to bezpośrednio doprowadzić do wymiotów krwawych, bądź też spowodować ten czy inny sposób nagromadzenia się krwi w żołądku, a skutkiem tego wymioty.

Mówiąc innemi słowy, dotknąć musieliśmy sprawy różniczkowego rozpoznania wymiotów krwawych, ew. krwawień żołądka.

Słusznie zaznacza Dieulafoy, że wymioty krwawe nie są jednoznaczne z krwotokami żołądkowymi<sup>1)</sup>.

Podczas gdy ostatnie mają swą przyczynę w powierzchownych lub też głębszych warstwach ścian żołądka, to pierwsze wymioty krwawe mogą być następstwem nie tylko krwotoku żołądkowego, ale i skutkiem przedostania się krwi do żołądka z innych narządów, nawet niekoniecznie z nim komunikujących.

Stąd też mogą wystąpić wymioty krwa-

we bez krwotoku żołądka, podobnie jak krwotoki żołądka przebiegać mogą bez wymiotów krwawych, jakkolwiek w większości przypadków pierwszym towarzyszą drugie.

Toteż rozstrzygając przyczyny wymiotów krwawych naszego pacjenta, musieliśmy przedewszystkiem na względzie okoliczność powyższą i przez dokładne zwrócenie uwagi na stan przełyku, kiszek, krtani, płuc oraz nosa, mogliśmy możliwość przedostania się krwi z wspomnianych narządów do żołądka napewno wykluczyć.

Tym sposobem doszliśmy do wniosku, że wymioty krwawe w przypadku naszym były spowodowane przez krwotoki żołądka, które, rzecz prosta, musiały mieć swą przyczynę w naczyniach ścian tego narządu. Idąc dalej w swem dociekaniu, musieliśmy stwierdzić, czy krwotoki te, jak słusznie odróżnia Jaworski, pochodziły z przyczyn czysto miejscowych, czy też były krwotokami następowymi.

Najczęstszem schorzeniem żołądkowem, doprowadzającym do krwotoków, jest wrzód okrągły (*ulcus rotundum*) oraz rak (*carcinoma ventriculi*).

Brak objawów klinicznych, towarzyszących obu tym sprawom, a przedewszystkiem pićrwszej (młody wiek i stan cielesny chorego) wreszcie przytoczone poniżej wyniki rozbiórki treści żołądkowej pozwalały nam drugie schorzenie wykluczyć; stan chorego tak przed wystąpieniem choroby obecnej, jak również w przebiegu jej, już do pewnego stopnia czynił prawdopodobnem wyłączenie wrzodu okrągłego żołądka; tem niemniej poddawaliśmy badaniu treść pokarmową oraz wymiociny, a otrzymane stosunki jakościowe i ilościowe upewniły nas w powyższem przypuszczeniu. Badanie zawartości żołądka po upływie 45 min. po podaniu próbnego śniadania Boas-Ewalda, dało wyniki następujące: ilość — 40 cm.<sup>3</sup>, kwasota od wolnego HCl — 28, ogólna kwasota 56).

Z innych przyczyn miejscowych krwotoków żołądka mogliśmy z całą pewnością wykluczyć następujące: krwotoki z powodu histeryi, błednicy, wrzodów gruzliczych lub też kiłowych, wskutek miażdżycowego lub skrobiowatego zwyrodnienia naczyń błony śluzowej, wreszcie wskutek tętniaków, bądź żylaków; o krwotokach urazowych, rzecz oczywista, mowy być nie mogło.

(Dok. n.)

<sup>1)</sup> Georges Dieulafoy — podręcznik chorób wewnętrznych. T. II., spolszczył dr Józef Zawadzki, r. 1904.

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

## Sposób biologiczny rozpoznawania ospy i ospówki.

Podał

S. Serkowski.

1) **Gustaw Paul.** Zur Differentialdiagnose der Variola und der Varicellen. *Centralbl. f. Bakter.* 1915, t. 75, z. 1. str. 518.

2) **H. A. Gins.** Erfahrungen mit der experimentellen Pockendiagnose. *D. Med. Woch.* 1916; 14 września, str. 1118.

3) **J. Friedberg.** W sprawie rozróżnienia ospy prawdziwej i ospy wietrznej. *Przegl. Lek.* 1916, 55, № 3, str. 51 (z 1 marca).

Pierwszy Mairinger w r. 1913 (w podr. patolog. i terap. Kraus-Brugsch) wypowiedział następujący pogląd: Lekkie i najłżejsze przypadki ospy (poza epidemią) przedstawiają największe trudności rozpoznawcze, i ze względu braku wskazań etyologicznych bywa zupełnie niemożliwym rozstrzygnięcie, czy mamy do czynienia z ospą, czy ospówką (ospą wietrzną). Byłaby więc w celu epidemiologicznym niesłychanie doniosłą taka metoda, któraby mikroskopowo i na zwierzętach dała możliwość rozpoznania ospy w przypadkach wątpliwych. Taką właśnie metodą jest metoda Hueckel-Paula.

Paul oparł się na spostrzeżeniu Hückela, że zakażona wakcyną część rogówki królika *in vivo*, po włożeniu do płynu utrwalającego (sublimatu), wykazuje szybkie zmętnienie, o ile wynik szczepienia był dodatni: ta część rogówki staje się natychmiast nieprzezroczystą białą, podczas gdy pozostałe normalne części rogówki stopniowo wolno mętnieją. Paul przestudował to zjawisko na dużej seryi rogówek króliczych i uznał daną metodę za czynnik rozpoznawczy, mający ważne znaczenie dla służby sanitarnej, ponieważ daje możliwość, w 36—48 godzin *post inoculationem*, makroskopowego rozpoznania procesu ospowego w sposób szybki i dostępny.

Rogówka królika jest bardzo wrażliwa na *virus vaccinae* i *variolae*. W 24 g. po skaryfikacji nie spostrzega się zmian, po 36 g. wynik dodatni rozpoznaje się przez lupę w postaci bardzo drobnych czapeczkowatych (*kalotenfoermig*) wzniesień, jakgdyby pęcherzyków powietrza. Po 48 godzinach te pęcherzyki ospowe widzialne są gołym okiem, choć rogówka w tym okresie czasu nie jest zmętniała. Po 3—4 dniach, niekiedy wcześniej, rozpoczyna się w środku guziczka łuszczenie nabłonka, które potęguje się aż do powierzchownego owrzodzenia, rogówka mętnieje, proces kończy się zabliznieniem. Zmiany swoiste na 2—3 dzień wskutek braku zmętnienia są tak nikłe, nekroza nabłonka tak nieznaczna, że łatwo można ją przeoczyć *in vivo*; niekiedy wskutek zbyt silnej skaryfika-

cyi mogą powstać zmiany nieswoiste urazowe. Zmiany swoiste można rozpoznać z absolutną pewnością po zanurzeniu wyłuszczonej gałki ocznej w alkohol sublimatowym. Należy starać się, aby w czasie enukleacji rogówka nie była zanieczyszczona krwią. Wyłuszczonej gałkę oczną na nitce zanurza się na krótko, pół do 1 minuty, w sublimat-alkoholu, składającym się z 2 części nasyconego wodnego roztworu sublimatu (2 grm. gotować w 30 gr. wody, po ostudzeniu odciedzić) i 1 części absolutnego wysokoku. Małe ogniska nekrotyczne przybierają kształt kredowobiałych okrągłych punkcików, o ile odczyn szczepienny jest dodatni, natomiast w innych stanach zapalnych, jak i w ospie wietrznej zmiany szczepienne rogówki tego zjawiska nie dają. Więc najbardziej charakterystycznym jest ten fakt, że, według Paula, wyłącznie zakażenie ospowe powoduje opisane objawy po zanurzeniu zakażonej rogówki do sublimat-alkoholu. Można następnie wykonać badanie histologiczne według metody Hückela, ale nawet makroskopowo rozpoznanie jest pewne.

W Instytucie Roberta Kocha Gins wykonał badania kontrolujące i potwierdził wnioski Paula. Przez zaszczepienie zawartości pęcherzyków chorych ospowych na rogówkę królika można w większości przypadków już w ciągu 48 godzin ustalić rozpoznanie; dodatni wynik dowodzi, ujemny zaś nie zbija klinicznego podejrzenia na ospę. Zmiany w rogówce, jakie powstają pod wpływem materiału ospowego, nie występują ani pod wpływem *virus* ospy wietrznej, ani żadnych bakterii. Zdaniem Ginsa, metoda Paula wypełnia braki rozpoznawcze i równocześnie odgrywa poważną rolę w medycynie sanitarnej. Z pracy Ginsa przytoczę kilka szczegółów.

Materiał do badania zbierany był w następujący sposób: zamknięty pęcherzyk ospowy ostrożnie oczyszczano wyskokiem na tamponie z waty. Gdy ulotnił się alkohol, otwierano pęcherzyk zapomocą igły od szprycy lub ostrzem skalpela i zawartość pęcherzyka wprost przez dotknięcie przenoszono na szkiełko przedmiotowe. Ponieważ chodziło nie o badanie drobnovidowe, wysuszano materiał w grubej warstwie, starając się zebrać wydzielinę w możliwie dużej ilości. *Virus variolae* znosi dobrze wysychanie i w takim stanie nie traci swoich własności w ciągu tygodni. Oczywiście szkiełka nie mogą być utrwalone w płomieniu, lecz wysuszone na powietrzu w specjalnym pudełku, przeznaczonym do przesyłki (pudełka takie przygotował w zapasie Instytut Roberta Kocha w Berlinie).



