



WIRIBVS LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru N^o 2822.

SANTALOL
SALOL
UROtropINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI
GLUTENOWE

MOCZOPĘDNY

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY
KOJĄCY

PRZECIWNILNY

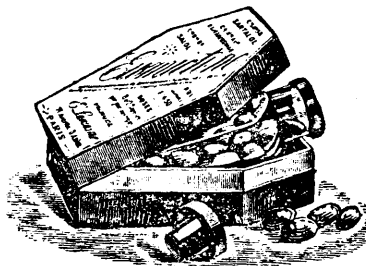
RZEZĄCZKA

ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE PĘCHERZA
MOCZOWEGO

ZAPALENIE
MIEDNICZEK I NEREK

ZAPALENIE NEREK



ROPOMOCZ

LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.

Dla osób wrażliwych przy zastrzykiwaniu na
ukłócia i z tego powodu nie mogących przejść
kuracyi iniekcjami „Triplex I, II, III Gessner”
proponuje te środki stosować

do wewnętrznego użycia pod postacią

Dragées TRIPLEX Gessner

(ARSEN—FOSFOR—STRYCHNINA).

Pudełko zawiera 108 sztuk drażetek odpowiadających zawartością środków działają-
cych całemu cyklowi kuracyi Inj. Triplex I, II, III Gessner”.

Dla dogodniejszego dawkowania każda pigułka zawiera połowę działających sub-
stancyi, jakie znajdują się w ampulce „Inj. Triplex I”

POLECA

Apteka Mag. Farm. JANA GESSNERA

dawniej E. GESSNER

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.

UWAGA. Literatura na żądanie — gratis i franco.



FABRYKA PRZETWORÓW
LECZNICZYCH

EUGENIUSZA MATULI

w Radomyślu Wielkim
poleca własne przetwory:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.) w działaniu identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera i t. p.

Nieoceniony lek krzepiaczy w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii i t. p. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole podfosforowe rozpuszczone w syropie. Skład chemiczny podany na każdej flaszcze. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski.

Sposób użycia: 2 — 3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody.

Sapomenthol Zawiera ciała lotne jak: Olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol i i. p., które przetwarzane na gorąco w maszynach parowych, z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo, dokładnie wcieralną. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach gośćcowych różnych postaci**, osobliwie w gościcu mięśniowym, postrzale, rwie kulszowej, nerwobólach i t. p. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, wykonane na klinice wiedeńskiej na oddziale III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija się watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach. Tylko w oryginalnych słoikach.

Powyższe przetwory są do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując, używać zawsze formułki: oryginal. Matula Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N .

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

CHOLÉÏNE

KAPSUŁKI GLUTENIZOWANE

z WYCIĄGU STAŁEGO ŻÓŁCI WOŁOWEJ

4 do 6 KAPSUŁEK DZIENNE.

CAMUS

CHOROBY WĄTROBY
ZAPALENIE KISZKI GRUBEJ
ZAPARCIE

CHOLÉÏNE CAMUS

13. rue Pavée, PARIS (IV^e)

PRÓBY i LITERATURA NA ŻĄDANIE
PP. LEKARZY.



WIZYTA LECYONSKA

PISMO TYGODNIOWE.

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJ-
TNOŚCI LEKARSKICH.

Dzień i Noc
lecie drugie.

Warszawa, d. 28 lutego 1920 r.

Ogólnego zbioru № 2822

LUDWIK ANDERS.

(Wspomnienie pośmiertne).

Zbyt ciężko zaiste prześladowuje i ściga pedyatrię polską śmierć nieubłagana, porywając kolejno jednego po drugim wybitnych jej przedstawicieli. Oto bowiem tak niedawno żegnaliśmy na zawsze St. Kamieńskiego, prof. Jakubowskiego i Raczyńskiego, Sikorskiego a wreszcie nigdy nieodżałowanego pierwszego rektora odnowionej Wszechnicy naszej, w Warszawie, Józefa Brudzińskiego, który tę pedyatrię całą siłą swej potężnej zaiste duszy ukochał i całego siebie na usługi jej oddał, gdy znowu przed paroma tygodniami wieść żałobna echem gromu rozeszła się po stolicy naszej, a wieść ta zwiastowała śmierć ś.p. Ludwika Andersa, tak bardzo znanego Warszawie i krajowi naszemu całemu — znakomitego pedyatry-praktyka.

W Księdze Pamiątkowej, wydanej przez Przegląd Pediatryczny z okazji 40 lecia pracy lekarskiej Ludwika Andersa, nieodżałowany ś. p. J. Brudziński, kreśląc życiorys Jego, nazwał słusznie „ciężkimi i niewdzięcznymi“ obowiązki organizatora Domu Podrzutków, jego ordynatora, a potem kierownika, a obowiązki te spełniał ś. p. L. Anders przez lat wiele z zaparciem się siebie i wielkim nakładem pracy; — pracę bowiem postawił sobie za dewizę życia, ukochał ją nadewszystko zmarły świeżo kolega, a istotnie czego się podjął, zwykł był spełniać z pedantyczną zaiste sumiennością.

I żal może jedynie, że bogaty w doświadczenie lekarskie zostawia ś. p. L. Anders zbyt małą spuściznę piśmienniczą, na co uwagę słuszną zwrócił już wspomniany wyżej ś. p. J. Brudziński, który zupełnie sprawiedliwie podkreślił w życiorysie Andersa, że „znał On całą nową literaturę pediatryczną obcą i skrzętnie ją gromadził tak, że młodzi jego współpracownicy u Niego zawsze mogli znaleźć wszelkie źródła do pracy naukowej“.

W stosunkach z kolegami zarówno w pracy szpitalnej, jak i w praktyce codziennej kierował się zawsze zasadami najsubtelniejszej pojętej etyki koleżeńskiej.

W ostatnich latach życia swego niejedną godzinę pracy poświęcił ś. p. L. Anders stworzeniu i kierowaniu nie tak dawno powstałemu Tow. Pediatrycznemu, którego nieoczekiwanie pomyślny rozwój w ciężkich dla wiedzy latach wojny, boć: „*inter arma silent musae*“, swemu pierwszemu prezesowi w znacznej mierze zawdzięcza.

Poza pedyatrią ukochał ś. p. Anders i — fotografię ba, nawet z niezwykłym zamiłowaniem jej się oddawał, czego dowodem choćby redagowanie przez lat wiele — „Fotografa Warszawskiego“ i piastowanie aż do zgonu godności Prezesa Tow. Fotograficznego Warszawskiego.

