



Rok LII.

Warszawa d. 25 Sierpnia 1917.

Nº 34.

# GAZETA LEKARSKA

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru Nº 2699.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

## SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku  
do przygotowania kąpieli balsamicznych  
poleca własnego wyrobu

**Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“**

Marszałkowska 23.

## SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).  
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie  
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu  
**Warszawskie Tow. Akcyjne**  
„MOTOR“.

## INIEKCJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.  
i wiele innych.

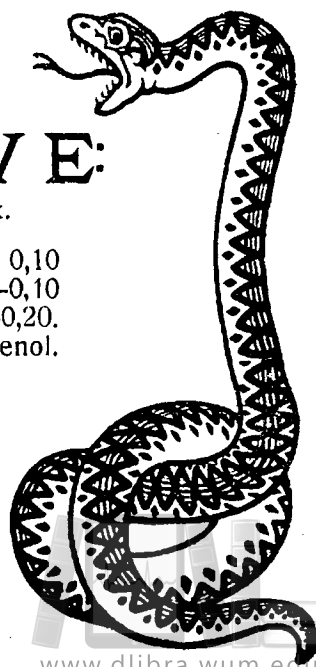
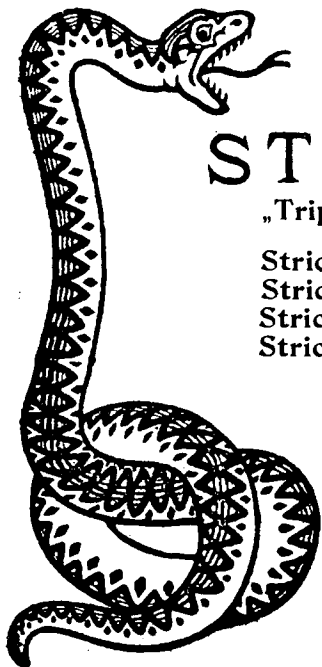
POLECA

A P T E K A

**E. GESSNERA**

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



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 wąglkowe. Nosaczna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska Nr 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 m. 13.75, z przesyłką m. 15.**

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena niższa na m. 6.25, z przesyłką m. 7.50.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.



# AZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE.

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJ-  
TNOŚCI LEKARSKICH.

Dziesięć  
Dzieci

Ogólnego zbioru № 2699

Warszawa, d. 25 sierpnia 1917 r.

Z KLINIKI LEKARSKIEJ C. K. UNIWERSYTETU WE LWOWIE (DYREKTOR PROF. DR A. GLUZIŃSKI).

## Cukromocz a cholesterynemia ciężarnych.

(Przyczynek do znaczenia cholesteryny w patologii ludzkiej).

Podał

Dr I. Sohn.

### I.

#### Cukromocz ciężarnych.

Sprawa cukromoczu ciężarnych wielokrotnie była przedmiotem licznych badań i nieraz wciągnięta była w sprawę ogólną cukrzycy, chociaż, jak się okazało w ostatnich czasach, z tą jednostką chorobną niewiele ma wspólnego. Nie będę tutaj wyliczał całego szeregu badaczy, którzy zajmowali się tym przedmiotem, ani też przedstawiał wszystkich zapatrywań w tej sprawie — wspomnę tylko o najważniejszych. Z chwilą, gdy wykazano, że cukromocz pokarmowy często jest zależny od zmian w wątrobie, zwrócono uwagę na fizjologiczne zachowanie się wątroby podczas ciąży, mianowicie na tolerancję jej względem węglowodanów. Doświadczenia Jakscha w Pradze, Reichensteina z naszej kliniki, Falka i innych stwierdziły, że w ciąży tolerancja wątroby względem cukru lewosrotnego jest upośledzona, a objaw ten, z chwilą podania go przez Straussa, został przez wielu badaczy (Sachs, Sabatowski, Hofbauer i inni) stwierdzony w przebiegu chorób ze zmianą czynnościową wątroby. Hofbauer twierdził nawet, że zjawisko to można zużytkować dla wczesnego rozpoznania ciąży. Ten sam autor doszedł też do wniosku, badając wątrobę

czynnościowo i histologicznie, że można mówić nawet o specjalnej wątrobie ciężarnych. Badania te jednak przez późniejszych badaczy (Schikele, Heynemann, Landsberg) nie zostały potwierdzone.

Następnie, gdy nauka o „wydzielaniu wewnętrznym” coraz więcej zyskiwała podstaw, z niektórych objawów występujących podczas ciąży: powiększenia przysadki, gruczołu tarczowego, silniejszego oddziaływania ciężarnych na wstrzykniętą adrenalinę, — wnosili Reichenstein, Hofbauer i inni, że cukromocz ciężarnych ma swe źródło w zaburzeniu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. I to przypuszczenie, nie mające dostatecznych dowodów, straciło na wartości z chwilą, gdy zajęto się sprawą zachowania się cukru we krwi ciężarnych. Pierwsi Beutin, Neubauer i Nowak stwierdzili u ciężarnych prawidłowe a nawet nieco niższe niż prawidłowe ilości cukru we krwi. Tu odrazu należy zaznaczyć, że za prawidłowe wartości cukru we krwi według Liefmanna, Sterna, Bauga i Noordena uważamy 0,07 — 0,11%, czyli przeciętnie 0,09%. Ilość cukru we krwi powyżej tych liczb nazywamy hyper-poniżej zaś — hypoglykemią. W przebiegu cukrzycy, chorób nerek, duszności, w stanach gorączko-

wych, jakoteż po wstrzyknięciu adrenaliny stwierdzamy hyperglykemię. Gdy zatem wyżej wspomnieni badacze stwierdzili niskie ilości cukru we krwi ciężarnych, należało przypuścić, że nie można za przyczynę tego cukromoczu uważać gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, gdyż cukromocz, wywołany przez ich nadczynność, przebiega zwykle z hyperglykemią tembardziej zaś nie można utożsamiać tej sprawy chorobnej z cukrzycą.

A jednak ostatnio Schirokauer, mimo stwierdzenia przez niego samego hypoglykემii, wraca do dawnego zapatrywania, że cukromocz ciężarnych ma swe źródło w zmienionej czynności wątroby. W ostatnim roku starali się Nowak, Porges i Strizover, Frank i Mann ująć tę sprawę z innego stanowiska i klinicznie wyjaśnić.

