



Rok LI. Warszawa d. 28 października 1916. N^o 18 (44).

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· TWOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

Ceny niższe!

Specyalne preparaty Knoll'a

Bromural, Digipuratum, Diuretin, Tannalbin, Arsentriferrin, Jodival, Styptol, Ovaradentriferrin, Santyl i t. d. znajdują się w dostatecznej ilości na składzie głównych warszawskich składów i mogą być nabywane w aptekach po znanych

cenach ekonomicznych

takich samych jak dla publiczności w Niemczech z nieznacznym dodatkiem za cło i koszt przesyłki. W razie ewentualnych trudności w nabywaniu prosimy zwracać się do naszego przedstawiciela:

W. SOSNOWSKI, Wilcza 42. Warszawa.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Pracownia chemiczno - bakteriologiczna

Dra Stanisława MUTERMILCHA

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

Marszałkowska N^o 127 (Zielna N^o 22).

Racyonalne i b. staranne

kształtowanie paznokci (Manicure i Pedicure) w gabinecie Wiśniewskiej,
Aleje Jerozolimskie N^o 43, m. 15,
I-sze piętro, przy Marszałkowskiej.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y 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. Dyzenterya. Cholera. Zapalenie opon mózgoworodzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosaczna. 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.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

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

Jako następny odczyt wyjdzie wkrótce:

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

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.



GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJŚ
TNOŚCI LEKARSKICH

Pięćdziesięcio-
lecie drugie

Warszawa, d. 28 października 1916 r.

Ruch ludności m. st. Warszawy

1/I 1913 — 1/VII 1916.

URODZENIA—ŚMIERTELNOŚĆ.

Opracował

W. Mę c z k o w s k i.

Dla porównania danych, dotyczących ruchu ludności, wzięto okres od 1-go stycznia 1913 r. do 1 lipca 1916 r. Z okresu tego przypada $1\frac{1}{2}$ roku na czasy przedwojenne, a dwa prawie lata na czas wielkiej wojny Europejskiej.

Uwzględnione zostały następujące dane: ludność w dniu 1 stycznia każdego roku, a nadto według miesięcy 1) liczba urodzeń i 2) liczba przypadków śmierci. Z pośród przyczyn śmierci uwzględniono niektóre kategorie chorób, jako najbardziej charakterystyczne dla warunków czasu, mianowicie: ospę, płonice (szkarlatynę), tyfus plamisty, tyfus brzuszny, dyzenterię, cholere, wszystkie choroby zakaźne razem, gruźlicę płuc, inne postaci gruźlicy, wszystkie postaci gruźlicy razem, wreszcie zapalenie płuc. Tę ostatnią chorobę włączono z tego powodu, że i sama przez się mówi o stopniu odporności organizmu, a z drugiej strony do liczby zarejestrowanych przypadków zapalenia płuc należy niewątpliwie wiele przypadków gruźlicy. Ze stanowiska charakterystyki czasu interesująca mogła być nadto liczba zgonów z powodu cierpienia żołądka i kiszki. Lecz w tym względzie zarówno nasza, jak i międzynarodowa statystyka nie daje należytego punktu oparcia. Po pewnej zatem próbie trzeba było wyrzec się danych, dotyczących śmiertelności z chorób żołądka i kiszki.

Dane powyższe podajemy w tablicach (1913—1914—1915—1916). Prócz tego dodana jest tablica (V), przedstawiająca przyrost roczny ludności w ostatnim dziesięcioleciu (1904—1914) oraz śmiertelność z powodu nie-

których kategorii chorób w okresie 1877—1916, a także liczby zasłabnięć na choroby zakaźne w 1915—16 r.

1. Liczba ludności.

Ludność m. Warszawy wynosiła: 1 stycznia r. 1913—845130; 1. I. 1914—884544; 1. I. 1915 ¹⁾—830000; 1. I. 16—813753.

Porównawczo liczby te tak się przedstawiają: Jeżeli ludność w d. 1. I. 1913 (845130) przyjmujemy za 100, to 1 stycznia 1914 ludność wzrosła do 104.5, w d. 1 stycznia 1915 spadła do 98.6, a w d. 1. I. 1916 spadła do 96.7. W ciągu zatem 3-ech lat (1. I. 13—1. I. 16) zmniejszenie liczby ludności wynosi 31377. Ponieważ jednak w r. 1913 rzeczywiście miał miejsce przyrost 39414; przeto zmniejszenie ludności przypada tylko na dwa lata wojny (1914—1915): wynosi za dwa lata 70791, rocznie wynosi 35395,5. Jak widać z tablicy V, w ostatnim dziesięcioleciu rzeczywisty przyrost wynosił przeciętnie 11316.

Tak znaczny ubytek ludności zależeć

¹⁾ Właściwie cyfry ludności w d. 1 stycznia 1915 r. nie posiadamy. Liczbę ludności na dzień 1 stycznia każdego roku dostarczała zwykle w marcu policja. W r. 1915 do dnia ewakuacji policja rosyjska wykazów nie sporządziła. Posiadamy cyfrę 789289, jako liczbę ludności w dniu 1 listopada 1915 r., sporządzoną przez Komisję Rozdziału mąki i chleba przy ustaleniu liczby kart chlebowych na podstawie sprawozdań rządów domów. Taż Komisja Rozdziału mąki i chleba ustaliła dla 1 stycznia 1916 r. liczbę 813,753, a dla 1 marca 1916 r. 806,000. Liczby te pewne nie są. Na zasadzie rozważań teoretycznych w Wydziale statystycznym przyjmujemy liczbę 830,000 dla 1/I 1915 r.

musiał od wielu przyczyn: a) pobór do woj-ska, b) opuszczenie przymusowe i dobrowolne Warszawy przez wielu mieszkańców i przeniesienie się czasowe na wschód, c) prze-waga—jak zobaczymy niżej — liczby zgonów nad liczbą urodzeń.

II. Liczby urodzeń wynosiły w la-tach 1913—14—15—16: 22860—21777—16576—7381 (za półrocze 1916 r.; dla celów poró-wnawczych musimy przyjąć w stosunku ro-cznym 14762)¹⁾. Przyjmując liczbę urodzeń w r. 1913 dla porównania za 100, otrzymamy li-czbę urodzeń w 1914—95,26; w r. 1915—91,5; a w r. 1916 — 64,6. Taki był spadek liczby urodzeń w cyfrach absolutnych. Również za-znacza się wybitny spadek w stosunku do ludności, mianowicie na 1000 ludności w r. 1913 urodziło się 27,05 dzieci; w r. 1914—24,56; w r. 1915—21,0; w r. 1916—18,14. Jak widać z tablicy V, liczby te są znacznie mniejsze od urodzeń w dziesięcioleciu 1904—1914. Uderza zwłaszcza liczba urodzeń w r. 1916 (18,14) w porównaniu z przeciętną liczbą urodzeń ro-czną z ostatniego dziesięciolecia (30,36).

III. Liczba zgonów była w r. 1913—14—15—16 r.: 14962—16297—20926—21754. W stosunku do ludności liczby te tak się przedstawiają: zmarło na 1000 ludności w powyższych 4 latach: 17,70—18,42—25,25—26,74, t. j. liczba zgonów stale wzrasta.

IV. Stosunek liczby urodzeń do liczby zgonów w r. 1913 daje 7898 przyrostu naturalnego (liczba roczna urodzeń mniej liczba zgonów), t. j. 0,93‰.

W r. 1914 przyrost ten już się zmniejsza: wynosi 5480, czyli już tylko 0,62‰.

W roku 1915 obraz się zmienia zupeł-nie: liczba zgonów przewyższa liczbę u-rodzeń.

Zaczyna się zjawisko, które można na-zwać wymieraniem. W 1915 r. zgonów było więcej, niż urodzeń, o 4350, co wynosi 0,55‰. To wymieranie zwiększa się jeszcze w 1916 r., w pierwszym jego półroczu²⁾: liczba zgo-nów przewyższa liczbę urodzeń o 6992 t. j. o 0,85‰. Czyli, wymieranie, jeśli tak mówić można, idzie coraz szybszym krokiem.

Zjawisko takiego wymierania nie jest znane w Warszawie. Corocznie zaznaczał się przyrost naturalny, który w dziesięcioleciu (1904 — 1914) wynosił przeciętnie 1,09‰.

V. S t o s u n k ó w w y z n a n i o w y c h ludności tablice nie uwzględniają. Dla chara-akterystyki podajemy dane, dotyczące wyzna-nia mieszkańców w 1913 r. i niektóre szcze-góły z 1915 i 1916 r. Z pośród 845130 mie-szkańców Warszawy (1. I. 1913 r.) było³⁾: katolików 407157 (48,18‰), starozakonnych 317817 (37,6‰), prawosławnych 34529 (4,08‰),

ewang. augsbur. 15976 (1,89‰), ewang. refor. 2444 (0,29‰), maryawitów 1325 (0,16‰), ma-hometan 724 (0,09), baptystów 399 (0,05‰), anglikańskiego 213 (0,02‰), staroobrzędowców 204 (0,02‰), ormian obrz. gregor. 191 (0,02‰), ormian obrz. katol. 127 (0,02‰), karaimów 52 (0,01‰).

W tymże 1913 r. przyrost naturalny wy-nosił 7898 (czyli 9,34‰), przyrost ten dla lu-ności katolickiej był 8,0‰, a dla żydowskiej 10,8‰. Rzeczywisty przyrost wynosił w tym-że roku 39414 (4,66‰), przyczem ludność ka-tolicka zwiększyła się o 15832 osoby (3,66‰), żydowska zaś o 19257 (6,02‰).

W tymże r. 1913, jak widzieliśmy, śmier-telność wynosiła 17,70 na tysiąc, przyczem największa śmiertelność była wśród ludności katolickiej i ewangelickiej (21‰), najniższa zaś dla ludności żydowskiej i kalwińskiej (14‰).

W 1915 r. na 16576 urodzeń było chrze-ścijan 12171 (73,5‰), w tej liczbie katolików 11549 (69,7‰); żydów 4405 (26,5‰).

W tymże 1915 r. na 20952 zgonów było chrześcijan 14496 (69,1‰), żydów 6456 (30,9‰).

W 1916 r. na 7381 urodzeń było chrze-ścijan (56,9‰) i żydów 3175 (43,1‰).

Na 10877 zgonów 1916 r. było chrze-ścijan 7523 (69,1‰) i żydów 3354 (30,9‰).

Podkreślić należy większą stosunkowo śmiertelność wśród chrześcijan, niż u żydów. Dane przytoczone potwierdzają tylko ogólnie spostrzegane w różnych krajach zjawisko. Według D-ra Władysława Szenajcha większa śmiertelność wśród chrześcijan przypada prze-ważnie na wiek dziecięcy, gdy śmiertelność wśród dorosłych u chrześcijan i u żydów jest mniej więcej jednaka. W związku z tem do-dać należy, że, jak stwierdził Dr A. Sokoło-wski, chrześcijanie częściej zapadają na gru-źlicę, niż żydzi (40,26‰ chrześcijanie i 35,48‰ żydzi; wnioski z 10000 przypadków).

VI. Ś m i e r t e l n o ś ć w z a l e ż n o ś c i o d r o d z a j u c h o r o b y,

Oprócz ogólnych danych z lat 1913 — 1916 w tablicach I, II, III, IV zebrane zostały dla celów porównawczych dane od r. 1877 w tabl. VI.

