



Rok LI.

Warszawa d. 26 Maja 1917.

Nº 21.

DZIENNIK LECARSKI

• PISMO TYGODNIOWE •

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘC
TNOŚCI LECARSKICH

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru Nº 2686.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

Dr E. Reichstein

ordynuje podczas sezonu letniego
w CIECHOCINKU,
dom Adama.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francu-
zki oraz przepisywanie na maszynie przy-
muje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.
Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.



W nerwowych stanach podrażnienia

jako silny środek uspokajający
i nieszkodliwy środek nasenny.

Tabletki Bromuralu

Przy porównaniu działania z innymi podobnymi preparatami
(przeważnie zawierającymi dawkę 0,5 g.) należy zwrócić uwagę
na to, że tabletki bromuralu zawierają tylko 0,3 g. substancji.

Rp. Tabletki-Bromuralu po 0,3.
Rurki z 20 tabletkami w cenie około 2 marek
„ „ 10 „ „ 1,10 „

Jako sedativum 3—4 razy dziennie
1 — 2 tabletk., jako środek nasenny wieczorem
przed udaniem się na spoczynek 3—5 tabletek.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Remedium Sedativum Spiess

(Extractum Viburni compositum).

Środek przeciwkrwotoczny z działaniem kojącym bez objawów ubocznych.

Skład: Extr. Viburni prunitol. fluid.

Extr. Piscidae erythr. fluid.

Hydrastinin. hydrochlor. synthet.

Pojemność flakona 20 g.

Użycie: 10 — 20 — 40 kropeł 3 — 4 razy dziennie.

Lig. Ferri albuminati Spiess

Rozczyn białkanu żelaza, gwarantowanej dobroci

$\frac{1}{1}$ flakon ca. 400 g.

$\frac{1}{2}$ " " 200 g.

Foretol Spiess

(Oczyszczony i stężony wyciąg z igliwia sosnowego).

Foretol Fluid. flakon zawiera dawkę na 3 wanny.

Foretol Capsulae. $\frac{1}{1}$ pud. zawiera 6 dawek.

$\frac{1}{2}$ " " 3 " "

Żądać prospektów.

W Zakładzie Leczniczym nad Prosną
w parku miejskim

W KALISZU

rozpoczyna się sezon letni od 15 czerwca b. r. pod kierunkiem Dra med. Przemysława Rudzkiego z Warszawy
(b. ordynatora Zakł. lecznicz. w Nałęczowie).

Środki lecznicze: Kąpiele mineralne sztuczne, z kwasem węglowym, balsamiczne i t. p., hydroterapia (wodolecznictwo), elektroterapia; kąpiele świetlne, powietrzne, słoneczne; masaże; leczenie gorącym powietrzem; leżalnie (kuracja Weir Mitchela); rentgenoterapia i rentgenodyagnostyka.

Wskazania do leczenia: choroby nerwowe (z wyłączeniem umysłowych i epilepsji); choroby kobiece; choroby wewnętrzne i przemiany materii (z wyłączeniem zakaźnych ostrych i gruźlicy).

Kuracjusze mogą mieszkać w Zakładzie lub w odpowiednio urządzonych pensjonatach.

Utrzymanie tańsze, niż w innych stronach kraju. Bliższych informacji udziela w Kaliszu Zarząd Zakładu, w Warszawie Dr P. Rudzki (ul. Smolna 34 od g. 5 do 6 popoł.).

SOLEC

Zakład wód mineralnych siarczanosłonych

otwiera od 20 maja do 20 września sezon leczniczy 1917 r. pod kierunkiem dra med. STAN. KELLER-KRAUZA.

Środki lecznicze zakładu: kąpiele mineralne i mułowe, hydropatya, elektroterapia, kąpiele słoneczne i powietrzne.

Ceny niskie. Utrzymanie tańsze niż w innych stronach kraju.

Dojazd przez stację Kielce lub st. kolei galicyjskiej Szczucin, skąd końmi 15 wiorst do Solca.

Informacji udziela gratis Zarząd Solca, poczta Stopnica, obwód Bnski; w Warszawie p. Fr. Jakubowski.

Al. Jerozolimskie 93 m. 8.

JODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

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

Cena flakonu rb. 1 kop. 20.

Tow. Akc. „Fr. KARPIŃSKI w Warszawie“

ul. ELEKTORALNA 35.

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

KOMISJA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM

STOWARZYSZENIU LEKARZY oświadcza na podstawie badań

chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPIŃSKIEGO

jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej

zawierającej 4,7 % czystego jodu. Prostej tej substancji

nie z wodą i każdą substancją, jest przyswajany i można

może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy

razy dziennie, przyswaja się w ustroju szybko, nie

wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem

(jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się

całkowicie w ciągu 3 — 4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1918

Przewodniczący Komisji

Przewodniczący Komisji

Dr. Karpiński

Sekreter

K. Karpiński

Oprawa p. Karpiński w Solcu.
Jodu Karpińskiego
To pismo zostało wydane
w dniu 27 lutego 1918 r.
w Warszawie
Dr. Karpiński
Sekreter



WIZYTA LECNARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GALĘZIOM · WMIĘJĘ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dziesięć i
pięć lat

Warszawa, d. 26 maja 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2686.

Przypadek wybroczyny krwawej do rdzenia szynowego pochodzenia urazowego z napadami omdlenia, zależnymi od postawy pionowej.

Podał

Jan Koelichen.

Zespół objawów, spostrzegany i opisany pod nazwą *syncope orthostatica* przez d-ra Skłodowskiego (Gaz. Lek. № 20 r. b.), miałem możność niejednokrotnie widywać, odwiedzając jego oddział szpitalny. Przypadek zrzucił, że po upływie dwóch lat zdarzyło mi się spostrzegać w Lazarecie Miejskim u rannego żołnierza rosyjskiego objawy podobne do opisanych przez d-ra Skłodowskiego, które występowały w warunkach identycznych. Podaję tu w streszczeniu historię choroby tego rannego.

H. O., lat 32, szeregowiec, został zraniony d. 26 października 1914 r. kulą karabinową w szyję na wylot. Na razie poczuł jakby uderzenie pięścią w kark, następnie pociemniało mu w oczach i padł z obezwładnionymi zupełnie kończynami górnymi i dolnymi, przytomności jednakże nie stracił ani na chwilę. Rannego dostarczono do Lazaretu Miejskiego w Warszawie w d. 29 października. Przy oględzinach stwierdzono postrzał szyi na wylot. Rana wejściowa znajdowała się w okolicy jamy nadobojczykowej prawej u przedniego brzegu mięśnia kapturowego, o 3 cm. powyżej obojczyka, rana wyjściowa po stronie lewej na karku, tuż poza przednim brzegiem mięśnia kapturowego lewego, o 4 cm. poniżej małżowiny usznej. Badanie przedmiotowe rannego dało wynik następujący. Osobnik budowy prawidłowej, w niezłym stanie odżywiania, o wyglądzie cokolwiek bladym.

W narządach wewnętrznych zmian wybitnych nie znaleziono, wymiary serca prawidłowe, tony czyste, tętno 64 uderzenia na minutę, miarowe, pełne. Prawa szpara oczna i prawa źrenica cokolwiek węższa od lewej. Obie źrenice na światło reagują sprawnie. Kończyny górne w stanie wybitnego niedowładu, o charakterze wiotkim. Niedowład ten dotyczy przede wszystkim obwodowych

odcinków obu kończyn, tak że ruchy palcami i ruchy w stawie napiętkowym po stronie prawej są zupełnie zniesione, po stronie lewej zachowane są ruchy palucha i lekkie ruchy dwóch następnych palców, zaś w stawie napiętkowym słabe zginanie i rozginanie ręki. Przedramieniem ranny wykonywa nieznaczne ruchy pro- i supinacyjne po stronie lewej, po prawej zaś tylko nieznaczną supinację.

W stawie łokciowym możliwe jest po obu stronach tylko słabe zginanie przedramienia, rozgięcia wykonać nie może. W stawie barkowym ruchy są również znacznie ograniczone, unoszenie ramion udaje się tylko do linii poziomej.

Odruchy ze ścięgna mięśnia trójkłowego ramienia z obu stron zniesione, z okostnej promienia — dość żywe.

W kończynach dolnych sprawność ruchowa prawie zupełnie zachowana, zauważyć się tylko daje pewne osłabienie wszystkich ruchów temi kończynami. Odruchy kolanowe żywe, z obu stron jednakowe, odruchy ze ścięgna Achillesa wzmożone, mają charakter kloniczny. Odruchy brzuszne z obu stron zniesione, mosznowe żywe, poduszkowe prawidłowe, objawu Babińskiego nie stwierdzono. Znaleziono pozatem u rannego rozległe zaburzenia czucia cieplnego i bólowego na kończynach dolnych i na tułowie, gdzie sięgały aż do linii, przechodzącej przez 3-cie żebro. Na kończynach dolnych jedynie w okolicy stóp i zewnętrznego obwodu goleni, na tułowie zaś w okolicy prącia, moszny i odbytnicy czucie bólowe i cieplne było zachowane. Na kończynach górnych zniesienie czucia bólowego i cieplnego dotyczyło wewnętrznego obwodu ramion i przedramienia oraz rąk zarówno po stronie dłoniowej, jak i po stronie grzbietowej, jedynie w okolicy palucha i kłęba czucie to było zachowane. Czucie dotykowe i czucie głębokie wszędzie było zachowane. W czynności odbytnicy i pęcherza zaburzeń nie stwierdzono.