Wiadomo ogólnie, że nawet w przebiegu cukrzycy zawartość cukru we krwi nie idzie równolegle z wydzielaniem go w moczu, że mimo dużej ilości cukru we krwi, w moczu może być cukru mało, lub może go nawet wcale nie być. Badania Noordena i jego szkoły wykazały, że zależy to od zmian w nerkach, mianowicie od zagęszczenia t. zw. filtru nerkowego, że w przebiegu pewnych chorób, nerka może się stać dla cukru mniej przepuszczalną. Odwrotnie zaś dochodzi Klemperer do wniosku, że w patologii ludzkiej są prawdopodobnie możliwe stany, w których filtr ten jest bardziej rozluźniony i wobec małej nawet ilości cukru we krwi nerki łatwiej go przepuszczają. Doszedł zaś do tego na podstawie analogii ze znanymi już poprzednio doświadczeniami na zwierzętach, w których cały szereg badaczy, ostatnio Frank, stwierdzili, że po wstrzyknięciu pewnych soli występuje cukromocz kilka dni się utrzymujący z hypoglykemią we krwi; dzieje się to po zatruciach sublimatem, uranem, chromem i kantarydyną. Ta zatem „cukrzyca nerkowa“ nie ma swego źródła w zaburzeniu tych narządów, których zadaniem jest wytwarzanie cukru, bądź przemiana węglowodanów, ale w zaburzeniu czynnościowym nerki, która straciła zdolność zatrzymywania czy rezerwy cukru i wydziela go już wobec prawidłowej ilości cukru we krwi, lub nawet wobec niższej, niż prawidłowa.

Rozumowanie Klemperera okazało się w praktyce słusznym, i następnie Luthje, Lepine, Kolisch, Buber, Wieland Bönniger, Tachau, Frank, Salomon, a z kliniki naszej Reichenstein opisali poszczególne przypadki, które wyraźnie odbiegają od zwykłej cukrzycy, a natomiast zgadzają się z przypuszczeniem

Klemperera, że obecnie istnienie podobnej jednostki chorobnej zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości. Luthje jednak postawił pewne warunki, którym ta postać cukrzycy nerkowej odpowiadać powinna, a mianowicie: 1) ilość cukru we krwi ma być najwyższą prawidłową lub zmniejszoną (a nie zwiększoną); 2) cukromocz winien być niezależny od przyjętych pokarmów (węglowodanów); 3) cukromocz nie powinien istnieć przed schorzeniem nerek. Z tych warunków najważniejszym okazał się warunek I-szy, II-gi zaś nie da się utrzymać w zupełności, chociaż w pewnej mierze jest słuszny i konieczny. Jeżeli bowiem zważymy, że nawet po wstrzyknięciu florydzyzny cukromocz w pewnej małej wprawdzie części zależy od przyjętych pokarmów, to warunek ten ściśle tak, jak Luthje żąda, w patologii ludzkiej utrzymać się nie da. Ma się rozumieć, że zależność cukromoczu od pokarmów nie może i nie powinna przebiegać tak równolegle, jak w zwykłej cukrzycy. Warunek trzeci również w zupełności utrzymać się nie da, gdyż zmiana czynnościowa nerki niezawsze musi przebiegać z widoczną zmianą anatomiczną. Przecież nawet po wstrzyknięciu florydzyzny występuje wyraźna zmiana czynnościowa nerki (cukromocz), a badając nerki takie anatomicznie, nie jesteśmy w stanie wyrażnej zmiany wykazać. Białkomocz zatem lub inne cechy, świadczące o zmianie anatomicznej w nerkach, mogą zupełnie nie istnieć. W ten też sposób pojmuje cały szereg badaczy (Nowak, Porges i Strizover, Frank i inni) *diabetes renalis*. Trzej pierwsi, badając przeszło 600 ciężarnych, znaleźli 16, które wykazywały cukromocz, a co do zachowania się cukru we krwi i tolerancji względem węglowodanów, zachowywały się wedle wyżej opisanych cech. Stąd dochodzą oni do wniosku, że cukromocz ciężarnych ma swoje źródło w zmienionej czynności nerek. Prawie równocześnie i niezależnie od tych autorów, Mann i Frank ogłaszają przypadki cukrzycy nerkowej u ciężarnych.

Wobec wyżej przytoczonych faktów, że niektórzy z autorów wiązali cukromocz ciężarnych z zaburzeniami wątroby, inni — nerek, jeszcze inni — gruczołów z wydzielaniem wewnętrznym i ponieważ skądinąd wiemy, że w cukrzycy gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym ważną odgrywają rolę, postanowiliśmy badania te w klinice naszej powtórzyć i uzupełnić oznaczeniami cukru we krwi po podaniu większej ilości węglowodanów, wstrzykiwaniach adrenaliny i t. d. Nadto postano-

wiliśmy zbadać po części klinicznie u tych samych ciężarnych zachowanie się nerek w nadziei, że w ten sposób da się zaburzenie to wyjaśnić.

Badania czynnościowe nerek datują się od czasu, kiedy klinicyści spostrzegli, że między obrazem sekcyjnym a przebiegiem klinicznym schorzeń nerek znaczna zachodzi różnica. Nieraz się zdarzało, że przypadki, przebiegające z białkomoczem, nabłonkami nerkowymi i wałeczkami w osadzie, zmian na sekcyi nie przedstawiały, przeciwnie zaś anatomopatolog znajdował w nerkach wyraźne zmiany, gdy klinicznie nerka funkcjonowała prawie bez zarzutu. Ta niezgodność między przebiegiem klinicznym a obrazem anatomopatologicznym doprowadziła do tego, że w schorzeniach nerek klinicyści przestali liczyć się z podziałem anatomopatologicznym, o schorzeniach zaś nerek zaczęto sądzić z zaburzeń czynnościowych. Z tego też czasu pochodzą próby badania czynnościowego nerek Vidala, Straussa, Noordena i innych co do t. zw. rozcieńczenia i zagęszczenia (*Verdünnungs- und Konzentrationsprobe*), badania z wydzielaniem barwików, oznaczanie diastazy (Wohlgemuth), punktu zamarzania i t. d. W nowszych czasach Schleyerowi zawdzięczamy wydoskonalenie metody czynnościowego badania nerek. Przy pomocy dwu grup jądów wywołał Schleyer 2 rodzaje schorzenia nerek: postać naczyniową i cewkową (*tubularis*), poczem doświadczenia te przeniósł na patologię ludzką. W tych doświadczeniach wywołanych schorzeniach nerek wykazał Schleyer, że w postaci naczyniowej ilość moczu się zmniejsza, w cewkowej zaś postaci zmniejsza się wydzielanie soli, a tłumaczy to tem, że wydzielanie wody zależne jest od kłębków, wydzielanie zaś soli odbywa się w kanalikach. Istnieje również różnica wydzielania się jodu i cukru mlecznego. W schorzeniu naczyniowym jod wydzielą się, jak w nerce zdrowej, cukier zaś mleczny (wstrzyknięty dożylnie) znacznie wolniej. Odwrotnie, w schorzeniach kanalików jod wydzielą się powoli. Na podstawie metod badania czynnościowego, przeprowadzonych w wielu przypadkach rozmaitych schorzeń nerek, dzieli Schleyer i klinicznie schorzenia nerek na 2 grupy: naczyniową i cewkową.

