



№ 12.

Warszawa, d. 22 Marca 1919.

Rok LIII.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.KSIĘGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

DUR WYSYPKOWY

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

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

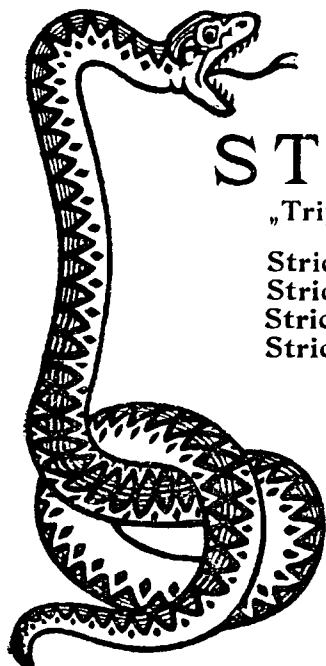
„MOTOFER”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp.
lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:**Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor”.**

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

Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.



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

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Viehy artific. Compr.-Spiess.

Musujące tabletki sztucznej soli Vichy. Na szklanę wody zimnej 1 — 2 tabletki.
Flakon zawiera 100 tabletek.

Pilosan-Spiess

Płyn wzmacniający włosy.

Codzienne natrzepywanie wzmacnia włosy, chroni je od wypadania i niszczy łupież.
Pojemność flakonu 100 g.

Piperazinum effervescens Spiess
Glycérophosphate granulé Spiess
Glycérophosphate de fer granulé Spiess
Glycérophosphate de magnesium granulé Spiess
Glycérophosphate-Lecithine granulé Spiess.

Forêtol Spiess.

(Sal aromaticum pro balneo in capsulis).

Sól aromatyczna z wyciągiem igieł sosnowych, przeznaczona do kąpeli i wydzielająca w wodzie ciepły zapach igliwia i ozon, posiadająca wpływ dodatni na serce, system nerwowy i drogi oddechowe, stosowana jako środek przeciwreumatyczny i odkażający.

Sposób użycia: przed wejściem do kąpeli wrzuca się kapsułkę do wody ciepłej. Jedna kapsułka wystarcza na jedną kąpiel.

Pudełko $\frac{1}{1}$ zawiera 6 kapsulek, pudełko $\frac{1}{2}$ — 3 kapsułki.

Fruetalein Spiess

(Pastilli laxantes).

Owocowy środek czyszczący, posiadający formę miękkich pastylek, zawierający jako czynnik działający fenoltaleinę i agar-agar, działający pewnie, bez objawów ubocznych.

Dawka 1—2 sztuki w razie potrzeby.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Hydrogenium hyperoxydat. stabilisatum Spiess.

30/o-owy utrwalony nadtlenek wodoru, nie podlegający samoistnemu rozkładowi.

Flakon zawiera około 100 gr.

Liquor Ferri albuminati Spiess.

Idealnie przygotowany preparat.

Stosuje się po $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczce od kawy 3 razy dziennie z wodą lub mlekiem przed jedzeniem.

Flakon $\frac{1}{1}$ zawiera około 400 g., flakon $\frac{1}{2}$ zawiera około 200 g.

Purgenal Spiess

Tabulettae Phenolphthaleini à 0,1 g.

Stosuje się po 1 do 3 tabletek jako środek czyszczący.

Pudełko zawiera 25 tabletek.

Salosant Spiess

(Pilulae Santalo-saloli).

Wewnętrzny środek przeciw rzeżączce.

Dawka: 3—4 razy dziennie po 3 pigułki.

Zawartość pudełka — 60 pigułek.



LABORATORJUM CHEMICZNE
MAGISTRA KLAWE,
10, PLAC TRZECH KRZYŻY, WARSZAWA.



ARGOCOL **MAG.** KLAWE

Przetwór koloidalny syntetyczny, za-
wierający **20%** srebra metalicznego.

Przetwory Argocolu Klawe, wytwarzane w Labora-
torjum Mag. Klawe.

- I. ARGOCOL KLAWE pur.** Przetwór zasadni-
czy—gruby proszek, rozpuszczalny w wodzie zi-
mnej i gorącej, nadający się do przyrządzania roz-
czynów, maści, czopków i t. p.
- II. ARGOCOL KLAWE pro injectione** intra-
venosa, subcutanea et intramuscularis. Rozczyn
izotoniczny 1% Argocolu Klawe wyjąłowany w am-
pułkach po 5 C. C.
- III. ARGOCOL KLAWE in tabletis** pro usu
interno. Tabletki z Argocolu Klawe zawierające
0,05 przetworu, powlekane czekoladą, przezna-
czone do użytku wewnętrznego.
- IV. ARGOCOL KLAWE in tabletis** pro usu
externo. Tabletki z Argocolu Klawe zawiera-
jące po 0,25 przetworu, nadające się do natych-
miastowego przyrządzania rozczyńców do przemy-
wań pęcherza, zastrzykiwań do cewki moczowej,
pochwy i macicy, do nosa, penzlowania jamy
nosowo-gardzielowej, do leczenia ran i wrzodów
kiszkiowych i t. d. Rozczyny używane do ce-
lów powyższych nadają się w granicach od 1%
do 10%.