Ranny był cokolwiek podniecony, rozmawiał

nieustannie i skarżył się na rwące bóle w barkach oraz wzdłuż kończyn górnych.

Już podczas pierwszego badania rannego zwróciła moją uwagę ta okoliczność, że o ile trzeba go było unieść cokolwiek z pościeli lub posadzić, zaczynał on się po chwili skarżyć, że robi mu się słabo, doznaje uczucia zamętu i szumu w głowie, że ciemnieje mu w oczach, przyczem twarz rannego bladła, pokrywała się obfitym potem, czasem następowało pomimowolne oddawanie moczu i kału. Ranny omdlewał i opadał bezwładnie na poduszkę, lecz wkrótce odzyskiwał przytomność i powracał stopniowo do stanu normalnego. Początkowo objawy powyżej opisane zjawiały się przy każdym przejściu od położenia poziomego do postawy mniej więcej pionowej. Po upływie paru dni ranny mógł już chwilę posiedzieć, lecz wkrótce zaczynał doznawać uczucia osłabienia, zamętu i szumu w głowie, osłabienia wzroku aż do zupełnej utraty i natychmiast wracał do pozycji leżącej.

W połowie listopada mogliśmy już rannego skłonić do wstania z łóżka, po chwili jednak zjawiał się napad omdlenia. oddech stawał się głębszy i rzadszy, tętno stawało się częstsze, do 80 uderzeń na minutę, i słabło stopniowo, aż wreszcie zupełnie znikało pod palcem badającego. Pomiar ciśnienia krwi w tętnicy ramiennej, dokonane d. 12. XI. zapomocą aparatu Pachona, dały wyniki następujące. W położeniu poziomem ciśnienie *maximum* 15, *minimum* 9, rozległość wahań przy *minimum* 12 małych podziałek.

W pozycji siedzącej ciśnienie *maximum* spadło od razu do 10, *minimum* nie można było określić dokładnie z powodu niepokoju rannego, mniej więcej około 7—8, rozległość wahań przy *minimum* 5—6 małych podziałek, zauważono przytem arytmie nieznaczna. Przy postawie stojącej ciśnienie od 10 spadło stopniowo do 0, t. j. do granic czułości aparatu. Już przy ciśnieniu *maximum* równem 10 ranny zaczął doznawać przykrych uczuć podmiotowych, które potęgowały się stopniowo, lecz nawet przy ciśnieniu równem 0 przytomności zupełnie nie utracił, gdyż odpowiadał na pytania. W owym czasie zauważyliśmy przy szeregu badań rannego, że prawostronny objaw Hornera, który w pozycji leżącej nie był zbyt widoczny, stawał się bardzo wyraźny, o ile ranny wstawał, prawa szpara oczna i prawa źrenica robiła się znacznie węższą od lewej, po położeniu rannego różnica ta znowu do pewnego stopnia wyrównywała się.

Około połowy grudnia ranny mógł już posiedzieć w ciągu paru minut, nie doznając żadnych uczuć przykrych, wkrótce po wstaniu jednak robiło mu się słabo i musiał wracać natychmiast do pozycji leżącej. Dopiero w końcu grudnia ranny mógł przejść parę kroków bez obawy omdlenia, przy dłuższem chodzeniu doznawał jeszcze osłabienia i zamętu w głowie, tętno stawało się częstszem i słabszem. W połowie stycznia 1915 roku ranny odbywał już przechadzki, nie doznając żadnych delegliwości.

W ciągu tego czasu zaburzenia w dziedzinie ruchowej i czuciowej również uległy stopniowej poprawie. Dość szybko ustępować zaczęły zaburzenia czuciowe na tułowiu i kończynach dolnych, przyczem na prawej kończynie i na prawej połowie tułowia znieczulenie ustępowało wcześniej, ani-

żeli na lewej. Sprawność ruchów w kończynach górnych zaczęła również stopniowo powracać, najpierw w mięśniach barku i ramienia. W mięśniach drobnych rąk zjawily się nawet początkowo zaniki nieznaczne, lecz po pewnym czasie przestały się one posuwać, natomiast wracać zaczęła stopniowo władza w mięśniach rąk i palców, przytem szybciej w rękę lewą, aniżeli w prawą. Wreszcie zaczęły ustępować znieczulenia na wewnętrznym obwodzie ramion i przedramienia oraz na rękach. Bóle w ramionach ustały w parę tygodni po przybyciu rannego do Lazaretu. Zdjęcie kręgosłupa promieniami Roentgena wykazało po stronie prawej bardzo nieznaczne uszkodzenie kości w okolicy wyrostków stawowych, pomiędzy 6 i 7 kręgiem szyjnym, oraz wyrostka poprzecznego 7 kręgu szyjnego.

Ranny został wypisany z Lazaretu 25 stycznia 1915 r. Badanie ostatnie wykazało bardzo nieznaczne zwężenie prawej szpary ocznej i prawej źrenicy, pewną niezręczność i powolność ruchów palcami, zwłaszcza prawej ręki i nieznaczne osłabienie czucia cieplnego i bólowego na obwodzie wewnętrznym lewego ramienia i przedramienia oraz na lewej połowie tułowia.

Sądzę, że rozpoznanie co do umiejscowienia i charakteru zmian rdzeniowych w moim przypadku nie nastrocza poważnych wątpliwości. Cały zespół objawów, mianowicie niedowład wiotki kończyn górnych, zwłaszcza mięśni przedramion i rąk z zanikiem nieznacznych tych ostatnich, zaburzenia czucia cieplnego i bólowego na kończynach dolnych, tułowiu i kończynach górnych, sięgające do okolic ciała unerwianych przez 8 odcinek szyjny rdzenia, wzmożenie odruchów ścięgniowych na kończynach dolnych, brak odruchów brzusznych, wreszcie objaw Hornera prawostronny, wszystko przemawia za uszkodzeniem części dolnej rdzenia szyjnego, zwłaszcza 8 odcinka szyjnego i 1 grzbietowego. Wynik badania rentgenologicznego potwierdza to rozpoznanie co do umiejscowienia.

Objawy kliniczne wskazują, że na tym poziomie rdzenia były uszkodzone przede wszystkim rogi przednie istoty szarej rdzenia, pozatem jednak dotknięte były i słupy boczne, co spowodowało zmiany czuciowe i przemijające objawy ze strony torów piramidowych bocznych. Biorąc pod uwagę przyczynę tych zmian, ich umiejscowienie na przekroju rdzenia i ich dalszy przebieg możemy z całą słusnością przypuścić, że powstały one na tle wylewu krwawego do istoty rdzenia, który następnie uległ prawie całkowitemu wessaniu.

Niezwykłość obrazu klinicznego u mego rannego polegała na powyżej opisanych napadach omdlenia, zależnych od pozycji pionowej ciała. Napady te zaczęły się zjawiać natychmiast po zranieniu i ustępowały sto-

pniowo wraz z ustępowaniem innych skutków uszkodzenia rdzenia. Wobec tego mamy, jak sądzę, słuszny powód uzależniać je od urazu rdzenia, tem bardziej, że napróżno szukalibyśmy u mojego rannego innych przyczyn tych napadów omdlenia. Był to bowiem człowiek młody, krzepkiej budowy, nie wycieńczony, o zdrowem sercu, który w czasie zranienia krwi wiele utracić nie mógł, gdyż rany miał bardzo niewielkie i już zabliźnione w czasie przybycia do Lazaretu na 3 dzień po zranieniu. Wobec tego musimy wyjaśnić, jaki mógł istnieć związek pomiędzy napadami omdlenia, zjawiającymi się w postawie pionowej ciała, z uszkodzeniem rdzenia w okolicy szyjnej dolnej i grzbietowej górnej.