Dane te rozpatrzymy oddzielnie dla ka-żdej kategorii chorób:

a) Śmiertelność z powodu ospy (tablica VI) w ostatnich 15 latach znacznie zmniejszy-ła się, z wyjątkiem wielkiej epidemii 1904 r. (103 zgony na 100000 mieszkańców). W 1913 i 1914 r. śmiertelność była względnie niewiel-ka (13 i 22 na 100000), w 1915 r. podniosła się do 38, pozostając w granicach śmiertel-ności lat 1907 — 1911. Śmiertelność 1916 r. jest nadzwyczaj niska (4 na 100000) — cyfra której nie spotykaliśmy od 1877 roku. Fakt, ten związać należy ze wzmożeniem szczepie-niem ospy w mieście i na przedmieściach w 1915 r. i wyjednaniem przez Urząd Zdrowia Publicznego u władz okupacyjnych w r. 1916 obowiązkowego szczepienia ospy. Na prawo obowiązkowego szczepienia ospy, które w Polsce niepodległej było już za czasów Księ-stwa Warszawskiego (1811 rok), trzeba było czekać aż do r. 1916.

¹⁾ Przyjmując stosunek w drugim półroczu, jak w pierwszym, omyłkę czynimy raczej *in minus*: liczba urodzeń zapewne będzie niższa, a liczba zgonów bę-dzie większa.

²⁾ Niewątpliwie w drugim półroczu zjawisko jeszcze bardziej się wzmocni.

³⁾ Według danych statystycznych, dostarczo-nych przez policję rosyjską.

b) śmiertelność z powodu płonicy w 1913—1914 i 1915 (99 — 54 — 66) dość wysoka wogóle, trzyma się mniej więcej cyfr przeciętnych dla tej choroby, co roku zabierając dużo ofiar w Warszawie. W 1916 r. śmiertelność spada do 8 t. j. znów do cyfry nieznanej od 1877 r.

c) inaczej sprawa przedstawia się co do tyfusu płamistego. Gdy od 1894 r. śmiertelność ani razu nie doszła do 10, a w 1913 r. było 2, w 1914 r. tylko 1, w 1915 r. jest już 16, a w 1916 r. 50, co zależy od wielkiej epidemii wojennej tyfusu płamistego. Dodać jednak należy, że przyjmując 50 na cały rok 1916 na zasadzie pierwszego półrocza, zapewne czynimy błąd *in plus*: wielka epidemia tyfusu płamistego była tylko w pierwszym półroczu, w pierwszych miesiącach drugiego półrocza znacznie zmniejszyła się.

d) śmiertelność z powodu tyfusu brzuszego w 1913 i 1914 r. (15 i 21) była w granicach przeciętnych liczb dla tej choroby; zwiększyła się w 1915 i 1916 (31 i 30).

e) śmiertelność z powodu dyzenterii dla lat sprawozdawczych wynosiła 8-24-57-12. Największe nasilenie przypada stale prawie na miesiąc sierpień i wrzesień. Dlatego też cyfra 1916 r. (za pierwsze półrocze) w rzeczywistości wypadnie za cały rok większa, niż 12, choć zapewne nie dojdzie cyfr 1915 r., albowiem w 1916 r. epidemia dyzenterii była słabsza, niż w 1915 r.

f) cholery było w 1915 r. 16 przypadków: z tej liczby zmarło 13.

g) śmiertelność z powodu wszystkich chorób zakaźnych razem była 259-247-375-154. Świadczy to o znacznym zwiększeniu w 1915 r. i znacznym zmniejszeniu epidemii chorób zakaźnych w 1916 r., przyczem, sądząc z pomyślnego stanu sanitarnego miasta w trzech pierwszych miesiącach drugiego półrocza, cyfra ta (154) zapewne nie ulegnie zwiększeniu.

h) Przechodzimy do gruźlicy płuc. Po latach największej śmiertelności (1878—1880) następuje systematyczne, prawie prawidłowe zmniejszanie się do ostatnich lat. Zmniejszenie... to widoczne jest jeszcze w 1913 r. i w 1914 r. (207 — 213). W 1915 r. podnosi się już do 318, a w 1916 r. aż do 504 tj. do cyfry, jakiej nie mieliśmy w okresie 1878—1915. Jeśli uwzględnić prócz gruźlicy płuc różne postaci gruźlicy, to odnośne cyfry dla lat sprawozdawczych wypadną: 305-313-418-648. Jeśli porównamy powyższe cyfry śmiertelności z gruźlicy z liczbami śmiertelności z powodu wszystkich zakaźnych chorób razem, to okazuje się, że gruźlica w 1916 r. zabiera niepomniernie więcej ofiar, niż wszystkie choroby zakaźne razem.

Przyjmując liczbę zgonów z chorób zakaźnych za 100, liczby zgonów z gruźlicy płuc i zgonów z gruźlicy wszelkich postaci dla lat sprawozdawczych (1913-1914-1915-1916) przedstawia się jak następuje:

gruźlica płuc 79,9-86,2-84,8-320,8
wszystkie chor. zakaźne razem 100-100-100-100
wszystkie post. gruźlicy 117,7-126,7-115,5-420,8

Cyfry powyższe wskazują, że w 1913

i 1914 r. stosunek gruźlicy do chorób zakaźnych jest mniej więcej jednaki: gruźlica płuc daje mniejszy odsetek, a gruźlica wszelkich postaci większe odsetki, niż choroby zakaźne.

W 1915 r. gruźlica wzmacnia się, lecz jednocześnie znacznie więcej wzmagają się choroby zakaźne, i dlatego dla gruźlicy wypadają cyfry mniejsze, niż dla chorób zakaźnych. Natomiast w 1916 r. wstępuje na pierwszy plan gruźlica: gruźlica płuc daje przeszło 3 razy, a gruźlica wszelkich postaci przeszło 4 razy więcej zgonów, niż wszystkie choroby zakaźne.

I cyfry absolutne i stosunkowe do ludności przekonywają, że największe niebezpieczeństwo stanowi gruźlica. Zwiększa się ono, gdy uwzględnimy nadto zgony z zapalenia płuc, do którego niewątpliwie włączona jest duża liczba przypadków gruźliczych. Zestawiając razem przypadki zgonów z gruźlicy płuc, innych postaci gruźlicy i zapalenia, otrzymujemy liczby 512—545—797—992, gdy odnośne cyfry dla chorób zakaźnych są 259—247—375—154.

Wyniki rozważenia powyższych danych liczbowych zgadzają się w zupełności z powszechnym spostrzeżeniem lekarzy szpitalnych i wolnopraktykujących: najpowszechniejszym cierpieniem i najwięcej ofiar porywającym jest gruźlica, zwłaszcza wiek dziecięcy i starczy pada ofiarą. Przyczyna tego zjawiska kryje się w warunkach odżywiania: najmniej odporne organizmy dziecka i starca ulegają najpierw w walce o życie.

Co się tyczy zachorowalności, zapadań na choroby zakaźne, to podajemy niektóre szczegóły za czas od 1 maja 1915 do 1 lipca 1916 r.¹⁾ Miesięczne liczby zasłabnięć na choroby zakaźne podajemy w tablicy VII.

Podział przypadków zasłabnięć, według wyznań, od 1 sierpnia 1915 r. do 31 grudnia 1915 przedstawia się, jak następuje:

Na ospę zapadło 218 chrz. (55,3⁰/o); 176 żyd. (44,7⁰/o);
na tyfus płamisty 68 chrz. (11,5⁰/o); 522 żyd. (88,5⁰/o);
na tyfus brzuszny 668 chrz. (60,0⁰/o); 435 żyd. (39,1⁰/o), reszta niewiadomego wyznania;
na płonicę 846 chrz. (59,8⁰/o); 571 żydów (40,2⁰/o);
na czerwonkę 1426 chrz. (66,1⁰/o); 723 żyd. (33,5⁰/o); reszta niewiadomego wyznania;
na błonicę 156 chrz. (68,4⁰/o); 70 żydów (30,7⁰/o), reszta niew. wyznania.

W roku 1916 od stycznia do 1 lipca zachorowało

na ospę: 77 chrz. (62,6⁰/o), 46 żyd. (37,4⁰/o)
tyf. płam. 508 „ (18,7⁰/o), 2144 „ (81,3⁰/o)
tyf. brz. 427 „ (50,7⁰/o), 414 „ (49,3⁰/o)
płonicę 212 „ (77,3⁰/o), 62 „ (22,7⁰/o)

O złośliwości epidemii świadczą następujące cyfry:

¹⁾ Do 1. V. 15 dane te zbierał Urząd Lekarski przy Warsz. Oberpolicmajstrze. Przy ewakuacji materiały te zostały wywiezione. Od 1 Maja 1915 do 1 Sierpnia 1915 rejestrację prowadził Komitet Sanitarny, a od 1 Sierpnia 1915 r. prowadzi Urząd Zdrowia Magistratu m. stol. Warszawy.

W okresie czasu od 1 maja 1915 r. do 1 lipca 1916 r. było przypadków zasilnięcia na cholere 16; z tego zmarło 13, czyli śmiertelność z cholery była 81,25%.

W tymże okresie na ospę zapadły 1082 osoby, zmarły 203 osoby, czyli śmiertelność z ospy była 18,7%.

Na płonicę zachorowało 2832 osoby,

zmarło zaś 467, czyli śmiertelność z płonicy była 16,4%.

Na tyfus brzuszny zachorowało 2568 osób, zmarło 279, czyli śmiertelność z tyfusu brzuszego była 10,9%.

Wreszcie na tyfus płamisty zachorowało 4087 osób, zmarły zaś 304 osoby. Śmiertelność zatem z tyfusu płamistego wynosi 7,4%.

TABLICA I. rok 1913.

Ludność w d. 1 Stycznia 1913 r. 845,130, w tej liczbie mężczyzn 407,157 (48,18^{0/0}),
kobiet 437,973 (51,82^{0/0}).

Miesiąc	Urodziło się ¹⁾	Zmarło razem	Z M A R Ł O					Zakażne razem	gruźlica płuc	Inne post. gruźlicy	Gruźlica razem	Zapalenie płuc
			na ospę	na płonicę	Tyfus płam.	Tyfus brzu- szny	Na czerwon.					
1	1925	1297	8	39	2	5	2	139	188	62	250	162
2	1781	1128	3	32	4	5	3	108	186	61	247	125
3	1939	1168	3	31	1	6	—	105	172	81	253	138
4	1950	1101	5	29	1	10	—	113	147	65	212	127
5	1886	1097	2	29	1	—	1	111	120	58	178	140
6	1681	1227	1	44	1	10	2	153	118	78	196	128
7	1726	1242	3	74	—	7	9	185	123	66	189	111
8	1702	1309	26	136	2	9	17	273	119	56	175	110
9	1490	1442	10	160	1	18	25	305	127	81	208	134
10	1541	1390	16	136	3	25	10	310	134	83	214	152
11	1420	1265	16	74	1	17	2	212	140	66	206	198
12	1094	1296	13	51	1	10	2	182	160	72	232	226
Akty ¹⁾ z lat poprzed.	2725											
Razem	22860	14962	106	835	18	123	73	2196	1754	829	2583	1751
Na 100,000 ludności	2705	1770	11	98	2	14	8	259	207	98	305	207
%		100	0,7%	558%	0,12%	0,82%	0,48%	14,6%	11,72%	5,54%	17,26%	11,71%

¹⁾ Jest to właściwie liczba sporządzonych aktów urodzeń. Ponieważ zawsze jest pewna liczba aktów spóźnionych, t. j. sporządzonych o urodzonych w latach poprzednich, przeto prócz liczb miesięcznych wprowadza się w wykazach corocznych liczbę aktów urodzeń w latach poprzednich. Notka ta dotyczy i całej rubryki „Urodziło się” i pozycji „Akty z lat poprzednich”.

TABLICA II. rok 1914.

Ludność w d. 1 Stycznia 1914 r. 884,544 osób.