Wskazania do użycia ARGOCOLU Klawe.

I. Zakażenia miejscowe bez wybitnego udziału całego ustroju.

- a) Zakażenia ran. *Rp. Sol. Argocoli Klawe*
 $1\frac{1}{2}\text{‰} - 1\text{‰} - 100,0.$
S. Do okładów i obmywań.
- b) Zakażenia śluzówek nosa, gardzieli i krtani. *Rp. Sol. Argocoli Klawe*
 $0,3 - 0,6 - 30,0.$
S. Do penzlowania.
- c) Zakażenie łącznicy oka. *Rp. Sol. Argocoli Klawe*
 $0,5 - 1,0 - 10,0.$
S. Wpuszczać w oko.
Rp. Argocoli Klawe 0,5.
Lanolini anh.
Vaselini am. aa 5,0.
MDS. Maść do oka.
- d) Zakażenia cewki moczowej i pęcherza moczowego. Zakażenia miedniczek nerkowych. *Rp. Argocoli Klawe 0,25 - 2,0*
Aq. destill 100,0.
MDS. Do zastrzykiwań do cewki.
Rp. Argocoli Klawe 0,25.
Aq. destill. 1000,0.
MDS. Do przemywań pęcherza.
- e) Zakażenia narządów płciowych kobiecych. *Rp. Sol. Argocoli Klawe*
 $5\text{‰} - 100,0.$
S. Do tamponów.
Rp. Globuli gelatinos. Argocoli Klawe 2\text{‰}.
N. XII.
S. Do zakładania.
- f) Nieżyty zakaźne ostre i przewlekłe narządów trawienia, owrzodzenia kiszek. *Rp. Sol. Argocoli Klawe*
 $1\frac{1}{2}\text{‰} - 200,0.$
S. 3 łyżki dziennie.
Rp. Sol. 1\frac{1}{2}\text{‰} - 1\text{‰} Argocolu Klawe 500,0.
S. Do ławatywy.
Rp. Dragées Argocoli Klawe dos: 1 (N 40).
S. 3 - 4 pastylki dziennie.

II. Zakażenia ogólne.

- a) Ropnica, posocznica, dur brzuszny, dur plamisty, róża i inne. *Rp. Ampull. 1\text{‰} Argocoli Klawe*
 5 C. C.
dos: 1
S. Do rąk lekarza.



Dr med. Fr. Nijmędy.



WIZYTA LECNARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘC ·
TNOŚCI · LECNARSKICH ·

Dziesięć
Pecie drugie.

Warszawa, d. 22 marca 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2781.

Prof. FRANCISZEK KIJEWSKI.

(1858 — 1919).

Po przez ostatni życia próg przestąpił człowiek, którego rysem najbardziej znamienym była żelazna wola czynu. Idąc za głosem swego nakazu wewnętrznego, ten niezmierzony pracownik kroczył drogą mocną a twardą, nie tracąc ani na chwilę swej silnie zarysowanej indywidualności. A droga Jego mozolnej a zawsze konsekwentnej w swych zamierzeniach pracy biegła w dwu kierunkach równoległych: na polu piśmiennictwa lekarskiego i na sali szpitalnej.

Już jako słuchacz medycyny w uniwersytecie warszawskim w r. 1883 otrzymał medal złoty za rozprawę o guzach hemoroidalnych, ogłoszoną po polsku w 3 lata później. Praca powyższa, wykonana głównie w pracowni i pod kierownictwem prof. Brodowskiego, zachęciła ś. p. Kijewskiego do zajęcia się, natychmiast po otrzymaniu dyplomu, studiami nad anatomią patologiczną. Na stanowisku pomocnika prosektora pozostawał w ciągu 3 lat i w tym okresie ogłosił sprawozdanie naukowe z oględzin pośmiertnych, dokonanych w drugim półroczu 1884 r. Lecz, co ważniejsza, te 3 lata pracy nad anatomią patologiczną były cenną podstawą naukową dla dalszego kierunku działalności zmarłego, który w następnych swych pracach zawsze tak skrzętnie podkreślał moment anatomopatologiczny i wszczepiał ten kierunek myślowy w

swoich młodszych współpracowników. Typowym przykładem takiego ujmowania przedmiotu są trzy Jego prace o promieniocy u ludzi, przyczem ostatnia z nich, ogłoszona w r. 1891 w postaci już odczytu klinicznego, stanowi wynik dojrzałych i sumiennie przemyślanych poglądów autora na tę sprawę. Wdrożony do ścisłego badania naukowego najchętniej posługuje się, gdzie tylko można, drobnowidem i bada tkanki schorzałe całymi seryami. Zarazem podkreślić należy już w pierwszych pracach młodego badacza nadzwyczajną ścisłość bibliograficzną, o ile chodzi o pracę polską, choćby najmniejszą, choćby to była tylko luźna notatka.