Nie da się zaprzeczyć, że metoda ta posiada pewne luki, jednak klinicznie oddała ona pewne usługi, stąd postanowiliśmy zastosować ją w pewnej mierze do naszych badań, wychodząc z tego założenia, że jeśli cukromocz ciężarnych zależy od „filtru“ nerko-

wego, to w takim razie wydzielanie badanej soli lub jodu będzie się odbywało szybciej, niż u ludzi z prawidłową zdolnością koncentracji.

Badania nasze przeprowadziliśmy na 23 ciężarnych<sup>1)</sup>, którym ustaliliśmy dyetę (stałe codziennie to samo) głównie zwracając uwagę, by ilość dostarczanej soli i węglowodanów była jednakowa. Następnie podawaliśmy cukier (100 gr. dekstrozy), badając mocz w odstępach 2 godzinnych przez godzin 12; z nocy zaś całe mocz zbierano do rana. U każdej ciężarnej oznaczaliśmy cukier we krwi po śniadaniu. Jod i sól (NaCl) podawaliśmy wedle poleceń Schleyera; wstrzykiwania cukru mlecznego wśródźylnie nie stosowaliśmy, gdyż niektórzy zauważyli czasem podwyżkę ciepłoty, a wobec tego, że materiał nasz składał się z ciężarnych, obawialiśmy się, by wahania ciepłoty na dalszy przebieg ciąży ujemnie nie wpłynęły. Nadto wstrzykiwaliśmy adrenalinę, poczem w 2 godziny badano krew na zawartość cukru, w tym samym czasie i później mocz badano zawsze w odstępach 2 godzinnych, w kilku przypadkach cukier we krwi oznaczany był w 2 godziny po podaniu 100 gr. dekstrozy, następnie po raz wtóry po podaniu 100 gr. dekstrozy z równoczesnem wstrzyknięciem adrenaliny, lub *extr. gl. hypophyseos* Parke-Davis lub *thyreoidini* Poehl (4 cm.<sup>3</sup>). Cukier we krwi oznaczaliśmy zawsze w surowicy metodą Bertranda po uprzedniem odbieleniu surowicy żelazem według Michaelisa i Rossy.

I. K. A., l. 33. Przedtem nigdy nie chorowała. Obecnie ciąża V-a, ostatnie dziecko nieżywe — nigdy nie roniła. Ostatni peryod w lutym. Od początku ciąży bóle głowy silne — bóle te trwają krótko, nie są ograniczone do pewnego miejsca; występowały dość często już od lat 3-ch; obręzków nigdy nie miała, drgawek również. Od 3-ch lat datuje się wypadanie włosów. W moczu ślad białka: 0,2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Ilość moczu waha się między 1200 — 1600. C. wł. 1022—1024. W osadzie pojedyncze wałeczki szkliste.

Stan obecny: odżywianie mierne, kościec prawidłowy; na głowie z przodu ponad glabellą na powierzchni wielkości 5-koronówki, skóra blada, gładka bez włosów, — zresztą na głowie wysepek pozbawionych włosów niema. Owłosienie pod pachami i na częściach płciowych prawidłowe. Zabarczenie skóry ciemne, na twarzy brunatne plamy barwikowe, skóra sucha. W płucach objawy nacieku szczytu prawego, zresztą stan prawidłowy.

10. XI. Podano 100 gr. dekstryny — mocz

<sup>1)</sup> Panu prof. Dr Marsowi, Dyrektorowi kliniki położniczej i panom Asystentom tejże kliniki za łaskawe odstąpienie mi materiału do badań na tem miejscu serdecznie dziękuję.

zbierany w odstępach 2-godzinnych cukru nie zawierał.

12. XI. Wstrzyknięto adrenaliny 1 cm. Tętno przed wstrzyknięciem 76, w 15' po wstrzyknięciu: uczucie zimna, dreszcze, tętno 90, drżenie rąk; po 30' — chora uspakaja się. Po południu ogólnie osłabiona, senna; ciepłota po wstrzyknięciu 37,2°C.

Mocz w 3 i 4 godziny po wstrzyknięciu zawierał w 524 cm.<sup>3</sup> 0,6‰ cukru, razem 3,144 gr.

Cukier we krwi przed wstrzyknięciem 0,075‰

Cholesteryna „ „ 0,3599‰

Cukier we krwi po wstrzyknięciu 0,087‰

Cholesteryna „ „ 0,3884‰

II. G. Ch., l. 25. W dzieciństwie przeżyła odrę, zresztą nie chorowała. Peryody prawidłowe. Ciąża 1. Ostatni peryod w lutym. Przebieg prawidłowy — jedynie skarży się na bóle głowy. W moczu białka, ani cukru niema. Ilość moczu waha się od 1600 — 2000. C. wł. 1018 — 1020. Stan obecny prawidłowy.

14. XI. Podano 100 gr. dekstryny — mocz badany w odstępach 2-godzinnych cukru nie zawierał.

Cukier we krwi w 2 godz. po podaniu dekstr. 0,092‰

Cholesteryna „ „ 0,4145‰

17. XI. Wstrzyknięto 1 cm.<sup>3</sup> adrenaliny — tętno przed wstrzyknięciem 88, w 30 min. po wstrzyknięciu dochodzi do 110, nudności, bóle głowy, uczucie bicia serca, drżenie rąk, blada; objawy te po 20 min. znikają. Z moczu wydzielala w 285 cm.<sup>3</sup> — 0,57 gr. cukru.

Cukier we krwi w 2 godz. po wstrzykn. 0,086‰

Cholesteryna „ „ 0,318‰

18. XI. Podano 0,5 gr. *natri jodati*; zaczęła wydzielać w 2 godz., wydzielała godzin 28.

20. XI. Podano 10 gr. NaCl.

w 2 g. 190 cm.<sup>3</sup> moczu 1,49‰ NaCl w gram. 2,83

4 g. 150 „ „ 1,49‰ „ „ 2,23

6 g. 155 „ „ 1,55‰ „ „ 2,38

8 g. 230 „ „ 1,12‰ „ „ 2,576

10 g. 160 „ „ 0,47‰ „ „ 0,752

do rana dnia następnego 850 cm.<sup>3</sup> moczu 0,83‰ NaCl, w gramach 7,055 gr. Razem wydzieliła 18,823 gr. NaCl, gdy w ostatnich trzech dniach przeciętnie 9 gr.