Miesiąc	Urodziło się	Zmarło razem	Z M A R Ł O					Zakażne razem	gruźlica płuc	Inne postaci gruźlicy	Gruźlica razem	Zapalenie płuc
			na ospę	na płonicę	Tyfus płamisty	Tyfus brzuszny	na czerwon.					
1	1512	1355	14	44	—	10	—	164	191	76	267	224
2	1588	1110	13	20	—	5	3	120	155	56	211	157
3	1831	1199	19	22	—	4	2	140	160	69	229	148
4	1998	1144	17	22	2	8	1	132	145	49	194	167
5	2421	1256	10	16	1	7	2	136	160	87	247	180
6	1704	1273	5	26	—	17	7	152	126	74	200	139
7	1559	1547	2	49	—	12	34	179	140	87	227	142
8	1434	1571	1	57	1	28	94	262	130	96	226	110
9	1356	1345	6	73	2	33	46	239	133	58	191	112
10	1277	1383	24	75	—	24	8	236	179	56	235	158
11	1273	1447	47	42	2	25	5	227	154	70	224	196
12	1376	1667	39	35	4	17	9	197	213	81	294	315
Z lat poprzed.	2408											
Razem	21777	16297	197	481	12	190	211	2184	1886	859	2745	2048
Na 100000 ludn.	2456	1842	22	54	1	21	24	247	213	99	313	232
%		100%	1,21%	2,95%	0,07%	1,16%	1,29%	13,4%	11,58%	5,28%	16,85%	12,56%

TABLICA III. rok 1915.

Ludność: { 1. I. 1915 r. — 830000.
 { 1. XI. 1915 r. — 789289.

Miesiąc	Urodziło się	Zmarło razem	Z M A R Ł O					Zakaźne razem	Gruźlica płuc	Inne post. gruźlicy	Gruźlica razem	Zapalenie płuc	Cholera
			Na ospę	na płonicę	Tyfus plamisty	Tyfus brzuszný	czerwon.						
1	1795	1885	44	29	6	18	5	251	225	89	314	378	—
2	1730	1825	32	22	2	12	5	245	242	89	331	375	—
3	1904	2098	28	53	9	11	2	284	258	101	359	379	—
4	1770	1795	31	24	25	24	3	248	279	104	383	331	—
5	1431	1581	25	23	29	15	1	237	257	85	342	258	—
6	1027	1738	30	49	24	13	2	273	215	85	300	262	1
7	944	2044	38	75	7	14	67	311	226	69	295	279	2
8	1012	1878	23	84	1	23	136	389	188	23	211	230	3
9	859	1560	24	81	7	28	167	394	185	20	205	171	6
10	906	1456	20	55	2	32	60	208	155	30	185	78	1
11	768	1359	18	29	6	38	18	133	163	43	206	154	—
12	833	1707	7	31	16	30	9	145	251	93	344	257	—
Z lat poprzed.	1597												
Razem	16576	20952	320	555	134	258	475	3118	2644	831	3475	3152	13
Na 100000 ludn.	1997	2525	38	66	16	31	57	375	318	10	418	379	1,5
%		100%	1,53%	2,64%	0,63%	1,21%	2,27%	14,88%	12,62%	3,96%	16,58%	15,04%	0,51%

TABLICA IV. rok 1916 (od 1. I. do 1. VII. 16).

Ludność 1 Stycznia 1916 r. — 813753.

Miesiąc	Urodziło	Zmarło razem	Z M A R Ł O					Zakaźne razem	Gruźlica płuc	Inne postaci gruźlicy	Gruźlica razem	Zapalenie płuc
			Na ospę	na płonicę	Tyfus plamisty	Tyfus brzuszný	czerwon.					
1	945	1599	2	11	21	15	6	130	240	69	309	220
2	1300	1676	3	10	21	11	6	91	289	82	371	242
3	1839	2445	6	5	36	17	7	108	403	132	535	354
4	1208	1690	2	4	35	10	14	87	323	102	425	218
5	1154	2113	3	5	46	19	17	121	495	118	613	234
6	935	1354	2	5	53	14	7	97	286	81	367	136
Razem	7381	10877	18	40	212	86	57	634	2036	584	2620	1404
Na 100000 ludności na okres 1/2 roku	907	1337	2	4	25	15	6	77	252	72	324	172
%	—	100%	0,16%	0,36%	0,94%	0,79%	0,54%	5,81%	18,72%	5,36%	24,09%	12,91%

TABLICA V.

Przyrost ludności w ciągu 10-ciolecia 1904 — 1913.

Rok	Ludność	Urodz.	‰	Śmiertel.	‰	Przyrost	‰
a) Naturalny.							
1904	771382	28458	36,89	16069	20,83	12389	16,06
1905	767897	24660	32,11	15267	19,88	9393	12,23
1906	746513	25223	33,79	16081	21,34	9144	12,25
1907	764647	21209	27,74	14713	19,24	6496	8,50
1908	751595	23251	30,93	14640	19,48	8611	11,45
1909	764054	24385	31,91	15514	20,30	8871	11,61
1910	781179	22826	29,22	15055	19,27	7771	9,95
1911	797093	21929	27,51	15424	19,35	6505	8,16
1912	821369	21732	26,46	14009	17,06	7723	9,40
1913	845130	22860	27,05	14962	17,70	7898	9,35
Przeciętnie	—	23653	30,36	15173	19,46	8480	10,90
1914	884544	21777	24,62	16297	18,42	5480	6,20

b) Rzeczywisty.

W dziesięcioleciu 884544 — 771382 = 113162.

Przeciętny roczny 11316.

TABLICA VI.

Śmiertelność z powodu ospy, płonicy, tyfusu brzuszego, tyfusu plamistego i gruźlicy płuc w m. Warszawie od r. 1877 do 1916 r. na 100000 mieszkańców.

Rok	Ospa	Płonica	Tyf. plam.	Tyf. brzusz.	Gruźlica płuc	Rok	Ospa	Płonica	Tyf. plam.	Tyf. brzusz.	Gruźlica płuc
1877	14	151	—	—	—	1897	44	69	4	14	213,5
1878	337	72	—	—	412,1	1898	52	163	7	15	224,9
1879	29	33	—	—	400,1	1899	21	57	9	17	213,5
1880	13	43	3	63	430,3	1900	74	50	3	20	237,6
1881	175	254	9	104	381,0	1901	32	106	5	15	226—
1882	358	83	7	94	350,2	1902	11	49	4	11	220,2
1883	37	44	8	91	315,6	1903	21	91	2	20	229,1
1884	24	72	3	88	352,7	1904	103	83	2	19	220—
1885	47	85	4	74	363,9	1905	8	104	3	19	231,4
1886	32	73	6	72	346—	1906	22	107	3	18	223—
1887	155	65	5	31	339—	1907	55	42	3	18	225,7
1888	68	95	5	18	296,5	1908	35	45	5	19	236,4
1889	174	56	5	21	308,6	1909	43	57	10	16	250,1
1890	108	30	1	10	295,7	1910	44	84	6	18	224,4
1891	25	37	2	25	295,3	1911	53	77	2	21	220,7
1892	84	112	24	29	285,7	1912	14	58	3	17	200,3
1893	89	60	18	19	275,6	1913	13	99	2	15	207,5
1894	38	89	4	12	264—	1914	22	54	1	21	213—
1895	6	82	2	17	260,8	1915	38	66	16	31	318—
1896	40	172	3	20	248,2	1916 do 1/7	2	4	25	15	252—

T A B L I C A VII.

Liczba przypadków zaszlabnięć na choroby zakaźne.

Miesiąc	Cholera		Ospa		Tyfus plamisty		Tyfus brzuszný		Płonica		Czerwonka	
	19:5	1916	1915	1916	1915	1916	1915	1916	1915	1916	1915	1916
Styczeń				28		306		215		102		64
Luty				19		342		195		39		58
Marzec				13		469		174		29		47
Kwiecień				18		505		78		33		38
Maj			241	22	457	513	273	97	239	40	18	27
Czerwiec	1		184	23	254	517	162	82	353	31	47	23
Lipiec	2		127	26	125	365	134	58	476	62	204	48
Sierpień	4		139	15	61	222	140	67	362	29	753	175
Wrzesień	8		126		98		182		426		1076	
Październik	1		77		113		327		355		313	
Listopad			39		122		252		226		96	
Grudzień			26		205		257		121		76	

Z ZAKŁADU ANATOMOPATOLOG, UNIwersYTETU LWOWSKIEGO, DYR. PROF. Z. DMOCHOWSKI.

Badania nad zachowaniem się przytarczyc w przypadkach powstawania złogów wapiennych w ustroju ludzkim.

Podał

Dr Zdzisław Tomaszewski,

asystent kliniki lekarskiej.

(Ciąg dalszy—patrz № 17).

II GRUPA.

1) Kobieta l. 21 — 36 godz. po śmierci. Peribronchitis tbc. caseosa. Cavernae chron. pulm. utriusque. Pleuritis adhaesiva ambilateralis. Lymphadenitis tbc. caseosa calcificans.

Klatka długa, wzrost średni, kąt międzybrzowy ostry. Zwapnienia w gruczołach klatki piersiowej; w szczycie płuca zwapniałe jedno ognisko.

Przytarczycy: Budowa zrazowata mało wyraźna. Ukrwienie mierne. Wszystkie komórki są stosunkowo drobne. Komórek oksyfilnych dosyć dużo, przeważnie o typie komórek z pierwszą drobnoziarnistą, blado barwiącą się, z jądrem na obwodzie, wielkości 11,25 do 13,12 μ . Tworzą one miejscami grupy, złożone z kilkunastu komórek, miejscami są ułożone, jakby tworzyły gruczoł. Daleko mniej (znaleziono zaledwie kilka) komórek małych (9,37 μ), barwiących się ciemno. Leżą one przeważnie pojedynczo, rzadko po 2 razem.

Kontury komórek głównych bardzo wyraźne. Brak ognisk syncytialnych. Koloidu bardzo mało i tylko na obwodzie.

Nadnercza; Torebka gruba, szerokości 187,5 μ . Istota korowa szerokości 1250 μ , rdzena w miejscach najszerszych 937, 5 μ . Komórki chromochłonne barwią się dobrze, ciemno, ziarnistości jednak w nich nie widać. Gdziekolwiek w istocie korowej zaczyna się rozpad pośmiertny.

W preparatach, barwionych metodą Nissla, znaleziono po 2 — 4 komórki sympatycznych (nie w każdym skrawku).

Uwaga: Gruczoł wyraźnie czynny; z jednej strony gruczoła wywiera wprawdzie wpływ demineralizujący, ale istota rdzena jest tylko średniej szerokości, a komórek sympatycznych jest niewiele.

2) Kobieta l. 37 — 15 g. po śmierci. Tbc. destr. chr. l. sup. sin. Bronchopneum. caseosa. Ulcera tbc. chordae voc. et trach. intestini. Tbc. caseosa gland. p. br. et mesaraic. calcificans.

Wzrost średni, odżywienie mierne, klatka o kacie szerokim, gruczoły okołoskrzelowe i krezkowe zwapniałe. Przytarczycy bardzo duże.

Przytarczycy: Wyraźnie budowa zrazowata, tkanki łącznej i tłuszczowej międzyzrazikowej ilość mierna, ukrwienie słabe. Komórki główne częścią wodnojasne, częścią różowe, o granicach wyraźnych. Komórek kwasochłonnych bardzo dużo, przeważają ziarniste, mniej lub więcej silnie barwiące się. Leżą one pojedynczo lub po 2—3 razem, bądź to tworzą większe, z kilkunastu komórek złożone gniazda, leżące tak na obwodzie, jakoteż i w środku gruczołu. Niektóre z nich zawierają jasne wakuole.

Wielkość komórek dochodzi do 14,5 μ . Komórek kwasochłonnych o pierwszocyj jednostajnej jest mało. Tworów pęcherzykowych rzekomych niema, koloidu niema.

W jednym miejscu adenomatyczny twór, średnicy 625 μ , składający się z jasnych, ostro konturowanych komórek, wśród których bardzo liczne komórki kwasochłonne, leżące bądź oddzielnie, bądź grupami. Twór ten odgranicza się ostrą od otoczenia.