Po otrzymaniu materiału na szkiełku w pracowni, mieszano go z 1—2 kroplami 50% gliceryny. Przed reakcją obydwie oczy królika kokainizowano i szczepiono na ich rogówkę w ten sposób, że igłą wykonywano czworobok rys; każda z nich miała 1 mm. długości. Na ten czworobok przenoszono materiał zapomocą małego metalowego szpadelka. Nie można używać do skaryfikacji igieł od rozszczepiania preparatów, lecz specjalnie cienkie igły, które powodują mniejsze od poprzednich uszkodzenia traumatyczne. Ujemny wynik szczepienia ujawnia się po 48 godzinach: rogówka pozostaje normalna i zaledwie widzialne są ślady rys. W obecności materiału ospowego już w tym czasie widoczne stają się zmiany przez łupę, powiększającą 6—8 razy, mianowicie na rysach i między bliznami małe ostre wzniesienia w zmiennej ilości, o średnicy 1 mm., rzadko większe; w tym okresie rogówka jest mętna. Po zabiciu królika i enukleacji gałki i zanurzeniu jej w sublimacie-alkoholu występują w ciągu 2—5 minut mlecznobiałe okrągłe punkty, w środku bielsze, niż z brzegu, nie ostro zarysowane, lecz stopniowo przechodzące w tkankę normalną. Wielkość ich waha się od  $\frac{1}{2}$  do 2 mm. średnicy. Ilość ich jest różna, niekiedy spostrzega się kilka pojedynczych, a dalej skupionych kilkanaście takichże ognisk. W doświadczeniach Ginsa, również jak i Paula, materiały wszelkiego innego pochodzenia tego odczynu nie dają, lecz tylko zmętnienie (np. pod wpływem paciorkowców i gronkowców). Do odróżniania zwykłych zmętnień od białych plam ospy potrzebna jest pewna wprawa.

Na 51 przypadków klin. ospy Gins otrzymał 37 razy wynik dodatni i dwa razy wątpliwy. W 2 przypadkach ustalił dyagnozę ospy tam, gdzie klinicznie rozpoznano ospę wietrzną; odwrotnie nie było ani jednego przypadku ospy wietrznej, któryby dał wynik dodatni próby na zwierzętach. Stąd autor wnioskuje, że zmiany na rogówce królika są dla ospy swoiste. Pozatem wpływ na wynik wywiera objętość materiału ospowego; tak np. na rogówkę prawego oka szczepiono więcej, lewego—znacznie mniej jednego i te-

go samego materiału: i w prawym oku wystąpiły objawy o wiele silniejsze. Ujemne wyniki badań objaśnia autor tem, że niekiedy nadsyłano minimalną ilość materiału, zbyt małą do otrzymania dobrego odczynu. Wreszcie autor przypuszcza, że niektóre ujemne wyniki odczynu objaśnia się tem, że w Niemczech ospa zdarza się rzadko i lekarze nie mają wskutek tego doświadczenia. Rzadko zdarza się, aby ospa rzeczywiście nie dała reakcji swoistej na rogówce. Co do badania drobnowidowego, to również Gins potwierdza pogląd Paula, że ciała Guarnieri w liczbie dostatecznej do rozpoznania bywają w tych miejscach, gdzie *virus* ospy znajduje się w tkance, czyli w małych pęcherzykach rogówki. Ponieważ jest ich niewiele, więc celem wykrycia *c.* Guarnieri trzeba przeszukać seryę skrawków, co w praktyce sanitarnej jest niełatwe, a, jak mówi Gins, nawet niewykonalne. W końcu autor robi pewne zastrzeżenie, że wbrew poglądom Paula nie zawsze możliwe jest odróżnienie *variola* od wakcyny, a zwłaszcza słabej wakcyny, normalna bowiem limfa ospowa wywołuje tak wybitne zmiany na rogówce, że z łatwością można odróżnić je od spowodowanych przez *virus variolae*.

Friedberg zaznacza konieczność ścisłego i szybkiego rozpoznawania chorób zakaźnych dla dalszych zarządzeń sanitarnopolicyjnych, zwłaszcza ospy, której pierwsze przypadki (poronne lub złagodzone) nasuwają wątpliwości w rozpoznaniu. W takich wątpliwych przypadkach autor zaleca zwrócenie uwagi na: 1) źródło zakażenia i wywiady, 2) wiek pacyenta, 3) typ anatomiczny osutki (typem ospy rodzimej jest guziczek ograniczony, na którym dopiero później rozwija się pęcherzyk o charakterystycznym zakłębieniu, a ospy wietrznej — czerwona, często owalna, nie naciekła plamka, na której bez okresu guziczkowego rozwija się pęcherzyk wielokomorowy), 4) przebieg choroby, 5) wpływ szczepienia krowianką i 6) stwierdzenie ciałek Guarnieri w rogówce królika, szczepionej zawartością krosty ospowej. Prócz tego leukocytoza przemawia za ospą, leukopenia za ospą wietrzną.

## ODCINEK.

### Służba zdrowia w armii polskiej

Odczyt w dniu 7 września 1916 r. w Stowarzyszeniu Lekarzy w Warszawie.

Przez

**Józefa Bielińskiego.**

(Ciąg dalszy—patrz Nr 18).

Jakżeż się odwdzięczyła Francja za ich bohaterstwo, za ich obywatelskie spełnienie przyjętych na siebie obowiązków? Przede-

wszystkiem, posyłała ich na pierwszy ogień, aby dać im możliwość wyróżnienia się i zdobycia sympatii dowódców francuskich; nastę-

pnie legionieści z rozporządzenia władzy wojskowej francuskiej osłaniali odwrót odstupującej armii, czyli według dzisiejszego mianownictwa — osłaniali tyły armii, zajmującej ze względów strategicznych nowe stanowisko. Zupełnie jak dzisiaj, a zatem nic nowego pod słońcem!... Nic więc dziwnego że takie strategiczne względy sprawiały obfite żniwo śmierci dla polskich wojaków. Co nie zginęło na polu bitwy, zmarniało w szeregach austriackich, szczególnie po kapitulacji mantuańskiej, gdy francuzi wydali austryakom jeńców polskich i dezertarów. Z dezertarami prędko się załatwili, bo ich niezwłocznie rozstrzelali, jeńców zaś wcielili do armii i, naśladując francuzów, na pierwszy ogień ich posyłałi. Pozostałych legionistów wysłała Francja na odpoczynek do San Domingo. Tam rzeczywiście wielu z nich znalazło wieczny odpoczynek. Zdziesiątkowani przez żółtą febrę, z którą pierwszy raz się spotkali, nigdy już nie zobaczyli ojczystego kraju; pozostali przy życiu, gdy powrócili do Europy, mogli opowiadać ciekawym o nieznaney nikomu, a bardzo nieprzyjemnej dla Polaków chorobie.

Kościuszko, wezwany z Ameryki do Paryża, gdy się bliżej rozpatrzył w projekcie organizacji legionów, jakby przecuciem wiedziony, nie przyjął udziału w tej organizacji, nie widział bowiem tych korzyści dla Polski, jakie mu przedstawiali patryoci, patrioci, zasługujący na najwyższy szacunek najdalszych pokoleń!...

Głośnym między chirurgami legionistami był Jakób Fryderyk Hoffman, późniejszy profesor w Królewskim Uniwersytecie Warszawskim, zmarły dnia 17 października 1830 r.

Twórcą armii Księstwa Warszawskiego był Napoleon. Było to po bitwie pod Jeną. Wojnę z Rosją uważał za rzecz nieuniknioną, postanowił mieć sprzymierzeńca w Polakach nad Wisłą. Gdy delegacja polska przybyła do Berlina, Napoleon zapowiedział jej: chcecie być wolni i niepodlegli, wystawcie korpus trzydziestotysięczny, co gdy się stanie, przybędę do Warszawy i tam ogłoszę, że Polska jest wolną i niepodległą — a zapewniam was, że tego aktu nikt się nie ośmieli naruszyć. Nie był prorokiem!

To posłuchanie delegacji miało miejsce 19 listopada 1806 roku. Cesarz wezwał Kościuszkę do czynnego udziału w organizacji tej armii, lecz ten, jak przed dziesięciu laty, lecz z innych względów, odpowiedział odmownie; wówczas Dąbrowski, twórca legionów włoskich, misję przyjął i niezwłocznie, bo już 29 listopada, podał projekt sformowania czterdziestotysięcznej armii, złożonej z 32,000 piechoty i 8,000 jazdy, powołanej z ziem polskich, zostających w rękach Prusaków, nie licząc pospolitego ruszenia szlachty; organizacja ta miała być ukończona w dniu 15 grudnia 1806 roku. Wojewoda Radziwiłłowski, upoważniony przez Dąbrowskiego, ogłosił pospolite ruszenie; na to wezwanie stawilo się do Łowicza 6,000 szla-

chty konnej, podzielonej w dniu 1 stycznia 1807 roku na szwadrony. Pierwsza dywizya, sformowana przez Dąbrowskiego i pod jego dowództwem, na rozkaz cesarski, dnia 2 stycznia 1807 roku poszła pod Grudziądz pod bezpośrednie dowództwo marszałka Bernadotte; podzielona była na dwie brygady — pierwszą dowodził generał Wincenty Axamitowski, drugą — Józef Fiszler. W skład tej dywizyi weszło 6,400 piechoty, 300 jazdy, podzielonej na dwa szwadrony: I pułk strzelców i II pułk ułanów; nadto, 360 jazdy pospolitego ruszenia szlachty i kompania artylerji, liczącej 6 dział.