Jako wieloletni kolega i współtowarzysz pracy ś. p. zmarłego poznałem Go

dobrze; a za zalety Jego charakteru i niezwykle zamiłowanie do pracy, za najetyczniejsze postępowanie w stosunkach z kolegami, za najsubtelniejsze pojmowanie obowiązków lekarza w myśl zasady: „*Salus aegroti suprema lex esto*” — cześć niekłamanej pamięci Jego na tem miejscu składam.

Ś. p. Ludwik Anders urodził się w Warszawie 25 października 1854 roku, ukończył gimnazjum w 1871 roku, a Uniwersytet Warszawski w 1876-ym.

Zaraz po ukończeniu studiów swych lekarskich został asystentem kliniki terapeutycznej; w roku 1878-ym został powołany do służby wojskowej, ale już po dwóch latach powrócił do swych zajęć klinicznych w charakterze asystenta etatowego starszego; na stanowisku tem pozostawał przez 3 lata.

W 1885-ym roku rozpoczął pracę swą w Warszawskim Domu Wychowawczym ks. Baudouina, początkowo w charakterze prywatnym, jako, tak zwany, pełniący obowiązki ordynatora; dopiero w 1890 na podstawie konkursu

otrzymał godność ordynatora szpitala Dzieciątka Jezus, a w 1905-ym został mianowany pomocnikiem naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus z obowiązkiem zarządzania Domem Wychowawczym im. ks. Baudouina.

W roku 1904-ym rozpoczął redagowanie „Fotografa Wa szawskiego”, w którym to piśmie szereg prac oryginalnych swoich pomieścił; przytem piastował godność prezesa Tow. Miłośników Fotografii. Do grona współwydawców „Gazety Lekarskiej” należał stale od roku 1880, a od roku 1908 był współredaktorem wraz z nieodżałowanym ś. p. J. Brudzińskim „Przeglądu Pedyatrycznego”. Kiedy powstała Sekcja Pedyatryczna przy Tow. Lekarskim Warszawskim został jej prezesem, a gdy dzięki Jego staraniom usilnym i niezmordowanej pracy nad ułożeniem ustawy — powstało Towarzystwo Pedyatryczne, i tu jednogłośnie zdobył stanowisko przewodniczącego Zarządu, które piastował aż do swej przedwczesnej śmierci.

B. Korybut-Daszkiewicz.

Do prac naukowych ś. p. L. Andersa, drukiem ogłoszonych zaliczamy:

1. Przypadek choroby płamistej Werlhofa, powikłany obrzękiem gruczołów chłonnych. „Gaz. Lek.” 1879.

2. Przyczynek do kazuistyki nowotworów płucnych. Księga Pamiątkowa prof. Hoyera, 1884.

3. Obwodowe wrodzone porażenie nerwu twarzowego prawego. Gazeta Lekarska, 1888.

4. Przypadek spinae bifidae z zarośniętym otworem w kolumnie kręgosłupowej. Gaz. Lek. 1889.

5. Przypadek dużego przerostu grasicy u czteromiesięcznego dziecka. Przegląd Pedyatryczny, Tom V.

Pozatem w latach 1918 i 1919-ym w Tow. Pedyatrycznym przedstawił:

- przypadek potworniaka wątroby,
- przypadek akromegalii u dziecka,
- (wraz z kol. St. Mutermilchem) przypadek białaczki ostrej,

d) (wraz z kol. M. Erlichówną) przypadek ciężkiej niedokrwistości u dziecka,

e) przypadek brodawki sutkowej nadliczbowej.

Oprócz prac wyżej wymienionych przetłumaczył dzieła następujące:

1. Ewald a. O trawieniu. Wstęp do wykładu klinicznego o chorobach narządu trawienia. 1882 r.

2. Leubego. Historia wydoskonalenia i znaczenia cewnika żołądkowego w leczeniu i rozpoznawaniu chorób żołądka, 1880 r.

3. Dra M. Hertza. Gruźlica płuc u dzieci, jej objawy, rozpoznawanie i leczenie. Odczyty kliniczne, 1889.

4. Nila Filatowa. O leczeniu i rozpoznawaniu katarów kiszek u dzieci, głównie u ssawców. Odczyty Kliniczne, 1893.

Z KLINIKI CHOROÓB NERWOWYCH I UMYSŁOWYCH UNIW. JAGIELLOŃSKIEGO (DYREKTOR PROF. DR J. PILTZ).

Kilka zagadnień z zakresu postrzałowych uszkodzeń nerwów obwodowych.

Podał

Doc. Dr Stefan Borowiecki.

Wojna poddaje układ nerwowy człowieka przedmiot niniejszego wykładu obrabam parę niezliczonym próbom i doświadczeniom. Za zagadnień z zakresu tych prób i doświadczeń,

jakim podlegają w czasie wojny nerwy obwodowe. Nie pora jeszcze na dokładne statystyki; jak twierdzi Gerulanos, opierając się na doświadczeniach wojny bałkańskiej, stanowią one mają 1 $\frac{1}{2}$ % wszystkich zranień postrzałowych. Z zestawień, podawanych przez autorów, mających więcej do czynienia z postrzałami nerwów obwodowych, wynika, że bardzo częste są porażenia nerwu promieniowego, dalej idą co do częstości porażenia splotu barkowego i uszkodzenia nerwu kulszowego, wreszcie izolowane lub skombinowane uszkodzenia nerwów kończyn górnych. Uszkodzenia nerwów czaszkowych bywały wprawdzie obserwowane, nie dają się jednak co do częstości porównać z uszkodzeniami nerwów obwodowych kończyn. Wśród uszkodzeń tych nerwów czaszkowych dają się spostrzegać najczęściej uszkodzenia nerwu twarzowego, podjęzykowego oraz nerwu dodatkowego Willizjusza. Ponieważ kierunek postrzałów jest najróżnorodniejszy, a ilość ich niezliczona, stąd możność obserwacji najrzadszych nawet uszkodzeń nerwów obwodowych, że wymienię tu ze spostrzeganych przezemnie postrzały nerwów skórnych, np. *n. cutaneus brachii internus major*, *n. cutaneus brachii posterior superior* lub *inferior*, uszkodzenia *n. ileo-inguinalis* lub nerwów międzyżebrowych (*rami anteriores* nerwów tułowia). Materiał wojenny uszkodzeń postrzałowych nerwów obwodowych jest, słowem, tak liczny, że nadaje się znakomicie do krytycznego przeglądu neurologii nerwów obwodowych.