Ażeby dać odpowiedź na to pytanie, przedewszystkiem należy zbadać wszechstronnie mechanizm powstawania podobnych napadów. Skłodowski w analizie swojego przypadku stwierdził trafnie, że istotę tych napadów stanowią dwa zjawiska: zaburzenia w krwiobiegu, polegające na stopniowym spadku ciśnienia w naczyniach krwionośnych i osłabieniu czynności serca, oraz zaburzenia mózgowe, występujące w postaci uczucia zamętu i szumu w głowie, przyćmienia świadomości aż do zupełnej utraty przytomności i przemijającego osłabienia wzroku, a nawet chwilowej utraty. W moim przypadku stwierdzałem pozatem objawy drugorzędne, jak błądliwość twarzy, występowanie na niej obfitego potu i czasem pomimowolne oddawanie moczu i kału. Dwa te zjawiska, stanowiące treść napadów, dadzą się sprowadzić, jak sądzę, do jednego mianownika. Jeżeli za *primum movens* uznamy spadek ciśnienia krwi w naczyniach i osłabienie czynności serca pod wpływem czynników natury nerwowej, to na objawy mózgowe będziemy mogli się zapatrywać jako na skutek bezpośredni tych zaburzeń w krwiobiegu. I w samej rzeczy wszystkie wymienione powyżej objawy mózgowe można uzależnić od niedostatecznego dopływu krwi do mózgu. Wobec tego zadanie nasze sprowadza się do analizy zaburzeń powstających w krwiobiegu w zależności od zmian położenia ciała i wpływu tych zaburzeń na ukrwienie mózgu. W myśl zasad hydrostatyki zrozumiałem, jak sądzę, wyda się przypuszczenie, że przy przejściu ciała ludzkiego od położenia poziomego do postawy stojącej krew zbiega od głowy i części górnej tułowia ku częściom ciała położonym niżej i dąży do nagromadzenia się w naczyniach krwionośnych kończyn dolnych i jamy brzusznej. Przez to dopływ krwi do mózgu stawałby się

niedostatecznym, pogarszałyby się również warunki dopływu krwi do serca, powodując niedostateczne napełnianie się jego komór, a zatem osłabienie jego czynności i spadek ciśnienia krwi, na które wpływ ujemny wywierałyby przedewszystkiem zmienione warunki unerwienia serca i naczyń dzięki niedokrwiistości ośrodków opuszkowych.

W warunkach normalnych powyższych skutków zmiany położenia ciała poziomego na pionowe nie widzimy, musi więc istnieć w prawidłowo działającym organizmie mechanizm fizyologiczny, który tym skutkom zapobiega. Nad sprawą tą zastanawiał się znany fizyolog angielski Leonard Hill w pracy zatytułowanej „*Physiology and Pathology of cerebral circulation*” poświęcając jej osobny rozdział „*Influence of the force of gravity on the circulation of the blood*”. Pracy tej nie mogłem niestety przejrzeć w oryginale, posługiwałem się więc dokładnem streszczeniem jej wyników, podanem w dziele Kochera. Hill przytacza wyniki szeregu badań Piorry, Marschall Halla, Salathé, Cybulskiego, Mendela i własnych, które dowiodły doświadczenie, że przejście ciała od położenia poziomego do pionowego powoduje spadek ciśnienia krwi w częściach górnych ciała i w mózgu. Mechanizm fizyologiczny, wyrównywający to zaburzenie w krążeniu, przedstawia Hill w sposób następujący. Przy przejściu ciała od położenia poziomego do pionowego krew odpływa ku naczyniom jelit i kończyn dolnych, następuje niedostateczny dopływ jej do mózgu, natychmiast jednak niedokrwiistość mózgu wywołuje podrażnienie ośrodka oddechowego i ośrodka naczynioruchowego w opuszce. Z tego ostatniego ośrodka podrażnienie przenosi się na niższe ośrodki naczynioruchowe w rdzeniu, te zaś za pośrednictwem nerwów zwięzających naczynia, przedewszystkiem *n. splachnici*, wywołują skurcz naczyń krwionośnych kończyn dolnych i jamy brzusznej, przez co zapobiegają nagromadzeniu się w nich krwi i regulują jej dopływ do mózgu i serca. Pozatem według Hilla istnieją jeszcze dwa czynniki, wyrównywające krwiobieg przy postawie stojącej: pierwszy—to zwolnienie i pogłębienie oddechu, sprzyjające aspiracji krwi do narządów klatki piersiowej, drugi—to przyspieszenie tętna.

Widzimy więc, że wchodzi tu w grę złożony mechanizm nerwowy, składający się z ośrodka naczynioruchowego opuszki, ośrodków naczynioruchowych rdzenia wraz z wychodzącymi z nich nerwami naczynioruchowymi i wreszcie z torów nerwowych, łączą-

cych ośrodek opuszkowy z ośrodkami rdzeniowymi. Istnienie i przebieg tych torów nie zostały dotychczas stwierdzone anatomicznie, jednakże wyniki licznych doświadczeń fizjologicznych przekonywują o konieczności istnienia tych połączeń. Wspomnę tu chociażby o známym z fizjologii fakcie, że drażnienie dośrodkowego odcinka nerwu hamującego (*n. depressoris* Ludwiga-Cyona) wywołuje spadek ciśnienia krwi głównie dzięki wpływowi hamującemu ośrodka naczynioruchowego opuszki na ośrodki rdzeniowe i rozszerzeniu naczyń krwionośnych w obrębie *n. splachnici*. Za istnieniem torów, łączących ośrodki naczynioruchowe opuszki i rdzenia, przemawia również wynik doświadczeń Goltza i Scheringtona, którzy po przecięciu rdzenia tuż poniżej ośrodka opuszkowego, stwierdzali nagły spadek ciśnienia krwi w naczyniach, wyrównujący się następnie, o ile zwierzę utrzymmano przy życiu przez stosowanie oddechu sztucznego.

Po ustaleniu powyższych danych przejść możemy do wyjaśnienia patogenetyki napadów omdlenia u naszego ranego. Najprostszym wydaje się wniosek, że uraz rdzenia u naszego ranego w jakimśkolwiek punkcie uszkodził powyżej opisany mechanizm nerwowy, regulujący krwobieg przy zmianie położenia ciała. Uszkodzenie to nie mogło dotyczyć ośrodka naczynioruchowego opuszki, który według badań Schiffa znajduje się w okolicy *calamus scriptorius*, a więc ponad miejscem uszkodzenia rdzenia w naszym przypadku.

Również mało prawdopodobnem wydaje mi się uszkodzenie naczynioruchowych ośrodków rdzeniowych, których umiejscowienie nie zostało wprawdzie dotychczas dokładnie ustalone, według większości jednak fizjologów (Tigerstedt, Luciani), znajdują się one w środkowej i dolnej części rdzenia grzbietowego oraz w górnej części rdzenia lędźwiowego, a zatem poniżej ogniska zmian w rdzeniu naszego chorego. Wobec tego jedynie możliwem wydaje mi się przypuszczenie, że wylew krwawy, który wskutek urazu nastąpił u naszego ranego do istoty szarej dolnej części rdzenia szyjnego i górnego odcinka grzbietowego, uszkodził tory nerwowe, łączące ośrodek naczynioruchowy opuszki z ośrodkami rdzeniowymi. Wskutek tego mechanizm, regulujący krwobieg przy zmianie położenia ciała, nie mógł działać prawidłowo i gdy ranny mój siadał, a tembardziej gdy stawał, krew zbiegała od głowy ku kończyom dolnym i ku jamie brzusznej, dopływ jej do serca i do mózgu stawał się niedostatecznym, co wywo-

ływało opisane poprzednio objawy omdlenia. W czasie tych napadów występowały u ranego wyraźnie te czynności pomocnicze, które, według Hilla, sprzyjają wyrównaniu krwobiegu przy postawie stojącej, mianowicie: oddech jego stawał się głębszy i rzadszy, tętno zaś częstsze. Pomimowolne oddawanie moczu i kału w czasie napadów tłumaczy się, w myśl poglądów Hilla, nagłem i nadmiernem przekrwieniem naczyń krwionośnych jamy brzusznej, przypuszczam jednak, że odgrywa tu większą rolę wpływ niedokrwistości na odpowiednie ośrodki. Sądze, że i wyraźniejsze występowanie u ranego objawu Hornera przy postawie stojącej mogło zależeć od zaburzeń w ukrwieniu ośrodkowego układu nerwowego, dzięki czemu czynność dotkniętego urazem prawostronnego ośrodka rdzeniowego żrenicy (*centrum cilio spinale*) ulegała jeszcze większemu upośledzeniu.

Z przebiegu cierpienia u mojego ranego możemy wnioskować, że uszkodzenie mechanizmu, regulującego krwobieg przy zmianie położenia ciała, a w danym przypadku torów, łączących ośrodek naczynioruchowy opuszki z ośrodkami rdzeniowymi, było tylko przejściowe. Prawdopodobnie wylew krwawy, który wskutek urazu nastąpił do rdzenia szyjnego, wywołał ucisk tych torów i zahamował ich przewodnictwo. W miarę wysysania się wybroczyny, wraz z ustępowaniem objawów niedowładu w kończynach i zaburzeń czuciowych wracało również przewodnictwo w torach powyżej wspomnianych, sprawność mechanizmu regulującego krwobieg wracała do normy, napady omdlenia występowały coraz mniej wybitnie, aż wreszcie ustały zupełnie.

Widzimy więc, że napady omdlenia zależne od zmiany położenia ciała w przypadku powyżej opisanym we wszystkich szczegółach co do etyologii, objawów i przebiegu dają się wyjaśnić w myśl hipotezy Hilla. Wobec tego przypadek mój stanowi poniekąd potwierdzenie tej hipotezy jako probierz zastosowania jej w przypadku konkretnym.