To był pierwszy związek regularnej armii polskiej. Drugą dywizję sformowaną w kaliskiem, poprowadził pod Grudziądz Zajaczek, gdyż Dąbrowski wyszedł ze swą dywizją pod Gdańsk. Trzecia dywizya pod dowództwem ks. Józefa Poniatowskiego o pozostała w Warszawie.

Izba wojennoadministracyjna, utworzona 3 grudnia 1806 roku, zarządziła 15 grudnia pobór do wojska i zniosła pospolite ruszenie. Bronisław Gembarski, świetny autor „Wojska Polskiego“, z którego bierzemy wszystkie szczegóły organizacji armii polskiej, gdyby dziś pisał to piękne dzieło, odezwałby się z pewnością: jakże żywo staje nam dzisiaj przed oczyma to zarządzenie Izby, chociaż to miało miejsce 110 lat temu; wszakżeż wczoraj, przedwczoraj, dziś, a i jutro czytaliśmy i czytać będziemy w bieżącej prasie warszawskiej, o podobnych zarządzeniach. O tem, co przeszło przed stu laty, pisze Skarbek: „W pierwszych trzech miesiącach od wkroczenia wojsk francuskich na ziemię polską była cała niemal młodzież tej ziemi pod bronią, wszelkie prawie zasoby gotowych pieniędzy u obywateli mniej więcej wyczerpane na dobrowolne ofiary, na wyprawienie synów i włościan do wojska, na gościnne przyjęcie nader wymagających zbawców i na opłatę zwyczajnych i nadzwyczajnych podatków i składek, nakoniec w zbożu i innych zbiorach zebrane zostały na potrzeby wojska“. Dość tych cytat, przejdźmy do dalszej organizacji armii, która polską się zwała z imienia tylko, była zaś pod komendą wojsk francuskich i dla chwały Francji przelewała krew na tyłu polach bitew.

Podług układu, zawartego w Dreźnie pomiędzy Napoleonem a królem saskim, miało Księstwo Warszawskie utrzymywać pod bronią stale 30,000 ludzi; wojsko to wraz z wojskiem saskim należało do kontyngensu konfederacji reńskiej. Sam żołd dla tej siły zbrojnej wynosił 8,349,692 złotych polskich.

Wojsko Księstwa podzielone zostało na trzy legiony, składające się z wojska różnej broni. Skład jednakoowy: każdy miał osobnego dowódcę, osobny sztab i nawet mundur z różną barwą wyłogów. Legion składał się z czterech pułków piechoty o dwóch batalionach, z dwóch pułków jazdy lekkiej, z których jeden strzelców konnych, a drugi ułanów, po trzy szwadrony każdy; z trzech kompanii artylerji pieszej, z których każda obsłu-

giwała 6 dział, oraz z jednej kompanii saperów i jednej pociągów. Ogółem jeden legion liczył 9,000 ludzi. Stan ogólny wojska dnia 1 stycznia 1809 roku był następujący: 3 generałów dywizji, 13 generałów brygady, 35 adyutantów, 1 adyutant komendant, 3 inspektorów, 6 podinspektorów, 3 komisarzy wojennych, 3 płatników, protomecyk wojska (Bergonzoni), protochirurg wojska (Lafontaines), aptekarz naczelny wojska (Gudeit). Z tej liczby tylko 14,000 mogło być użyte w Księstwie, ponieważ pozostała część znajdowała się w Hiszpanii, w Gdańsku i na Pomorzu.

Taka dyzlokacja wojska, sprawiła, że gdy 15 kwietnia 1809 roku wpadły do Księstwa wojska austriackie pod dowództwem arcyksięcia Ferdynanda i dotarły do Raszyna, gdzie odbyła się bitwa, Polacy musieli cofnąć się na Pragę, bo Warszawę zajęli austriacy; siły okazały się nierówne, a osobiste męstwo doświadczonych w boju Polaków nie sprostało bardzo ciężkiemu zadaniu.

Zbliżył się rok 1812. W tym czasie stan liczebny wojsk w Księstwie był następujący: piechoty 49,169, jazdy 16,354; według raportu rady ministrów z dnia 17 listopada 1812 roku, w kampanii rosyjskiej liczono w wojsku księstwa 74,722 ludzi i 22,851 koni, nie licząc w tem legii Nadwiślańskiej, gwardyi polsko-francuskiej, sił litewskich i gwardyi narodowej użytej w polu, a wszystko razem wynosiło przeszło 100,000 Polaków czynnych w tej wojnie. Gdy książę Józef powrócił z Rosyi miał w swem rozporządzeniu tylko 9000 niedobitków. Niezwłocznie zarządzono konskrypcję; rezultat był słaby, albowiem dopiero gdy ks. Józef przeniósł się do Krakowa, tam udało mu się dokompletować armię do 18,000, z którą niezwłocznie posunął się ku Dreznu.

Jaką była służba zdrowia w armii Księstwa Warszawskiego? Na to pytanie nie umiemy dokładnie odpowiedzieć dla braku urzędowych danych. Bronisław Gembarzewski wyliczając z imienia i nazwiska wszystkich oficerów, poczynając od generałów a kończąc na podporucznikach, o lekarzach nie wie, a przynajmniej nie podał do spisu, oprócz Bergonzoniego i Lafontaines'a, ani jednego lekarza. Opierając się na epizodycznych, prywatnych wskazówkach, przypuszczamy tylko, że jeżeli dywizya miała swego lekarza, pułk piechoty trzech, a pułk jazdy dwóch lekarzy, w takim razie służba zdrowia była w porządku, ale w czasie pokoju; w czasie wojennym liczba ta jest za mała. Niestety, i w czasie pokoju etatowe miejsca w armii nie były wszystkie obsadzone, braki były duże. Naprzykład szpitale garnizonowe w Warszawie, Poznaniu, Lublinie i Radomiu nie miały lekarzy wojskowych, — obsługiwali je lekarze prywatni, w czasie epidemii, gdy z obozu do szpitali dostarczano chorych; powtóre, lekarze wojskowi i wolno praktykujący byli to prawie wyłącznie cudzoziemcy, słabo przygotowani pod względem teoretycznym

i praktycznym, nie mogli więc dokładnie spełnić bardzo ważnych i bardzo uciążliwych, ze względu na znaczną liczbę chorych, obowiązków. Gdy austriacy zajęli Warszawę w r. 1809, o czem mówiliśmy, wówczas przekonano się o dotkliwym braku lekarzy w wojsku; armia Księstwa, jak wiadomo, weszła do zaboru austriackiego, tysiące zaś rannych i chorych żołnierzy polskich i austriackich pozostało się w Warszawie. Utworzono poza istniejącymi szpitalami liczne, prowizoryczne lazarety — a nie było komu w nich leczyć; ten stan pogorszył się wówczas, gdy lekarze austriacy razem z armią opuścili Warszawę 1 czerwca 1809 roku. W takim rozpaczliwym położeniu przyszli z dorazną pomocą lekarze miejscowi: Czekierski, Brandt, Wolff i Dziarkowski. Ci obywatele-lekarze przeprowadzili szczęśliwie kurację rannych i chorych żołnierzy, i równocześnie powzięli chwalebny myśl założenia w Warszawie szkoły lekarskiej, aby zapewnić i ludności cywilnej i armii polskiej odpowiednią liczbę lekarzy na przyszłość, i to takich, którzyby umieli leczyć polskie choroby, jak to przed laty dopominał się o to książę Radziwiłł „Panie Kochanku“, — który będąc w Wrocławiu chorym, z Litwy sprowadził lekarza swego, będąc pewny, że Niemiec nie zna się na radziwiłłowskiej chorobie. Starania ich uwieńczone zostały, władze pozwoliły bardzo chętnie ponieważ przyszli profesorowie zobowiązali się nauczać bezpłatnie. Szkoła lekarska powstała w bardzo ciężkich czasach, jednakże wykłady czteroletnie nawet w czasie okupacji Księstwa przez wojska rosyjskie przerwane nie były; pierwsi jej wychowawcy dopiero w roku 1813 opuścili ławę szkolną, więc wówczas gdy armia Księstwa Warszawskiego daleko było od kraju; w czasach późniejszych ci wychowawcy zajęli wolne miejsca w armii Królestwa po zmarłych na polu bitwy lub w niewoli lekarzach; niektórzy z nich wyróżniające miejsce zajęli w kraju na katedrze szkolnej lub w administracji.

Przed wystąpieniem armii polskiej do Moskwy w owym roku dwunastym, rozwinęła się wśród wojska epidemia szkorbutu. Całe koszary gwardyi koronnej obok lazaretu głównego ujazdowskiego, przeznaczone zostały na lazaret. I wówczas nie było komu leczyć, bo lekarzy specjalnie szpitalnych nie było, a pułkowi byli w obozie. W tak trudnym położeniu dyrektor administracji wojennej Józef Wielhorski zmuszony był zapewnić sobie pomoc ze strony profesorów szkoły lekarskiej: Czekierskiego, Brandta i Freyera.

Pierwszy z nich wziął pod swój kierunek ten szpital; bez względu na to dodatkowe, bardzo mozolne zajęcie, szkoła lekarska nie była zawieszona, tylko godziny wykładowe zmieniono.