Od r. 1893 wzbogaca ś. p. Kijewski piśmiennictwo polskie coraz to ciekawszymi pracami z zakresu kliniki i techniki chirurgicznej, czerpiąc z obfitego materiału, jaki gromadził się na klinice prof. Kosińskiego. A więc w r. 1893 ogłasza łącznie z Wł. Wróblewskim uwagi swoje o operowaniu guzów jamy nosowogardłowej, opierając się na swych 25 spostrzeżeniach: podkreśla konieczność jaknajwcześniejszego operowania z zachowaniem należytego radykalizmu, zaleca przytem krytycyzm w wyborze operacji przygotowawczej (w przypadkach polipów włóknistych).

Praca „O ropniach podprzeponowych” z roku następnego, oparta znów na

własnym materyale obserwacyjnym, stanowi jasny i treściwy wykład kliniczny o patogenezie i leczeniu tego cierpienia. W tymże roku pisze „O rozszczepieniu krtani” na podstawie 20 własnych spostrzeżeń i wypowiada się gorąco za tą metodą w przypadkach guzów krtaniowych.

Pracą „O pneumotomiach przy ropniach płuc” w r. 1897 rozpoczyna ś. p. Kijewski szereg publikacji z zakresu chirurgii płuc, stając się z czasem u nas jednym z najlepszych znawców tego przedmiotu. Już w zaznaczonej pracy o pneumotomii występuje, jako zwolennik interwencji czynnej w ropniach ostrych: „jeżeli tylko gorączka utrzymuje się na swojej wysokości, chory siły traci, a opróżnienie przez oskrzela nie następuje, przystępować zaraz do operacji”. W 6 lat później, bo w r. 1903 ogłasza ś. p. Kijewski kapitalną pracę, która przynosi zaszczyt medycynie polskiej „O wycinaniu płuc”. Zaslugę napisania tej pracy podnieść należy z dwu względów: 1) z racji tematu, który w naszym piśmiennictwie nie znalazł chętnych badaczy i 2) z racji charakteru pracy — bo doświadczalnej, zakrojonej na skalę szeroką — a wszak w naszym piśmiennictwie chirurgicznym prace doświadczalne należą do zjawisk nie nazbyt częstych. Oczywiście, nie można kuś się o to, aby w ramach ryczałtowej oceny działalności zmarłego dać wyczerpującą analizę tej pracy. Z konieczności tedy ograniczyć się musimy do zaznaczenia tylko, że zadaniem tej obszernej pracy, opartej na 119 doświadczeniach, było rozstrzygnięcie pytania, jak wielką część płuc usunąć można, jakie zmiany zachodzą w pozostałej części płuca, jako też i w drugim płucu nie operowanym. W krytycznej analizie osiągniętych wyników zajmuje się autor obszernie sprawą powstawania komórek olbrzymich, traktując je wyłącznie jako nekrofagi, które giną po ukończeniu swej czynności; stwierdza również, iż płuco posiada słabą tendencję do regeneracji. Co do całkowitego wycinania jednego płuca, to okazało się, iż po takim zabiegu zwierzęta mogą żyć dosyć długo, o ile przetrwają wstrząs operacyjny. Za pracę powyższą otrzymał ś. p. Kijewski stopień doktora medycyny w r. 1908 w Akademii petersburskiej. W r. 1905 ogłasza operowany przez się przypadek zgorzeli płuc z wynikiem pomyślnym i stwierdza, że „błędnie postępować będzie lekarz, jeżeli w przypadkach dosyć rozległej zgorzeli płuc... z operacją zwlekać będzie”. Takie radykalne stanowisko odnośnie zgorzeli płuc zajmuje w pracy z tegoż

roku „Przyczynek do pneumotomii”, ogólniej natomiast wnioskuje o operacyjnym leczeniu rozstrzeni oskrzeli. W tymże roku ogłasza „Przyczynek do chirurgii płuc”, gdzie zastanawia się nad sprawą zaszywania ran płuca, na podstawie kilku przypadków ran kłótych i postrzałowych płuc. W r. 1912 ogłasza, jako *resumé* swych dotychczasowych badań nad chirurgią płuc, odczyt kliniczny „Współczesny stan chirurgii płuc”, wreszcie w r. 1917 jeszcze raz wraca do ulubionego tematu, pisząc „O uszkodzeniach klatki piersiowej i płuc” na zasadzie materyału lazaretu miejskiego.

Obok płuc, żywo interesował się zmarły chirurgią jamy brzusznej, czego wyrazem pozostał szereg prac, dotyczących uszkodzeń kiszek, patologii uchyłka Meckel’a, przepuklin, trzustki i wątroby. Z publikacji, odnoszących się do nerek, podkreślić trzeba pracę doświadczalną „O gojeniu się ran nerek” w r. 1907, gdzie ś. p. Kijewski stwierdził, iż „uszkodzenia istoty nerkowej, bez względu na ich rodzaj, goją się w większości przypadków drogą niezupełnej regeneracji”, nowe kłębki nie powstają.

W dziedzinie zagadnień chirurgii ogólnej wszelka myśl nowa znajdowała w nim chętnego, acz ostrożnego naśladowcę, który następnie zdobytem doświadczeniem własnym dzielił się z ogółem lekarzy. Wystarczy tu przypomnieć publikacje zmarłego o znieczuleniu rdzeniowym i o znieczuleniu przez odbytnicę.