Z zagadnień, jakie w przypadkach uszkodzeń nerwów obwodowych powstają, wysuwa się na pierwszy plan zagadnienie naruszenia ciągłości nerwu. Według zgodnych zapatrywań najdoświadczeńszych neurologów, nie możemy stwierdzić zapomocą naszych dzisiejszych środków rozpoznawczych całkowitego przerwania ciągłości nerwu. Nawet całkowite porażenie, zupełne znieczulenie, brak pobudliwości odruchowej, połączone z wybitnymi zaburzeniami odżywczymi i naczynioruchowymi oraz kompletną reakcją zwyrodnienia nie upoważniają bynajmniej do rozpoznania całkowitego przerwania ciągłości nerwu, lecz pozwalają je jedynie z pewnym prawdopodobieństwem przypuszczać. Tylko bowiem objawy częściowego zachowania czynności, przewodnictwa i częściowej reakcji zwyrodnienia dają nam pewność, że nerw nie został przerwany całkowicie.

Rozpatrzmy bliżej trudności rozpoznawcze przy ocenie ciągłości nerwu. Zaczniemy od rozpoznania naruszenia częściowego ciągłości

nerwu. Naogół łatwo jest orzec, że nerw jest naruszony tylko częściowo, na podstawie zachowania częściowego, czynności nerwu. Jak doświadczenie wojenne poucza, zdarzają się jednak trudności w rozpoznaniu nawet niezupełnego przerwania nerwu.

Częściowe uszkodzenie nerwu może ujść naszej uwadze przedewszystkiem w przypadkach, w których objawy organiczne są ukryte poza zaburzeniami funkcjonalnymi. Według Oppenheima spostrzegamy w czasie wojny różnego rodzaju zaburzenia funkcjonalne. Najprostsze polegają na fałszywych inercjach lub wykolejeniach inercji (chory np. nie może czynnie wykonać ekstensji ręki, może natomiast utrzymać rękę w ekstensji, skoro mu ją w tej pozycji ustawia, lub też chory, chcąc rozgiąć rękę, zgina palce), bardziej zawiłe stanowią zaburzenia nawykowe, odruchowe i histeryczne. Zarówno fałszywe inercje, jak wykolejenia inercji i zaburzenia nawykowe (przez Oppenheima także *akinesia amnestica* zwane) świadczą conajmniej o utracie odpowiednich wyobrażeń ruchowych, ich powstanie zatem zupełnie niezależne od reszty psychiki jest również nieprawdopodobne i tem samym ich bezwzględne przeciwstawianie zaburzeniom histerycznym wydaje się niedość uzasadnione. Również porażenia odruchowych, rzekomo powstających niezależnie od udziału spraw psychicznych na drodze czysto odruchowej, dotychczas nie udało się większości neurologów wyodrębnić w sposób ścisły od histerycznych. Nie wdając się zatem w dyskusję na ten temat, mówię o zaburzeniach ogólnie funkcjonalnych. Według obliczeń moich zaburzenia te stanowią powikłania 16—17% postrzałów kończyn, świadcząc wyraźnie o wzmożeniu usposobienia do nerwic w czasie wojny. Porażenie ogarnia w przypadkach tych zwykle znacznie większy zakres mięśniowy i nerwowy, niżbyśmy to przypuszczali z lokalizacji postrzału, który sam przez się albo uszkodzić żadnego nerwu nie mógł, albo mógł jedynie drasnąć którąś z gałązek nerwowych, co bynajmniej rozległości porażenia by nie wyjaśniało. Nieznaczne więc zranienie w okolicy stawu garstkowego może wywołać porażenie w zakresie wszystkich mięśni ręki i palców lub uszkodzenie dolnej trzeciej części podudzia i znieść wszelkie ruchy stopy, chociaż nerwy i mięśnie poruszające rękę i stopę zostają nietknięte. Zaburzenia czucia również sięgają w przypadkach postrzałów kończyn niekiedy poza obszary skórne, zaopatrzone przez poszczególne nerwy obwodowe, ogarniając całą rękę, nogę,

a niekiedy i połowę ciała. Badanie pobudliwości elektrycznej wreszcie daje w przypadkach zaburzeń funkcjonalnych rezultat zupełnie negatywny. Ten jaskrawy obraz zaburzenia czynnościowego zasłaniać może nieznaczne i częściowe uszkodzenia nerwów, objawiające się jedynie nieznaczem osłabieniem pobudliwości elektrycznej, zaburzeniem czucia w zakresie któregoś pojedynczego nerwu lub ustawieniem kończyny. Dość często to organiczne jądro zaburzeń czynnościowych wykrywa się dopiero po ich usunięciu, kompletna bowiem anestezja czynnościowa całej ręki uniemożliwia stwierdzenie organicznego stopienia czucia w zakresie pojedynczego nerwu, historyczne podrażnienie kompletne całej nogi uniemożliwia rozpoznanie organicznego niedowładu w zakresie nerwu szprychowego i t. d.

Podobnie mogą nam utrudniać rozpoznanie lekkich zaburzeń neurologicznych zmiany w stawach, ścięgnach i mięśniach, pozostające w związku już to z samym postrzałem już to z wpływem ucisku opatrunkowego lub anemii przezeń wywołanej, już to z działaniem długiej immobilizacji.

Dotychczas rozpatrywaliśmy trudności rozpoznawcze częściowego naruszenia ciągłości nerwu najbliższego stępnia, w przypadkach tych szło tylko o to, czy nerw został drażniony czy nie, a cięższe uszkodzenie nerwu z łatwością mogło być wykluczone. O wiele większe znaczenie praktyczne ma różniczkowanie w cięższych uszkodzeniach nerwów obwodowych pomiędzy częściowym naruszeniem ciągłości nerwu a jego całkowitem przerwaniem. Jak to zazaczyłem, objawy częściowego zachowania czynności i przewodnictwa dają nam pewność, że nerw nie został przerwany całkowicie. Możemy jednak popełnić omyłkę, przyjmując błędnie częściowe zachowanie czynności i przewodnictwa tam, gdzie ich niema. Jest to możliwe wskutek powolnego występowania odczynu zupełnego zwyrodnienia, co stwierdzone zostało w czasie wojny przez Oppenheima, Spielmeyera i innych. Pobudliwość nerwu po krótkotrwałym okresie wzrastania w stosunku do obydwu prądów elektrycznych spada szybko, począwszy od drugiego dnia, aby w drugim tygodniu (najdalej dnia 12-go) całkowicie zgasnąć. Według naszych dotychczasowych wiadomości w ciągu tego samego czasu staje się mięsień niepobudliwym na prąd faradyczny, wykazuje natomiast wzmożoną pobudliwość względem prądu galwanicznego z charakterystycznym rodzajem skurczu i jego formuły. Skurcz ten, co najważniejsza, z błyskawicznego staje

się leniwy i otrzymać go można przy słabszych prądach, drażniąc anodą nie katodą.