Ówczesni lekarze nie byli specjalistami w znaczeniu dzisiejszem, ale byli „do wszystkiego“. Owi lekarze „do wszystkiego“, przed stu laty, zabijali się pracą w obozie, w szpi-

talu i w ambulansach, gdyż nie mieli należytej pomocy w cerulikach, których naogół było również mało; ci zaś cerulicy, którzy przebyli termin w dobrych warunkach i zostali czeladnikami, zapełniali sobą szczyby w administracyi szpitalnej, w pułkach jako podlekarze lub batalionowi, i wreszcie w ariergardzie w czasie bitwy, wśród ambulansów.

Rozstając się z lekarzami armii Księstwa Warszawskiego, zaznaczyć należy, że lekarze cudzoziemscy, nie umiając po polsku lub bardzo rzadko, przeto nie mogąc rozmówić się z chorymi, chętniej uprawiali chirurgię polową, jako opartą przeważnie na technice. Gdy zapanował wielki niedobór w służbie zdrowia, wówczas, jak zapewniają niektórzy pamiętnikarze owej epoki, zdarzało się, że jeden lekarz obsługiwał całą brygadę, że ten lekarz nie zawsze mógł się wylegitymować, czy przechodził jakie szkoły. Do tego smutnego obrazu dodać jeszcze należy, że ówczesne prawa wojny były okrutne, względem jeńców, względem chorych i rannych, gdyż nie łądziły tych stosunków takie stowarzyszenia, jak Krzyża Czerwonego; ofiarą tego okrucieństwa byli i lekarze, jakkolwiek czynnego udziału nie brali w bitwach, i znajdowali się zazwyczaj daleko od pola bitwy, w ambulansach; niekiedy zdarzało się, że wskutek nieprawidłowego rozporządzenia dowódcy oddziału ambulanse znajdowały się na linii ognia, wówczas raniony lekarz nie mógł przyjąć z pomocą innym rannym, będąc sam jej pozbawiony.

Wymowne świadectwo tego okrutnego postępowania z lekarzami jeńcami znajdujemy we wspomnieniach lekarza sztabowego Peszkego z czasów jego pobytu w niewoli rosyjskiej; wspomnienia te ogłosił niedawno drukiem jego wnuk, Józef Peszke. Peszke, jako saksończyk, krócej był wystawiony na te przeróżne udęczenia, bo wcześniej powrócił z niewoli; towarzysze jego, Polacy, wysłani byli na Kaukaz, skąd niewielka ich liczba tylko powróciła do kraju po wskrzeszeniu Królestwa Polskiego.

Ten stan służby zdrowia uległ zmianie za czasów Królestwa Polskiego, doświadczenie minionych krwawych wojen wpłynęło dodatnio na radykalne poprawienie niemożliwych dotychczasowych stosunków. Armia polska, której polskości nie zaprzeczała, lecz potwierdzała konstytucya Królestwa, bierze początek od przeglądu przez cesarza rosyjskiego Aleksandra na równinach Saint-Denis szczątków siły zbrojnej Księstwa Warszawskiego. Po tym przeglądzie cesarz powierzył Dąbrowskiemu, jako zastępcy naczelnego wodza, świeżo mianowanego, zebranie wojska polskiego, rozrzuconego po całej prawie Europie. Otrzymałszy stosowną instrukcyę w d. 15 maja 1814 roku, udał się Dąbrowski do Warszawy w towarzystwie kilku oficerów, gdzie stanął 7 czerwca, a 10 czerwca wydał rozkaz dzienny w formie odezwy do współtowarzyszów broni, wzywa-

jąc ich pod chorągwie narodowe i wyznaczając miejsce zboru dla oddziałów i pułków, powracających z niewoli. Organizacyę wojska na wzór 1812 roku zaczął urządzić, zabiegał przytem gorliwie o zwrot do armii narodowej żołnierzy, wziętych do niewoli i wcielonych gwałtem do szeregów austriackich i rosyjskich. Nim te ostatnie zabiegi zostały pomyslnie rozwiązane, zaskoczony został Dąbrowski nieufnością tych, którzy w roku 1806 wstąpili do szeregów ojczystych, żadnych materyalnych korzyści nie przynieśli w ofierze ojczyźnie, oprócz długoletnich bojów, wielkiej ofiary z krwi i mienia i przelotnej zresztą sławy; ten zaś akt Napoleona, którego nikt nie miał prawa naruszyć, był w obecnej chwili tylko wspomnieniem ubiegłych dni. Wyrazem tego wahania się była odezwa oficerów do Dąbrowskiego, w której żądali wyjaśnienia: „czego chce od nich zwycięski cesarz Aleksander“. Zakomunikowano cesarzowi tę odezwę. Odpowiedź była przychylna, oraz zapewnienie, aby oficerowie ufali mu; gdyby przedstawiciele państw, zebrani na kongresie w Wiedniu byli mu przeciwni, wówczas dobiedzie oręza, a swoje zamiary względem Polaków przeprowadzi.

Korpus polski w liczbie 5800 ludzi, po zawarciu pokoju paryskiego, pod dowództwem Wincentego Krasieńskiego, opuścił Francję w dniu 30 maja 1814 roku. W Lipsku wydobyto zwłoki Poniatowskiego i pod eskortą sprowadzono je do Warszawy; w d. 9 września, po odprawieniu wspaniałych egzekwii i oddaniu honorów wojskowych pod komendą naczelnego wodza w. ks. Konstantego, pochowano zwłoki ks. Józefa w grobach królewskich na Wawelu.

W listopadzie 1814 r. było w Księstwie wojska polskiego: piechoty 16,313, jazdy 6938; artyleryi 3474; wojsk z Francyi i z Hamburga 7000, ogółem 33,725. Wydatki na organizacyę i utrzymanie wojsk polskich ponosił tymczasem skarb rosyjski, na co miano zaciągnąć pożyczkę zwrotną, udzieloną Księstwu Warszawskiemu.

Utworzony był w Paryżu jeszcze 24 kwietnia 1814 roku Komitet wojskowy, do którego wchodził: naczelnny wódz w. ks. Konstanty i członkowie Zajaczek, Dąbrowski, Wielhorski, Kniaziewicz i Sierakowski — oraz zastępcy. Komitet ten, działając w Warszawie, na pierwszym posiedzeniu 27 września t. r. oznajmił przewodniczącemu w. księciu, że czynności obecne mogą mieć tylko charakter przygotowawczy, albowiem członkowie nie są zwolnieni z przysięgi ze strony króla saskiego; właściciel powstrzymywali się od czynności organizacyjnej aż do chwili zapewnienia pełnej rękojmii dla przyszłości kraju ze strony cesarza Rosyi. Dyplomaci, zebrani w Wiedniu, niechętni Aleksandrowi, że sam w Księstwie rządzi, jak u siebie, zmienili front, gdy Napoleon porzucił Elbę i znalazł się we Francyi 1 marca 1815 r., albowiem wiele im na tem zależało, aby cesarz rosyjski okazał na-

leżyta pomoc w celu powtórnego przywrócenia dawnego porządku w Europie.

Z usunięciem trudności ze strony kongresu wiedeńskiego, Aleksander wprowadził w czyn swe obietnice dane Polakom i dnia 21 maja 1815 roku ogłosił wskrzeszenie Królestwa Polskiego. Akt ten usuwał niedowierzania i wątpliwości ze strony komitetu wojskowego, i odtąd z wielką gorliwością zajęto się organizacją armii polskiej.

Po zakończeniu tej organizacji wojsko dzieliło się na gwardyę i linię. Według raportu z dnia 1 września 1830 roku stan liczebny wojska był następujący: sztab główny 102 osoby, gwardyi 2 bataliony, 4 szwadrony, 16 kompanii—3412; piechoty 24 bataliony czyli 96 kompanii—24604; jazdy 32 szwadrony—6788; artyleryi 13 kompanii—3228; inżyniery 1 batalion, 4 kompanie—1171; korpus pociągu 3 bataliony, 20 kompanii—950; dyrekcya arsenału i materyału artyleryjskiego 97; korpus żandarmeryi 434; ogół 41,886, z których 37688 obecnych pod bronią.

Od roku 1817 do 1830 wychodził w Warszawie: „Rocznik wojskowy Królestwa Polskiego“. W tym roczniku podani są wszyscy generałowie i oficerowie z imienia i nazwiska; pozatem jest „sztab niższy“ do którego wchodził kapelani, audytorowie i lekarze. Według tego Rocznika ułożyłem spis lekarzy wojska polskiego w porządku alfabetycznym. Przed rozpoczęciem wojny z Rosyą w r. 1831 było lekarzy dywizyjnych 9, sztab-lekarzy 31, batalionowych 63, ogółem 103; w szpitalu głównym 4 lekarzy i 1 aptekarz; w głównej aptece wojskowej naczelny aptekarz 1, subjektów 2, praktykantów 2.

Wspominaliśmy, że za czasów Księstwa liczba lekarzy była niewystarczająca na potrzeby armii, że między lekarzami wielu było nieprzygotowanych należycie i nie budzących zaufania, aby mogli nieść prawidłową pomoc, nawet w wypadkach zwykłych; wojna 1812 i 1813 roku znacznie ich liczbę zmniejszyła, a jednak wielu z nich znalazło się w armii Królestwa Polskiego. (C. d. n.)