Chcąc zaradzić brakowi oryginalnego polskiego podręcznika chirurgii ogólnej, ś. p. Kijewski w ostatnich latach swego życia skrzętnie gromadził materyały do napisania tego dzieła, przygotował cały szereg rysunków barwnych z odnośnych spostrzeżeń, wreszcie napisał 1-szy tom projektowanego podręcznika i rozpoczął tom następny, lecz z ręki już chorej pióro wypadło — gorącym życzeniom zmarłego nie stało się zadość... Praca pozostała w rękopisie — wprawdzie nie dokończona, lecz zasługująca na to, by zająć się jej losami dalszymi. Rzucam tę myśl w nadziei, że może właściwe koła zechcą tej sprawie uwagę swą poświęcić.

Dla całokształtu charakterystyki zmarłego, jako lekarza, należy rzucić okiem wstecz na Jego działalność szpitalną. Po 10-ciu latach pracy na klinice prof. Kosińskiego (1887—1897), ostatnio w charakterze starszego ordynatora, wyniósł ś. p. Kijewski z tej szkoły umiejętność systematycznego i dokładnego badania chorych oraz rozwinięty zmysł roz-

poznawczy. Posiadając ogromny zasób temperamentu, siłę woli i niezwykłą pracowitość, kładł wyraźne piętno swej indywidualności na każdym warsztacie swojej pracy, starając się zawsze ramy jego rozszerzyć, a w każdym razie ulepszyć, przystosować do wymagań współczesnych. Tak było w szpitalu Wolskim, gdzie otrzymał tylko ambulatoryum, a przechodząc w 5 lat później na ordynaturę w szpitalu św. Rocha, pozostawił swemu następcy już i mały oddział chirurgiczny.

Jako ordynator w szpitalu Dzieciątka Jezus zdobył po wielu wysiłkach na swoim oddziale podręczny przyrząd Roentgena wówczas, gdy ten wielki szpital wcale jeszcze wspomnianego urządzenia nie posiadał; pierwszy zaprowadził piec kremacyjny do zużytych materiałów opatrunkowych, w znacznej mierze własnym kosztem ulepszył urządzenie sali operacyjnej swego oddziału. W r. 1914 został lekarzem naczelnym lazaretu miejskiego—i tu znów z całym właściwym sobie zapalem zajmuje się organizacją tegoż, wkłada całe swoje „ja” w tę pracę. Jako bezpośredni obserwator chorego, nie traci dla piśmiennictwa żadnego ciekawszego przypadku, czy też

zesumowania szeregu przypadków danej kategorii—na tem wszak są oparte liczne Jego publikacye.

W stosunku do pracującej licznie na jego oddziale młodzieży lekarskiej występuje stale w charakterze życzliwego nauczyciela, który pragnie jaknajlepiej swych asystentów wyszkolić. A choć ta szkoła niejednemu chwilami wydawała się twardą, to jednak żaden nie mógł się uskarżać, aby nie miał przystępu częstego do noża operacyjnego, aby miał utrudnione zdobywanie techniki operacyjnej. Uczył i uczyć lubił.

To też stanął na szczycie pragnień całego życia swojego, gdy w roku ubiegłym otrzymał katedrę chirurgii klinicznej w polskiej Warszawskiej Wszechnicy. Gorliwie zabrał się do urządzania kliniki w szpitalu św. Ducha wedle własnych planów, lecz w tym właśnie momencie choroba zwała Go na łóżko, co już miało Mu być śmiertelnem. Serce, które niezmiennie żywo reagowało na wiele spraw codziennego żywota ludzkiego, wyczerpało się ostatecznie.

Pamięci jednostki nieprzeciętnej cześć!

Wacław Dobrowolski.

Spis prac drukowanych:

- 1) 1885. Sprawozdanie z sekcji wykonanych w pracowni anatomo-patologicznej w 2-m półroczu 1884 r. Gaz. Lek.
- 2) 1886. Guzy hemoroidalne. Warszawa.
- 3) 1886. Promienica. Kron. Lek.
- 4) 1889. O promienicy u człowieka. Gaz. Lek.
- 5) 1890. Bakteryje. Encyklop. Roln.
- 6) 1890. Pokarmy i napoje. Warszawa.
- 7) 1891. Promienica u człowieka. Odczyty Klin. № 30, 31.
- 8) 1893. Kilka uwag w kwestyi operowania guzów jamy nosogardzielowej (z Wróblewskim). Gaz. Lek.
- 9) 1893. Przyczynek do leczenia operacyjnego urazowego przedziurawienia kiszek, bez uszkodzenia ścian zewnętrznych brzucha. Gaz. Lek.
- 10) 1894. O ropniach podprzeponowych. Gazeta Lekarska.
- 11) 1894. O rozszczepieniu krtani. Gaz. Lek.
- 12) 1896. Przyczynek do leczenia wola t. zw. tyreoidalnego. Gaz. Lek.
- 13) 1896. Z kazuistyki stłuczeń brzucha, powodujących przedziurawienie kiszek. Gaz. Lek.
- 14) 1897. O pneumotomiach przy ropniach płuc. Gaz. Lek.
- 15) 1899. Kilka uwag o pozostawianiu ciał obcych w jamie brzusznej. Gaz. Lek.
- 16) 1899. Ocena naukowej działalności prof. Kosińskiego. Gaz. Lek.
- 17) 1899. Ocena naukowej działalności prof. Rydygiera. Gaz. Lek.
- 18) 1901. O znieczuleniu rdzeniowem za pomocą kokałny. Gaz. Lek.
- 19) 1903. O wycinaniu płuc („*de pneumectomy*”). Pam. Lek.
- 20) 1905. Zgorzel płuc. Pneumotomia. Wyzdrowienie. (z F. Somerem). Gaz. Lek.
- 21) 1905. Przyczynek do pneumotomii. Gaz. Lekarska.
- 22) 1905. Przyczynek do chirurgii płuc. Gaz. Lekarska.
- 23) 1906. Kilka uwag w kwestyi stosowania nefrektomii w kamicy nerkowej. Gaz. Lek.
- 24) 1906. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej. Gaz. Lek.
- 25) 1906. Kilka uwag o rzadziej spotykanej zawartości worka przepuklinowego. Gaz. Lek.
- 26) 1907. O gojeniu się ran nerek. Sprawozd. z X zjazdu lekarzy i przyrodn. polsk. Lwów.
- 27) 1908. Działalność nauczycielska i naukowa prof. J. Kosińskiego. Gaz. Lek.
- 28) 1909. O torbielach trzustki. Gaz. Lek.
- 29) 1910. O zapaleniu uchyłka Meckel'a. Gaz. Lek.
- 30) 1912. Józef Lister. Gaz. Lek.
- 31) 1912. Współczesny stan chirurgii płuc. Odcz. Klin.
- 32) 1914. Prof. Julian Kosiński (wspomn. pośmiertne). Gaz. Lek.
- 33) 1917. O uszkodzeniach klatki piersiowej i płuc. Pam. Lazar. Miejsk.
- 34) 1917. O znieczuleniu ogólnem eterem przez kışkę stołcową. Pam. Lazar. Miejsk.

Z INSTYTUTU TRAUMATOLOGICZNEGO W MOSKWIE.

Przyczynki do neurologii wojennej

podał

Z. Bychowski,

b. st. ordynator Instytutu.

Przyczynek I. Padaczka urazowa w świetle materiału wojennego.

Wojna obecna spowoduje nie tylko zasadnicze zmiany w ekonomicznym i społecznym życiu walczących narodów, lecz pozostawi niezawodnie także głębokie ślady na całym ich fizycznym i psychicznym ustroju. Zmienione warunki odżywiania, rozmaite masowe szczepienia przeciwwakacyjne, ciężkie i niezwykle przeżycia, ogromna liczba kalectw, wszystko to wycisnie swoje piętno na bytowaniu nawet tych, co się znajdowali poza strefą ognia i miecza. Dla higieny społecznej i eugeniki otwiera się w ten sposób szereg doniosłych zagadnień. Niestety, chwila obecna niezupełnie jeszcze nadaje się do spokojnego gromadzenia materiału i obiektywnego jego opracowania. Z biegiem czasu prawdopodobnie zajmą się tem centralne instytucje naukowe i państwowe.

Znajdując się od początku wojny do końca 16 roku bądź to na froncie, bądź to w bliskim z nim sąsiedztwie, a pracując następnie do kwietnia 1918 roku w Instytucie traumatologicznym w Moskwie ¹⁾ starałem się w

¹⁾ Jest to, zdaje się, jedyna w swoim rodzaju instytucja i zasługuje na krótką przynajmniej wzmiankę. Założona została w 1916 r. przez Wszechrosyjski Związek Ziemstw, i samą Moskwę. Składa się z 3-ech oddziałów: neurologicznego (600 łóż.), ortopedycznego (600 łóż.) i chirurgicznego (200 łóż.), łączy się z nim także wydział miejscowości kuracyjnych na pięćset łóżek do dokładnego zbadania chorych, posyłanych do miejscowości kuracyjnych na Kaukaz, półwysep Krymski i t. d. Instytut zaopatrzony jest w pracownie chemiczne, mikroskopowe, bakteriologiczne, pracownię roentgenowską, urządzenia mechano-elektrohydroterapeutyczne i t. d.

Do Instytutu przeważnie kierowani bywają z rozmaitych szpitali chorzy — ranni, wymagający specjalnego dłuższego współleczenia nerwowego, ortopedycznego i chirurgicznego. Chorzy w ten sposób znajdują się często pod opieką kilku specjalistów. Chodzi więc o praktyczną pomoc i naukowe wyzyskanie materiału. W 17 r. wynajęto bardzo ładnie położone i znakomicie urządzone sanatorium Podsolniecznoje (40 w. za Moskwą) dla chorych Instytutu. Jako konsultant sanatorium posyłałem tam przeważnie chorych czaszkowych, których w dalszym ciągu w zmienionych warunkach mogłem obserwować. Przy Instytucie też znajduje się szkoła dla początkujących i odbywają się specjalne wykłady fachowe. W pracowniach stolarskich i ślusarskich instytutu pracuje wielu chorych.