Opisany powyżej zespół objawów, trafnie ochrzczone przez dra Skłodowskiego nazwą *syncope orthostatica*, wzbogaca semiologię układu nerwowego. W piśmiennictwie opisu podobnych objawów odnaleźć nie mogliśmy. Przy badaniu powierzchownem objawy omdlenia u obu chorych zdradzały pewne podobieństwo do tak zwanego objawu Brunsza, który ma być znamiennym dla schorzeń w okolicy komory czwartej mózgu. Bliższe jednak wejrzenie w istotę objawów, które

występowały u naszych chorych w zależności od zmiany położenia ciała wykazuje, że różniły się one zasadniczo od objawu Brunsza, który polega na zawrotach głowy i oczopląsie, występujących przy ruchach głową i przy zmianie położenia ciała, a więc na zjawiskach zależnych od podrażnienia błędnika. Znaczenie opisanego przez nas zespołu dopiero przyszłe badania będą mogły ustalić, być może,

że przy zwróconej w tym kierunku uwadze uda go się spostrzegać częściej, chociażby w postaci poronnej. Poszukiwania w kierunku tego zespołu czynić należy zwłaszcza u chorych ze zmianami patologicznymi w okolicy opuszki i górnych odcinków rdzenia. Moje badania w tym kierunku wśród kilku rannych Lazaretu Miejskiego z obrażeniami rdzenia szyjnego nie dały wyniku.

PIŚMIENNICTWO.

Kocher. Hirnerschütterung, Hirndruck u. chirurgische Eingriffe bei Hirnkrankheiten. Wien. 1901.

Luciani Luigi. Physiologie des Menschen. Jena. 1905.

Morat et Doyon. Traité de Physiologie. Paris. 1902.

Tigerstedt. Lehrbuch der Physiologie des Kreislaufes. Leipzig. 1893.

W sprawie walki z epidemią duru plamistego w Warszawie.

Napisał

Dr med. Henryk Ruppert.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w dn. 11. V. 1917 r.).

Dur plamisty to znana oddawna choroba infekcyjna, w pewnych razach wysoce zaraźliwa — ztąd występuje w pewnych wyjątkowych okolicznościach masowo na znacznych przestrzeniach ziem, zamieszkałych przez ludzi, upośledzonych pod względem higienicznym i sanitarnym.

Etyologia duru plamistego, doniedawna ciemna zupełnie, obecnie dzięki badaniom ostatnich czasów w znacznym stopniu wyświetlona została, zwłaszcza pod względem praktycznym dla walki z szerzeniem się tej choroby.

Czynnik chorobotwórczy duru plamistego krąży we krwi chorych odnośnych, zastrzyknięcie zaś tej krwi wywołuje u zwierząt chorobę o pewnym właściwym przebiegu i po pewnym okresie inkubacyjnym.

Badania Prowazeka, Sergenta, da Rocha-Lima, Ricketta i innych wykazały, że wesz ubraniowa (*pediculus vestimenti*) jest przenośnikiem zarazki duru plamistego, krążącego we krwi chorych, z ludzi na ludzi, drogą ukąszeń i przenoszenia w ten sposób krwi zakażonej. Gdy między aktem nassania się wszy krwią od chorego na dur plamisty upływie 4 dni, w kanale pokarmowym wszy i w komórkach nabłonkowych tegoż kanału pokarmowego występują masy ciałek eliptycznych, podobnych do kokków, to znów bardziej pałeczkowatych, oznaczonych przez da Rocha-Lima nazwą „*Rickettsia Prowazeki*“.

Na podłożach sztucznych nie udało się dotąd ich hodować sposobem aerobowym ani

anaerobowym. Zestawiając fakty, że we wszach, pochodzących z okolic wolnych od duru plamistego, a zarówno we wszach, żywionych krwią ludzi zdrowych lub rekonwalescentów po durze plamistym, „*Rickettsiae*“ nie występują, a z drugiej strony, że zastrzyknięcie mas, pochodzących z roztarcia wszy, napojonych krwią chorych na dur plamisty, świnkom morskim wywołuje u tych ostatnich obraz chorobny podobny, jak po zastrzyknięciu wprost krwi od chorych na dur plamisty, należy przyjść do przekonania, że „*Rickettsia Prowazeki*“ jest to istotny oddawna poszukiwany czynnik chorobotwórczy duru plamistego, który przechodzi pewien cykl rozwoju swego nazewnątrż ciała ludzkiego w ciele wszy. Wcześniejsze zastrzyknięcie mas z roztartych wszy, przed upływem 4 dni od czasu nassania, nie wywołuje choroby, gdyż i „*Rickettsiae*“ nie zdążyły się rozwinąć. Dla pomyślnego rozwoju tych ostatnich wszy muszą być trzymane przy ciepłocie 32°C.

Przed upływem 4 — 5 dni od czasu nassania się krwi zakażonej, wesz ubraniowa nie zaraża przez ukąszenie, lecz dopiero po upływie tegoż czasu.

Zarazek może przejść na potomstwo wszy, gdyż larwy wyklute z gnid, pochodzących od wszy zakażonych, przez swe ukłucia mogą wywołać dur plamisty, jakkolwiek same nie pasorzytowały na ciele chorego na dur plamisty (da Rocha Lima, Sergent). Dane te rzucają pewne światło na uporczywe trzymanie się duru plamistego w pewnych u-

bikacyach, domach z całą ich zawartością, jak mianowicie ubrania, bielizna, pościel po chorych, gdyż choćby mniej odporne na głód wszy wyginęły, pozostałe gnidy zakażone mogą się dalej rozwijać.

W innym kierunku prowadzone badania amerykańskich autorów (na Bałkanach), mianowicie Baehra, Olitskiego i Plotza wykazują jako „*Bacillus typhi exanthematici*” pałeczkę nieruchomą, barwiącą się metodą Gramma, wyhodowaną z krwi chorych na podłożu agarowym, skombinowaną z płynem pochodzącym z *ascites*, lub *hydrocele*.

Czy odkrycie to jest istotne i da się powiązać z wskazanymi powyżej teoriami w ciele wszy zakażonej, jest to zadanie przyszłych badań.

Dla klinicystów, praktyków sanitarnych ważnym jest fakt, że walka z szerzeniem się duru plamistego, oparta na teorii przenoszenia zarazka duru plamistego z ludzi na ludzi, przez ukłucia wszy, daje wyniki pomyślne, i że walka ta jest bardzo utrudniona w środowisku, gdzie panuje brud, niechlujstwo, zawalenie, gdyż zarażanie się ludzi od ludzi w tych warunkach występuje z nadzwyczajną, wprost przerażającą łatwością.

Naturalnie niedza wszelkiego rodzaju, upośledzone odżywianie, przygnębienie moralne stanowią grunt podatny dla przyjęcia się i rozwoju zarazka.

Pytanie, godne uwagi, czy, prócz ukłucia wszy, inną drogą może udzielić się człowiekowi zarazek duru plamistego? Niektórzy badacze uważają, że jest to możliwe, jednakże również za pośrednictwem wszy, mianowicie — drogą inhalacji ekskrementów wszy, rozpylonych z pościeli chorych.

Gdzie, niema wszy, *ergo* i ekskrementów tyłże, tam zarażanie się nie występuje. Pogląd ten ośmielałem się podzielić w zupełności, na zasadzie osobistych obserwacji w szpitalu Wolskim. Do szpitala tego na oddziały, przeznaczone dla duru brzuszego, bardzo często dostają się przypadki duru plamistego, przez pomyłkę dyagnostyczną skierowane. Naturalnie chorzy tacy, po spostrzeżeniu pomyłki, natychmiast bywają przenoszeni do właściwych szpitali. Nim do tego dojdzie, przechodzi kilkanaście godzin, a czasami i parę dni, pomimo tego jednak w ciągu 1½ roka nie było przypadku zarażenia się kogoś z otoczenia chorych lub ze służby szpitala. Objaśnia się to tą okolicznością, że jak i wszyscy chorzy, tak i chwilowi goście nasi dostają się do łóżek szpitalnych po wykąpaniu i dokładnem odwszeniu, ubranie zaś ich, po

umieszczeniu w odpowiednich workach, poddaje się ścisłej dezynfekcyi w zakładzie dezynfekcyjnym miejskim.

Okres inkubacji w durze plamistym trwa 10—14 dni. Ustalenie tego terminu jest ważne z powodu stosowania przepisów o izolacji osób, które pozostawały w zetknięciu z chorymi. Okres 14-dniowy izolacji powinien być liczony od czasu odwszenia danej osoby.