## Przegląd bibliograficzny.

**Dr Teodor Drabczyk. Stanowisko lekarza szkolnego wobec zagadnień higieniczno-pedagogicznych.** Warszawa 1916 r. str. 28.

Broszura ma na celu przede wszystkim wykazanie niezwykle doniosłej roli lekarza szkolnego, jego stosunku do władz szkolnych i ciała pedagogicznego.

Autor najpierw skreślił pobieżnie rozwój instytucji lekarzy szkolnych w różnych krajach, przyczem mylnie przedstawił stan rzeczy we Francyi, gdyż chociażby z przedwojennych numerów „Médecine Scolaire“ mógłby się dowiedzieć, że w Paryżu ustanawiane są konkursy na posady lekarzy szkół miejskich. Warunki konkursowe wymagają od kandydatów wiadomości teoretycznych z dziedziny higieny szkolnej, umiejętności badania dzieci, umiejętności prowadzenia pogadarek higienicznych i t. p. Instytucje lekarzy szkolnych u nas w szkołach rządowych i prywatnych potraktował autor w kilku słowach. Broszurkę swą autor napisał w r. 1914, wydrukował zaś dopiero w r. 1916, mógłby więc choćby w przypisku wspomnieć o instytucji lekarzy szkolnych miejskich, powstałej, jak wiadomo z pism, w r. 1915 najpierw przy Wydziale Oświecenia, a później przy Wydziale Szkolnym Zarządu st. m. Warszawy, instytucji, obejmującej z górą 30 lekarzy szkół miejskich, a pracujących sprawnie i owocnie w myśl wymagań społecznych higieny szkolnej.

Z treści broszury widać, że autorowi chodziło o podkreślenie współdziałania lekarza szkolnego z pedagogiem w szkole średniej. W szkole ludowej, zwłaszcza u nas, lekarz szkolny musi być przede wszystkim wychowawcą higienicznym młodzieży, i wymagania od lekarza szkolnego przynajmniej na razie są tam nieco odmienne.

Autor widać nie uświadamia sobie, że delegacja lekarzy szkolnych przy Sekcyi Wychowawczej W. T. H. jest luźnym zbiorem nikłej liczby lekarzy szkolnych, pracujących w kilkunastu szkołach średnich, która porusza teoretycznie różne sprawy z dziedziny higieny szkolnej, władzy zaś wykonawczej żadnej nie posiada. Sprawa opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach średnich wejdzie na inne tory dopiero wówczas, gdy wskutek nakazu z góry wszystkie szkoły średnie będą posiadały lekarzy szkolnych, skoro istniejący przy przyszłej Radzie Szkolnej ogólnokrajowej wydział higieniczno-szkolny nakazy swe za pośrednictwem i przy pomocy lekarzy szkolnych będzie w czyn wcielał. Dziś ta sprawa została pomyślnie rozstrzygnięta dla szkół miejskich.

Ze słusznych uwag podnieść należy żądanie świadectwa od lekarzy domowych dla „rekrutów szkolnych“, tak nazywa autor uczniów nowowstępujących do szkoły. Nie zgodziłbym się na schemat, jako zbyt szczegółowy. Również zbyt drobiazgowy, bo z 63-ch rubryk składający się schemat podaje autor do badań indywidualnych, zapominając o zasadzie: *non multum sed multa*. Np. autor obarcza lekarza szkolnego żądaniem, by badał każdą połowę klatki piersiowej osobno, by w pięciu rubrykach notował stan skóry, podając jej barwę (ukrwienie), czystość, sprężystość, wiotkość, gładkość, szorstkość, wilgotność, suchość.

Broszurka napisana chaotycznie. Autor, widać, nie zadawał sobie trudu, by nad każdym zdaniem dobrze się zastanowić, by dążyć do ścisłości definicyi pojęć.

Np. do obowiązków lekarza szkolnego zalicza autor wszystkie czynności, wypływające z założeń higieny szkolnej, a więc:

- 1) higiena wieku młodzieńczego,
- 2) higiena nauczania i umysłowego życia,
- 3) higiena budynku szkolnego i jego urządzeń, oraz jego życia zewnętrznego i wewnętrznego (str. 13).

Widzimy z powyższego, że autor czynności lekarza utożsamia z higieną, żąda, by lekarze szkolni zajmowali się młodzieńcami, a tymczasem przede wszystkim zajmować się mają dziećmi, że uwzględnia tylko życie umysłowe młodzieży szkolnej, a nie całokształt ich psychiki, że pod życiem wewnętrznym budynku szkolnego rozumie, jak to widać z wierszy, poniżej napisanych, umeblowanie szkolne (str. 21). Podobnych nieścisłości można spotkać dość dużo. Np. kiedy na stronie 13 czynności lekarza szkolnego utożsamia z higieną, na str. 5 pisze: „istotę higieny stanowi racjonalne i świadome zaspokojenie potrzeb naszego ustroju pod względem fizycznym“, a na str. 14 czytamy, że „istota higieny wieku młodzieńczego (czemu tylko tego wieku?) to uparta walka ze wszystkim, co staje na drodze do osiągnięcia najwyższej sumy zdrowia...“ Co za chaos w definicyach!

Rozumne i słuszne uwagi o roli lekarza szkolnego autor usiłuje upiększyć zwrotami retorycznymi, posiadającymi bardzo mało treści i sensu. Np. „Wobec rozwoju wszech nauk i poziom, na który wznosi się wiedza, w dzisiejszych warunkach racjonalne wychowanie i nauczanie nie da się pomyśleć bez gruntownej znajomości zasad higieny i pedagogii“ (str. 5). Zadanie lekarza szkolnego sprowadza się także do „szerzenia zdrowia moralnego i duchowego w przestworza słońca i ideału“ (str. 14). Na tejże stronie w innym miejscu pisze autor: „potrzeby ogółu uzależnione są od potrzeb jednostek; każde prawo ogólnie obowiązujące opiera się na faktach poszczególnych, zdobytych na drodze doświadczeń i badań, stwierdzonych i sprawdzonych licznie na pojedynczych jednostkach, zdarzeniach, momentach“ (?) *Corpus sanum* dla autora jest to fizyczne, cielesne zdrowie. Pocóż ta tautologia?

Kończy autor swą pracę następującym zdaniem: „dobroczynne skutki, wynikające z powyższych czynności lekarza szkolnego, uświęcone gorącym poparciem rodziców i ciała pedagogicznego wydadzą pożądane owoce na użytek kraju i cywilizacji“ (str. 28). Znaczą, że skutki wydadzą owoce na użytek cywilizacji (!) Wszak skutki już będą owocami czynności.

Wiemy skądinąd, że autor broszury jest dobrym lekarzem szkolnym, praktykiem. Niechaj więc, jeżeli zechce na przyszłość zabierać głos w sprawach higienicznych szkolnych, dobrze zastanowi się nad „każdym swym zdaniem, niech obierze właściwą formę dla każdej myśli, niech jasno i przejrzysto snuje wątek swych rozumowań i dowodzeń, a wtedy istotnie przyczyni się do wypuklenia wśród innych stanowisk społecznych placówki lekarza szkolnego i do harmonijnego współdziałania lekarzy szkolnych z ciałem nauczycielskim.

*Stanisław Kopczyński.*

*Dr Med. Matylda Biehler. Higiena dziecka.* Wydanie III uzupełnione 1916 r.

Dziełko to obejmuje XIX rozdziałów, w których autorka szczegółowo rozpatruje pielęgnowanie dziecka od pierwszych chwil po urodzeniu, uwzględniając anatomię i fizjologię dziecka, następnie podaje właściwą higienę wieku dziecięcego, higienę zmysłów, higienę nauczania i wychowania, zapobiegania chorobom zaraźliwym, nerwowym, kończąc pielęgnowaniem dziecka chorego.

Dziełko napisane jest językiem popularnym, zawiera bardzo dużo trafnych rad i wskazówek higienicznych zgodnych z poglądami naukowymi doby dzisiejszej,

Szkoda tylko, że autorka, mówiąc o rozwoju fizycznym dziecka (str. 36—40), nie zwróciła uwagi, iż wagę należy obliczać stale w zależności od wzrostu dziecka, a więc od jego wieku, gdyż bez tego nie otrzymuje się dokładnego wyobrażenia o rozwoju fizycznym i stanie odżywiania dziecka.

*M. Roszkowski.*

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### Posiedzenie kliniczne d. 2 maja 1916 r.

1. Koźniewski T. wygłosił rzecz p. t. „O stanach chorobowych, powstających wskutek niedostatecznego lub wadliwego odżywiania się (beri-beri, gnilec, krzywica)“.