III. H. U., lat 36. Przedtem nigdy nie chorowała. Peryody prawidłowe. Obecnie ciąża 7-ma, miesiąc IX. Przebieg ciąży prawidłowy. Stan obecny prawidłowy.

Ilość moczu waha się między 1200—1400. C. wł. 1020—1025.

22. XI. Podano 100 gr. dekstrozy — w 2 godziny w 260 cm.<sup>3</sup> moczu 0,4‰ cukru czyli 1,04 gr.

23. XI. Cukru we krwi 0,042‰

Cholesteryny „ 0,459‰

24. XI. Podano 0,5 *natri jodati*; zaczęła wydzielać po godzinie, wydzielała 10 godzin.

26. XI. Wstrzyknięto 1 cm.<sup>3</sup> adrenaliny — oddziaływała słabo; tylko w 4 godziny po wstrzyknięciu ciepłota 37,1° C. i senność.

Cukier we krwi w 2 godz. 0,060‰

Cholesteryna „ 2 „ 0,379‰

w moczu tylko w 2 godziny 0,3‰ cukru w 140 cm.<sup>3</sup> — razem 0,42 gr.

28. XI. Przeciętna ilość NaCl z 3-ech dni 8,45 gr.

Podano 10 gr. NaCl.

w 2 g. 70 cm.<sup>3</sup> — 1,04‰ NaCl — 0,728 gr.

4 g. 120 „ 1,30‰ „ 1,66 „

6 g. 210 „ 0,96‰ „ 1,91 „

8 g. 300 „ 0,65‰ „ 1,95 „

do rana 1000 „ 0,66‰ „ 6,60 „

Razem 12,854 gr.

29. XI. Ilość NaCl dobową, wynosi w 1400 cm.<sup>3</sup> — 16,66 gr.

IV. E. G., lat 37. W dzieciństwie nie chorowała, miesiączki zawsze prawidłowe, w ostatnim roku bardziej obfite; nie rodziła, nie roniła; od 2-u miesiący nie ma peryodu. Mocz, badany przed kilku miesiącami, cukru nie zawierał. Pragnienia ani wzmożonego łaknienia nie zauważyła; mocz oddaje w takiej samej, jak dawniej, ilości. Stan ogólny prawidłowy. Badanie ginekologiczne: *graviditas III mensis, myomata uteri*.

23. XI. godz. 9-ta w moczu 0,4‰ cukru.

Cukru we krwi 0,052‰

Cholesteryny „ 0,4665‰

o godz. 4-ej po południu moczu 120 cm.<sup>3</sup> —

1,9‰ cukru

przez noc oddała 360 cm.<sup>3</sup> moczu — 0,3‰ cukru.

Próbą Wassermanna we krwi z wynikiem ujemnym.

V. P. K., lat 20. N. dz. 139. W dzieciństwie nie chorowała; pierwsza miesiączka w 16 r. życia; późniejsze prawidłowe, ostatnia w maju r. b. Przez cały czas ciąży czuje się dobrze, nudności ani wymiotów nie ma. Ilość moczu waha się między 870—1570 cm.<sup>3</sup>. C. wł. 1010—1018.

Stan obecny: dobrze odżywiona, dużego wzrostu, wygląd akromegaliczny, duże guzy czołowe, duży nos, wysunięta ku przodowi szczęka dolna, ręce i palce u rąk jednak wielkości prawidłowej, nogi i palce u nóg większe, niż prawidłowo. Nieznaczny wytrzeszcz gałek ocznych. Graefe +. Moebius i Stellwag. Objawu Chwostka niema. Język duży, wilgotny. Odstępów większych między zębami niema. Gruczoł tarczowy nieco większy, zwłaszcza płat lewy Zresztą stan prawidłowy.

2. XII. Podano 100 gr. dekstrozy — mocz, oddawany w odstępach dwugodzinnych, cukru nie zawierał.

3. XII. Cukru we krwi 0,040‰

Cholesteryny „ 0,4885‰

4. XII. Średnia ilość NaCl w moczu z dwóch dni 7,6 gr.

Podano 10 gr. NaCl.

mocz w 2 g. 160 cm.<sup>3</sup> — NaCl 1,17‰ — w gr. 1,872

„ 4 g. 105 „ „ 1,61‰ „ 1,6905

„ 6 g. 120 „ „ 1,57‰ „ 1,884

„ 8 g. 110 „ „ 1,52‰ „ 1,672

„ 10 g. 100 „ „ 1,15‰ „ 1,15

do rana 170 „ „ 0,96‰ „ 8,552

W ciągu 24 godz. wydzieliła razem 16,82 gr.

5. XII. Podano 0,5 *natri jodati* — jod zjawiał się w moczu po 4 godzinach; wydzielanie trwało 26 godzin.

6. XII. zastrzyknięto 1 cm.<sup>3</sup> adrenaliny — prawie nie oddziaływała; w moczu cukru nie było.

Cukier we krwi w 2 godz. po wstrzyknięciu 0,064‰, cholesteryna we krwi w 2 godz. po wstrzyknięciu 0,576‰.

(C. d. n.)

## Przegląd bibliograficzny.

**Dr med. K. Rzętkowski. Odbudowa kraju a szpitalnictwo.** Zarys programu rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego. Warszawa. 1917. Wyd. z zapomogi kasy im. dra Mianowskiego. Str. 77 in 4-to. Cena 6 mar. pol.

Szpital, czytamy we wstępie, nie jest instytucją religijno-filantropijną, za jaką był uważany w naszym społeczeństwie (czy tylko w naszym?—*przyp. spraw.*), lecz musi być instytucją społeczną gminną, w której człowiek chory powinien w czasie możliwie najkrótszym i o wydatkach możliwie najmniejszych uzyskiwać *maximum* stałej swej sprawności do pracy. Szpital winien być instytucją, w której podczas epidemii mogliby być internowani i leczeni wszyscy chorzy, zagrażający zdrowiu publicznemu. Wyraz odbudowa nie może stosować się do szpitalnictwa naszego, bowiem dotychczas szpitalnictwo nasze wiejskie i gminne niemal wcale w kraju naszym nie istniało; autorowi chodzi o fundowanie na nowo szpitalnictwa w kraju naszym.

Na podstawie bardzo szczegółowych obliczeń i zestawień autor dochodzi do wniosku: 1-o że w chwili obecnej w Królestwie Polskim kongresowem jest brak z górą 23 tysięcy łóżek szpitalnych<sup>1)</sup>, t. j. 71%, a więc  $\frac{3}{4}$  całej ludności nie posiada należytej obsługi szpitalnej, przyczem ludność gminna, stanowiąca około 76% całej ludności jest niemal zupełnie pozbawiona szpitala, ponieważ ogromna większość naszych szpitali jest ześrodkowana w miastach, 2-o koszt założenia i zaopatrzenia szpitali na brakujące 23 tysiące łóżek wyniesie z górą 60 mil. rubli. W dalszych rozdziałach autor daje charakterystykę oraz przybliżony koszt budowy i utrzymania poszczególnych instytucji przyszłego szpitalnictwa.