Klinicznie dur plamisty charakteryzuje się występowaniem raptownem wysokiej gorączki ciągłej, wysypką na skórze (*Roseola maculosa*, często w następstwie i *petechialis*), objawami nerwowymi, mianowicie ze strony mózgowia, zaburzeniami w dziedzinie serca i tak zw. *vulnerabilitas* naczyń skórnych, ujawniającej się występowaniem zasinień, sugillacji po lekkiej nawet traumie. Wysypka występuje najczęściej 4—5 dnia, cała choroba trwa 14—15 dni z zejściem pomyślnem lub niepomyślnem, nie licząc naturalnie następnych powikłań, które dość często się zdarzają i stają się powodem długo trwających zachorzeń i nawet następnych zejść śmiertelnych. Często już bardzo wczesnie występuje *conjunctivitis*, *pharyngitis*, *laryngitis*. Przy badaniu kliniczem — leukocytoza w odróżnieniu od leukopenii tyfusu brzuszego. W nietypowo przebiegających przypadkach trudności dyagnostyczne mogą być bardzo wielkie, wówczas objaw opaskowy i reakcja Weil-Felixa mogą oddawać cenne usługi. U młodych osobników, szczególnie u dzieci, przebieg często bywa bardzo lekki, wskutek czego przypadki takie mogą być nawet przeoczone, co przedstawia prawdziwe niebezpieczeństwo w walce z szerzeniem się tej choroby, a co mogę potwierdzić z własnego doświadczenia. Mam zanotowane takie lekko przebiegające przypadki duru plamistego u dzieci, które wskutek niewykonania należytego odosobnienia stawały się źródłem całego szeregu zakażeń w obserwowanych przeze mnie posesjach. Brak gorączki, czasami chwilowy, brak wysypki, *euphoria* nie powinny stanowić o przyjęciu lub nieprzyjęciu do szpitala takiego chorego. Tylko zestawienie wszystkich objawów i uwzględnienie anamnezy może być rozstrzygające w tych razach.

Śmiertelność w durze plamistym naogół nie jest wysoka, u nas w Warszawie trzyma się dość stale około 70%. Cyfra ta jednak powiększy się, gdy weźmiemy pod uwagę zejścia śmiertelne z powodu powikłań przez mieszane infekcyje, zachodzące w przebiegu duru plamistego, lub z powodu mobilizacji, że tak powiem, już poprzednio istniejących sta-

rych ognisk infekcyjnych w ustroju ludzkim. Dla przykładu, wspomnę tu o przypadkach występowania ostrej gruźlicy prosówkowej u osób świeżo wypisanych ze szpitala infekcyjnego, a zaliczonych w statystyce szpitalnej do kategorii wyzdrowieńców.

Późniejszy cokolwiek wiek chorych, wycieńczenie z powodu złych warunków życiowych i odżywczych, jak to mamy w dobie obecnej, alkoholizm, zatrucie nikotyną, arterioskleroza, choroby serca pogarszają znacznie szanse wyzdrowienia z duru plamistego.

Wreszcie skłonność do masowego występowania duru plamistego i unieruchomienie znacznej liczby ludzi w danym momencie w ich produkcyjnej działalności musi nas skłonić do poglądu, że epidemia duru plamistego jest to klęska społeczna, którą jaknajenergiczniej zwalczać należy.

Dla zobrazowania szerzenia się epidemii duru plamistego w Warszawie przytoczę tu cyfry przypadków zarejestrowanych w 2-gim półroczu 1916 roku i 4-ch miesiącach w r. b. 1917:

	zachorowało	zmarło
w 1916 r. w lipcu	386	31
„ sierpieniu	236	18
„ wrześniu	184	12
„ październiku	236	12
„ listopadzie	312	24
„ grudniu	395	26
Razem	1749	123 (7 ⁰ %)
	zachorowało	zmarło
w 1917 r. w styczniu	564	34
„ lutym	554	46
„ marcu	1090	80
„ kwietniu	1146	103
Razem	2354	263 (7,6 ⁰ %)

W kwietniu r. b. cyfra zachorowań dosięgła wysokości dotąd niebywałej—1146.

Ta ostatnia cyfra z kwietnia, rozbita na okręgi, przedstawi nam się w sposób następujący:

W 1-szym okręgu miejskim 15, 2-gim—45, 3-cim—123, 4-tym—102, 5-tym—314, 6-tym—76, 7-mym—143, 8-mym—78, 9-tym—19, 10-tym—7, 11-tym—9, 12-tym—11, 13-tym—11, 14-tym—82, 15-tym—42 — razem 1077.

Najwięcej dotknięte epidemią duru plamistego—okręgi V-ty, VII-my, III-ci i IV-ty.

W okręgach podmiejskich, niedawno przyłączonych do miasta, w kwietniu r. b. było przypadków 69, a mianowicie: w 16, 20 i 21-szym (stanowiących jedną całość sanitarną) — 12 przypadków, w 17-tym — 1, w 18 i 25-tym—4, w 19-tym—7, w 22-gim—11, w 23-cim—19, w 24-tym—2 i w 26-tym—13.

Przechodząc teraz do bezpośredniej walki sanitarnej z durem plamistym na pierwszym miejscu zaznaczyć muszę:

1) Obowiązek zawiadamiania odpowiedniego organu władzy sanitarnej o każdym przypadku duru plamistego, zaszłego w danej miejscowości. Obowiązek ten rozciąga się nie tylko na przypadki pewne, lecz i podejrzane. Wymienić należy imię, nazwisko, zajęcie danej osoby, datę i miejsce zachorowania i dokąd został skierowany, i o ile to jest możliwe, gdzie przebywał dany osobnik w ciągu 10 — 14 dni przed ujawnieniem się choroby, w celu wykrycia źródła zarazy i oznaczenia tych osób, którzy w okresie inkubacyjnym z chorym się stykały i mogły być przezeń zainfekowane. Obowiązek zawiadamiania dotyczy lekarzy i innych osób zajmujących się leczeniem, lub doглядem chorych, ewentualnie właścicieli domów, zarządzających domami, stróżów i t. d. Są dowody, że w Warszawie wiele przypadków duru plamistego jest zatajonych, lub też późno meldowanych. Każdy pojmie, że w tych warunkach zwalczanie duru plamistego celu osiągnąć nie może. Przepisy o odpowiedzialności odnośnych osób powinny być znacznie obostrzone.

2) Każdy chory na tyfus plamisty lub podejrzany o tę chorobę powinien być natychmiast izolowany, a więc u nas w Warszawie umieszczony w szpitalu, lub specjalnej lecznicy, nie czekając na ustalenie pewnego rozpoznania. Łatwość wykonania w tych zakładach odwszenia i w razie potrzeby umieszczenia na oddziałach obserwacyjnych daje jedyną gwarancję, że chory taki przestanie być źródłem szerzenia się zarazy.

W Warszawie mamy 3 szpitale: św. Stanisława na 300 do 380 łóżek, na Pokornej na 360 łóżek, i na Pradze św. Wojciecha na 100 łóżek. Szpitale te obecnie są prawie pełne i nie wystarczą, jeśli wszystkie przypadki będą zakwalifikowane do umieszczenia. Wynika więc potrzeba urządzenia jeszcze jednego szpitala na 200—300 łóżek.

Nadchodząca pora letnia każe się spodziewać zmniejszenia się liczby zachorowań na dur plamisty. Przewidywanie to jednak nie powinno nas wstrzymywać ani od urządzenia nowego szpitala, ani skłaniać do przyspieszenia zmniejszania liczby miejsc przeznaczonych dla duru plamistego, albowiem uprzytomnić musimy sobie ten fakt niezbity, że tylko, że tak powiem, wyłowienie i odosobnienie wszystkich przypadków tej choroby w szpitalach może nas uwolnić od obecnej epi-

demii i zabezpieczyć przyszłą zimę od ponownego nasilenia.

W szpitalach specjalnych, ewentualnie na oddziałach obserwacyjnych powinny być umieszczane podejrzane osoby zarówno co do przypuszczalnego przyszłego zachorowania, jak i kończący swą chorobę i nawet świeżi rekonwalescenci, dopóki nie zostanie skonstatowaniem, że zaraźliwość ich może być wykluczona z absolutną pewnością. Wprawdzie mamy pocieszającą wskazówkę (Töpfer¹⁾), że rekonwalescenci po tyfusie plamistym już w 3 dni od ustania gorączki — nie noszą w sobie zarazka, że więc nie ma tak niebezpiecznych dla szerzenia się zarazy trwałych nosicieli i siewców zarazka (jak to ma miejsce np. z dudem brzuszny, dyzenterią, dyfterytem i t. p.), musimy sobie jednak uprzytomnić ten fakt, że ustalenie granicy między końcowym okresem choroby i tak zw. rekonwalescencją często z trudnością daje się przeprowadzić, a więc choćby i nadmiernej gorliwości w traktowaniu sprawy odrzucać nie należy.

3) Ze sprawą umieszczania chorych na dur plamisty w szpitalach wiąże się ściśle należyte zorganizowanie sposobów przewożenia chorych w specjalnych karétkach z miejsca zamieszkania do szpitali. To bardzo słaba strona organizacji warszawskiej: jest ona niedostateczna, chorzy muszą czekać po kilkanaście godzin, a czasami i więcej na przewożenie do szpitali. Zbyt duża dodawać, że liczba karet i koni powinna być znacznie zwiększona tak, aby chorzy natychmiast po otrzymaniu zawiadomienia mogli być usuwani z mieszkania.

4) Po usunięciu chorego na dur plamisty z mieszkania cała ubikacja wraz z całą zawartością powinna być odkażona należycie i odwszona. Dotychczasowe środki naszego zakładu dezynfekcyjnego, wszyscy to wiemy, są niedostateczne, personel dezynfektorów za mały, niezbyt sprawnie działający. Sprawa będzie lepiej postawiona, gdy świeżo sprowadzone aparaty ruchome do dezynfekcji i dezynsekcji będą w ruch puszczane.