Po wstępnym omówieniu symptomatologii i patogeny gnilca (skorbut), rumienia lombardzkiego (*pellagra*) i beri-beri, K. rozpatruje teorie (zakaźną, zatrucia, samozatrucia, fotobiochemiczną) powstawania tych cierpień. Jedną z najnowszych, t. zw. teoria witaminowa, wygłoszona przez K. Funka (warszawianina z Londynu), posiada najwięcej danych

prawdopodobnych. Badania nad beri-beri doprowadziły Funka do wniosku, że spożywanie ryżu polerowanego, t. j. pozbawionego osłonki zewnętrznej i warstwy aleuronowej (pod osłonką), wywołuje to cierpienie. Ryż naparzony nie jest szkodliwy, gdyż przez naparzenie usuwa się tylko osłonkę zewnętrzną, natomiast warstwa aleuronowa pozostaje. Otrzymana z otrąb ryżowych i drożdży przez Funka witamina jest ciałem o punkcie topliwości przy 233<sup>0</sup>, należącym do grupy piramidowej, zawierającym azot, wysoce czynnym biologicznie, nie posiadającym ani związków białkowych, ani węglowoda-

nowych i fosforowych. Teorya Funka została potwierdzona przez wyleczenie witaminą zwierząt, dotkniętych doświadczalną beri-beri. Liczne dane wskazują, że trzeba uważać gnilec i rumień lombardzki za cierpienie tego samego typu, co beri-beri, t. j. wywołane przez brak w pożywieniu pewnych składników dotychczas niewyodrębnionych. Jako dowód, że wszystkie trzy cierpienia należą do „awitaminów“, służy i to doświadczenie, że te same pokarmy u jednych zwierząt wywołują gnilec, u innych—beri-beri. Dotychczasowe badania nad krzywicą, tężyczką i chorobą Barlowa przemawiają za przynależnością tych cierpień również do grupy „awitaminów“. Pokarmy, które u młodych małp powodują chorobę Barlowa, u małp dorosłych wywołują gnilec. K. przypuszcza, że kwestyę obecności witamin w ustroju uda się powiązać z teorią hormonów: brak witamin, być może, wywołuje upośledzenie czynności gruczołów o wydzielinie wewnętrznej.

W końcu K. zaznacza, że t. zw. puchlina głodowa Chełchowskiego i Budzyńskiego bardzo jest podobna do 3-ciej postaci klinicznej (zanikowoobrzękowej beri-beri) i przypomina, że, według Reicher'a, człowiek może się żywić wyłącznie ziemniakami, lecz z dodatkiem tłuszczów, nietyle pod postacią trójglicerydów, ile lipidów.

W dyskusji Orłowski St. nadmienia, że oprócz 3 postaci cierpień endemicznych, przytoczonych przez K., istnieją jeszcze i inne tego rodzaju np. lathyryzm (*lathyrismus*) — choroba nagminna, rozwijająca się wskutek spożywania chleba z rozmaitych gatunków groszku, zwłaszcza groszku pastewnego (*lathyrus sativus*). Spostrzegany pierwotnie w Indyach i Algierze, lathyryzm przed dwudziestu paru laty panował w południowo-wschodniej Rosji, gdy wskutek nieurodzaju chleb pieczono z różnych surogatów, między innymi, i z groszku pastewnego.

Na klinice chorób nerwowych w Moskwie, O. spostrzegł kilku chorych dotkniętych lathyryzmem. We wszystkich przypadkach obraz kliniczny był jednakowy: zajęcie układu nerwowego, przytem objawy ograniczały się wyłącznie prawie do rdzenia, dając typowy obraz porażenia poprzecznego kurczowego (*paralysis spinalis spastica*). Po początkowym okresie ostrym ustalał się stan przewlekły, który trwał lata całe bez zmiany. Badanie pośmiertne, dokonane w jednym przypadku, wykazało zmiany przeważające w słupach rdzenia bocznych w obrębie dróg piramidowych (*sclerosis lateralis*). O. zaznacza, że co do zajęcia układu nerwowego, lathyryzm różni się od rumienia lombardzkiego, gnilca, zwłaszcza zaś od beri-beri, — gdzie przedewszystkiem dotknięty jest układ nerwowy obwodowy.

Gajkiewicz przypomina, że w dyskusji po odczycie Chełchowskiego była podniesiona kwestya teoryi witaminowej Funka.

Koźniewski w odpowiedzi Orłowskiemu zaznacza, że wymieniał tylko najważniejsze cierpienia z omawianej grupy, do której zaliczyć jeszcze można i *aphtae tropicae* i chorobę racic u bydła.

2. Rzętkowski K. odczytał pracę p. t. „O zawartości azotu formolowego we krwi ludzi zdrowych i chorych“. Po wyjaśnieniu znaczenia terminu N-formolowy. Rz. przedstawił powstawanie

kw. aminowych w przewodzie pokarmowym z białka spożytego. Kwasy té z przewodu kiskowego po przez żyłę bramną idą do wątroby, gdzie znaczna część ich ulega dezaminacyi i tylko bardzo niewielka cząstka przechodzi do krwi na potrzeby tkanek. Krew normalna zawiera najmniej 6,2, najwięcej 10,8 mgr. N-formolowego, przeciętnie w 100 cm.<sup>3</sup> — 7,8 mgr. Z tego bardzo mała cząstka (max. 0,9 mgr.) przypada, na amoniak, zaś znacznie przeważająca reszta na kwasy aminowe. Na zasadzie własnych badań Rz. stwierdził, że we krwi całkowitej znaczna przewaga N-formolowego t. j. kw. aminowych przypada na krążki, średnio bowiem w 100 cm.<sup>3</sup> osocza znajduje się 4,9 N-, zaś 100 cm.<sup>3</sup> czerwonych krążków 10,6 t. j. z górą dwa razy tyle.

Ponieważ kwasy aminowe są materiałem tkankotwórczym, więc odkrycie Rz. uwydatnia nową nieznaną dotychczas rolę czerwonych krążków krwi w ustroju, jako roznosiceli pierwiastków białko tworzących od kiszek ku tkankom, tak jak są one roznosicielami tlenu ku tkankom od płuc; kw. aminowe we krwi pochodzić mogą i z tkanek, gdzie są one normalnym wytworem proteolizy zarodkowej.

Na podstawie przytoczonych badań w przypadkach patologicznych (dur brzuszny, włóknikowe zapalenie płuc, zapalenie nerek, zaburzenia krążenia na tle osłabionej działalności serca, cierpienia wątroby, moczówka cukrowa, zatrucie wysokiem skażonym), Rz. dochodzi — po raz pierwszy w nauce — do pewnych uogólnień w sprawie zawartości N.—F. t. j. kwasów aminowych we krwi u ludzi chorych. Źródłem kw. aminowych we krwi są: 1) kw. aminowe przepuszczone przez wątrobę z kiszek, a więc kw. aminowe „exogen“ 2) kw. aminowe powstałe w tkankach „endogen“. Nadmiar N—G we krwi może być pochodzenia wątrobowego — wyraz osłabienia czynności dezaminacyjnej, lub też pochodzenia tkankowego. To ostatnie, prawdopodobnie jest wyrazem wzmożonej proteolizy tkankowej w stanach zakażno-gorączkowych, w których badanie sprawności dezaminacyjnej wątroby przy pomocy próby peptonowej nie wykazuje żadnych uchyień od normy. Wydaje się przeto, jak gdyby wątroba zdolna była wogóle do zatrzymywania tylko tych aminokwasów, które dopływają do niej przez żyłę brzuszną, zaś te kw. aminowe, które powstają w tkankach „endogen“ i z krwią tętnicy wątrobowej dostają się do wątroby nie ulegają w niej dezaminacyi. Wobec powyższego, Rz. sądzi, że czynność dezaminacyjna w wątrobie jest dość ściśle umiejscowiona gdzieś na obwodzie cząstek wątrobowych w pobliżu naczyń włosowatych żyły bramnej. W przypadkach nadmiaru kw. aminowych na skutek wzmożonej proteolizy zarodkowej ustrój oczyszczać się może od tego nadmiaru przez nerki. Wyżej zaznaczono, że w przypadkach zapalenia nerek zawartość N—F we krwi wzrasta. I w tych przypadkach wątroba nie dezaminuje kw. aminowych, chociaż całkiem sprawnie zatrzymuje prąd ich przez żyłę bramną z kiszek do niej spływający. Poza osłabieniem czynności dezaminacyjnej wątroby oraz wzmożoną proteolizę zarodkową „retencya nerkowa“ jest trzecim czynnikiem, wzmagającym we krwi zawartość N—F.

Kończy swą pracę Rz. zdaniem, że dokona-

ne przezeń badania stanowią materyały do dyagnostyki przyszłości, która opierać będzie swe wnioski na dokładnem badaniu czynności narządów poszczególnych i na tej podstawie klasyfikować stany chorobowe.

W dyskusji Koźniewski zapytuje, jaką

metodą Rz. oznaczał N—formolowy w ciałkach czerwonych.

Rzętkowski odpowiada, że oznaczał N formolowy we krwi całkowitej i w osoczu, różnicę zaś stanowi N w krwinkach czerwonych.

*K. Dąbrowski.*

## List do Redakcji „Gazety Lekarskiej“.

*Szanowny Kolego Redaktorze!*

W Jego ocenie ostatniego dzieła mojego p. t. „Etyka lekarska i obowiązki lekarza“ zauważyłem niektóre zarzuty natury osobistej, na które czuję się w obowiązku odpowiedzieć. Sądzę, że w imię bezstronności Sz. Kolega nie odmówi zamieszczenia listu niniejszego w jednym z numerów najbliższych „Gazety Lekarskiej“.