Nieznany prawie u nas szpital gminny ma być dla mieszkańców wsi pierwszym etapem pomocy lekarskiej w przypadkach nagłych, nie cierpiących zwłoki—rodzajem szeroko pomyślanego pogotowia ratunkowego w chorobach wewnętrznych, a przede wszystkim zakaźnych, chirurgicznych oraz przytulkiem dla rodzących. W żadnym razie nie może być przytulkiem dla kalek, starców i chronicznych, nie wymagających leczenia. Ze względów praktycznych szpital gminny powinien być obliczony na 50 łóżek z możliwością powiększenia go w najbliższych latach o 10 łóżek. Przy szpitalu należy utworzyć przychodnię (ambulatoryum), która zapobiegnie przepelnieniu szpitala i przyzwyczai ludność do racjonalnego leczenia. Koszt budowy takiego szpitala obliczony jest na 155 tysięcy rubli, utrzymanie na 31 tysięcy, licząc 330 dni szpitalnych na

rok i na 1 łóżko. Tu autor nawiasowo czyni uwagę, że w szpitalach warszawskich w roku 1908 na jedno łóżko przypadało 376 dni szpitalnych (w szpitalu Dz. Jezus 522!), czyli że jeden chory leżał na łóżku przez cały rok, a drugi obok niego przez jakiś czas... na ziemi! Jeden szpital gminny powinien wystarczyć na cztery gminy (t. j. 320 szpitali na 1282 gminy Królestwa), co daje w przybliżeniu koszt budowy i urządzenia 50 milionów rb., utrzymania rocznego blisko 10 $\frac{1}{2}$  miliona rubli. Gdyby te koszty rozłożyć na gminy w postaci podatku, wyniosłoby to na budowę jednorazowo 2,3 rub., na utrzymanie—49 kop. czynszu rocznego z morgi.

Drugim etapem pomocy szpitalnej byłby szpital małomiejski, czyli powiatowy, obliczony co do liczby łóżek w ten sposób, ażeby wystarczał nie tylko dla mieszkańców danego miasta, ale i dla chorych danego powiatu, którzy z różnych względów wymagali by leczenia, przewyższającego środki szpitala gminnego. Szpital małomiejski różni się od gminnego ściślej przeprowadzoną specjalizacją chorób oraz większem zaopatrzeniem w pomoce terapeutyczne i znacznie liczniejszy personel lekarski, pomocniczy i pielęgniarzski. Ambulatoryum takiemu szpitalowi nie zaszkodzi, o ile nie będzie zbyt odrywało lekarzy szpitalnych od pracy oddziałowej. R. wymienia poszczególne miasta powiatowe, w których należałoby założyć szpitale. Jeden szpital powiatowy przypadnie na 18 tysięcy ludności „powiatowej”, 1 łóżko na 159 osób. Szpitale małomiejskie, stosownie do warunków miejscowych, posiadać mogą 100, 200 lub 300 łóżek. Założenie 59 szpitali powiatowych na 7020 łóżek kosztowałoby w przybliżeniu 17 $\frac{1}{2}$ —30 milionów rubli. Wydatek na utrzymanie wynosić będzie rocznie około 5 milionów rubli. Suma ta obowiązywałaby w  $\frac{2}{3}$  mieszkańców miast i  $\frac{1}{3}$  mieszkańców gmin, których choroba nadawać się będzie do dłuższego i bardziej urozmaiconego leczenia w lepiej zaprowadzonych szpitalach miejskich. Każdy z mieszkańców miast musiałby opłacać z górą 3 rb. podatku rocznego. Obciążenie gmin wyniesie 7,3 kop. na morgę, ogólny zaś podatek na szpital na jednego mieszkańca gminy dojdzie do 56,3 kop. z morgi. Autor sam uważa to obciążenie podatkowe za nadmierne, ale „nie czuje się na siłach wskazania źródeł, z których będą się musiały pokrywać te wielkie sumy, jakie pochłaniać będzie corocznie nasze szpitalnictwo”.

„Kilka słów” poświęca R. szpitalnictwu wielkomiejskiemu. Do umieszczenia szpitali wielkomiejskich kwalifikują się oprócz Warszawy i Łodzi—Częstochowa, Sosnowiec, Lublin i Kalisz. Pomijając Warszawę i Łódź, koszt budowy w pozostałych 4-ch miastach R. oblicza na przeszło 4 mil. rubli, koszt utrzymania rocznego (1450 chorych po 330 dni szpitalnych) conajmniej na 1 mil. rub. W wielkich miastach należy zorganizować

<sup>1)</sup> W r. 1911 było u nas 9523 łóżek, powinno zaś być 33046, więc 1 łóżko na 498 gminników, 1 — na 222 mieszkańców miast, ogółem 1 łóżko na 3,3 wiorst kwadrat.

pomoc lekarską dla chorych przychodzących oddzielnie od szpitali w postaci lecznic z różnemi specjalnościami. W każdym wielkiem mieście powinien się znaleźć miejski dom terapeutyczny dla chorych, kierowanych z ambulatoryów. Dom taki powinien być ostatniem słowem w zakresie leczenia fizycznego (wodolecnicztwa, masażu, elektro- i rentgenoterapii i t. d.). Jako *dépendance* tego domu należy urządzić instytut kliniczny o dyagnostyczny dla badań lekarskich wszelkiego rodzaju. Każdy chory (nie tylko zamożny!) ma prawo do szczegółowego zbadania choroby i najbardziej złożonego leczenia. Co się tyczy Warszawy, to w przyszłej reformie szpitali należałoby, według R., zostawić tylko 2 szpitale (Dz. Jezus i Żydowski) po poczynieniu w nich odpowiednich zmian, wszystkie zaś inne wprost skasować. Na ich miejsce należałoby wybudować wielkie szpitale 1000—2000 łóżkowe w dzielnicy Wolskiej, Mokotowskiej i na Pradze. Szpital św. Ducha możnaby zamienić na miejski dom terapeutyczny. Szpitale ogólne należy budować w mieście, a nie za miastem, zdala od kanalizacji, elektryczności i komunikacji. Za miastem można budować sanatoria dla suchotników, szpital dla obłąkanych, przytułki, domy wypoczynkowe i t. d. Zbliżona reforma czekać będzie i szpitalnictwo łódzkie.