miarę możliwości korzystać z obfitego materiału neurologicznego. Jakkolwiek wojna nowych objawów w kierunku neurologicznym nie dała, dostarczony jednakże przez nią materiał jest pod wielu względami niezmiernie ciekawy; rzuca bowiem zupełnie nowe światło na niektóre zagadnienia neurologiczne i zmusza do gruntownej rewizji wielu, zdawało by się, już ustalonych faktów neurologicznych. Dłuższe spostrzeżenie i leczenie tych chorych posiada też, ma się rozumieć, dużą doniosłość praktyczną ze względu na ogromny swoisty materiał, składający się prawie wyłącznie z młodych skądinąd ludzi. Spotykamy się więc tu z takimi ciekawymi zjawiskami kompensacji i restytucji, do których przy naszym dawnym pokojowym materiale nie byliśmy wcale przyzwyczajeni. Wszak w czasie pokojowym budowaliśmy całą naszą patologię na ogólnie schorzałych mózgach (stwardnienie naczyń, przyniot, przewlekły alkoholizm i t. d.) w dodatku albo starych, więc zużytych, albo dziecięcych, więc jeszcze niedorozwiniętych. Tem sobie tłumaczę, że na początku wojny stawiałem zbyt ponure rokowania, które nie zawsze się sprawdzały, wskutek czego następnie w nawet pozornie beznadziejnych przypadkach nie zachowywałem się biernie, zalecałem ich operację. Wyniki nieraz były wprost zdumiewające.

Wobec tego, że szczegółowe opracowanie mego materiału wymaga dłuższego czasu i innych warunków, chciałbym tymczasem ogłosić niektóre przyczynki, posiadające ogólniejsze neurologiczne znaczenie. Jako wieloletni członek międzynarodowej ligi pokoju, pragnę z całego serca, żeby traumatologia wojny została dla nas tu sprawą czysto teoretyczną i aby poruszone w moich przyczynkach niektóre kwestie nigdy u nas praktycznego zastosowania nie znalazły ¹⁾.

Padaczka odgrywa dużą rolę w nauko-wo-lekarskiej praktyce. W przeciągu pier-

¹⁾ Por. Bychowski. W sprawie pewnych objawów nerwowych na skutek ran postrzałowych czaszki. Medycyna i Kron. Lekarska 1916.

Bychowski. Neurologia w obliczu wojny w Ki-jowskim Miesięczniku Lekarskim 1917 r. № 3.

wszych dwóch lat wojny przez moje ręce przeszło przynajmniej parę set żołnierzy z napadami drgawkowymi, o których musiałem orzec, czy są epileptycznego pochodzenia, czy nie, co przy dorewolucyjnej procedurze wojskowolekarskiej niezawsze było łatwem i nawet możliwem. Wogóle stali wojskowi lekarze i wojskowe szpitale traktowały takich osobników przeważnie, jako symulantów. Moje odnośne doświadczenie, jako lekarza drużyny a następnie ordynatora dużego stałego szpitala wojskowego, obfituje w tragiczne i komiczne epizody, których opowiadanie kwalifikuje się raczej do gawędy felietonowej niż do pisma naukowego. Epileptyków, u których osobiście spostrzegałem ciężkie napady drgawkowe, zwracano mi nieraz ze szpitali wojskowych już po kilku albo kilkunastu dniach jako „wyleczonych“. O kilku symulantach¹⁾ udało mi się następnie stwierdzić (posiadam kopię dokładnych historii chorób) że byli przed wojną przez dłuższy czas w szpitalach dla umysłowo chorych, jeden na przykład przeszło dwa lata z rozpoznaniem psychozy epileptycznej, kilku chorych z t. zw. ambulatoryjnym automatyzmem dostało się pod sąd wojenny za dezercję.¹⁾ Ciekawem byłoby zbadać na większym materiale wpływ wojny na natężenie objawów epileptycznych u tych, którzy jeszcze przed służbą wojskową dotknięci byli większą lub mniejszą skłonnością do padaczki i pokrewnych jej stanów. Z drugiej strony już na początku wojny można było przewidzieć, że ona da dużo nowych epileptyków wśród rannych w czaszkę. Zdawało się też, że ogromny materiał wojenny potrafi ostatecznie rozstrzygnąć kwestyę odruchowej padaczki. Do niedawna jeszcze a to głównie dzięki licznym pracom Brown-Sequarda grała ona wybitną rolę w nozografii padaczki. W starych monografiach figuruje dużo przypadków, gdzie wskutek jakiejś blizny na tej lub owej kończynie zaczęły występować napady padaczkowe, które po usunięciu inkryminowanej blizny zniknęły. Zwłaszcza blizny w obrębie jakiegos nerwu obwodowego uważane były za szczególnie uposabiające do padaczki. Za naukową podstawę służyły znane badania Brown-Sequarda, który po przecięciu i drażnieniu

nerwu kulszowego wywoływał u morskich świnek i królików padaczkę nawet w 2-m pokoleniu¹⁾.