Podany tutaj zespół objawów, składający się na t. zw. całkowity odczyn zwyrodnienia, nie rozwija się według oświadczeń wojennych tak szybko: skurcz leniwy charakterystyczny dla odczynu zwyrodnienia pojawiać się mianowicie może w drugim tygodniu po uszkodzeniu, lecz niekiedy dopiero w 12 tygodni po niem. Należy zatem przy zniesionej pobudliwości faradycznej mięśni i nerwu oraz zniesionej pobudliwości galwanicznej nerwu bardzo ostrożnie i z niedowierzaniem oceniać błyskawiczny skurcz mięśnia pod wpływem prądu galwanicznego nawet po upływie dwóch tygodni od uszkodzenia. Osłabia to w pewnym stopniu znaczenie badania prądem galwanicznym w przeciągu co najmniej trzech miesięcy od chwili postrzału, a to tembardziej, że zdarzyć się może, iż czasami przy zachowanej pobudliwości galwanicznej mięśni możemy otrzymać pośrednio (*Stromschleifen*) skurcze mięśniowe przy drażnieniu nerwu, chociaż jest on niepobudliwy.

Również ostrożnym należy być w przyjmowaniu częściowego uszkodzenia nerwu w przypadkach, w których chory skarży się na silne bóle. Nerw może być całkowicie zerwany przez pocisk, raniony zaś może się skarżyć tak, jak amputowany, na bóle w częściach ciała pozbawionych inervacji. Duże znaczenie natomiast posiada przeczulica dotykowa wobec kołdry, bielizny i t. d., dowodzi ona niewątpliwie zachowania przewodnictwa. Nie można tego natomiast powiedzieć znowu o bólach w mięśniach, zjawiających się pod wpływem lekkiego ich ucisku, bolesność na ucisk mięśni zdarzała się bowiem nawet w przypadkach przerwania całkowitego nerwu, co by można wytłomaczyć unerwieniem mięśni przez różne nerwy.

Wreszcie można popełnić błąd, przyjmując nieznaczne naruszenie ciągłości całego nerwu tam, gdzie część przekroju jest przerwana całkowicie, gdzie np. przy porażeniu nerwu promieniowego zachowana będzie częściowo czynność m. *extensoris carpi radialis*, zniesiona natomiast działalność innych mięśni, przez ten nerw zaopatrzonych. Jakkolwiek w wielu przypadkach podobnych istotnie zakres całego nerwu może być mniej więcej dotknięty, choć nie wszystkie mięśnie są ciężko porażone, to jednak może się zdarzyć, że tylko część włókien nerwowych wspólnie w danym nerwie biegnąca została całkowicie przerwana. Nie należy, słowem, wnioskować, skoro w zakresie jakiegoś nerwu stwierdzamy czyn-

ność niektórych mięśni zachowaną, innych zniesioną, aby cały ten nerw był tylko lekko dotknięty, część jego bowiem dla mięśni ciężko porażonych może być całkowicie zniszczona.

Jak widzimy, możemy zatem napotkać trudności nawet w rozpoznaniu częściowego naruszenia ciągłości nerwu przerwanie całkowite ciągłości nerwu natomiast, którego rozpoznanie miałyby o wiele większe znaczenie praktyczne, nastrocza dotychczas dla naszej diagnostyki trudności niepokonane. Jak w wielu stanach chorobnych, tak i tutaj nie stwierdzenie pojedynczego ciężkiego objawu, ale zespół tych objawów pozwala nam przypuścić z pewnym prawdopodobieństwem przerwanie całkowitego nerwu. Gdzie znajdujemy znieczulenie zupełne, wybitne zaburzenia odżywcze i naczynioruchowe, całkowitą reakcję zwyrodnienia pod względem pobudliwości elektrycznej, wczesny i znaczny zanik porażonych mięśni oraz całkowite porażenie, tam możemy z pewnym prawdopodobieństwem przypuszczać całkowite przerwanie nerwu. Ale i ten zespół ciężkich objawów może nas łudzić. Dlatego, jeśli chcemy sąd swój oprzeć na pewniejszej podstawie, wskazana jest obserwacja dłuższa oraz rozstrzygnięcie rzucnego tutaj zagadnienia z przebiegu. Będę w zgodzie z większością neurologów, jeśli powiem, że uszkodzenie nerwów obwodowych trzeba przez 3—4 miesięcy kontrolować pod względem zachowania czynności i pobudliwości elektrycznej, ponieważ w przebiegu tej obserwacji wiele tych uszkodzeń uważanych za całkowite okaże znaczną poprawę i wykaże cechy uszkodzenia częściowego.

Wobec trudności orzeczenia, czy dany nerw jest przerwany całkowicie oraz konieczności podejmowania w niektórych przypadkach zabiegu operacyjnego zaciekać muszą szczególnie rezultaty operacyjnych biopsji i badań mikroskopowych nad operacyjnie wyciętymi kawałkami nerwów.