Rozdział „O przytułkach” obnaża bólącą naszę szpitalnictwa — zajęcie 10%—15% miejsc przez osoby, nie nadające się do leczenia w szpitalach. Nie posiadając narazie materiału do ocenienia, ile właściwie łóżek potrzebuje kraj nasz dla starców i kalek, autor proponuje, ażeby w każdej gubernii pobudować zakłady przytułkowe na 200 łóżek. Budowa wraz z urządzeniem wyniesie przypuszczalnie po 1500 rubli na jedno miejsce, koszt zatem utworzenie 200 miejsc przytułkowych wyniesie około 3 milionów rub., utrzymanie rocznie  $\frac{1}{2}$  miliona. Utrzymanie chorego w przytułku kosztować będzie taniej o 1,3 rb. dziennie, niż w szpitalu, a budowa i urządzenie o tysiąc rb. taniej na jedno łóżko. W zakładach przytułkowych możnaby eksploatować pracę pensjonarzy z korzyścią dla nich samych i dla społeczeństwa. Tu także byłoby miejsce dla szkoły dla idiotów i zacořanych dzieci oraz najprostsze warsztaty.

W sprawie sanatoryów dla gruźliczych autor zachowuje zrozumiałą rezerwę. Leczenie sanatoryalne nie odpowiedziało pokładanym w niem nadziejom — wyleczenie zdarza się rzadko, poprawa nie jest trwała. Wydawanie milionów na sanatoria ludowe, jak to miało miejsce w Niemczech, nie jest dopuszczalne w społeczeństwie tak ubogiem, jak nasze. Wyrzec się sanatoryów nie możemy wobec tego, że nauka dotychczas lepszego sposobu leczenia gruźlicy nie wynalazła, ale należy je budować oszczędniej, np. według typu Dosqueta (długie płytkie sale, których ściana frontowa jest zamknięta nie ścianą murywaną, lecz oknem, sięgającym do podłogi).

Wybudowanie takiego pawilonu kosztuje nie więcej, niż 2000 marek na łóżko. Możliwoby w każdej z 10-u gubernii wybudować po jednym takim sanatorium na 200 łóżek — kosztem 300 tysięcy rb. Roczny wydatek na 2 tysiące chorych (po 300 dni na jedno łóżko) wyniósłoby 900 tysięcy rb. W sanatoryach umieszczać wyłącznie chorych w pierwszych okresach gruźlicy. Chorzy, nie rokujący nadziei poprawy, winni być izolowani w szpitalach powiatowych i wielkomiejskich w osobnych oddziałach. Należy jednocześnie rozwinąć żywą akcję w kierunku wczesnego rozpoznawania gruźlicy wśród mas ludowych, do czego służą przychodnie, zapoczątkowane u nas przez Towarzystwo przeciwgruźlicze.

Wobec potrzeb naszego szpitalnictwa psychiatrycznego autorowi (nie tylko jemu!) poprostu opadają ręce. Potrzebowalibyśmy teoretycznie 27 tysięcy miejsc dla obłąkanych, posiadamy ich 1500 (w r. 1911)! Ażeby choć w drobnej części zadosyćczynić tej krzyczącej potrzebie, należałoby jaknajprędzej przystąpić do budowy w każdej z gubernii Królestwa Polskiego po jednym szpitalu dla obłąkanych na 1000—1500 chorych, przez co kraj zyskałby jakie 10—15 tysięcy miejsc dla obłąkanych. W szpitalach tych należałoby zwrócić baczną uwagę na część terapeutyczną, która powinna stanąć na wysokości zadania, zgodnie z wymaganiami psychiatrii nowoczesnej. Ze szpitali psychiatrycznych naszych należy zetrzeć ponure znamię *lasciate ogni speranza*, które odstrasza od nich chorych w przekonaniu laików i lekarzy-niespecjalistów.

W rozdziale ostatnim (Zakończenie. Wnioski) autor przyznaje, że stworzenie racjonalnego szpitalnictwa w naszym kraju wymaga ogromu wydatków i pracy. To samo czeka nas na innych polach. Szpitalnictwo może funkcjonować prawidłowo tam, gdzie inne dziedziny życia stoją na poziomie kultury współczesnej, do czego nam daleko. Musi się podnieść zamożność gmin, oświata, zaufanie do samorządu, odzwyczajenie od dawnych narowów i t. d. Musimy oczyszczać stajnię Augiasza z nieporządków, jakie się nagromadziły przez wiekową niewolę. Herkulesem, który tych czynów dokona, musi być nasz własny Król-Duch—nikt inny! Na razie trzeba się będzie zadowolnić z zapoczątkowaniem reform wyżej wymienionych. Nie spuszczać z oka wielkiego planu odbudowy, należy zapoczątkować plan mały: pobudować kilka szpitali gminnych, kilka powiatowych, dwa lub trzy wielkomiejskie. Ten mały plan musi objąć ze dwa sanatoria dla suchotników, kilka przytułków i t. d. Wprowadzenie w życie tego małego planu pociągnie za sobą wydatek kilkunastu milionów rubli...

Streszczamy obszerniej interesującą pracę Rzętkowskiego, ażeby zachęcić jaknajszerszy ogół lekarski do przeczytania jej w oryginale. Wprawdzie autor komunikował ją na posiedzeniu kliniczem Tow. Lek. oraz w se-



keyi szpitalnej tegoż Towarzystwa, gdzie spotkał się z należnem uznaniem, ale dyskusya nie mogła być wyczerpującą z powodu ogromu samego przedmiotu i z innych względów. Nie wiemy, co nas czeka w najbliższej nawet przyszłości, jakie będą najpilniejsze potrzeby nowego bytowania, jakie środki materyalne i t. d. Obracając się we mgle, nie można dyskutować realnie i szczegółowo. To się zresztą odczuwa na wielu posiedzeniach, mających za przedmiot odbudowę naszego kraju. W każdym razie w referacie Rzętkowskiego znajdują się pewne niewzruszone postulaty, które muszą się ostać pomimo tych lub owych konjunktur politycznych. Szpital stanie się instytucją społeczno-gminną, a nie dobroczynną. Reforma szpitalnictwa powinna być pomyślana szeroko, gruntownie i planowo. Nie należy się zrażać, kosztami, gdyż jedno z dwojga: albo będziemy tak zrujnowani i skrepowani, że będziemy musieli wegetować po dawnemu i bronić tylko swego istnienia, albo uzyskamy możność normalnego rozwoju, a w takim razie muszą się znaleźć środki na przeprowadzenie reform jednej z najżywniejszych dziedzin naszego życia.