5) Wszystkie osoby z otoczenia chorego, lub które były w zetknięciu z chorym lub z podejrzanym o chorobę duru plamistego powinny być niezwłocznie umieszczone w domu izolacyjnym w celu odkażenia i odwszenia. Pobyt w domu izolacyjnym powinien trwać najmniej 14 dni, t. j. równać się okresowi in-

kubacji duru plamistego. Przykłady z codziennej praktyki sanitarnej dowodzą, że krótsze trzymania odnośnych osób nie prowadzi do celu.

Warszawa posiada dom izolacyjny na ulicy Spokojnej na 150 osób, (może być przy wysiłku powiększony do 250 osób), świeżo otwarty aa Pradze na ul. Lubelskiej na 200 osób (może być powiększony do 500 osób), a nadto w Mokotowie na 20 osób. Ponieważ w kwietniu r. b. notuje się w okresie 2-tygodniowym 500 przypadków świeżych duru plamistego, to licząc tylko po 4 osoby kwalifikujące się do izolacji na jednego chorego, należałoby mieć pomieszczeń w domach izolacyjnych na 2000 osób. Cyfry te przemawiają same za siebie.

Osoby przeznaczone do izolacji powinny być jaknajszybciej przewożone w specjalnych karetach, nie powinny zaś udawać się tamże pieszo, jak to się dzieje obecnie.

6) Jeszcze jeden mamy środek do walki z dudem plamistym to — odwszalnia dla ludzi zdrowych: jedna na Pradze na ulicy Esplanadowej i 2-ga na Dzikiej № 62. Oprócz tego w czerwcu lub lipcu w r. b. będzie otwarta do użytku odwszalnia na Zjeździe na 2000 do 3000 osób, dla osób przychodzących. Naturalnie musi tu być stosowany przymus. Są domy w Warszawie, szczególnie w V i VII okręgu, które są stałym siedliskiem duru plamistego i które z tego powodu kwalifikują się do wysiedlenia mieszkańców i odwszenia zarówno ich samych, jak i samych ubikacji z całą zawartością (bielizna, pościel, ubrania). Dla przeprowadzenia tych zadań powinny być utworzone ruchome oddziały dezynsekcyjne do walki z wszawicą i wszelkim brudem, jako podłożem dla rozwoju pasorzytów.

Ogrom zadania, jakie ma miasto nasze przed sobą, wymagać będzie nadzwyczajnych wydatków, nadzwyczajnego wysiłku. Wysiłek ten należy zrobić, aby uwolnić mieszkańców od trapiącej plagi.

W walce z epidemią duru plamistego nie należy zapominać o innych chorobach infekcyjnych, z jakimi mamy obecnie do czynienia. Mam tu na myśli dyzenterię i dur brzuszny. Warunki walki z temi chorobami są cokolwiek inne. Najważniejsza rzecz—to izolacja chorych i niewypuszczanie ich ze szpitala, dopóki chorzy ci nie przestaną wydzielać zarazków. Należałoby wydać pod tym względem szereg przepisów obowiązujących. Mam tu na myśli szczególnie dyzenterię, która obecnie się zwiększa i może wystąpić jako epidemia sezonowa, począwszy od

¹⁾ Dr H. Töpfer. Der Fleckfiebererreger in d. Laus. Deutsche Med. Woch. 1916 № 41.

sierpnia i w jesieni. Śmiertelność w dyzenterii jest 3 razy większa od śmiertelności w durze plamistym i obecnie już choroba ta kości ofiary z pośród starszego pokolenia i dzieci.

Walka z dudem plamistym i wogóle z chorobami zakaźnymi powinna się koncentrować w Urzędzie Zdrowia. Do pomocy w chwili obecnej należałoby powołać organizację nadwycieczną, mającą na celu skoordynowanie wszystkich czynników, wiodących do zwalczania zarówno duru plamistego jak i in-

nych chorób zakaźnych. Organizację taką widziałbym w Komisji, w skład której weszli by: Inspektor Urzędu zdrowia wraz z kilku przedstawicielami tegoż Urzędu, Inspektor wydziału szpitalnictwa, przedstawiciel Rady Miejskiej, i 2 przedstawiciele Magistratu (technik i członek wydziału finansowego). Postanowienia Komisji powinny by mieć moc obowiązującą, ulegałyby jedynie zatwierdzeniu przez Prezydenta Miasta.

ODCINEK.

Organizacja państwowej służby zdrowia w Królestwie Polskim w przeszłości i w chwili obecnej.

podał

Dr W. Chodźko ¹⁾.

W rzędzie spraw, należących do zakresu administracji państwowej, stanowi pieczę nad zdrowiem obywateli kraju jedno z zagadnień podstawowych. Państwo przyjęło na siebie ten obowiązek dopiero z chwilą powstania organizacji państwowej w rozumieniu współczesnym, a więc w drugiej połowie XVII i w XVIII stuleciu. Wtedy to powstała odrębna gałąź medycyny i administracji, mająca na celu roztoczenie opieki państwa nad zdrowotnością publiczną i określana nazwą policji lekarskiej.

Twórcą właściwym policji lekarskiej, opartej na podstawach naukowych, był Jan Piotr Frank, słynny profesor wszechnicy Wileńskiej.

Okres rozwoju policji lekarskiej w Europie Zachodniej zbiega się z okresem rozbiorów Polski, nic więc dziwnego, że, jakkolwiek Ustawa rządowa 3-go maja 1791 r. poleciła Komisji Policji: „doglądanie jaknajściślej tego wszystkiego, co należy do zachowania i pewności zdrowia ludzkiego, a przeto ułożenie i zachowanie porządku względem lekarzów i lekarstw, chirurgów, cyrulików, aptekarzy, aptek i sztuki babienia...”, jakkolwiek Komisja Policji energicznie zabierała się do zbadania stanu sanitarnego kraju przez swoje organy wykonawcze, na należyte zorganizowanie władz sanitarnych i opracowanie polskiego ustawodawstwa sanitarnego nie starczyło już czasu.

Początek polskiej państwowej organizacji sanitarnej przypada na d. 1 października 1807 r., kiedy ówczesna tymczasowa Komisja Rządząca powołała do życia Najwyższą Dy-

rekcyję Lekarską Księstwa Warszawskiego, zlecając jej organizację i zarząd służby zdrowia w kraju. Utworzone zostały departamentowe Dyrekcyjne lekarskie, na których czele stał fizyk departamentu, lekarz.

Zadaniem fizyków i dyrekcyj lekarskich departamentowych było: nadzór nad zdrowotnością publiczną, walka z chorobami zakaźnymi, rozpowszechnianie szczepienia ospy ochronnej, badania i rozbiory wód mineralnych, ogłaszanie rozporządzeń Najwyższej Dyrekcyj lekarskiej i przesyłanie jej sprawozdań ze swoich czynności.

W powiatach funkcjonowali fizycy powiatowi, do których obowiązków należało: zapobieganie epidemiom, badanie wartości krajowych wód mineralnych, nadzór nad praktyką lekarską, kontrola aptek i baczenie, aby lekarstwa nie były sprzedawane ponad takse, zwalczanie przesądów leczniczych wśród ludu, bezpłatne leczenie ubogich.

Organizacja samitarna z r. 1807, utworzona przez Rząd tymczasowy ówczesny, Komisję Rządzącą, przetrwała 2 lata z górą, aby ustąpić miejsca organizacji stałej, wprowadzonej Dekretem Królewskim, datowanym z Drezna pod d. 19 września 1809 r.: była to administracja „Policji Medycynalnej” w Księstwie Warszawskim. Organizacja ta została włączona do ministerium spraw wewnętrznych, w którym stanowiła odrębny „Wydział lekarski”; na czele tego wydziału stał szef-lekarz z tytułem „konsyliarza ministerji”, szef wydziału nie mógł wydawać od siebie żadnych rozporządzeń, mógł to czynić tylko minister.

Co stanowiło treść nazwy „policji medycynalnej”, czyli policji lekarskiej, w myśl dekretu 1809 r.? — przedsięwzięcie wszelkich środków celem zapobieżenia wypadkom zdrowiu szkodliwym, dozór nad osobami, trudniącymi się leczeniem, albo przygotowywaniem

¹⁾ Według referatu, wygłoszonego z polecenia P. Dyrektora Departamentu Spraw Wewnętrznych Tymcz. Rady Stanu Królestwa Polskiego na posiedzeniu Zjazdu Krajowego w Warszawie w dn. 16 marca 1917 r.

leków, nad zakładami, kształcącymi te osoby zawodowo, nad szpitalami, piecza nad tem, aby ludność otrzymywała zdrową żywność i była zabezpieczona od chorób zaraźliwych, razem z jej dobytkiem.

W departamentach zarząd policyi lekarskiej znajdował się w rękach urzędników administracyjnych, prefektów; w biurach prefektur istniały oddzielne wydziały lekarskie departamentowe z szefem, fizykiem departamentowym na czele.

Fizyk departamentowy mógł odbierać rozkazy bezpośrednio od ministra i składać mu raporty na jego wezwanie; poza tem jednak we wszystkich swoich czynnościach był zależny od prefekta, — sam od siebie fizyk departamentowy mógł wydawać rozporządzenia fizykom powiatowym.