Nadnercza: Istota korowa: szerokości od 1268 do 1465 μ .

Istota rdzenna: przeciętnie szerokości 600 μ .

Komórek chromochłonnych bardzo dużo, barwią się dobrze, ciemno; komórki zwojowe: 1 — 2 w skrawku (nie w każdym).

Lipoidów ilość duża, leżą przeważnie w warstwie pasmowatej, mniej w kłębkowej. Wielkość kulek różna, przeważnie są dość duże.

Uwaga: Gruczoł wyraźnie czynny, aczkolwiek rdzenna istota jest wąska i sympatycznych komórek niewiele, to jednak konieczny jest wysiłek średniego stopnia dla zrównoważenia demineralizującego wpływu gruźlicy znacznego stopnia. Zwapnienia są przytem dosyć znaczne. Czynność gruczołu nie jest zbyt wybitna, bo aczkolwiek komórki oksyficznych jest dosyć dużo, to z drugiej strony brak koloidu i cewek, a komórki podstawowe są częściowo wodnojasne.

3) Kobieta l. 76 — 11 g. po śmierci. Tbc. chron. destructiva. Cavernae. Pleurit. adhaes. Atrophia organorum.

Zwapniałe chrząstki wszystkich żeber.

Przytarczycy: Budowa niewyraźnie zrazowata, tkanki łącznej stosunkowo dużo. Komórki główne o typie komórki z pierwszą delikatnie różową, o wyraźnych konturach.

Komórek kwasochłonnych bardzo dużo; miejscami tworzą one całe beleczki lub gniazda, złożone z kilkunastu komórek. Przeważają komórki ziarniste większe, mniej komórek o protoplazmie jednostajnej.

Koloidu mało.

Nadnercza: Istota chromochłonna jednostajnie, miernie silnie zabarwiona. Ilość jej stosunkowo duża.

Istota korowa szerokości 1250 μ , rdzenna w najszerszych miejscach dochodzi do 625 μ . Komórki zwojowe: 8—10 w skrawku.

Lipoidów bardzo mało, więcej w warstwie pasmowej, mniej w kłębkowej, kulki drobne, silnie połyskujące,

Uwaga: Gruczoł wyraźnie czynny, pomimo istoty rdzennej wąskiej, gdyż istnieje deminerali-

zujący wpływ gruźlicy znacznego stopnia, a przytem zwapnienia są dosyć znaczne.

4) Kobieta l. 30 — 21 g. po śmierci. Tbc. destr. chr. ap. utr. Eruptio nodosa nonnulla. Ulcera chr. tbc. coeci. Hypoplasia cordis et aortae. Costa decima fluctuans.

Wzrost średni, odżywienie liche; szyja cienka, długa, klatka długa, płaska, wąska, kąt łuków ostry. W klatce piersiowej duży zwapniały gruczoł limfatyczny.

Przytarczycy: Miernie ukrwione, o budowie zrazowatej. Komórki kwasochłonne nieliczne i tylko spotykają się pojedynczo, rzadko 2—3 razem; średnica ich wynosi 10,88 μ , jądro pośrodku, barwi się blade, pierwszocyj jednostajne, o zabarwieniu blade różowe. W niektórych z nich jądro leży na obwodzie. Komórek kwasochłonnych o typie ziarnistym, pojedynczo leżących, jest niewiele; tylko tu i ówdzie widać je na obwodzie gruczołu, ułożone w grupy z 15 — 20 komórek. Naokoło tych grup kwasochłonnych mamy obraz tkanki syncytialnej. Ogniska te są dosyć nawet liczne. Bardzo wyraźne komórki palisadowe z protoplazmą ciemno barwiącą się. Komórki główne różowe, kontury przeważnie wyraźne, miejscami jednak zatarłe. Twory pęcherzykowe rzekome dosyć liczne; nabłonek ich prawie kostkowy. Koloidu brak.

Nadnercza: Istota korowa przeciętnie szerokości 781, dochodzi do 1260 μ .

Istota rdzenna stosunkowo wąska, 625 μ , miejscami jednak dochodzi do 1250 μ .

Istota chromochłonna wyraźna, dosyć liczna, bardzo dobrze się barwi.

Zmiany gnilne zaczynają się w korze. W każdym skrawku znaleziono po 2 — 5 komórek zwojowych.

Uwaga: Gruczoł wyraźnie czynny; pewien wysiłek był konieczny, bo i rdzenna istota nadnerczy jest dosyć szeroka w pewnych miejscach i gruźlica znacznego stopnia wywiera wpływ demineralizujący. Zwapnienie reszta jest nieznaczne.

5) Kobieta l. 32 — 18 g. po śmierci. Tbc. chron. destr. pulm. utr. Cavernae chron. Ulcera tbc. lar. et intest. Lymphadenitis tbc. caseosa univers., et amyloid. follicul. lienis. Amyloid renum et hepatis.

Zwapniałe narośla na zastawce dwudzielnej.

Przytarczycy: Stosunkowo duże, budowa niewyraźnie zrazowata, ukrwienie dosyć znaczne. Bardzo duża infiltracja komórkami tłuszczowymi, tak, że miejscami pomiędzy tkanką tłuszczową widać tylko pojedyncze beleczki komórek głównych. Te ostatnie są wyraźnie konturowane, przeważnie wodojasne, tu i ówdzie wysepka komórek różowych. Komórek kwasochłonnych jest bardzo niewiele, przeważnie są one małe (około 7,5 μ), o ciemnej, jednolitej pierwszocyj, leżą zaś tylko pojedynczo. Bardzo nieliczne kwasochłonne większe, ziarniste, delikatnie się barwiące, leżące tylko pojedynczo; wielkość ich około 14,5 μ (tylko w jednym miejscu większa grupa). Koloidu i pęcherzyków rzekomych niema. W drugim mniejszym gruczole komórki podstawowe przeważnie różowe, wyraźnie konturowane. Tkanki tłuszczowej daleko mniej. Komórek kwasochłonnych, tak małych, ciemnych, jakoteż dużych, jasnych, drobno-

ziarnistych, więcej, niż w pierwszym gruczole. Na obwodzie w kilku miejscach duże gniazda (około 20-tu komórek), złożone z ziarnistych komórek kwasochłonnych. W kilku miejscach drobne, pomiędzy komórkami kwasochłonnymi ułożone, grudki koloidu. Tworów pęcherzykowych rzekomych brak.

Nadnercza: Amiloid; istoty rdzennej nie widać. W warstwie siatkowej silne przekrwienie. Lipoidów niewiele.

Uwaga: Gruczoł dosyć czynny, drugi miernie; gruczlica jest wprawdzie znaczna, ale z drugiej strony rdzennej istoty nadnerczy jest bardzo mało, a więc antagonistyczne działanie słabe.]

6) Mężczyzna 79 l. — 26 godz. po śmierci. *Arterioscl. maj. gr. aort. thorac. et abdominalis calcific.; atheroscler. calcif. valv. mitr. et semilun. aort. Tbc. chron. pulm. et eruptio miliaris non magna renum.*

Miernie duże zwapnienie w aorcie piersiowej i brzusznej.

Przytarczycy: Budowa zrazowata mało wyraźna, tkanki łącznej mało, ukrwienie dobre. Komórki główne różowe i jasne, granice miejscami zatarte.

Wśród gruczołu znajdujemy duże ogniska syncytialne. Komórek kwasochłonnych jest bardzo mało; przeważa typ komórek o pierwszocy jednostajnej, ciemnej, wielkości od 7,5 do 1125 μ . W trzech miejscach komórki te znaleziono w grupie syncytialnej. W jednym miejscu znaleziono je ułożone w grupę z 10 komórek (tworzą jakgdyby zrazik gruczolowy). Komórki te kwasochłonne leżą przeważnie pojedynczo, rzadko po 2 razem. Komórki o typie drugim, o pierwszocy drobnoziarnistej, jasnej, znaleziono zaledwie w kilku miejscach; wielkość ich 12,5 μ lub nieco mniejsze (11 μ). Leżą pojedynczo. W jednym miejscu znaleziono ich trzy razem. Koloidu bardzo niewiele.

Nadnercza: Budowa kory dosyć wyraźna, gąbczasta, istoty rdzennej prawie niema.

Uwaga: Gruczoł czynny w miernym stopniu, miejscami nieczynny. W każdym razie wyraźne czynne ogniska i obecny koloid. Istnieje wprawdzie demineralizacja przez gruczlicę, ale i istoty rdzennej nadnerczy prawie brak, a więc słabe działanie antagonistyczne i zwapnień jest mało.

7) Mężczyzna lat 26 — 20 godz. po śmierci. *Tbc. chron. et recens pulm. dextr.; cavernae. Tbc. miliaris et nodosa hep. et renum. Ulcera tbc. chron. laryng., trach., intestini tenuis. Lymphadenitis tbc. caseosa. Amyloid lienis, hepat. renum.*

Wzrost średni, umiarowa klatka, kąt łuków rozwarty. Zwapnienie (małe) w ognisku szczytowym i gruczołach klatki piersiowej (niewielkie). Przytarczycy przekrwione.

Przytarczycy: Wybitne przekrwienie (zastój), budowa zrazowata, tkanki łącznej i tłuszczowej międzyzrazikowej stosunkowo mało. Komórki główne różowe, granice niewyraźne. Bardzo nieliczne twory cewkowate, zawierające wewnątrz koloid eozynofilny. Komórki kwasochłonne nieliczne, przeważnie leżą pojedynczo, najwyższej zaś w grupie z 2—3-ech. Typ ich: mała, o protoplazmie prawie jednolicie barwiącej się, ciemnej, jądro ciemne; wielkość przeciętnie 8,16 μ .

Oprócz tych komórek znajdujemy jeszcze mniej liczne komórki o jasno różowej, ziarnistej protoplazmie, których średnica dochodzi 10,80 μ .

Nadnercza: Istota korowa w najszerszych miejscach dochodzi 1250 μ .

Istota rdzenna dochodzi w najszerszych miejscach 1093,75 μ .

Istota chromochłonna rozmieszczona jednostajnie, barwi się silnie, delikatnie ziarenkowana. Ilość jej dosyć znaczna.

W preparatach, barwionych metodą Nissla, znajdujemy w każdym skrawku po 4—20 komórek zwojowych.

Uwaga: Gruczoł czynny w miernym stopniu; istnieje wprawdzie demineralizujący wpływ gruczlicy i istota rdzenna nadnerczy jest szeroka, ale zwapnienia są bardzo nieznaczne.

III GRUPA.

1) Mężczyzna lat 40 — 15 g. po śmierci. *Peribronch. Tbc. caseosa acuta. Cavern. chron. Bronchitis mucopurul. Ulcera tbc. chord. vocalis.*

Długa, płaska klatka. I-sze żebro zwapniałe, krtań zwapniała.

Przytarczycy: Budowa jednostajna, tkanki łącznej bardzo mało. Komórki główne o typie częściowo wodnojasnym, częściowo różowo zabarwione; przeważają jednak komórki różowe. Konturowanie komórek wyraźne. Komórek kwasochłonnych ilość mierna, leżą przeważnie pojedynczo, tu i ówdzie po 2 do 3-ech razem, skupień większych we wnętrzu gruczołu nie tworzą; tylko na obwodzie gruczołu znaleziono w kilku miejscach skupienia większe, złożone z kilku drobnoziarnistych, jasnych komórek kwasochłonnych, wielkości od 12,5—14 μ .

Komórek o jednostajnej pierwszocy jest bardzo niewiele. Koloidu niema, tworów pseudowezykularnych niema.

Nadnercza: Bardzo wybitne przekrwienie, głównie w częściach środkowych; istota rdzenna widoczna tylko gdzieś koło dużych naczyń, szerokości 62,5 μ .