Idea szpitala gminnego, urządzonego w sposób proponowany przez Rzętkowskiego, jest nowa i posunęłaby naprzód sprawę szpitalnictwa i uzdrowotnienia a nawet kultury naszego ludu. Mieszkańcy gmin, widząc realne korzyści takich urządzeń, nabiorą naprawdę ochoty do racjonalnego leczenia i dbać o nie będą. Wpłynie to niewątpliwie na umieszczenie wielu epidemii, uratuje życie wielu matek i dzieci, zapobiegnie przepełnieniu szpitali powiatowych i wielkomiejskich.

Ta część programu domaga się jak najprędzszego urzeczywistnienia. Niecierpiącą zwłoki jest sprawa powiększenia liczby miejsc dla chorych umysłowych, budowanie zakładów tego rodzaju według

najlepszych wzorów, a nadewszystko z uwzględnieniem leczenia. Krzyczącą jest potrzeba przytułków, których brak wprost hamuje rozwój naszego szpitalnictwa. Przytułki, według mego zdania, należałoby zakładać w gminach (osobno od szpitali), urządzać je w sposób najprostszy i najmniej kosztowny. Tu mogłaby przyjść z pomocą filantropia, bez której bądź co bądź szpitalnictwo się nie obejdzie u nas, jak zresztą, na całym świecie. Wszak filantropia może być skoordynowana z duchem czasu i zorganizowana, a nie bezładna, czułościowa a efemeryczna, jak to się nieraz zdarza. Takie przytułki powinny istnieć również dla mieszkańców miast mniejszych i większych.

Nie widzimy w projekcie kol. Rzętkowskiego domów dla rekonwalescentów. A jednak jest to instytucja bardzo pożyteczna i potrzebna, zwłaszcza w miastach. Te kilka tygodni pobytu po wyjściu ze szpitala na względnej swobodzie, pozwalającej na wyszukanie sobie zajęcia, jest wielkiem dobrodziejstwem dla wielu chorych szpitalnych, jak zresztą pokazało doświadczenie. Tu również filantropia mogłaby przyjść z pomocą i dobrze się zasłużyć. Słusznie, choć może za mało, autor podkreśla wymaganie, ażeby szpital miejski miał charakter szpitala powszechnego. Istnienie np. oddzielnego szpitala dla chorych wenerycznych jest anomalia.

Z prawdziwem uznaniem należy powitać projekt urządzenia domu terapeutycznego i pracowni dyagnostycznej dla sfer niezamożnych w celu zdemokratyzowania racjonalnego leczenia.

Z przyjemnością wczytujemy się w marzenia na temat przyszłego szpitalnictwa polskiego. Marzenia te autor umiał poprzeć tak rzeczowymi argumentami a nawet cyframi, iż ma się wiarę, że powinny się ziścić.

A. Puławski.

## Wiadomości bieżące.

— Stowarzyszenie Lekarzy Polskich poświęciło wieczór dyskusyjny dnia 17 b. m. sprawie płac lekarzy szpitalnych. Za rządów rosyjskich nasi lekarze szpitalni wprost się bronili przed projektami podniesienia swego, więcej niż skromnego, wynagrodzenia za pełną odpowiedzialność pracę szpitalną, widząc w bezpłatności stanowisk lekarskich szpitalnych najbardziej może skuteczną obronę ich przed inwazyą przybyszów ze wschodu. W ten może przedewszystkiem sposób udało się do końca epoki minionej uchronić niemal w zupełności polski charakter tych ważnych placówek pracy społecznonaukowej, do niedawna szczyt marzeń lekarzy polskich, najbardziej przywiązanych do swego zawodu.

Z chwilą ustania warunków i niebezpieczeństw dawniejszych słusznem wydaje się przypomnienie sferom miarodajnym, że jednak ciężka i odpowiedzialna praca szpitalna lekarzy nie powinna być

traktowana jako półfilantropia i że stanowiska lekarskie szpitalne powinny być płatne według norm sprawiedliwych. Upomnieć się o to należy tembardziej wobec warunków czasu, ciężkich dla wszystkich zawodów wyzwolonych, niemniej ciężkich naogół dla stanu lekarskiego. Jeżeli stan kasy miejskiej nie może podołać dzisiaj reformie w tym względzie, niechaj przynajmniej na razie ustalona zostanie słuszność samej zasady — sprawiedliwego wynagrodzenia pracy szpitalnej lekarzy, a wprowadzenie reformy w całej pełni w czyn niech odroczone zostanie jeszcze na czas krótki. Zasadę jednak samą raz wreszcie należy ustalić. Wspomniane zebranie członków Stowarzyszenia wypowiedziało się jednogłośnie za przyjęciem wniosku, że „koniecznym warunkiem należytego rozwoju szpitalnictwa warszawskiego i niezbędną podstawą wszelkich w nim reform jest takie uregulowanie pensyi

szpitalnego personelu lekarskiego, aby lekarze szpitalni byli do pewnego stopnia niezależni od konieczności uciekania się do zarabkowania poza szpitalnego.

Wydaje się, że reforma taka, praktycznie zastosowana, mogłaby istotnie podnieść niemało szpitalnictwo warszawskie i wytworzyłaby i u nas typ lekarza szpitalnego, całkowicie oddanego swej pracy oddziałowej, typ, stanowiący gdzieindziej najlepszą dźwignię postępu nauki lekarskiej, oddawna ustalony w społeczeństwach ościennych.

— Związek lekarzy frankfurckich (nad Menem) i hamburska Izba lekarska, uwzględniając nadzwyczajne podrożenie wszystkich produktów i znaczne zwiększenie się kosztów zawodowych le-

karzy, radzą członkom swym odpowiednie podwyższenie taksy za porady i rękoczy-ny, zwłaszcza u ludzi zamożniejszych. Rodziny niezamożne i średnio zamożne, lecz takie, których ojcowie lub członkowie, zarabiający na utrzymanie, walczą w szeregach, winny korzystać z wszelkich możliwych ustępstw w opłatach za leczenie.

#### N A D E S Ł A N O.

- 1) Stanisław Orłowski. Projekt prawodawstwa szpitalnego. Odb. z Med. i Kron. Lek. 1917.
- 2) Departament Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu. Sprawozdanie ze Zjazdu Krajowego w Warszawie w d. 16 i 17 marca 1917 r.

#### NEKROLOGIA.

Na cmentarzu w Miechowie z zapoczątkowania i ze składek ludności miejscowej postawiono pomnik, na którym widnieje napis:

#### Ś. p. Dr MARJAN WILCZYŃSKI

Ordynator szpitala Ś tej Anny w Miechowie, zany i prawy syn Ojczyzny, całą duszą oddany cierpiącej ludzkości. Spokój Jego duszy!