Ugodzony przez pocisk nerw może być całkowicie przerwany, może być jednak tylko przedziurawiony albo naderwany. W tym ostatnim przypadku mamy uszkodzenie tylko pewnego odcinka przekroju nerwowego. Zarówno przy przedziurawieniu nerwu, jak i po postrzale odcinkowym ulegają pewnemu uszkodzeniu pozostałe nierozzerwane włókna nerwowe, mogą one ulegać zmiążdżeniu lub wstrząśnieniu, przyczem wielką rolę odgrywa, jak to wykazał Stoffel, stan napięcia nerwu, zależny od pozycji kończyny. W podobny sposób nawet częściowe naruszenie ciągłości ner-

wu może doprowadzić do funkcjonalnej przerwy w przewodnictwie całego przekroju nerwowego. Nawet w przypadkach, w których żadne włókno nerwowe nie uległo przerwaniu, przebiegający w pobliżu pocisk może wywrzeć działanie miazdzące i wstrząsające na nerw tak silne, że dochodzi w nim do całkowitego przerwania przewodnictwa. Lekkie organiczne objawy zaburzenia czynności nerwu możemy stwierdzić nawet w razie kilkocentymetrowej odległości kanału postrzałowego od pnia nerwowego. Dla wyjaśnienia tego wpływu pocisku na odległość musimy przyjąć jego znaczne wstrząsające działanie boczne. Działanie to objawiać się może naciągnięciem, zmiążdżeniem i wstrząsem nerwu, przyczem makroskopowo zmian żadnych spostrzedz nie można. Niekiedy część pocisku lub ciała obcego pozostaje w nerwie lub w jego pobliżu, dodając jeszcze działanie drażniące lub uciskowe.

Poza wymienionymi tutaj działaniami bezpośrednimi postrzału na nerw obwodowy istnieje jeszcze szereg działań pośrednich postrzałów, spowodowanych przez udział innych tkanek. Przestrzał części miękkich może spowodować upływ krwi lub limfy, które mogą wywierać ucisk na nerw. Również tętniak, wytworzony w uszkodzonym naczyniu, może wywierać ucisk na nerw obwodowy. Porażenie może powstać dalej na tle anemii nerwu, spowodowanej uszkodzeniem tętnicy, doprowadzającej krew do nerwu.

Dość znaczną rolę w uszkodzeniu nerwu odgrywają uszkodzenia sąsiadujących z nim kości. Nerwy obwodowe mogą być mianowicie uszkodzone mechanicznie w czasie złamania kości albo też w czasie ich leczenia, co zwłaszcza możemy spostrzegać na nerwie promieniowym, kiedy rozwijająca się kostnina może nerw uciskać, a nawet go otoczyć.

O ile wraz z pociskiem lub z rany zakażonej dotrą do nerwu bakterie, obraz neurologiczny powikłany być może przez zapalenie nerwów na tle infekcyjnym.

Wreszcie bardzo wielką rolę pośród skutków pośrednich uszkodzenia postrzałowego nerwu odgrywa sprawa rozwijania się blizny.

Pod wpływem postrzału, jako jego następstwo, tworzy się w miejscu uszkodzenia nerwu, zarówno w samym nerwie, jak i dookoła niego, blizna. Przy operacjach znaleźć można często uszkodzone miejsce nerwu, wrosnięte w zbliznowaciałe tkanki okoliczne. Kiedy się nerw ten uwolni ze zrostów, często bardzo znajduje się na przestrzeni jednego lub kilku centymetrów wrzecionowate zgru-

bienia, które mogą przewyższać parokrotnie grubość normalnego nerwu. Osłonka nerwu (*epineurium*) wykazuje znaczne zgrubienie. Wnętrze zaś zgrubiałego nerwu przedstawiać może zmiany najróżnorodniejszych stopni: zawiera on włóknistą tkankę łączną, tkankę ziarninową i lekko nacieczone naczynia krwionośne w ilości zależnej od zniszczenia nerwu. Tkanka łączna jest przytem miejscami przeładowana produktami rozpadu osłonek myelinowych.

Zazwyczaj ukrywa też ten zbliźnowaciąły odcinek nerwu resztki dawnych włókien nerwowych oraz włókna nowoutworzone. Ocalone włókna nerwowe biegną poprzez tkankę bliznowatą od końca nerwu ośrodkowego do obwodowego, nowowytworzone włókna zaś, rosące od strony ośrodkowego końca uszkodzonego nerwu przebiegają zazwyczaj w tkance w różnych kierunkach.

W przypadkach, w których nerw w całości lub w jednym tylko odcinku jest przestrzelony, tworzy się na końcu ośrodkowym przestrzelonych włókien nerwowych zgrubienie, zależne od bujania włókien osiowych, komórek Schwanna i tkanki bliznowatej, która też całe to zgrubienie otacza. O ile zgrubienie to dosięga znacznego rozwoju, mamy do czynienia z t. zw. nerwiakiem (*neuroma*). Podobne zgrubienia spotyka się niekiedy na kawałku obwodowym nerwu, zazwyczaj jednak jest on nieco cieńszy.

Preparat nerwu obwodowego przedstawia obraz rozpadu włókna nerwowego i przemiany komórek Schwanna. Komórki te wbijają w siebie rozpadające się masy myelinowe włókien nerwowych, przerabiają je i oddają tkance łącznej, po części nawet transportują

do przestrzeni limfatycznych naczyń. W każdym bądź razie widzimy w najbliższym otoczeniu naczyń liczne komórki Schwanna, przekształcone na komórki ziarnonośne (*Körnchenzellen*). W okresach późniejszych zwyrodnienia znajduje się już szeregi komórek Schwanna wolne od produktów rozpadu, ugrupowane w postać wstęg. Jest to szczegół ważny, że nawet w późniejszych okresach zwyrodnienia obwodowych nerwów równoległe wstęgowe ugrupowanie komórek Schwanna daje obraz negatywny zwyrodniałych włókien nerwowych, jakie między nimi leżały. W nerwie obwodowym o jakimś zbliźnowaceniu nie może być słowem mowy. Jakkolwiek właściwe włókno nerwowe zginęło, architektonika nerwu obwodowego nie uległa wielkim przekształceniom. Jest to bardzo ważne, ponieważ dla regeneracji nerwu droga, jaką wskazują nowo tworzącym się włókiem szeregowane komórki Schwanna, ma pierwszorzędne znaczenie.

Koniec ośrodkowy uszkodzonego nerwu przedstawia poza zmianami zwyrodnienia wstecznego, które przypomina nieco zmiay obwodowego odcinka nerwu, wyrażone tylko w znacznie mniejszym stopniu, obraz zwyrodnienia urazowego z ciężkim rozpadem włókien nerwowych oraz bliznowatem zgrubieniem *endoneurium*. Te zmiany urazowe ciągnąć się mogą dość daleko w kierunku dośrodkowym nerwu i jego wygląd makroskopowy nigdy bezwzględnie nie daje nam rękojmi, iż jego *endoneurium* żadnych zmian nie przedstawia. Jest to szczegół z punktu widzenia operacji pierwszorzędnej wagi.

(C. d. n.).

ODCINEK.

W SPRAWIE KASY CHORYCH.