W powiatach zarząd policyi lekarskiej powierzony był podprefektom (naczelnikom powiatu), w miastach prezydentom municypalnym, w Warszawie prezydentowi policyi; urzędnikom tym do pomocy w czynnościach sanitarnych dodani byli fizycy i chirurdzy powiatowi, ewent. miejscy.

Odrębną organizację centralną stanowiła Rada Ogólna Lekarska pod władzą ministra spraw wewnętrznych, której zadaniem była praca nad wydoskonaleniem i upowszechnieniem wiadomości lekarskich w Księstwie Warszawskim, opracowywanie instrukcyi i regulaminów sanitarnych, czynności egzaminacyjnych (wydawanie pozwoleń na wykonywanie praktyki lekarskiej) etc. Rada Ogólna Lekarska nie była związana bezpośrednio z wydziałem lekarskim. ministerjum spraw wewnętrznych i znajdowała się często w kolizyi z tym ostatnim.

Jeżelibyśmy chcieli porównać pod względem ustosunkowania i podziału władzy obie organizacje sanitarne Księstwa Warszawskiego, t. j. organizację z 1807 r. z organizacją z 1809 r., zauważylibyśmy z łatwością, że wcześniejsza z nich, oddająca zarządzanie sprawami sanitarnymi w ręce fachowców-lekarzy, była racjonalniejsza, niż organizacja z 1809 r., oddająca całą sprawę do dyspozycyi urzędników administracyjnych, przy których lekarze pełnili jedynie czynności pomocnicze i doradcze.

Wydział lekarski ministerjum spraw wewnętrznych zwinięty został ze względów oszczędnościowych Dekretem Królewskim z 29 stycznia 1912 r., jednak Rada Ogólna Lekarska została utrzymana.

Nowa organizacja krajowej policyi lekarskiej stała się konieczną z chwilą przetworzenia Księstwa Warszawskiego na Królestwo Polskie; powstała ona uchwałą Rady Administracyjnej z d. 21 czerwca 1817 r.

Do wykonywania zadań policyi lekarskiej powołano wydział policyi generalnej w biurze Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Policyi. W powstałych na miejsce departamentów województwach zarząd policyi lekarskiej należał do komisyi wojewódzkich organów administracyjnych, którym, jako biegłych, dodano fizyka i chirurga; w ob-

wodach sprawy sanitarne powierzono komisarzom obwodowym, którym do pomocy dodano lekarzy obwodowych. W miastach sprawami sanitarnymi zarządzali prezydenci municypalności, albo burmistrzowie, których doradcami w tych sprawach byli lekarze miejscy. Rada Ogólna Lekarska w ustawie 1817 roku została utrzymana z temi samymi naogół, co i poprzednio kompetencyjami.

Organizacja sanitarna 1817 r. zasadniczo nie różni się od organizacji 1807 r., gdyż i tu, tak jak poprzednio, głos decydujący w sprawach sanitarnych mają nie fachowcy-lekarze, ale urzędnicy administracyjni.

Należący do Komisji Rządowej spraw wewnętrznych i policyi, referent lekarski przydzielony był do składu Dyrekcyi Policyi i Poczty; w takim stanie rzeczy o jakimkolwiek wybitniejszym oddziaływaniu na stan zdrowotny kraju myśleć nie było można.

Niedokładności i braki, wynikające z tak wadliwego zorganizowania służby zdrowia w kraju nie uszły uwagi rządu Królestwa Polskiego, który też w r. 1832, powołując Tymczasowy Komitet Lekarski, przystąpił do pracy nad nową ustawą sanitarną dla Królestwa. Ustawa ta, ostatnia ustawa służby zdrowia, wydana przez rząd polski, ogłoszona została w d. 3 lipca 1838 ¹⁾ pod nazwą: „Ustawy o Zarządzie Wydziału Cywilno-lekarskiego w Królestwie Polskiem”. W myśl ustawy w Komisji Rządowej spraw wewnętrznych utworzono osobny Wydział cywilno-lekarski, którego szef, lekarz, nosił tytuł: Głównego Inspektora Służby Zdrowia w Królestwie Polskiem i miał sobie przyznane prawa, równe dyrektorom innych wydziałów Komisji Rządowej; inspektor podlegał bezpośrednio ministrowi t. zw. Dyrektorowi głównemu prezydującemu w Komisji Rządowej spraw wewnętrznych. Do kompetencji inspektora należał całokształt spraw zdrowotności publicznej w ówczesnem jego rozumieniu. Jako organ doradczy funkcjonowała Rada Lekarska Królestwa Polskiego, której przewodniczącym był Inspektor Główny Służby Zdrowia. W województwach, przemianowanych tymczasem na gubernie, po jednym na każde dwie, funkcjonowały do spraw ochrony zdrowia publicznego gubernialne urzędy lekarskie, na których czele stali gubernialni inspektorzy lekarscy; w obwodach czynni byli lekarze obwodowi, po miastach — miejscy. Lekarze obwodowi byli zależni bezpośrednio od inspektorów lekarskich gubernialnych; inspektorzy gubernialni od głównego inspektora Służby Zdrowia. Ani gubernatorzy, ani komisarze obwodowi (naczelnicy powiatu) nie byli bezpośrednio zwierzchnikami lekarzy w guberniach i obwodach (powiatach). Władze lekarskie były jednak z nimi skoordynowane.

Organizacja powyższa, w której czynnikowi fachowemu — lekarzowi znowu przyznano należyty mu głos w sprawach sanitarnych kraju, przetrwała do roku 1867. Upadek powstania

¹⁾ W ostatecznej redakcyi 28 stycznia 1840 r. pod nazwą: „Ustawy o Zarządzie Cywilno-lekarskiej Służby w Królestwie Polskiem”.

narodowego 1863 r. był dla niej wyrokiem śmierci. Ukazem z 20 lipca 1867 r. Aleksander II polecił „bezzwłocznie“ znieść Radę Lekarską Królestwa Polskiego, Wydział Lekarski Komisji Spraw wewnętrznych i Urząd Głównego Inspektora Służby Zdrowia w Królestwie. Organizację sanitarną w guberniach poddano władzy gubernatorów, w powiatach — naczelników powiatów. Odtąd rozpoczął się powolny, ale stały upadek kraju naszego pod względem zdrowotnym.

Uchodzący najeźdźcy zostawili nam w spuściznę dwie choroby, nieznane w Europie Zachodniej: niewygasający tyfus plamisty i wciąż grasująca oспа; syfilis, szerzący się w sposób przeraźliwy, szpitale zrujnowane, w liczbie o 70% mniejszej, niż potrzeby ludności wymagają, całkowity niemal brak pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej i brak wszelkiej organizacji sanitarnej krajowej, jako tako sprawnie działającej.

* * *

Stanęliśmy wobec zadania zorganizowania na nowo państwowej służby zdrowia w Królestwie Polskiem.

Zasady, na jakich oprze się prawdopodobnie ta organizacja, wyłaniają się z licznych narad, odbywanych w gronie specjalistów lekarzy i prawników; ujawniło się tu jednomyślne dążenie do skoncentrowania w jednym wydziale, pod zarządem lekarza, wszystkich spraw zdrowotności publicznej, do których zaliczyć trzeba:

Zwalczanie chorób zakaźnych.

Walkę z chorobami zakaźnymi i prostytucją.

Zwalczanie gruźlicy.

Zwalczanie chorób umysłowych.

Walkę ze śmiertelnością niemowląt.

Opiekę nad dziećmi.

Higienę szkolną.

Higienę przemysłową.

Higienę mieszkań i higienę komunikacji.

Kontrolę nad zakładami leczniczymi, publicznymi i prywatnymi.

Kontrolę nad zakładami wód mineralnych (uzdrowiska i zdrojowiska).

Kontrolę środków spożywczych.

Kontrolę weterynaryjną.

Kontrolę nad aptekami i składami aptecznymi.

Kontrolę praktyki lekarskiej i dentystycznej.

Sprawy sądowolekarskie.

Czy odrębna ta organizacja uzyska prawa ministerium, czy też będzie stanowiła Wydział ministerium Spraw Wewnętrznych, co do tego zdania są podzielone. W każdym razie siłą swego istnienia Wydział Zdrowia Publicznego pozyska dla siebie jaknajwiększy zakres samodzielności, jako jeden z najbardziej specjalnych i fachowych organów w zarządzie centralnym państwa. Wskrzeszona Rada Lekarska Królestwa Polskiego stanowić będzie organ doradczy i rzeczoznawczy Wydziału Zdrowia. Wydział, ze względu na ogrom zadań, podzielić się musi na szereg referatów do załatwiania spraw oddzielnych z obszernej

dziedziny państwowych i społecznych zagadnień sanitarnych.