Lipoidów dosyć dużo, głównie w warstwie kłębkowej, barwią się ciemno.

Uwaga: Gruczoł miernie czynny; wprawdzie gruczlica jest dosyć znaczna, jednak zbyt wielki wysilek gruczołu jest niepotrzebny, bo istota rdzenna jest bardzo wąska i brak komórek sympatycznych, a więc działanie antagonistyczne jest słabe.

2) Kobieta 45 lat — 15 godz. po śmierci. *Endocard. chr. calcificans valv. semil. aort., mitr. et tricuspid. Stenosis et insufficiencia.*

Nadnercza przekrwione; zwapniałe zastawki w sercu i osierdzie.

Przytarczycy: Małe, budowa niewyraźnie zrazowata, tkanki łącznej i tłuszczowej bardzo mało. Ukrwienie bardzo słabe. Komórki podstawowe blade różowe, wyraźnie konturowane. Komórek kwasochłonnych ilość mierna, przeważa typ drobnoziarnisty. Ułożone są one pojedynczo, lub po 2—3 razem. Tylko w jednym miejscu na obwodzie gruczołu znaleziono grupę dużą, odcinającą się wyraźnie od otoczenia, tworzącą jakby osobny drobny zrazik, złożony z dużych komórek

oksyfilnych. Średnica tej grupy wynosi 195 μ ; między komórkami jasny kolloid. Komórek kwasochłonnych o jednostajnej pierwszczy mało. Kolloidu (z wyjątkiem wspomnianego, między komórkami kwasochłonnymi) niema. Tworów pęcherzykowych niema.

Nadnercza: Na granicy istoty korowej obfite nacieki limfocytarne; szeroki pas siatkowaty. Warstwa kłębkowa nie barwi się zupełnie.

Szerokość istoty korowej 1250 μ . Rdzennej — 1862,50 μ .

Komórki chromochłonne dobrze, ciemno zabarwione, i obfite.

Lipoidów stosunkowo mało, tworzą kulki drobne.

Uwaga: Gruczoł słabo czynny; brak wprawdzie demineralizującego wpływu gruczycy, jednak istota rdzenna jest dosyć szeroka, dlatego pewien wysiłek jest konieczny.

3) Kobieta l. 25 — 15 g. po śmierci. *Endocard. chron. calcificans v. mitr. Degen. adip. cord. Cholelithiasis.*

W wierzchołkach płuc zserowacenia i zwapnienia.

Gruczoły chłonne klatki piersiowej zserowaciałe i zwapniałe. Zwapnienia na zastawkach. Powiększony zwapniały gruczoł przy *ductus choledochus*. Zwapniałe gruczoły zaotrzewnowe.

Przytarczycy: Budowa zrazikowata mało zaznaczona, tkanki łącznej i tłuszczowej niewiele. Komórki podstawowe delikatnie różowe, o wyraźnych granicach, ułożone w beleczki; brak tworów pęcherzykowych rzekomych. Komórek kwasochłonnych naogół niewiele, przeważnie leżą pojedynczo, a tylko tu i ówdzie grupa z 2—3 komórek; protoplazma tych komórek jasnoróżowa, ziarnista, wielkość komórek 8,5—9 μ . Znalaziono zaledwie kilka komórek o protoplazmie kwasochłonnej, barwiącej się jednolicie. Kolloidu brak.

Nadnercza: Wyraźnej granicy między istotą korową a rdzenną nie widać. Warstwa kłębkowa wykazuje brak barwienia się jąder, zacho-

wane są tylko kontury komórek. W miejscu, odpowiadającym istocie rdzennej, naczynia rozszerzone, wypełnione krwią; w naczyniach kory zatory bakteryjne, w niektórych miejscach naokoło nich nacieki zapalne. Komórki chromochłonne nieliczne, barwią się jasnożółto, ziarnistości w nich brak. Istota rdzenna wązka, szerokość oznaczyć się nie da.

Komórek zwojowych nie znalazłem.

Uwaga: Gruczoł słabo czynny; niepotrzebny jest jednakże zbytni wysiłek, bo gruczlica jest bardzo nieznaczna, a do tego neutralizowana przez wątę serca. Istota zaś rdzenna bardzo wązka i brak komórek sympatycznych (słabe działania antagonistyczne).

4) Mężczyzna l. 60 — 12 godz. po śmierci. *Oesophag. et gastr. pseudomembr. diphter. Adhaesiones ventr. cum hepate et vesica fellea. Hypertr. cord. pp. dextr.*

W krtani i tchawicy chrząstki zwapniałe. Chrząstki żeber miejscami zwapniałe.

Przytarczycy: Tkanki łącznej bardzo dużo, mnóstwo tkanki tłuszczowej, naczynia rozszerzone, zraziki małe. Komórki drobne, granice niewyraźne, jądra komórek barwią się bardzo ciemno, gruczoł częściowo zanikły. Tu i ówdzie nieliczne komórki kwasochłonne, ułożone pojedynczo, rzadziej po 2 lub 3 razem, zabarwienie ich przeważnie jednolite. Ziarnistość zaznaczona tylko w niektórych z nich, wogóle bardzo słabo. W jednym miejscu większa, z 20 komórek złożona, grupa; komórki tej grupy ziarniste, duże jasne.

Nadnercza: Przekrwienie; w warstwie siatkowatej dosyć dużo barwika; mało komórek chromochłonnych, prawie nie barwiących się. Istota rdzenna stosunkowo wązka (625 μ), korowa 1250 do 1875 μ .

Lipoidów bardzo dużo we wszystkich warstwach; komórek zwojowych po 2—4 w skrawku.

Uwaga: Gruczoł słabo czynny; zbytni wysiłek niepotrzebny, bo istota rdzenna jest wązka, a brak wpływów demineralizujących.

(Dok. n.).

ODCINEK.

Służba zdrowia w armii polskiej

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

Przez

Józefa Bielińskiego.

Giedroyc Franciszek w pięknej swej pracy: „Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce” poucza nas, jak to przed wiekami, gdy Polska była niepodległą, troszczono się o los rycerzy, którzy dla miłej ojczyzny niesli w ofierze swe życie; jak to rycerze, niezdolni do dalszych z wrogiem zapasów, okaleczeni i schorzali, za powrotem do domu, znajdowali przytułek, poradę w do-

legliwościach oraz zapewnienie spokojnej starości.

Z innych źródeł dowiadujemy się, że takie przytulki (*hospitium*) od niepamiętnych czasów znane były w Polsce; poczynając od XVI wieku, mamy już bliższą wiadomość o szpitalach żołnierskich, o domach inwalidów i t. p. Te zakłady miały specjalne prawa, szczególnie przywileje, jak się o tem dowia-

dujemy z pisma peryodycznego, wychodzącego przez kilka lat w Wilnie p. t. „Dzieje dobroczynności publicznej“.

Czasy to dawne, w części zapomniane; nie każdy wie o tym, że w Warszawie w r. 1582 powstał zakład leczniczy żołnierski, fundowany przez Stefana Batorego; że tenże król wojownik założył w Trechtymirowie przytułek dla wojska Zaporozkiego; że za Władysława IV w r. 1633 powstał w Tykocinie przytułek dla wojowników, a w r. 1638 we Lwowie. Ostatnią instytucją tego rodzaju był dom inwalidów, założony w Wilnie w r. 1766. Uposażenie tych zakładów zależało od dobroczynności prywatnej, — rząd, i to nie zawsze, miał tylko nadzór.

Do tych zakładów mieli wstęp schorzali a podupadli rycerze mieszczenie, od Stefana Batorego i rycerze włościanie; szlachta, którą wojaczka wykołosała i pozbawiła własnego dachu, znalazła gościnne dożywocie u krewnych lub jednoherbowników; ci znajdowali opiekę także u hetmanów, w sejmie i cieszyli się szczególną łaską królewską; za ofiarę ze zdrowia, złożoną ojczyźnie, wynagradzani byli „chlebem dobrze zasłużonych“, urzędami wyższymi lub mniejszymi, co już zależne było od stopnia zasługi, lub od stanowiska, jakie wśród rzeszy szlacheckiej zajmowali. Tadeusz Korzon w znakomitem dziele „Dzieje wojen w Polsce“ uczenie a gruntownie sprawę tę rozstrzyga.

Te szpitale, te przytulki, te domy inwalidów inne miały przeznaczenie, aniżeli dzisiejsze zakłady lecznicze, i pozornie nie są w związku z treścią dzisiejszego odczytu; że zaś były pierwowzorem, a raczej że zastępowały dzisiejszą organizację służby zdrowia w armii i towarzystwa Krzyża Czerwonego — przeto uważałem za stosowne poświęcić im słów kilka w tem dostojnem Zgromadzeniu.

Służba zdrowia w armii polskiej — jak ją dziś pojmujemy — bierze początek na schyłku XVIII wieku. Znaleźliśmy ślady tej organizacji, ślady powtarzamy, bo kilka imion: Maignien był generalnym sztab-chirurgiem, Stoll Stanisław nadwornym chirurgiem, Spaeth Fryderyk i Jakób Hoffman — lekarzami dywizyi. Byli więc w armii polskiej lekarze różnych stopni; natomiast nie znajdujemy wskazówek, czy ta służba zdrowia co do szpitali była pod opieką rządu, wyrażając się ściślej: czy to były zakłady rządowe, czy też z ofiarności prywatnej utrzymywane? Dziarkowski naprzykład w autobiografii swojej, którą opublikowałem, wyraźnie tej ostatniej przypisuje troskę o byt szpitali wojskowych. Szpitale zaś same, jakże różne były od dzisiejszych pod względem organizacji! Taki naprzykład Hoffman, gdy z lekarza domowego biskupa żmudzkiego, przeszedł do wojska na lekarza dywizyi i był równocześnie naczelnym lekarzem głównego szpitala wojskowego na Ujazdowie,

miał w tym szpitalu do pomocy, jak pisze: „samych naprędce pozbieranych czeladników i chłopców cerulickich“ — co i za czasów Królestwa, jak niżej zobaczymy, stało się powtarzają.

Że lekarze na utrzymanie szpitali łożyli z własnej kieszeni, o tem pisze Dziarkowski; mianowicie: gdy został przez Kościuszkę powołany na doktora wojsk obojga narodów, wówczas żołd swój przeznaczył na utrzymanie szpitala wojskowego, i z tego powodu opóźnił się z drukiem „*Pharmacopoea castrensis et nosocomialis*“, ad hoc przez niego napisanej.

Wdzięczne wspomnienie należy się lekarzom legionistom, dzielącym dobre, a częściej złe losy z tą garstką wojowników, która, nie znalazłszy miejsca u siebie w domu, — bo nowi gospodarze tak zarządzili, że na grób nawet nie zostawili im ziemi — poszła na tułaczkę, aby wśród obcych przedłużyć historię narodu polskiego, a wówczas, gdy Rzeczpospolita zostanie wolną i odrodzoną, powrócić do niej ze sformowaną i dobrze wyćwiczoną armią. Tułacze, opuszczając kraj rodzinny, brali z sobą garść ziemi ojczystej, na wypadek, gdyby któremu nie danem było powrócić, aby mu towarzysze przed złożeniem do grobu tą ziemią oczy zasypali i na piersiach złożyli, ziemią, dla której, jak mówi Mickiewicz, „poszedł w kraj świata“.. tułając się, „po łąkach, morzach, piaskach gorących i mrozie, pośrodku obcych ludów... z biedy i głodu przymierając czasem“ — dopóki strudzony nie padł na pobojuwisku!