Z biegiem czasu wskutek prawdopodobnie ściślejszego odseparowania swoistej padaczki od innych nerwic z zaburzeniami ruchowemi przypadki odruchowej padaczki stały się coraz rzadszymi. A przed kilku laty na zjeździe neurologów niemieckich w Hamburgu, gdzie padaczka była głównym przedmiotem obrad, główni sprawozdawcy Binswanger i Redlich zupełnie zaprzeczali jej istnieniu. Materiał wojenny z niezliczoną prawie liczbą postrzałowych ran nerwów obwodowych powikłanych często silnymi bólami wydawał mi się właśnie miarodajnym dla sprawdzenia faktu odruchowej padaczki, tembardziej że mamy tu do czynienia z osobnikami, przeżyciem wojny „zdeenerwowanymi“. Zbadałem w tym kierunku cały obfity materiał Instytutu Traumatologicznego, zbierałem informacye w innych szpitalach i znalazłem tylko jednego chorego, u którego napady drgawkowe można było uzależnić od bolesnej blizny w obrębie nerwu podeszwowego. Sądę więc, że padaczkę odruchową można istotnie wykreślić z patologii padaczki.

W niniejszem przyczynku chciałbym podzielić się wynikami swoich spostrzeżeń nad padaczką urazową, t. j. tej grupy chorych, u których napady drgawkowe — częściowe lub ogólne — wystąpiły po ranach postrzałowych czaszki.

Od grudnia 16 r. do września 17 miałem na swoim oddziale w Instytucie 43 chorych z postrzałowemi ranami czaszki²⁾. Z pośród nich 16 dotkniętych było napadami drgawkowemi, co stanowi 37%. W pierwszym swym okresie drgawki miały charakter ściśle ograniczony do jednej kończyny, często nawet do

¹⁾ Doświadczenia Brown-Sequarda zostały niedawno na wielką skalę i z ogromną dokładnością powtarzane przez Macieszę i Wrzoska — z wynikiem zupełnie ujemnym. Szczegółowe i wielce ciekawe prace tych autorów znajdują się w mało dostępnym lekarzom. Archiv. f. ges. Biologie 1911 r. Streszczenie w Nowinach Lekarskich 1910.

²⁾ Treść notatki niniejszej zakomunikowałem w listopadzie 1917 r. na Zjeździe, zwołanym przez ros. Związek psychiatrów i neurologów dla omówienia sprawy opieki nad nerwoworannymi. W kwietniu, kiedy Instytut opuściłem, moja kazuistyka instytutowa sięgała już przeszło 120 przypadków. I na tym większym materiale stosunki liczbowe we wszystkich prawie szczegółach pozostają te same, pod niektórymi względami nawet jeszcze niekorzystniejsze dla padaczki urazowej. Ze względu na obecne warunki wydawnicze szczegółowych historii chorób nie przytaczam. Nie wątpię, że prędzej, czy później będę miał możność ku temu.

¹⁾ Niektóre uwagi w sprawie rozpoznawania padaczki w wojsku — oczywiście ze względu na dyscyplinę służbową bardzo powściągliwe — ogłosiłem w 16 r. w ros. Gazecie psychiatrycznej p. t. „Rozpoznanie padaczki w klinice i praktyce wojskowolekarskiej“.

jednej tylko gromady mięśniowej odpowiednio zawsze do blizny na czaszce, więc w uszkodzeniu prawej półkuli — drgawki po lewej stronie. Często napady, zwłaszcza na początku, na tem się kończyły, miały więc charakter czysto Jackson'owski. Z biegiem czasu drgawki w większości przypadków zaczęły obejmować i drugie kończyny i przechodziły w ogólne epileptyczne z utratą przytomności. Spostrzegałem jednakże takie, gdzie od samego początku bywały ogólne napady epileptyczne. U niektórych bywały napady miejscowe i ogólne. W kilku przypadkach do ogólnych napadów nie dochodziło. U wielu chorych zanotowałem oprócz tego krótkotrwałe zawroty, zamroczenia (*absence*). Co się tyczy częstości napadów, to była ona nader rozmaita: po kilka razy dziennie i raz na parę tygodni. Pobyt na wsi w sanatorium wpływał dodatnio na częstość napadów. Niektórzy z moich chorych twierdzili, że udaje im się przerwać napad, o ile w stosownej chwili jest możność rozcierania kończyny, od której napad się zaczyna, co zdaje się rzeczywiście odpowiadało istotnemu stanowi rzeczy. Nie jest to chyba zwyczajnym przypadkiem, że wogóle wszyscy moi czaszkowi chorzy byli młodymi, naogół wspaniale zbudowanymi osobnikami w wieku 20—30 lat. Jeden tylko chory miał przeszło 40. Prawie wszyscy dotknięci byli porażeniami w odnośnych kończynach. Miałem jednakże wśród drgawkowych chorych i takich, u których, jakkolwiek w wywiadach istniały, obecnie żadnych porażań albo niedowładów już wykryć nie mogłem. U kilku stałe zmiany czucia, astereognosia, były jedynym zjawiskiem wypadnięcia. U dwóch chorych drgawkowych z ranami w okolicy potylicznej wogóle nigdy porażań nie było.