Na konferencji Wydziału Wykonawczego I-go Zjazdu lekarzy polskich, odbytej przy współudziale delegatów z Sosnowca, z Galicyi i Poznańskiego w dniu 8 grudnia r. z., ustalono dwie następujące zasady w sprawie zabezpieczenia przez kasy chorych na wypadek choroby.

1. Ubezpieczenia na wypadek choroby mogą nosić charakter daleko idącej powszechności, o ile dotyczą świadczeń pieniężnych, i o ile wkładki wzrastać będą w stosunku postępującym do dochodu ubezpieczonych.

2. Pomoc lekarską w naturze organizują kasy chorych tylko dla tych ubezpieczonych, których zarobek miesięczny nie przekracza 1000 marek. Wyżej uposażeni otrzymują prócz świadczeń na wypadek niezdolności do pracy zasiłek na koszty leczenia.

Zasada pierwsza jest zupełnie jasna. Jest bowiem rzeczą ze wszech miar pożądaną, ażeby każdy obywatel, niezależnie od stopnia swej zamożności, a zwłaszcza od stopnia zarobku, był ubezpieczony od strat i kosztów, wynikających z choroby, tak jak pożądanę

jest, ażeby w tej lub innej formie ubezpieczony był na życie. Również zrozumiałe jest żądanie postępującego stosunku wkładek, ponieważ ten, kto więcej zarabia, większe też ponosi straty z powodu niezdolności do pracy i większe też zwykle ma wymagania w chorobie. Ażeby więc jego zabezpieczenie nie było fikcyjne, t. j. ażeby bez uszczerbku dla innych stowarzyszonych mógł otrzymać w razie choroby zwrot strat i kosztów, choćby w przybliżeniu odpowiadający rzeczywistości, musi też ponosić odpowiednio wyższe ciężary.

Zasada druga przewiduje podział ubezpieczonych na 2 kategorie: niżej i wyżej uposażonych. Nie czyniąc różnicy w sposobie pokrycia strat, wynikających z braku zarobku, proponuje ona dla pierwszej kategorii organizację specjalnej pomocy lekarskiej, dla drugiej zaś zasiłki pieniężne na wypadek choroby.

Granica zarobku miesięcznego, dzieląca te dwie kategorie, określona została na 1000 marek ¹⁾. Jest to oczywiście cyfra względna i zupełnie dowolna, ponieważ przy obecnych wahaniach płacy zarobkowej i kosztów utrzymania oraz przy niewyrównanych stosunkach ekonomicznych w różnych dzielnicach państwa określić jej ściśle niepodobna.

Chodzi tu w gruncie rzeczy nie o cyfrę i ostateczną wysokość tej granicy, lecz o zasadnicze stwierdzenie, że organizacja specjalnej pomocy lekarskiej dla zbyt wielkiej liczby mieszkańców oraz szablonowe traktowanie wszystkich zarobkujących według jednego wzoru jest przedsięwzięciem z wielu względów niepraktycznym, a w obecnych naszych warunkach nawet niemożliwym.

Zorganizowanie dobrej pomocy lekarskiej, jeśli można się tak wyrazić, „w naturze” na tak wielką skalę, jak przewiduje projekt Ministerstwa Pracy, według którego w miastach miałyby korzystać z tej organizacji do 75% ogółu ludności, jest wręcz niewykonalne, a przynajmniej jest ono takie obecnie. Na to nie posiadamy, ani w bliskiej przyszłości stworzyć nie jesteśmy w stanie, dostatecznej liczby celowo urządzonej przychodni, aptek, szpitali, a nawet odpowiedniego personelu lekarskiego i pomocniczego.

Wprawdzie dzisiejsze warunki pomocy lekarskiej pozostawiają pod niejednym względem wiele do życzenia, ale jeśli ma się je zmieniać, to wolno zmieniać je tylko na lepsze. Pamiętać należy, że wszystkie nasze środki techniczne są do dzisiejszego porządku przystosowane, a przynajmniej do niego były przystosowywane. I dziś już pewna część ludności korzysta z pomocy lekarskiej zorganizowanej i opłacanej przez pracodawców, korzysta też z istniejących urzędów komunalnych i społecznych (pracownicy fabryczni, kopalniani, kolejowi i t. p.). Skoro obowiązek

leczenia przejdzie całkowicie na kasy chorych, to, wraz z proponowaniem, nagłem, nadwyznajnym rozszerzeniem ich działalności w stosunku do dotychczasowych ich surogatów, trudności dostarczenia pomocy lekarskiej wzrosną też niepomiernie. A przecież kasy pobierać będą od ubezpieczonych poważne wkładki, więc i wymagania odpowiednio wzrosną. Ta część czynności kas, która polega na ściąganiu wkładek, jest względnie prosta i łatwa, ale wydawanie odpowiedniego ekwiwalentu w postaci umiejętnej, sumiennej i sprawnej pomocy lekarskiej, pomocy istotnej, a nie li tylko formalnej, jest bardzo trudne i skomplikowane. I o tym zapominać nie należy, że do kas wejdą warstwy ludności, które nie są przyzwyczajone do ambulatoryjów i szpitali i które za swoje wkładki żądać będą takiego leczenia, do jakiego są przywykłe. Gwałtowne naginanie ich do zupełnie nowej dla nich organizacji, przytem do organizacji, która z konieczności przynajmniej na razie działać będzie bardzo niesprawnie, da powód do wielkiego niezadowolenia i do dyskredytowania samej idei kas chorych.

To jest właśnie główny powód, dla którego uczestnicy konferencji uważali za rzecz niezbędną, ażeby przy wprowadzaniu kas nie postępować w sposób doktrynerski, lecz iść drogą zdrowego a stopniowego rozwoju. Pomoc lekarską urządzić należy z początku tylko dla ludności niżej uposażonej, którą łatwiej będzie pomieścić w możliwych narazie do urzeczywistnienia ramach organizacji i która poniekąd już do urzędów podobnych przywykła. A i przy tem postępować należy bardzo oględnie i bez nierozważnego pośpiechu, unikając wszelkiego dyletantyzmu i fuzerki, jak np. otwierania przychodni w złe urządzone i zaopatrzone lokalach, albo szpitali gorszych, aniżeli te, które istnieją obecnie. Albowiem wszelkie braki i wady w złem zapoczątkowaniu sprawy mścić się będą dotkliwie na całym dalszym jej rozwoju.