Według organizacji legionów, każda legia miała naczelnego chirurga, w każdym batalionie był starszy chirurg. Ciężkie zadanie miał do spełnienia taki chirurg, szczególnie po krwawych bitwach, jak pod Mantuą albo pod Novi, gdzie legia druga Rymkiewicza z 2280 ludzi składająca się po tej bitwie stopniała do 700 ludzi, a reszta legła na polu chwały — wówczas bowiem chirurgowie moralną tylko przynosili pomoc; dla braku lekarstw i środków opatrunkowych, właściwych obowiązków lekarskich nie byli w możności dopełnić należycie.

Legioniści we Włoszech nie byli zwykłymi najemnikami, dbającymi tylko o żołd; nie, była to armia polska złożona z wychodźców z Rosyi i Austrii, lub z dezertarów z wojska rosyjskiego i austriackiego. Armia ta pod gwarancją Francyi i jej sprzymierzeńców, miała wówczas powrócić do ojczyzny, gdy okoliczności na to pozwolą.

Tą przewodnią ideą wiedziona, ta garść rycerzy spełniała przyjęte zobowiązania sumiennie; odznaczała się męstwem, często zaparcie się, aby nie uronić tej sławy dzielnego wojownika, jaka od dawien dawna otaczała, jak aureolą, rycerza polskiego. Dzięki bohaterstwu legionistów nie jeden liść laurowy wpleciony został do wienca sławy Bonapartego.

(C. d. n.).

Przegląd bibliograficzny.

Teodor Heiman. Etyka lekarska i obowiązki lekarza (deontologia). Warszawa, 1917. str. XIII+569 in 8-o.

Autor obszernego dzieła, które mamy przed sobą, nadawszy mu tytuł Etyki lekarskiej, w 14-tu rozdziałach (nie licząc Wstępu) objął nie samą tylko etykę, ale historię stanu lekarskiego (Przegląd historyczny), charakterystykę lekarzy dawnych i współczesnych (Lekarz i Różne kategorie lekarzy), udział lekarzy w różnych dziedzinach życia (rozdział ostatni—Medycyna i kultura), co zajmuje prawie połowę książki. W drugiej połowie, oprócz rozdziału, poświęconego etyce ogólnej (Etyka), znajdujemy: Zachowanie się i obowiązki lekarza względem chorych, kolegów, stanu lekarskiego, kraju i samego siebie oraz rozdziały: o odpowiedzialności lekarskiej, wiedzy i doświadczeniu, szarlatanizmie (reklama-moda), o klientach (t. j. chorych), naradach, tajemnicy lekarskiej i wynagrodzeniu (honorarium). W dodatku umieszczono zasady obowiązków i praw lekarzy, przyjęte przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie w r. 1884.

Jak widzimy, dr Heiman podjął zadanie bardzo szerokie, wkraczając w dziedzinę historii medycyny, a także propedeutyki, której nie poświęca wprawdzie osobnego rozdziału, ale często o nią potraça w różnych miejscach swego dzieła.

Na wstępie zaraz uczynić musimy zarzut autorowi, że w części historycznej i w całym dziele tak mało uwzględnił medycynę polską. Zaledwie kilkunastowerszowa wzmianka o wszechnicach polskich (str. 91) i gdzieś wtrącenie nazwiska lekarza polaka wprost raz i w dziele, przeznaczonem przede wszystkim dla polskiej młodzieży uniwersyteckiej. A cóż powiedzieć o wyliczeniu *pêle—mêle* (co prawda, w porządku abecedowym!) kilkunastu lekarzy polskich, „zajmujących się obok medycyny i piśmiennictwa lekarskiego literaturą nielekarską“ (str. 541), nawet bez wymienienia tych dziedzin, w jakich położyli zasługi, jak wiemy, nieraz doniosłe. Warto tu choć przypomnieć, że Kopernik był lekarzem! Ta sama obcość uderza w ogólnej charakterystyce lekarzy. Czyż nie byłoby nam przyjemniej zamiast albo obok dowcipnego może opisu typu lekarzy przez Montegazza — lekarzy, zupełnie nam obcych i obojętnych (str. 187) dowiedzieć się czegoś o typach naszych własnych lekarzy, do czego nie zabrakłoby materiału i w życiorysach i w żywej tradycji. Gdzież, jeżeli nie w takiej książce, szukać choćby wzmianki o wybitnych, nieraz wprost wzniosłych postaciach, jak: Struś, Oczko, Jędrzej Śniadecki, Dietl, Marcinkowski, Chałubiński, Hoyer, Nencki, Matlakowski, Dunin i wielu, wielu innych, których młode pokolenie lekarzy winno znać i szanować? Jak mało autor uwzględnia piśmiennictwo polskie, widać z tego, że w długim spisie prac, umieszczonych na końcu dzieła, znajdujemy zaledwie 8 prac polskich z dziedziny etyki

i prac zawodowych (w tem trzy podręczniki propedeutyki).

Sam pomysł napisania w języku polskim historii zawodu lekarskiego, wraz z charakterystyką wybitniejszych typów lekarzy, zasługuje na uznanie i zjedna autorowi chętnych czytelników. Żałujemy jednak, że dr Heiman oparł się niemal wyłącznie na wzorach i źródłach cudzoziemskich.

Jak mówiliśmy, autor chętnie porusza sprawy propedeutyki lekarskiej, mówiąc o przygotowaniu lekarzy do pracy zawodowej, o wykładach w uniwersytecie, o pracy szpitalnej i t. d. Nie mielibyśmy nic przeciwko temu, żeby autor temu przedmiotowi część swego dzieła poświęcił, lubo posiadamy, oprócz dawniejszych (Szczuckiego i Łuczkiwicza), bardzo dobrą i niedawno wydaną propedeutykę Wrzóska (1913). Taka skrócona propedeutyka byłaby nawet na miejscu w tak obszernem *vade mecum* lekarskiem, ale należało ją opracować systematycznie, treściwie a wyczerpująco. Traktowana dorywczo i powierzchownie nikogo nie zadowolni i chybia celu.

Przechodząc do etyki lekarskiej¹⁾, stanowiącej główną, bo uwydatnioną w tytule treść pracy dra Heimana, zapisujemy na dobro autora, że poświęcił cały rozdział etyce ogólnej (str. 97 — 151), której etyka lekarska jest tylko częścią i uzupełnieniem. Młodzież lekarska i wogóle przeciętni lekarze nie lubią zagłębiać się w dociekania filozoficzne, a jednak trudno się bez nich obejść, gdy jest mowa o etyce.

Obawiamy się tylko, czy spolszczona przez autora praca G. Heymansa (*Einführung in die Ethik 1914*) będzie zrozumiana i czytana przez ogół lekarski. Praca ta w streszczeniu dra Heimana wydaje się ciężką, nieprzystępną i nudną. I tu znów musimy zarzucić autorowi, że nie zajął do prac polskich — nielicznych wprawdzie, nie obejmujących całokształtu etyki, ale o wiele nam bliższych i zrozumialszych od wykładu niemieckiego profesora.

Miał przecie autor pod ręką piękną pracę Wł. Biegańskiego p. t. Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej²⁾, gdzie w części pierwszej znajduje się pogląd na etykę wogółności, co rozwiniął jeszcze więcej prof. H. Struve w ocenie tej pracy³⁾. Posiadamy także pracę A.

¹⁾ Prof. H. Struve uważał termin etyka lekarska za niedość ścisły dla oznaczenia etyki zawodu lekarskiego lub lekarzy, gdyż tą nazwą etyki lekarskiej można by oznaczyć również etykę, jakiej się trzymać należy w celach leczniczych, t. j. dla zapobiegania chorobom lub dla odzyskania zdrowia (Kryt. Lek. 1900, str. 4). Termin to jednak uarty i dla wszystkich zrozumiały.

²⁾ Wydana w osobnej książce (Warszawa 1899 str. 91). Aforyzmy były drukowane w Kryt. Lek. w r. 1897 i 1898. Na 190 aforyzmów 84 odnosi się wprost do zawodu lekarskiego.

³⁾ O etyce zawodu lekarskiego z powodu pracy Wł. Biegańskiego. Kryt. Lek. 1900 № 1. Tęż autor mamy: Zasadniczy charakter etyki jako nauki. Kraków 1902 str. 30.

Świętochowskiego — Etyka i etologia (w Przewodniku dla Samouków Część III str. 366), tegoż autora pracę dawniejszą: O powstawaniu praw moralnych z r. 1877, L. Krzywickiego — Rozwój moralności (Porad. dla samouków część V str. 837), J. Ochorowicza — Metoda w etyce, praca nagrodzona na konkursie Przegl. Filozof. w r. 1906. Należało prace te uwzględnić a nawet zachęcić czytelników do ich przeczytania, tem więcej że łatwo je znaleźć w każdej bibliotece.

W pojmowaniu etyki lekarskiej dr Heiman stoi na stanowisku, jakie zajęli w swoim czasie lekarze angielscy, którzy przyjęli kodeks etyki lekarskiej, opracowany przez Percivala jeszcze w r. 1807, a mianowicie, że etyka lekarska jest czemś odrębnem od etyki ogólnej i może być zastosowana tylko do stanu lekarskiego. Dr Heiman utrzymuje, że „na taki pogląd trzeba się zgodzić bez jakichbądź zastrzeżeń“ (str. 91). Należało to uzasadnić, gdyż nie wszyscy tak myślą i mają słuszość. Biegański np. twierdzi, że etyka lekarska jest szczegółowym wyrazem etyki ogólnej, że jej zasady schodzą się z zasadami ogólnej moralności. „Etyka korporacyjna, mówi, powinna się opierać na ideałach etycznych, gdyż inaczej z korporacji tworzy się syndykat, skierowany ku własnej tylko korzyści, ku wyzyskiwaniu społeczeństwa“ (str. 20 l. c.). Mamy smutne przykłady takiej „odrębnej“ etyki w etyce książąt panujących, opracowanej przez Macchiavela w dziele p. t. *Il principe*. Taką jest dotychczas etyka polityków i dyplomatów. Ruskin chciał stworzyć etykę kupców i przemysłowców, ale dla podniesienia tych stanów pod względem etycznym przez zrównanie ich etyki z etyką ogólną.

Nie znaczy to bynajmniej, aby należało mieć coś przeciwko urabianiu i rozważaniu etyki lekarskiej. Owszem, praca w tym kierunku potrzebna jest z wielu względów. Skrętnie zbieranie zwyczajów i nakazów etycznych, przyjętych w różnych zawodach, a nawet u różnych narodów, dostarcza niezbędne materiały naukowego dla t. zw. etyki opisowej, która stanowi podwalinę etologii t. j. etyki teoretycznej, której znów dalszym ciągiem jest etyka normatywna, zawierająca zbiór przepisów etycznych obowiązujących a wreszcie etoplastya (od *ἔθος* = zwyczaj, *ποιέω* = tworzę, kształtuję), — umiejętność wprowadzania w życie nakazów etycznych, żeby „etyka nie była tylko wystawą produktów moralnych, dostępnych dla chętnych zwiedzających, ale Słowem, które się staje Ciałem, słowem, wchodzącem w krew i w życie ludzkości“ (J. Ochorowicz l. c.). Jest to prawdziwa etyka przyszłości. Rozważanie etyki lekarskiej ma jeszcze inne — praktyczne znaczenie, co podkreśla również i dr Heiman. Mniej świadomym i niezastanawiającym się jednostkom przypomina to i ułatwia spełnianie obowiązków zawodowych zgodnie z zasadami etyki ogólnej.

Ma to szczególne znaczenie dla tych, którzy ze względu na wychowanie i otoczenie nie przyswoili sobie dostatecznie zasad etycznych, albo się do nich nie stosują dla słabości charakteru lub celów samolubnych¹⁾.