Pierwszy zarzut uczyniony mi jest ten, że w części historycznej i w całym dziele mało uwzględnił medycynę polską, ograniczwszy się do kilkunastowierszowych wzmianek na str. 91 i 541. Taki sąd nie zgadza się z rzeczywistością i mimowoli robi wrażenie bardzo pobieżnego przeczytania dzieła mojego. O autorach lekarzach polskich, o charakterystyce naszych lekarzy i o warunkach ich bytu wspominam w różnych miejscach na 40 stronach, podając tylko to, co ma związek z etyką i deontologią lekarską. O wybitnych mężach, o których jakoby nie było żadnej wzmianki, jak np.: o Strusiu, Oczko, Marcinkowskim, a zwłaszcza o Biernackim, Chałubińskim i Jędrzejcu Śniadeckim, muszę zwrócić uwagę Sz. Kolegi na stronice 73, 168 i 538. Na str. 73 znajduje się wzmianka o nieśmiertelnym Koperniku. Skoro pomieściłem go na liście lekarzy, to z tego chyba dość jasno wynika, że był też lekarzem. O Biegańskim i niektórych pięknych jego aforyzmach wspominam na str. 198, 203, 205 i 541. Na str. 178 wzmiankuje też Bierkowskiego i Jordana. Czynię też krótką wzmiankę o naszych kobietach-lekarzach na str. 193. Stusnie powiada Sz. Kolega, że młode pokolenie znać powinno i szanować całszereg lekarzy, którzy odznaczyli się u nas na polu medycyny, a od siebie dodam i pracy społecznej. Ale wiadomości tych młode pokolenie powinno nabrać z historii medycyny, a przynajmniej ze Słownika lekarzy polskich, lecz nie z etyki lekarskiej, gdzie z natury przedmiotu samego o mężach tych, a nawet o niektórych z nich mogą być tylko wzmianki krótkie i pobieżne. Etykę w ogólności opracowałem niejako tylko jako dodatek do właściwego przedmiotu mojego, w celu zaokrąglenia całości. Do tego celu wybrałem jedno z najlepszych dzieł tego rodzaju, wydane przez profesora holenderskiego, bez podawania jakichkolwiek innych źródeł, przedmiotem tym zajmujących się. W imię prawdy i bezstronności i traktując całą sprawę ze stanowiska ogólnoludzkiego, nie mogłem całych rozdziałów poświęcać lekarzom polskim z zaniedbaniem lekarzy innych narodowości, o których zresztą mówię wyjątkowo i najczęściej ogólnikowo, jakkolwiek przy

wszystkich moich opisach i wyrzeczeniach miałem przeważnie na myśli stosunki nasze, jako dla mnie najbardziej dostępne i co łatwo jest zrozumiałe. Pisząc dzieło o etyce lekarskiej i obowiązkach lekarza, trzymać się musiałem pewnej równomierności w opracowaniu, pewnego planu jednolitego.

Zarzut obojętności wydaje mi się dziwnym i wprost niezrozumiałym, trudno mi jest bowiem przypuścić, a tembardziej uwierzyć, znając Jego całą dotychczasową działalność lekarską i społeczną, ażeby Sz. Kolega hołdował pewnym tendencjom demagogicznym i teoryom błędnym i dzikim.

Drugi zarzut, który uważam dla siebie za jednakowo ciężki, jak poprzedni, jest ten, iż posądzony jestem przez Sz. Kolegę, iż z sercem lekkim dyskredytuję nasze Siostry Miłosierdzia, oraz że podany przezemnie fakt ochrzczenia żydówki i *extrémis* w jednym ze szpitali jest nieprawdopodobny i stanowi zwyczajną plotkę. O Siostrach Miłosierdzia powiadam na str. 219: „poświęcając się opiece chorych w szpitalach, zasługują ze wszech miar na szacunek najwyższy“, chyba tem zdaniem nie dyskredytuję Sióstr Miłosierdzia i ich działalności szpitalnej. Że one zajmują się prozelityzmem religijnym, jest to tajemnicą publiczną; nie wspominałbym o tem, gdybym miał opierać się na tem, co mówią. Chyba ksiądz katolicki, człowiek wiekowy i pod każdym względem czcigodny zasługuje na to, ażebym wierzył słowom jego. Sądzę przeto, że zarzut postępowania z sercem lekkim, chyba do mnie odnosić się nie może. Siostry Miłosierdzia są ludźmi i jak każdy człowiek mają swoje wady i ułomności, sądzą przeto, że *castigando mores*, spełniamy tylko nasz obowiązek.

Inne zarzuty Sz. Kolegi, powiedziałbym, są więcej natury formalnej. Nie dotykam się ich, pod tym względem bowiem każdy ma prawo mieć swoje poglądy. Jestem dostatecznie uświadomiony, że dziełu mojemu wiele brak do doskonałości, o czem zresztą wspominam w przedmowie do niego. Gdyby miało kiedyś okazać się w wydaniu drugiem, nie omieszkałbym korzystać z rad życzliwych.

W końcu dziękuję Sz. Koledze za zwrócenie mi uwagi na niektóre błędy języka i składni. Jest obowiązkiem wszystkich i każdego z osobna czuwać nad czystością i pięknnością naszego języka, do którego wkradło się tyle naleciałości obcych. Pomimo, że dokładał wszelkich starań, aby dzieło moje uchronić od tej cudzoziemskiej, przekonuję się, iż całkowicie nie zdołałem tego osiągnąć.

4. XI. 1916.

*Teodor Heiman.*



## ODPOWIEDŹ.

Nie robiłem kol. Heimanowi żadnych zarzutów „natury osobistej“. Książkę jego przeczytałem od deski do deski, nie „pobieżnie“ „... z nie-małym trudem ze względu na objętość książki styl autora. Zarzutów nie cofam, chociaż nie mam odwagi sprawdzać, czy kol. H. w 40 miejscach (bo przecie nie na 40 stronach!) wspomniał o lekarzach polakach. Zgadza się nawet, że kol. H. o nich „wspomniał“, ale mnie chodziło o to, że wspomniał z a mało i mimochodem. Na str. 73 wyliczono kilka nazwisk, o Strusiu jednak dowiadujemy się tylko, iż był profesorem w Padwie i lekarzem Zygmunta Augusta, o Oczce—że był znakomitym syfilidologiem, a o Koperniku—że był nieśmiertelnym uczniem Wojciecha z Brudzowa (sic). To za mało! O Biegańskim kol. H. wspomniał na str. 203, ale z aforyzmów jego przytoczył tylko 3 czy 4 (podczas gdy aforyzmów Izraeliego zacytował 50!). Nieco więcej jest o Chałubińskim na str. 168, ale także niewiele. O Marcinkowskim—tym ideale lekarza polskiego—wzmianki znaleźć nie mogłem. Chętnie przyznaję, że przeoczyłem nieco obszerniejsze wspomnienie o Jędrzejku Sniadeckim na str. 538. Kol. H. twierdzi, że młode pokolenie lekarzy powinno szukać wiadomości o sławnych lekarzach polskich w historii medycyny, w Słowniku lekarskim, a nie w Etyce. To prawda, ale skoro kol. H. miał już tę myśl szczęśliwą, że w swojej Etyce wkroczył i to obszernie (na 96 str. na początku i 23-ch na końcu) w dziedzinę historii lekarza, to należało działać ten dla młodzieży polskiej staranniej opracować. Kompletnej historii medycyny polskiej nie posiadamy, a Słownik lekarzy nie nadaje się do celów przezemnie wskazanych i może tylko służyć za źródło do odpowiednich opracowań.

Nie rozumiem, doprawdy, jaki ma stosunek stawiany przezemnie w tym dziele książki kol. H. zarzut o bcości do podejrzewania mnie o jakieś tendencje demagogiczne (?) oraz błędne i dzi-

kie teorie (?!). Kolega H. daje, a raczej powtarza za Montegazem obszerną charakterystykę typów lekarzy włoskich czy francuskich (str. 187) a nie daje charakterystyki lekarzy polaków. Ja mu robię z tego zarzut, który nie jest ani dziwny, ani nie niezrozumiały.

Co do drugiego zarzutu, który kol. H. uważa za jednakowo ciężki, to i tego cofnąć nie mogę. Komplementy, które kol. H. wygłasza pod adresem Sióstr Miłosierdzia na str. 219, tracą na wartości wobec opisu faktu, wyglądającego na plotkę, nawet pomimo, że „fakt ten był opowiedziany przez wiekowego i czcigodnego księdza katolickiego“. Nie mogę sobie wyobrazić policji rosyjskiej, działającej ręką w rękę z Siostrami Miłosierdzia, gdyż chodzi o przechrzoną przez nie na katolicyzm konającą żydówkę! Prędzejby siostry owe zamknięto do kozy, zesłano do klasztoru, lub skazano na karę pieniężną! W tem podnoszeniu prozelityzmu naszych Sióstr Miłosierdzia jest dużo przesady i dlatego ustęp powyższy uważam za zbyt czyny w Etyce kol. H. Czy nie lepiej już byłoby podkreślić inne wady Sióstr Miłosierdzia, np. poruszyć potrzebę podniesienia poziomu ich wykształcenia ogólnego i fachowego—pielęgniarskiego, jak to ma miejsce w innych krajach, a czego się spodziewamy i u nas? Nie rozumiem, jakie mianowicie zarzuty moje są według kol. H. „natury formalnej“? Wolno mieć własne poglądy, jakie się komu podoba, ale w dziełach o charakterze dydaktycznym należy szerzyć poglądy zdrowe (nie pesymizm np.) i jasno je formułować.

Miło mi usłyszeć, że kol. H. uważa za obowiązek wszystkich i każdego z osobna czuwanie nad czystością i pięknnością naszego języka i że nie ma mi za złe, iż mu wytknąłem wykroczenia przeciwko tej zasadzie.

Sądę, że na tem polemikę zakończymy.