Pomnik ten wzniosła wdzięczna ludność Miechowa, aby uczcić pamięć zanego lekarza i oddać hołd owocnej działalności i poświęceniu dla kraju i dla dobra współbraci dzielnego obywatela.

Zmarły w Miechowie w jesieni r. 1916, dr Wilczyński urodził się na Podolu. Nauki średnie pobierał w Niemirowie, uniwersytet skończył w Warszawie w r. 1895. Jako uczeń gimnazjum, a potem jako student uniwersytetu należał do kółek studenckich, mających na celu oświatę ludu. Po skończeniu uniwersytetu był przez krótki czas lekarzem cukrowni w Guzowie, a potem objął miejsce lekarza szpitala fabrycznego w Żyrardowie. Na tem stanowisku zarówno Jego zdolności lekarskie, jak i zamiłowanie do działalności społecznej, znalazły szerokie zastosowanie. To też po za intensywną bardzo pracą zawodową każdą wolną chwilę poświęcał pracy społeczno-oświatowej. W 1908 r. założył pierwszą w Żyrardowie kooperatywę piekarnianą „Siła“, należał do założycieli kół-

ka „Kultury polskiej“ i stał na jej czele, jako prezes. W r. 1909 został uwięziony za działalność społeczną i przesiedział w X-ym pawilonie przeszło pół roku, poczem wyrokiem administracyjnym skazany został na wysiedlenie z Żyrardowa. Osiadł wówczas w Proszowicach w powiecie Olkuskim. Biedna ludność miejscowa znalazła w Wilczyńskim nie tylko oddanego sobie lekarza, ale i opiekuna, który tam, gdzie spotykał się z brakiem i nędzą, dopomagał zarówno radą lekarską jak i zasiłkiem pieniężnym. I tu, niezrażony tem, co go spotkało, nie ustawał w pracy społecznej: założył w Proszowicach Towarzystwo Pożyczkowo-Oszczędnościowe oraz Stowarzyszenie Współdzielcze. Uwięziony powtórnie, po kilku tygodniach zostaje wypuszczony na wolność. Po wybuchu wojny z entuzjazmem witał wejście Legionów do Królestwa, a nie mogąc wskutek pracy zawodowej i braku lekarzy na prowincji wstąpić do ich szeregów, wspomagał je pieniężnie nawet ponad siły. Należał do Miechowskiego Komitetu ratunkowego i był w nim bardzo czynny. Każdą chwilę wolną poświęcał, aby okazywać potrzebującym pomoc obywatelską i społeczną. Na wiosnę 1916 r. został ordynatorem szpitala św. Anny w Miechowie; tutaj, pracując niezmordowanie i walcząc z gwałtownie srożącą się epidemią czerwonki, zaraził się nią od chorego i jak żołnierz padł na stanowisku w 46 roku życia.

Cześć Jego pamięci!

#### TREŚĆ NUMERU.

|                                                                                         | Str. |                               | Str. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|------|
| I. Sohn. Cukromocz a cholesterynemia ciężarnych                                         | 393  | ławski . . . . .              | 397  |
| Przegląd bibliograficzny. K. Rzętkowski. Odbudowa kraju a szpitalnictwo. Oceniał A. Pu- |      | Wiadomości bieżące.           | 399  |
|                                                                                         |      | Nekrologia. Dr M. Wilczyński. | 400  |

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 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> 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. 17.50, półrocznie M. 8.75; na prowincji 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. Metzl i Ska Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

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

# Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

1. **Farmakologia**, przekład dzieła profesorów *Nothnagel'a i Rosenbach'a* Cena m. 15.
2. **Choroby serca**, przez *Oskara Widmana*. Dzieło oryginalne, opatrzone licznymi drzeworytami w tekście. Cena m. 7.50.
3. **Księga Pamiątkowa**, wspólnemi 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 m. 4.50.
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* (wyczerp.).
7. **Nauka o chorobach narządów trawienia**, przez D-ra *Mikołaja Rajchmana*. Cena m. 2.50.
8. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**. Dzieło oryginalne przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie (wyczerp.).
9. **Dyagnostyka chirurgiczna**. Dzieło oryginalne przez *Romana Jasińskiego*. Cena m. 7.50. Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej cena m. 3.75.
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 m. 13.75. Dla prenumeratorów Gaz. Lek. cena niższa na m. 6.25.
11. **Histerya** — *Gilles de la Tourette* — w opracowaniu *A. Puławskiego*. Cena m. 6.75.
12. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych** *Wł. Biegańskiego*. Tom pierwszy. Cena m. 10. Tom drugi. Cena m. 11.25 Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej cena dwóch tomów m. 12.50.
13. **Wykład chorób dróg oddechowych** przez D-ra *A. Sokołowskiego*.  
I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysunkami w tekście). Cena m. 6.  
II. **Choroby płuc**. Cena m. 7.50.  
III. Cz. 1. **Choroby opłucnej i śródpiersia**. Cz. 2. **Suchoty płucne**. Cena m. 12.50.
14. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna** przez D-ra *Zdz. Dmochowskiego*, prosektora Uniwers. Warsz.  
Cz. I. **Klatka piersiowa**. Cena m. 7.50, na papierze kredowanym m. 10.
15. **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów** — *G. Vogel'a* w tłumaczeniu polskiem *Zweigbauma i Popiela*, z 214 rysunkami w tekście. Cena m. 10.
16. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani** przez D-ra *T. Herynga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena m. 10.
17. **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** przez D-ra med. *H. Nusbauma*, z rysunkami tekście. Cena 6.25.
18. **Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych**. Przekład odczytu prof. *A. Dieudonné'go*. Cena m. 1.50.
19. **W sprawie organizacji ogólnej Uniwersytetu, a Wydziału Lekarskiego w szczególności** przez *Józefa Brudzińskiego*. Cena m. 2.
20. **Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych** przez prof. *Edwarda Lotha*.  
I. **Krtąń** (z 3 rysunkami w tekście). Cena m. 1.  
II. **Trzewa klatki piersiowej** (z 14 rysunkami w tekście). Cena m. 2.
21. **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruczołowych na podłożu sztucznem** przez *Leona Karwackiego i Stanisława Bierneckiego*. Cena m. 2.
22. **Zimnica i komary malaryczne u nas** przez *Tadeusza Korzona*. Cena m. 2.25.

Dr J. BORZYMOWSKI.

# Zarys Chirurgii Praktycznej

dla lekarzy i studentów.

ZESZYT 1:

Skład u autora (Chmielna № 62).

Cena m. 2.50.

## ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socjalnej.

Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,

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

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

## Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.  
 № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.  
 № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowym duru brzuszego.  
 № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.  
 № 10. Ludwik Zembrzusi. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.