Nie podobna byłoby streszczać poglądów i spostrzeżeń autora o kwestyach etycznych, wyszczególnionych na początku naszego sprawozdania. Autor starał się je jaknajdrobiazgowiej obrobić, — do tego stopnia, że rozprasza się w szczegółach, w kazuistyce, która z natury rzeczy nie może być tak wyczerpującą, ażeby dać odpowiedź na wszystkie wątpliwości, jakie się nasręczają w życiu powszednim. Lekarz w postępowaniu swoim musi się trzymać pewnych głównych linii wytycznych, jaknajmniej pozwalając sobie na kompromisy, stawiając zawsze wyżej etykę, niż etykietę i t. zw. przez autora politykę (umiejętność dogodzenia wszystkim). Nie twierdząc przez to, żeby autor do takich kompromisów zachęcał, gdyż duch jego pracy jest zawsze uczciwy, ale dr Heiman wdaje się zbyt często w niepotrzebne szczegóły, które można zbyć kilku słowami, nie rozpraszając uwagi czytelnika (np. rozdział: szarlatanizm — reklama — moda str. 366). Ta wielomówność, rozwlekłość, epizodyczność, odbieganie od przedmiotu, to *sit venia verbo* — gawędziarstwo jest główną wadą całej książki. Autor często zapomina o wygłoszonym przez siebie zdaniu, że „prawdziwą zaletą stylu jest, ażeby w formie krótkiej, zwiększyć przedstawić to, co jest najważniejszego ze wszystkich kwestyi, pozostawiając rzeczy drugorzędne na drugim planie“ (str. 178). Niektóre epizody są wprost rażące np. opis ochrzczenia jakiegoś żydówki w stanie agonii w szpitalu przez Siostry Miłosierdzia i potajemnego chowania jej w nocy na cmentarzu pod opieką 10 policyantów (str. 218). Fakt jakiś dziwny, mało prawdopodobny, wkraczający w dziedzinę plotek, a wręcz nie kwalifikujący się do powtarzania w książce o etyce lekarskiej. Czyż przystoi lekarzowi z lekkim sercem dyskredytować nasze Siostry Miłosierdzia?

Co się tyczy zasad postępowania lekarzy w stosunku do kolegów, do chorych, do społeczeństwa, to chętnie zgodzimy się z autorem, że „starsi koledzy nie znajdą nic nowego dla siebie na tych stronicach“ (str. VI) i polemizować z nim nie będą. Młodzi za to skorzystaliby więcej, gdyby autor swoje czytanie i rozległe doświadczenie ujął w formę zwięzlejszą, gdyby, trzymając się ściśle pewnego planu, odróżniał rzeczy ważne od mniej ważnych, gdyby jasno formułował swoje poglądy, jak np. to uczynił Oswald Ziem-

¹⁾ Że takich jest wielu wśród młodzieży lekarskiej, zwrócił na to uwagę Billroth w pracy p. t. „Ueber Lehren und Lernenden der medicinischen Wissenschaften an den deutschen Universitäten“. 1867. Warto byłoby niejeden ustęp z tej pracy przytoczyć.

sen w swojej Etyce lekarskiej ¹⁾). Młodego adepta medycyny autor zanałto zraża przykrościami, jakie na niego czyhają ze strony chorych, kolegów, ba, całego społeczeństwa, które, sądząc ze słów autora, jakby się uzięło, aby prześladować lekarzy, chociaż z drugiej strony... uważa ich za kapłanów wiedzy i filantropów. Dr Heiman w pesymizmie swoim nie radzi nawet żenić się lekarzom z obawy, że nie będą w stanie utrzymać rodziny i wychować dzieci (str. 435). Może to jest prawdą, że „synowie lekarzy wyrastają bardzo często na nieponiów lub są ludźmi bardzo średniej miary“, ale to się zdarza w każdym stanie i zależy od przyczyn, nie mających nic wspólnego z medycyną. Obok ciemnych należało uwidatnić i jaśniejsze strony naszego zawodu, a są przecież i takie, pomimo, że niewielu lekarzy dochodzi do majątku i sławy. Recepty na powodzenie, na szczęście, dać nie można, chociażbyśmy się wysilali na różne rady praktyczne, których autor nie szczędzi w wielu miejscach swojego dzieła. To, ściśle biorąc, nie jest zadaniem etyki. Etyka lekarzowi może dać jedną tylko radę: postępować uczciwie, być sobą, dążyć do doskonalenia się... *usque ad finem*. Ta dążność właśnie chroni od przedwczesnej starości i zniedołężnienia. Przeciętna długość życia lekarzy jest niższa, niż w innych zawodach, ale lekarze zachowują dłużej swą sprawność, niż ludzie innych zawodów. Takie ma się wrażenie, patrząc na wielu osiwiiałych bojuowników naszego stanu, którzy do późnej starości są czynni na różnych polach, nie wyłączając piśmiennictwa, czego przykładem jest sam autor niniejszego dzieła ²⁾). Szkoda, że dr Heiman tak rzadko cytuje w swojej książce aforyzmy Biegańskiego o etyce lekarskiej. Czytając je, adepci medycyny nabiorą szacunku dla zawodu lekarskiego, pogodzą z przykrościami, z tym zawodem związanymi. I doprawdy, jeżeli autor znalazł w swoim dziele miejsce na przytoczenie na 6-u stronicach (str. 58—64) 50 aforyzmów Izaaka Izraela z przydomkiem Judaeus — aforyzmów może ciekawych ze względu na swą starożytność a zarazem, jak twierdzi autor, aktualność, ale lichych pod względem etycznym ³⁾),

to należało zrobić ten zaszczyt i aforyzmom Biegańskiego, których warto byłoby uczyć się na pamięć. Stanowiłyby one godne *pendant* do starożytnej modlitwy porannej lekarza, przypisywanej Majmonidesowi, a przytoczonej w wyjątkach przez autora ⁴⁾).

Dobrze autor postąpił, podając w całości zasady obowiązków i praw lekarzy, przyjęte przez Warszaw. Tow. Lek. na posiedzeniu d. 29 kwietnia 1884 r. Jest to dla nas kodeks moralnie obowiązujący. Byłoby również na miejscu w rozdziale o honorariach przytoczyć uchwały, które w swoim czasie zapadły w Stowarzyszeniu Lekarzy i do pewnego stopnia u nas się utarły. Dr Heiman tylko pobieżnie o nich wspomina (str. 520).

W końcu nie możemy pominąć milczeniem, że styl książki dra Heimana pozostawia wiele do życzenia: jest zawiły, nieswobodny, czasem wprost niezrozumiały. Składnia bywa wadliwa, język nieraz niedbały, przestankowanie dość fantastyczne. Aby zarzuty nie były gołosłowne, daję przykład stylu: „Czułość czynna gotowa do pomagania, biorąca udział w cierpieniu innych, którzy wtajemniczają lekarza w ich tajniki najgłębsze; tu w przykłady odwagi najszlachetniejszej, tam strachu małodusznego, tak, iż obok choroby, jest on widzem tylu nędz i dramatów społecznych, to nie prowadzi do zubożenia“. Taki styl spotykamy najczęściej w książce dra Heimana w ustępach, widocznie tłomaczonych z obcego języka.

A oto niektóre błędy składni i języka: Nie przypuszczam, aby poglądy... były u wszystkich lekarzy jednakowe (str. VI)... skarbnię o etyce (V). Nie widzi w chorym, tylko źródło swego zarobku (str. 7), nadużyje jego młodość i dobroć (str. 8). Cierpliwość lekarza do choroby (str. 150). Skromność jest ozdobą dla ludzi młodych (str. 164). Nie trzeba zamienić idealizmu z moralnością praktyczną (str. 12). Uświadamiać na trudności, z jakimi przychodzi się borykać (str. 223). Takich błędów jest dużo!

Wyrażenia takie, jak naturlekarze (str. 462), dla czego nie odstaloowali mojej wizyty (str. 413), widząc lekarza rozje-

¹⁾ Doskonale streszczenie tej książki napisał St. Kopczyński w Kryt. Lek. 1899, str. 120.

²⁾ Na książce widzimy godło: Żyję — póki pracuję, pracuję — póki żyję.

³⁾ Aforyzm 10. Nawet najbardziej nierozumni lekarze przyniosą ci korzyść, ponieważ szkodzą i niszczą, a wtedy ciebie wezwą, abyś naprawił, co oni zepsuli.

Aforyzm 39. Zapłatę twoją wyznacz u chorego, gdy choroba jego jest we wzmaganiu się i gdy jest najsilniejsza; bo skoro będzie wyleczony, zapomni, co dla niego uczynił.

Aforyzm 40. Im więcej żądasz za leczenie, im wyższą cenę naznaczysz za kurację, tem wyżej staniesz w oczach ludzi. Lekką okaże się sztuka, z którymi wdajesz się bezpłatnie.

Aforyzm 46. Niech ci bardzo zależy na leczeniu książąt i ludzi bogatych, gdyż oni będą dla ciebie hojni i miłować cię będą po wyzdrowieniu; tymczasem nicości pospolite będą cię jeszcze nienawidziły po wyleczeniu, skoro przypomną sobie zapłatę, jaką od nich pobrałeś.

Dr Heiman twierdzi, iż „w tym hebrajskim Mular Horophim (przewodnik dla lekarzy) znajdujemy wskazówki dla lekarzy, świadczące o trzeźwym poglądzie autora na życie i można by sądzić, że książka ta została dziś napisana“. Dr Heiman zaznacza wprawdzie, że niektóre z tych przepisów nie mają nic wspólnego z etyką i deontologią lekarską, ale należało, naszym zdaniem, te właśnie niektóre przepisy mocniej napiętnować. Ich cynizm i... współczesność dowodzą tylko, że *la bête humaine est toujours la même* wśród lekarzy i wśród publiczności.

⁴⁾ „...Wzmocnij siły serca mojego, ażeby ono gotowe było służyć jednakowo biednemu i bogatemu, dobremu i złemu, przyjacielowi i wrogowi. Obym w cierpiącym widział tylko człowieka... Niech daleka odo mnie będzie myśl, że wszystko wiem i potrafię... Sztuka jest wielka, lecz rozum ludzki sięga coraz dalej...“ (str. 57). Słusznie autor uważa tę modlitwę za wzór treściwej etyki lekarskiej.

dzającego w karecie (str. 521) i tym podobne są niedopuszczalne w mowie, a tem więcej w druku.

Książka dra Heimana znajdzie z pewnością czytelników wśród lekarzy i młodzieży akademickiej nie tylko dlatego, że jest jedyną w swoim rodzaju w naszym piśmiennictwie, ale i dlatego, że pomimo swych usterek zawie-

ra dużo ciekawego materiału faktycznego, opar- tego na danych z literatury i na długoletniem własnem doświadczeniu autora. Z obowiązku względem naszego piśmiennictwa i dla informacyi mniej doświadczonych czytelników wytknęliśmy jej braki, które, według naszego zrozumienia, należałoby usunąć w następ- nem jej wydaniu.

A. Puławski.

Wiadomości bieżące.

— Nasze koła lekarskie powitały z uznaniem wybór Sekretarza Stałego Tow. Lek. dra A. Sokołowskiego na rektora Kursów Naukowych. Dr Sokołowski będzie zarazem wykładał w roku bieżącym na wydziale przyrodniczym Medycynę Społeczną. Dn. 22 b. m. odbył się właśnie pierwszy wykład tego przedmiotu wobec tłumnie zebranych studentów i osób zaproszonych. Wziąwszy za temat „wielkie klęski społeczne“, mówca przedstawił znaczenie higieny dla zdrowia publicznego. Uzależniwszy postępy na polu higieny od odkryć naukowych, dokonanych przez Pasteura i innych, uwydatnił dobroczynne znaczenie nauki dla walki z klęskami społecznymi. Na czele ruchu higieny społecznej S. wysunął działalność i prace Jana Piotra Franka oraz przyznał pierwsze miejsce Anglii na polu urządzeń, mających na celu zdrowie publiczne, dalej naszkicował historię higieny społecznej w Polsce, a idąc za zdaniem dra Józefa Polaka, uwydatnił różnicę w stanie urządzeń higienicznych w kraju naszym przed rozbiorem i po ich dokonaniu. Gdy w Polsce niezależnej higiena stała na wysokości tejże nauki w krajach Zachodu, po rozbiorach stan sanitarny kraju znacznie się obniżył, zwłaszcza w Królestwie. Dopiero w dobie ostatniej, dzięki dopuszczeniu elementów obywatelskich do spraw publicznych, znaczenie higieny w życiu społecznem ponownie u nas wzrasta, a nadzieje niezależności politycznej dają lepsze widoki na przyszłość. Wykład odznaczał się wielką jasnością i piękną formą.