Dopóki zaś cała ludność uboższa nie będzie posiadała dobrze zorganizowanej pomocy lekarskiej, lepiej uposażonych należy pozostawić całkowicie na stronie, ograniczając się do wydawania im świadczeń z powodu niezdolności do pracy i zasiłków na leczenie, co bardziej odpowiadać będzie ich zwyczajom i nałogom. Łamać te zwyczaje zapomocą przepisów administracyjnych, albo wprowadzać w błąd zapomocą szumnych obietnic byłoby rzeczą bardzo szkodliwą i niebezpieczną. Do nowego porządku można skutecznie zachęcać i zjednywać ludzi tylko przez dobre postawienie sprawy w mniejszym i bardziej wykonalnym narazie zakresie.

Zyski bilansowe, jakie przy dobrej administracji kas płynąć będą z ubezpieczenia, powinny być uważane za fundusz użyteczności publicznej i narazie w całości obracane na ulepszenie organizacji lekarskiej kas.

Tego rodzaju rozwiązanie sprawy posiadać będzie jeszcze jedną stroną dodatnią, mianowicie łatwiej sobie zyskać potrafi współdziałanie odpowiedzialnych sfer lekarskich.

¹⁾ Jak już wiadomo, wspomniana konferencja odbyła się 2 1/2 miesiąca temu.

Gorliwi wyznawcy projektu Ministerstwa Pracy chętnie posługują się argumentem, że lekarze bojkotują kasy chorych. To jest fałsz! Natomiast prawdą jest, że ogół lekarski w osobie poważnych jego przedstawicieli przy układaniu tego projektu, mimo tak specjalnie lekarskiej jego natury, wcale nie był o radę zapytywany i że nie żywi do niego żadnego

zauwania. Nie wierzy w jego celowość i praktyczność i nie życzy sobie ponosić odpowiedzialności za wszystkie jego wady i braki. Stąd zachowuje się z łatwo zrozumiałą rezerwą. Natomiast gotów jest poprzeć całym swoim autorytetem i doświadczeniem każdą reformę społeczną, którą będzie mógł uznać za rozumną, użyteczną i wykonalną

Wiadomości bieżące.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie. Od d. 1. II. do 7. II. 1920 r. było zachorowań: na ospę 1 kob. chrz., na odrę 7 m. 3, kob. 4, chrz. 4, ż. 3; na szkarlatynę 10, męż. 4, kob. 6, chrz. 10, ż. —; dur plamisty 74, męż. 48, kob. 26, chrz. 61, ż. 13; dur brzuszny 5, m. 4, k. 1, chrz. 5, ż. —; gorączkę powrotną 7, męż. 4, k. 3, chrz. 7, ż. —; dyfteryt 2, m. —, k. 2, chrz. 1, ż. 1; dyzenteryę 1 m. ż.; drętvicę karku —; nagm. zapalenie opon mózgowych 2, m. —, k. 2, chrz. 1, ż. 1; gorączkę poł. 1 ż.; jaglicę 10, m. 2, k. 8, chrz. 10, ż. —.

Od 8. II. do 14. II. 1920 było zachorowań: na ospę —; na odrę 19, m. 13, k. 6, chrz. 17, ż. 2; na szkarlatynę 17, m. 6, kob. 11, chrz. 14, ż. 3; dur plamisty 86, m. 51, k. 35, chrz. 68, ż. 18; dur brzuszny 11, m. 6, k. 5, chrz. 9, ż. 2; gorączkę powrotną 8, m. 7, k. 1, chrz. 6, ż. 2; dyzenteryę 1 k. chrz.; dyfteryt 9, m. 5, k. 4, chrz. 3, ż. 6; nagm. zapalenie opon mózgowych 6, m. 4, k. 2, chrz. 2, ż. 4; gorączkę połog. 1 ż.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Łodzi. Od 1. II. do 7. II. 1920 r. było zachorowań: na ospę —; na odrę —; na szkarlatynę 12 (zm. 2), m. 5, k. 7, chrz. 7, ż. 5; dur plamisty 24 (zm. 2) m. 12 k. 12, chrz. 13, ż. 11; dur brzuszny 13 (zm. —), m. 5, k. 8, chrz. 11, ż. 2; gorączkę powrotną 1 m. ż.; dyzenteryę —; dyfteryt 4 (zm. —), m. 2, k. 2, chrz. 1, ż. 3; różę 1 (zm. 1), m. ż.; nagm. zapalenie opon mózgowych 3 (zm. —), m. 2, k. 1, chrz. 3, ż. —; krztusiec —; gorączkę połog. 1 chrz. Na gruźlicę zmarły 42 osoby (chrz. 25, ż. 17).

Od 8. II. do 14. II. 1920 było zachorowań: na ospę —; na odrę 1 (zm. —), m. ż.; na szkarlatynę 15 (zm. —); m. 9, k. 6, chrz. 7, ż. 8; dur

plamisty 26 (zm. 2), m. 12, k. 14, chrz. 14, ż. 12; dur brzuszny 10 (zm. 2), m. 4, k. 6, chrz. 3, ż. 7; gorączkę powrotną 4 (zm. —), m. 3, k. 1, chrz. —, ż. 4; dyzenteryę 1 k. chrz.; dyfteryt 2 (zm. 1), m. 1, k. 1, chrz. 1, ż. 1; różę 1 k. chrz.; nagminne zapalenie opon mózgowych 2 (zm. 1), m. 1, k. 1, chrz. 1, ż. 1; krztusiec 7 (zm. 5), m. 3, kob. 4, chrz. 4, ż. 3, gorączkę połog. 2 (zm. 2) chrz.; jaglicę 2, m. 1, k. 1, chrz. 2, ż. —. Na gruźlicę zmarły 43 osoby (chrz. 32, ż. 11).

NEKROLOGIA.

Dr Bronisław Malewski, b. generał-podporucznik wojska polskiego, poseł do Sejmu, kierownik zakładu hydropatycznego w Grodzisku. Zmarł w Warszawie d. 22 lutego 1920 na zapalenie opon mózgowych, jakie rozwinęło się po ciężkim urazie i zranieniu głowy, wskutek najechania przez samochód. Żył lat 47.

Obszerniejsze wspomnienie pośmiertne o zmarłym koledze i wybitnym działaczu społecznym podamy w jednym z najbliższych numerów naszego pisma.

N A D E S Ł A N O.