Organami miejscowymi Wydziału Zdrowia będą lekarze powiatowi, którzy będą postawieni na czele powiatowych Wydziałów Zdrowia, złożonych z asesora farmacji, weterynarza powiatowego, budowniczego, chemika urzędowego, przedstawiciela inspektoratu, przemysłowego, rządowego wizytatora szkół, kilku lekarzy, praktykujących w powiecie i delegatów samorządu miejscowego. Lekarz powiatowy będzie odpowiedzialny za całokształt spraw sanitarnych powiatu, nie będzie on zależny bezpośrednio od urzędnika administracyjnego, stojącego na czele powiatu, musi jednak, w czynnościach swoich z nim, jako przedstawicielem całości władzy państwowej wykonawczej, ściśle się koordynować; z drugiej strony zaś, naczelnik administracji powiatowej musi lekarzowi państwowemu udzielać do dyspozycji sił wykonawczych policji miejscowej. Trudności, związane z należytym ustosunkowaniem kompetencji lekarza powiatowego i miejscowego naczelnika władzy administracyjnej, stanowiły i stanowią dotąd ten szkopuł, o który rozbijają się najlepiej nawet nieraz umotywowane i najlogiczniejsze napozór projekty organizacji sanitarnej państwa. Jeżeli siły fachowe lekarskie uznają zasadę jednolitości i spójności władzy administracyjnej w powiecie, władza zaś administracyjna, uznając fachową i moralną kompetencję lekarza, nie będzie w dziedzinie sanitarnej wydawała zarządzeń samodzielnych, to problemat ten da się być może rozwiązać względnie pomyślnie, tembardziej że na naszym gruncie niema jeszcze ani biurokracyi, zazdrośnej o swoje przywileje, tradycjami wieków uświęcone, ani lekarzy, negujących konieczności państwowe.

Nowy w stosunkach naszych problemat stanowi udział w sprawach sanitarnych świeżo powstałych organów samorządowych, miejskich i powiatowych, obok dawniej istniejących gminnych. Organizacje samorządowe winny wytworzyć komisje sanitarne, czy sekcje zdrowia publicznego, do których należeć będzie wykonywanie zadań społecznego prawodawstwa sanitarnego. Natomiast państwo zastrzedz sobie musi wydawanie ogólnie obowiązujących praw, ustaw i przepisów sanitarnych, dozór nad ich wykonywaniem przez organy samorządu miejscowego, oraz prawo przymusu w stosunku do tych organów.

Oczywiście państwo nie będzie odmawiało pomocy materialnej do przeprowadzania pilnych inwestycji sanitarnych w gminach miejskich i wiejskich, finansowo niewydolnych. Te właśnie liczne i skomplikowane zadania dozoru i opieki będą wykonywane przez państwowe organy sanitarne centralne i obwodowe.

Nasze budownictwo państwowe cechować winna przejrzystość i prostota organizacji, jej dostateczna sprężystość, szybkość działania i unikanie zbytecznych kosztów administracji. Sądzymy, że plan organizacyjny tu nakreślony warunkom tym odpowie.

Wiadomości bieżące.

— W roku bieżącym kończy się 10-letni okres istnienia szkoły początkowej im. Chałubińskiego, utrzymywanej przez lekarzy warszawskich. Szkoła ta została założona w r. 1907 pod opieką Macierzy Szkolnej, a po zamknięciu tej instytucji oświatowej przeszła pod zarząd Tow. Opieki nad dziećmi, w którym stanowiła oddzielne Gniazdo im. Boduena. Zarząd Szkoły zaprasza wszystkich lekarzy-ofiarodawców Koła na walne Zgromadzenie do lokalu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23) w d. 6 czerwca r. b. o g. 8 wieczorem. Na zebraniu tem będzie przedstawione sprawozdanie z dziesięcioletniej działalności szkoły i z wydajności pracy społeczno-oświatowej lekarzy warszawskich.

— Wydział przyrodniczy Tow. Kursów Naukowych w Warszawie organizuje Kursa uzupełniające dla lekarzy szkolnych. Kursy te rozpoczną się 2-go czerwca; wykłady odbywać się będą w godzinach wieczornych (8—10). Wyłożone zostaną tematy następujące: P. Abramowski. Metody psychologiczne badania indywidualności P. W. M. Borowski. Ogólne zasady pedagogiki. P. J. Brunner. Siewcy zarasków w szkole. P. Matylda Biehler. Szkoła a choroby zakaźne. P. J. Kłos. Wymagania higieny w budownictwie szkolnem. P. W. Knappe. Anatomia i fizjologia narządów podczas wzrostu, wpływ wzrostu na poszczególne narządy; znaczenie rozwoju narządów oraz okresu dojrzewania w wieku szkolnym. P. S. Kopiczyński. Neuro- i psychopatologia dziatwy szkolnej. P. S. Orłowski. Podstawy psychologii fizjologicznej. P. S. Rottermund. Nowoczesny kierunek w wychowaniu fizycznym w szkole. P. J. Szmurło. Rola higieny szkolnej i lekarza szkolnego z urzeczywistnieniem zadań społeczno-narodowych. Historia higieny w Polsce. Wewnętrzne urządzenia szkolne. Badania indywidualne uczniów. Praktyczne i teoretyczne metody szerzenia pojęć higienicznych wśród uczniów i nauczycieli. P. K. Stolyhow. Metodyka

badan antropologicznych morfologicznych nad młodzieżą szkolną.

— 15-te sprawozdanie tymczasowe Komitetu Pomocy Koleżeńskiejskiej za czas od 20. X. 1915 do 15. IV. 1917. Do dnia 15. IV. 1917 wpłynęło do kasy K. P. K. rb. 12702 kop. 57²/₃, z czego kasa K. P. K. wydatkowała rb. 12644 kop. 58²/₃, a mianowicie: 1) wypłacono pożyczek 36 rodzinom lekarzy na sumę rb. 11365 kop. 83, 2) wydano 2462 bony na obiady na sumę rb. 765 kop. 70, 3) zakupiono żywności na sumę rb. 10 kop. 80, 4) zakupiono odzieży i obuwia w sekcji pracy kobiet Komitetu Obywat. m. Warszawy wzgl. przy udziale tejże sekcji, za sumę rb. 59 kop. 35, 5) wydano na druki i incasso składek rb. 381 k. 31²/₃, 6) 7¹/₂% od rb. 300, pożyczonych w Warsz. Kasie Pożyczk.-Oszczędn. Lekarzy rb. 22 kop. 50, 7) poniesiono stratę na zmianie kursu urzędowego marki rb. 39 kop. 09. Pozostało w kasie: 1) w gotowiźnie rb. 56 kop. 94, 2) 3 bony na obiady wartości rb. 1 kop. 05. Razem pozostałość wynosi rb. 57 kop. 99. Wpłynęło do kasy K. P. K. w marcu r. b.: a) składek rb. 526 kop. 10, b) przez zaciągnięcie pożyczek rb. 400, razem wpłynęło rb. 926 kop. 10. Wydatkowała kasa K. P. K. w kwietniu r. b. rb. 788 kop. 45, a to na pożyczki na rzecz rodzin lekarskich i na wydawanie bonów na obiady. Sprawozdanie szczegółowe z działalności K. P. K. ukaże się w pamiętniku do rocznym Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Na d e s ł a n o: 1) Projekty ustroju sanitarnego Królestwa Polskiego i Galicji. (Odbitka z Przeglądu Lekarskiego). 2) Sprawozdanie Sekcji tanich kuchni i herbaciarń warszawskich za r. 1916. 3) Najważniejsze przepisy budowlane i sanitarne dla letnisk, zalecone przez wydział balneo-klimatologiczny Tow. Higienicznego Warszawskiego. 4) Zarząd miasta stołecznego Warszawy. Sprawozdanie sierpień—grudzień. 1915.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Jan Koelichen. Przypadek wybroczyny krwawej do rdzenia szyjnego pochodzenia urazowego z napadami omdlenia, zależnymi od postawy pionowej	249	międu duru plamistego w Warszawie	253
Henryk Ruppert. W sprawie walki z epi-		Odcinek. W. Chodźko. Organizacja państwowej służby zdrowia w Królestwie Polskiem w przeszłości i w chwili obecnej	257
		Wiadomości bieżące.	260

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

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 10¹/₂ do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

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

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17, półrocznie M. 8.50; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.25, na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

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

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

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. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworzeniowych 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“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,
ponownie przez autorów opracowane.

Cena Rb. 5 kop. 50, z przesyłką Rb. 6.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena niższa na **Rb. 2 kop. 50, z przesyłką Rb. 3.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.



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, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

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

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY
 I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przrządy, motorowe), przrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecymi, oraz wewnętrznymi, z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt i opatrunki od 3 do 7 rb. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdują w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do uskutecznienia leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.

Hemogen Magistra Klawe

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 LABORATORJUM CHEMICZNE

Magistra K L A W E,

10, Pl. Trzech Krzyży Warszawa.

Związek chemiczny,
 zawierający
 żelazo i mangan.



Próbki i literatura na żądanie P.P. Lekarzy.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”.

D-ra Med. Henryka Nusbauma

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

(Fizjologia, Patologia i Terapia ogólna, Propedeutyka)
 z rysunkami w tekście, portretem autora i przedmową napisaną przez doc. dra J. Pruszyńskiego.

Cena M. 6.25.

Skład Główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.
 Kraków, G. Gebethner i S-ka.