Wytrwała praca grona ludzi, skupionych w Towarzystwie Kursów Naukowych, przyczyniła się do utrzymania przez lat dziesięć tej jednej, acz-

kolwiek niekompletnej wyższej uczelni polskiej w naszej dzielnicy. Na czterech jej Sekcjach (humanistycznej, przyrodniczej, technicznej i ogrodniczej) pobierało nauki przeszło półtora tysiąca słuchaczy (przeważnie kobiet), wykładało 67 profesorów i 4 asystentów. Oprócz rektora na wydziale przyrodniczym wykładać będą następujący lekarze: J. Brunner—mikrobiologię ogólną, bakteryologię szczegółową i wstęp do nauk lekarskich, J. Karwacki—o uczuleniu i serologię, St. Orłowski—anatomię i fizyologię układu nerwowego, K. Rzętkowski—o przemianie materii, W. Szczawińska—higienę. Wykłady odbywają się w kilku lokalach, na ten cel udzielanych lub wynajmowanych, gdyż Towarzystwo własnej siedziby nie posiada. Pomimo otwarcia wyższych uczelni, liczba słuchaczy wzrosła do 2 tysięcy. Towarzystwo Kursów Naukowych spełnia u nas teraz zadanie znanych na Zachodzie uniwersytetów wolnych, dostępnych dla ludzi, którzy z jakichkolwiek powodów nie chcą lub nie mogą kształcić się w uniwersytetach rządowych.

— D. 20 b. m. dziekan Wydziału Lekarskiego prof. L. Kryński rozpoczął wykłady anatomii topograficznej dla studentów-medyków 3-go półroczu.

N A D E S Ł A N O.

Stanisław Serkowski. Przyrost naturalny ludności jako zagadnienie higieny socyalnej. Wydawnictwo Warsz. Stowarz. Lekarzy. Warszawa 1917.
2) Sprawozdanie z kwesty ogólnokrajowej „Ratujcie dzieci“ w mieście stoł. Warszawie w r. 1916.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.
W. Męczkowski. Ruch ludności m. stoł. Warszawy	261
Zdzisław Tomaszewski. Badania nad zachowaniem się przytarczyc w przypadkach powstawania złożeń wapiennych w ustroju ludzkim (ciąg dal.)	267
Odcinek. Józef Bjeliński. Służba zdrowia w	

armii polskiej	Str. 270
Przegląd bibliograficzny. Teodor Heiman. Etyka lekarska i obowiązki lekarza (deontologia). Oceniał A. Puławski	272
Wiadomości bieżące.	275
Nagrody konkursowe Warsz. Tow. Lek.	276

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

Adres Redakcyi: Żórawia 22. — Adres Administracyi: Marszałkowska 73.

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: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzl i S-ka, Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Administracja (Marszałkowska 73) otwarta w dni powszednie od 10½ do 12-ej.

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że wakują obecnie poniżej wymienione nagrody konkursowe z fundusów specjalnych, będących w rozporządzeniu Towarzystwa, a mianowicie:

1) Nagroda pieniężna w kwocie rb. 300 — z funduszu imienia D-ra Walentego Koczorowskiego, za najlepszą pracę, złożyć się mającą Towarzystwu Lekarskiemu w rękopisie, w języku polskim, opartą na własnych samodzielnych badaniach, z zakresu nauk przyrodniczych, w zastosowaniu do medycyny i 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. Prace nadsyłane być mają w ostatecznym terminie do dnia 31 marca 1917 r. pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7) z dołączeniem godła oraz nazwiska autora w kopercie zapieczętowanej. Praca nagrodzona może być wydrukowana w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

2) Nagroda pieniężna w kwocie rb. 200 imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 stycznia 1913 r. do dnia 31 grudnia 1916 r. Termin ostateczny do nadsyłania prac 31 stycznia 1917 roku.

3) Nagroda pieniężna w kwocie rb. 150 imienia D-ra Adama Bogumiła Helbicha za najlepszą pracę naukową lekarską, ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach 1915 i 1916 lub w tychże latach w rękopisie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Termin ostateczny do nadsyłania prac 1 marca 1917 roku.

4) Dwie nagrody pieniężne każda w kwocie około rub. 250 z funduszu imienia D-ra Józefa Wszeborza za najlepsze dwie prace oryginalne, w języku polskim napisane i w rękopisach Towarzystwu Lekarskiemu złożone, na dowolne tematy z dziedziny patologii ogólnej lub higieny, przedstawić się mające w terminie od dnia 1 stycznia 1914 do dnia 31 grudnia 1917 roku. Termin prekluzyjny 31 stycznia 1918 roku.

5) Nagroda pieniężna w sumie około 1000 franków (około 400 rubli) z funduszu imienia D-ra Alfreda Sokołowskiego, za najlepszą pracę oryginalną, ogłoszoną drukiem w oddzielnej pracy lub też w czasopiśmie polskich, albo złożoną w rękopisie w czasie od dnia 1 stycznia 1914 roku do dnia 1 września 1917 r., z dziedziny chorób dróg oddechowych (anatomia patologiczna, patologia doświadczalna lub klinika i t. d.) z pierwszeństwem dla monografii.

6) W końcu roku 1917 i 1922 przyznane będą dwie nagrody imienia D-ra Henryka Dobrzyckiego, pierwsza z nich wyniesie 600 rubli, druga — 700 rubli. Nagrody będą przyznane za prace oryginalne, pisane w języku polskim, już to nade-

ślane na konkurs w rękopisie, już to ogłoszone drukiem między r. 1911—1917 (włącznie) i między rokiem 1917—1925 (włącznie) z dziedziny balneologii, balneoterapii i klimatologii; prace te powinny przede wszystkim uwzględniać potrzeby kraju naszego (t. j. Polski w jej dawnych, z przed 1772 roku granicach).

Gdyby żadna z prac nadesłanych w rękopisie lub ogłoszonych drukiem z zakresu balneologii, balneoterapii i klimatologii nie zasługiwała na nagrodę, nagrodę tę otrzyma praca, ogłoszona po polsku drukiem w odpowiednim okresie konkursowym, z zakresu nauk lekarskich wogóle, bez względu na opracowany temat. Nagrodzona praca, bez względu na rozmiary, powinna być ściśle naukową i wnosić do nauki choćby najskromniejszy, lecz oryginalny przyczynek.

7) W końcu roku 1917 przyznane będą dwie nagrody z zapisu Jana Wilhelma Knolla, każda po rub. 475, za dwie prace naukowe, napisane w języku polskim, jedna z dziedziny chirurgii, druga z dziedziny higieny. Nagrody te przyznane będą za dwie najlepsze prace oryginalne polskie, wydrukowane w okresie konkursowym od 15 stycznia 1913 r. do 15 września 1917 roku, lub nadesłane na konkurs w rękopisach, a mianowicie: a) za pracę z dziedziny chirurgii, bez ścisłego określenia z góry tematu pracy, oraz b) za pracę z dziedziny higieny, również bez określenia z góry ścisłego tematu. Termin nadsyłania prac w rękopisach oznacza się na dzień 15 września 1917 roku, z zachowaniem zwykłych warunków konkursowych. Prace nagrodzone już na innych konkursach, nie mogą być brane pod uwagę.

8) Dwie nagrody pieniężne w kwocie rub. 375 z funduszu imienia D-ra Leona Konitza, mające być przyznane 15 października 1917 roku, za najlepsze dwie prace oryginalne, w języku polskim, poświęcone wyłącznie chorobom kobiecym lub akuszerii i ogłoszone drukiem w terminie od d. 1 kwietnia 1911 r. do dnia 31 marca 1917 r. lub w tymże terminie w rękopisach dla ubiegania się o nagrody złożone. Przedmiotem prac mogą być kliniczne albo też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jako też podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Praca, wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Komitet konkursowy weźmie pod uwagę **wszystkie** wogóle prace z powyższej specjalności, jakie wyszły z druku w sześcioletnim okresie konkursowym, z dołączeniem prac nadesłanych na konkurs w rękopisach.

Uwaga ogólna. Wszystkie prace naukowe nadsyłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7) z nadmienieniem, że autor je do danego konkursu przeznacza. Do prac, w rękopisach przedstawianych, dołączane być mają godła, z nazwiskami autorów, w kopertach zapieczętowanych. Bliższe informacje w Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego ul. Niecała № 7.

Sekretarz Stały, *Dr Med. A. Sokołowski.*

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 Sokołowskiego* ordynatora szpitala Sw. Ducha w Warszawie. Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście, ponownie przez autorów opracowane. Cena Rb. 5 kop. 50. Dla prenumeratorów Gaz. Lek. cena 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. Sokołowskiego*. I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysunkami w tekście). Cena Rb. 2 kop. 40. Cena w oprawie Rb. 2 kop. 80. Przes. k. 40. II. **Choroby płuc**. Cena Rb. 3, w oprawie Rb. 3 k. 50. Przes. k. 50. III. Cz. 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. Heryn-ga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
17. **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** przez D-ra med. *H. Nusbauma*, z rysunkami w tekście. Cena rub. 2.50, z przesyłką rub. 3.
18. **Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych**. Przekład odczytu prof. *A. Dieudonné'go*. Cena kop. 60, z przesyłką kop. 75.
19. **W sprawie organizacji ogólnej Uniwersytetu, a Wydziału Lekarskiego w szczególności** przez *Józefa Brudzińskiego*. Cena kop. 80, z przesyłką rub. 1.
20. **Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych** przez prof. *Edwarda Lotha*. I. **Krtani** (z 3 rysunkami w tekście). Cena Złp. 2 gr. 20, przesyłka 20 gr. II. **Trzewa klatki piersiowej** (z 14 rysunkami w tekście) Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.
21. **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruczolanych na podłożu sztucznem** przez *Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego*. Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.



ASTHMIN-MOTOR

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

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

GONOREIN „MOTOR”

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubabarum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 25.

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. KŁAWEGO,

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

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan.



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

Towarzystwo Akcyjne „Fr. Karpiński” w Warszawie Elektoralna № 35
poleca **KARPIŃSKIEGO**

KĄPIELE Z KWASU WĘGLOWEGO

(CO₂)

Zastępujące kąpiele w Nauheim, Kissingen.

Kąpiele te, stosowane z przepisu lekarza, działają znakomicie w astmie, cierpieniach nerwowych, zapaleniach oskrzeli (bronchitis), rozedmie płuc, wadach serca i t. d. nie mniej doskonały środek do pobudzenia krążenia krwi.

OPRÓCZ POWYŻSZYCH FABRYKA WYRABIA:

Karpińskiego
kąpiele

borowinowe z kwasem węglowym, zastępujące franzensbadzkie, krynickie, żegiestowskie, reinerckie i t. p.

jodowo-bromowe z kwasem węglowym.

bromowe z kwasem węglowym.

balsamiczno-sosnowe z kw. węglowym.

siarczane z kwasem węglowym, zastępujące akwizgrańskie, buskie, soleckie, truskawieckie, piszczańskie i t. p.

UWAGA. Sole Karpińskiego do kąpiele są przygotowane w tabliczkach prasowanych, łatwo rozpuszczalnych. Żądać wszędzie.

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.

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

Za pozwoleniem Cenzury Niemieckiej.