Dr med. Józef Jaworski doc. Uniwers. Jagiellońskiego. Krynica, jej stan obecny, najpilniejsze potrzeby i warunki rozwoju. Warszawa. 1920.

Sprostowanie. W № 7/8 Gazety Lekarskiej w wiadomości bieżącej o Komitecie lekarskim francuskopolskim podano mylnie imię przewodniczącego, którym jest dziekan Wydz. lekarskiego prof. Jan Mazurkiewicz.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.	Str.
B. Korybut-Daszkiewicz. Ludwik Anders. (Wspomnienie pośmiertne)	95	obwodowych 96
Stefan Borowiecki. Kilka zagadnień z zakresu postrzałowych uszkodzeń nerwów		Odcinek. W sprawie kas chorych 100
		Wiadomości bieżące. 102
		Nekrologia 102

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

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2}, do 7-ej.

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”

Gazeta Lekarska w Warszawie i na prowincji kwartalnie Mk. 30 (koron 45), półrocznie Mk. 60 (kor. 90).

Cena pojedynczego numeru 4 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnym pismem na stronie pierwszej Mk. 5—, na ostatniej, przed tekstem i przy tekście Mk. 4.50, na pozostałych Mk. 4,—.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metz i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy. Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Odbito czcionkami Drukarni Królowej (W. Krawczyński i E. Egert). Żelazna 89. Tel 188-70.

O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości iż w roku 1920 wakują następujące zapomogi i nagrody konkursowe:

1. **Z fund. Borysowicza.** Zapomoga dla młodego lekarza-polaka, z pierwszeństwem dla członka Towarzystwa Lekarskiego Warsz., zajmującego się specjalnie ginekologią, w celu dalszego kształcenia się w klinikach specjalnych w kraju lub zagranicą. Termin nadsyłania zgłoszeń do dnia 1 czerwca 1920 r.

2. **Z fund. Halperna.** Nagroda za najlepszą w języku polskim pracę, przedstawioną w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu, z dziedziny przemiany materii lub innych gałęzi medycyny teoretycznej. Termin przedstawienia pracy do dn. 15 kwietnia roku 1920.

3. **Z fund. Koczorowskiego.** Nagroda za najlepszą pracę, złożoną Towarzystwu Lekarskiemu w rękopisie, w języku polskim, opartą na własnych samodzielnych badaniach z zakresu nauk przyrodniczych, w zastosowaniu do medycyny lub higieny. Jeżeli komitet konkursowy z pomiędzy prac nadesłanych uzna dwie za równie dobre, pierwszeństwo mieć będzie praca, odznaczająca się dobrym stylem i poprawnością języka. Wymaganem jest, aby prace konkursowe były pisane na maszynie, albo też pismem wyraźnym, a w każdym razie nie ręką autora. Termin nadsyłania prac do dn. 31 marca r. 1920.

4. **Z fund. Konitza.** Nagroda za najlepszą pracę oryginalną w jęz. polskim, poświęconą wyłącznie chorobom kobiecym lub akuszeryi i ogłoszoną drukiem w terminie od 1 kwietnia 1917 do 31 marca 1920 r. Termin nadsyłania prac do dnia 31 marca 1920 r.

5. **Z fund. Kopia.** Zapomoga dla młodego lekarza-polaka wyznania rzymskokatolickiego na dalsze studia naukowe, przeważnie w zakresie teoretycznych nauk lekarskich, w instytucjach naukowych w kraju lub zagranicą. Termin nadsyłania zgłoszeń do dnia 1 czerwca r. b.

6. **Z fund. Płaskowskiego.** Nagroda za pracę z dziedziny psychiatrii w jęz. polskim, bądź ogłoszona drukiem od dn. 1 kwietnia r. 1918 do dn. 1 kwietnia 1920, bądź też w rękopisie przedstawiona Towarzystwu. Termin nadsyłania prac do dnia 1 kwietnia 1920.

7. **Z fund. Płaskowskiego.** Zapomoga dla delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych w kraju lub zagranicą. Termin nadsyłania zgłoszeń do dnia 1 kwietnia 1920 roku.

8. **Z fund. im. Piramowicza.** Nagroda za najlepszą oryginalną pracę w jęz. polskim, ogłoszoną drukiem odrębnie lub w czasopismach – lub też złożoną Towarzystwu w rękopisie z jakiegokolwiek bądź dziedziny higieny szkolnej. Termin nadsyłania prac do dn. 1 września r. b.

Bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa (Niecała 7).

Sekretarz Stały
Prof. Dr A. Sokołowski.

Sejmik Powiatowy w Olkuszu

ogłasza konkurs

na stanowisko **lekarza rejonowego gminnego**

z siedzibą w Sułoszowie, odległej od miasta powiatowego i stacji kolejowej o 10 klm. Zasiłek od gminy i Sejmiku w łącznej kwocie 20.000 mk. rocznie. Okolica zamożna. Kandydaci winni się zgłaszać dla bliższego omówienia warunków pod adresem Wydziału Powiatowego Sejmiku Olkuskiego, podając opis swej dotychczasowej praktyki.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszem zawiadamia W W. P.P. Doktorów, iż

„MOTO FER“

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

Fabryka narzędzi chirurgicznych

Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
polecą jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. **STEFAN STERLING - OUNIEWSKI**

== DUR WYSYPKOWY ==

(tyfus plamisty).

Stron 250, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

W TYCH DNIACH OPUŚCI PRASE

KALENDARZ LEKARSKI

na rok 1920.

WYDAWNICTWO Dra J. POLAKA.

Treść: Calendarium. — Władze lekarskie państwa Polskiego. — Skład osobisty Ministerium Zdrowia. — Władze lekarskie wojskowe. — Skład osobisty Wydziałów lekarskich uniwersytetów: warszawskiego, krakowskiego, lwowskiego i poznańskiego. — Lekarze kolei żelaznych. — Towarzystwa lekarskie. — Okręgowe Urzędy Zdrowia. — Lista lekarzy powiatów. — Władze i instytucje lekarskie w Wielkopolsce i Małopolsce. — Lekarze szpitali warszawskich. — Adresy lekarzy praktykujących w Warszawie i w Łodzi oraz lista lekarzy praktykujących w miastach i powiatach b. Królestwa Polskiego. — Podręcznik leczniczy z receptami. — Notatnik.

Cena egzemplarza 40 marek.

Do nabycia w księgarniach i u wydawcy dra Polaka (Nowogrodzka 82 w Warszawie).