*A. Puławski.*

## Wiadomości bieżące.

— Na początku posiedzenia klinicznego w Warsz. Tow. Lek. d. 7 b. m. Prezes Pawiński odezwał się w te słowa: Czuję się w obowiązku zawiadomić Szanownych Kolegów, że Tow. Lekarskie w osobach swego prezydium zostało zaproszone w d. 5 listopada do Rady miejskiej na uroczyste posiedzenie, pierwsze po proklamowaniu niepodległego państwa polskiego z monarchią dziedziczną i ustrojem konstytucyjnym,

Doniosły ten fakt historyczny wywołuje w duszach naszych moc wzruszeń i refleksji.

Po wielu latach mroku i ucisku ukazują się jasne promienie słońca, budzące wielkie nadzieje.

Padły one na niwy nasze, przesiąknięte jeszcze łzami i krwią, załamały się na sterczących gruzach chat wiejskich, wystąpiły w czasie, kiedy setki tysięcy rodaków zdala od kraju pędzi dni w ciężkiej tęsknocie.

Oprócz nadziei, odczuwamy i trwogę, czy blask tych promieni nie jest złudny; obowiązkiem

jednak jest wszelkie zwątpienia tłumić i z wiarą w świetlaną przyszłość zdobywać krok za krokiem podstawy silnego bytu państwowego i narodowego.

W całokształcie naszego kulturalnego rozwoju nie może brakować żadnego czynnika, a jednym z najważniejszych jest bezsprzecznie nauka.

Nauka polska musiała równie 100 lat walczyć z przemocą, tamowana na każdym kroku, tłumiona w zarodku. Mimo to podążała z ruchem wszechświatowym, nie pozostała w tyle, a niejednokrotnie wybitne umysły nasze były przodownikami na polu zdobyczy wiedzy.

Przy swobodnym, samodzielnym rozwoju nauka polska żwawo będzie kroczyła w ogólnym postępie, a medycyna niezawodnie nie ostatnie w pochodzie tym zajmie miejsce.

Odbije się to zapewne również dodatnio na naszym Towarzystwie, które będzie i nadal, w rozpoczynającej się nowej fazie naszego politycznego bytu, ogniskowało w sobie polską wiedzę me-

dyczną i snuło nieprzerwanie przekazane sobie tradycje naukowe i społeczne.

Z wiarą w lepszą przyszłość i spełnienie naszych słusznych żądań i pragnień przechodzę do porządku naszych dzisiejszych obrad.

Po przemówieniu Prezesa Sekretarz Stały Sokolowski w gorących słowach skreślił krótkie życiorysy czterech już zgasłych a dwóch żyjących sławnych członków naszego Towarzystwa, którzy, zanim stali się jego chlubą, walczyli na polach bitwy za wolność i niepodległość naszej ojczyzny. Byli to: Wiktor Szokalski, który z 4-go kursu Uniwersytetu Królewskiego wstąpił do wojska polskiego i ozdobiony został złotym krzyżem *virtuti militari* za bitwę pod Ostrołęką, gdzie pod gradem kul opatrywał rannych; Karol Marcinkowski — ten ideał lekarza polskiego, rzucił świetną praktykę w Poznaniu i wstąpił do wojska, jako prosty żołnierz w r. 1830, a po tułaczce zagranicą odsiedział 6 miesięcy w więzieniu w Swidnicy; Włodzimierz Dybek rzucił katedrę w Szkole Głównej i poszedł do powstania, za co został wywieziony w głąb Rosji na lat 6, a wróciwszy, znękany po śmierci żony i dzieci, dokonał żywota w klasztorze; Marcei Nencki, jako 16-letni młodzieniec, wziął udział w powstaniu, a później stanął u szczytu stawy, aby zakończyć resztę swego życia na polskiej ziemi we Lwowie. Z żyjących prof. uniwersytetu lwowskiego Benedykt Dybowski porzucił katedrę zoologii w Szkole Głównej i za udział w powstaniu skazany został na 15 lat robót ciężkich; później w głębi Sybiru wstawił się, jako znakomity badacz fauny syberyjskiej i przywiózł stamtąd zbiory, które zjednały mu wszechświatową sławę. Wreszcie prof. Zygmunt Laskowski walczył również w ostatnim powstaniu, a ukończywszy później wydział lekarski w Paryżu, został profesorem anatomii w Genewie, gdzie niedawno obchodził 50-letni jubileusz swej pracy. Wszyscy ci czcigodni mężowie składali swe życie na ofiarę

Ojczyźnie, walcząc na polu bitwy, na polu zaś nauki stali się chlubą naszego stanu lekarskiego. Jesteśmy dumni, że nasze Towarzystwo takich posiadało członków. Mówca zawezwał obecnych, licznie zgromadzonych członków Towarzystwa, do uczczenia tych bohaterów przez powstanie z okrzykiem: niech żyje Polska!

— W r. 1910, po zamknięciu przez władze rosyjskie Stowarzyszenia lekarzy polskich, powstało Warszawskie Stowarzyszenie lekarzy. Dawna ustawa, zatwierdzona przez Komisję gubernialną w okresie t. zw. wolnościowym, została z gruntu zmieniona, usunięto z niej bowiem wszystko to, co miało choćby pozór liberalizmu i pewne odrębne cechy polskości: skasowano Sąd, komisję balotującą i t. p., wprowadzono do korespondencji z władzami język rosyjski. Obecnie, wskutek starań Zarządu Stowarzyszenia, władze okupacyjne zgodziły się na przywrócenie dawnej ustawy w całej jej rozciągłości i na dawną nazwę: Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Zarząd Stowarzyszenia po wydrukowaniu ustawy zwołało ogólne zgromadzenie członków, celem dokonania nowych wyborów do zarządu i do tych wszystkich instytucji i komisji, jakie ustawa ta uwzględnia.

— W przyszły piątek 17 b. m. o godz. 8<sup>1/4</sup> wieczorem w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich kol. Daniel Goldberg wygłosi pogadankę p. t. „Z patologii królów polskich. Władysław IV”.

Tematem następnej konferencji będzie odczyt kol. A. Leśniowskiego: „O prowadzeniu kart szpitalnych”.

#### N A D E S Ł A N O.

- 1) L. Karwacki, Z. Bichniewiczówna i J. Groerówna. *Etyologia i patogeniza gazówek (odbitka z Pamiętnika Lazaretu Miejskiego) Warszawa 1916.*
- 2) L. Karwacki. — *Mór (odczyty z epidemiologii, wydawane przez Tow. Hyg. prakt. im. Bolesława Prusa) — Warszawa 1916.*
- 3) Dr Z. Wachtel. *Aortitis luetica a atherosclerosis aortae. Kraków 1916.*

#### TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Akt proklamacji Królestwa Polskiego . . . . .	293	Stanowisko lekarza szkolnego wobec zagadnień higieniczno-pedagogicznych. Ocenił Stanisław Kopczyński . . . . .	303
Eufemiusz Herman. O rzadziej spostrzeganych objawach — białkomoczu, wymiotach krwawych oraz osobliwie przebiegających drgawkach ograniczonych — w przypadku guza mózgu . . . . .	294	Matylda Biehler. <i>Hygienu dziecka. Ocenil M. Roszkowski . . . . .</i>	304
<i>Streszczenie zbiorowe.</i> S. Serkowski. Sposób biologiczny rozpoznawania ospy i ospówki . . . . .	298	<i>Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.</i> Posiedzenie kliniczne d. 2 maja 1916 r. . . . .	304
<i>Odcinek.</i> Józef Bieliński. Służba zdrowia w armii polskiej (c. d.) . . . . .	299	List d-ra T. Heimana do Redakcji „Gazety Lekarskiej“ . . . . .	306
<i>Przegląd bibliograficzny.</i> Teodor Drabczyk.		Odpowiedź d-ra Puławskiego . . . . .	307
		<i>Wiadomości bieżące.</i> . . . . .	307

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

Adres Redakcyi: Żórawia 22. — Adres Administracyi: Marszałkowska 73.  
Administracya otwarta w dni powszednie od 10<sup>1/2</sup> do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

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

#### WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, I „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2. Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

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

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzla i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

# Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

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



# ASTHMIN-MOTOR

w formie papierosów albo tabletek  
Usuwa szybko napady duszności  
i wszelkie objawy astmy

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”  
Ządać w aptekach i składach aptecznych

# GONOREIN "MOTOR"

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aetherum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”  
Marszałkowska 23.

KOMISJA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM STOWARZYSZENIU LEKARZY odbyła na podstawie badań chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPİŃSKIEGO jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej, zawierającej 6,75 czystego jodu. Preparat ten miesza się z wodą w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy razy dziennie, przyswaja się w ustroju szybko, nie wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3-4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1924

Przewodniczący Komisji  
Przemysłowo Lekarskiej

*Dr. M. Karpinski*  
Sekretarz

*Opinia po przemyśle i jodo-  
lutu do lecia. Dobra jest  
Ta prosa lecać w. d. d. no  
jodismu w 3-4 dni  
Przekazano  
C. K. Karpinski  
Sekretarz*

# JODOROL

## Peptonate d'iode Karpinski

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej. Jodorol przyswaja się szybko, nie wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3-4 dni. Może być stosowany od 10 - 100 kropeł trzy razy dziennie.

Cena flakonu rb. 1 kop. 20.

Tow. Akc. „Fr. KARPİŃSKI w Warszawie”  
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemysłowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.

## Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”.

# Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgowordzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosacizna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów rb. 8.50; z przesyłką 9.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów rub. 5, z przesyłką rub 6.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.