Napady często sam spostrzegałem albo wyszkoleni w tym kierunku współpracownicy moi. Dodam jeszcze, że przeważnie byli to chorzy zwolnieni już od służby wojskowej, więc symulacja była zupełnie niepotrzebna.

W przeszło połowie przypadków rany były w obrębie stref czucioworuchowych. Wszyscy zdaje się byli w swoim czasie wkrótce po otrzymaniu rany operowani (*debridement*), niektórzy kilkakrotnie. Defekty kości nieraz były dosyć duże. Nie miałem wrażenia, żeby między rozmiarami defektu a częstością i natężeniem napadów był jakikolwiek bądź związek.

Dla dalszych moich wywodów było ważnem ustalenie okresu pierwszych napadów. Otrzymałem następ. tabliczkę.

Pierwszy napad był u

4 chorych	± 3 mies.	po otrzymaniu rany
5 "	± 6 "	"
4 "	± 9 "	"
2 "	± 1 rok	"
1 "	± 2 lata	"

Przypatrując się tym liczbom, widzimy, że w pierwszych miesiącach napady drgawkowe należą do rzadkości i że dopiero w drugiej połowie pierwszego roku zaczynają się częściej zjawiać. Najważniejszym jednak jest fakt, że u niektórych chorych przypadki drgawkowe występują dopiero w rok i nawet w dwa lata po zranieniu (takich przypadków widziałem oprócz figurującego w tabliczce jeszcze 2). Jeden z nich, u którego po tangencyjalnej ranie czaszki był prawostronny bezwład z zaburzeniami mowy, uważał się już za zupełnie zdrowego — porażenie nie zostawiło śladów zahaczania się mowy — i pracował od kilku miesięcy w warsztacie ślusarskim, kiedy nagle wystąpiły napady drgawkowe na początku tylko w prawej dłoni, a które następnie przyjęły ogólny epileptyczny charakter. Z kazuistyki pokojowej zresztą wiemy, że uraz czaszki, zwłaszcza z uszkodzeniem kości, tem bardziej z następczą blizną mózgową może jeszcze po wielu latach zapoczątkować drgawki korowe.

Przytaczanie odnośnej literatury nie wchodzi w zakres mniejszej notatki. Zacytuję tylko jednego autora, który miał do czynienia z moim materiałem analogicznym, a pochodzącym z wojny ros.-japońskiej. Dwa lata po wojnie Halbeck ¹⁾ rozesłał kwestyionaryusz do moich 93 chorych czaszkowych, w którym między innemi była uwzględniana sprawa drgawek. Otrzymał odpowiedź od 65 chorych: 19 cierpiało na napady drgawkowe (dwóch zmarło podczas napadu), co stanowi 29 %. Większy odsetek u mnie tłumaczy się prawdopodobnie tem, że wśród chorych, którzy Holbeckowi nie odpowiedzieli też może byli epileptycy, a także tem, że niektórzy chorzy może swoje częściowe nie wybitne drgawki przeoczyli. Mówię to na zasadzie osobistych spostrzeżeń, że chorzy, niestety nawet i lekarze, skłonni są, bagatelizować miejscowe drgawki (naprzykład w palcach stopy). Dodatnia strona mego materiału w porównaniu z materiałem Holbecka polega też na tem, że chorych swoich osobiście ba-

¹⁾ Die Schupverletzungen des Schädels im Kriege. Beobachtungen und Erfahrungen während des russisch-japanischen Krieges 1900—1904. Berlin 1912. Dobrze opisana kazuistyka. Obszerna bibliografia.

dałem i często sam te drgawki widziałem. Niebywały przewlekły charakter tej wojny ma z punktu widzenia lekarskiego tę dobrą stronę, że chorzy w przeciągu kilku lat zostają pod stałą obserwacją lekarską. Wszelkie zmiany i wahanie w przebiegu klinicznym są zwykle zanotowane, zwłaszcza w dużych szpitalach moskiewskich, gdzie chorzy przebywają rok i dłużej.

(dok. n.)

Streszczenie zbiorowe.

Epidemia influenzy w r. 1918.

Podał

Dr J. Puterman (Sosnowiec).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego dn. 15 listopada 1918 roku)

Pandemie influenzy już kilkakrotnie nawiązywały Europę. Już od 13 wieku wzbudzały one postrach i zarazem podziw przez nagły swój wybuch, szybkie znikanie i błyskawiczne szerzenie się po krajach sąsiednich i stąd po całym niemal świecie. Od roku 1742 sprawa chorobna tych pandemii nosi nazwę „influenza“, „la grippe“ u Francuzów. W danej miejscowości powstała epidemia zazwyczaj trwa krótko, przeciętnie miesiąc. Ostatnia pandemia, która przeszła przez Europę w kierunku odwrotnym, niż obecna—od wschodu na zachód, panowała w Europie w roku 1889/90. W dwa lata później odkryty został przez Pfeiffer'a lasecznik, który przezeń ochrzczony został mianem „influenzyjny“. O roli chorobotwórczej lasecznika tego będzie mowa w etyologii.

W maju r. b. rozniosła się pogłoska o zagadkowej chorobie w Hiszpanii. W połowie czerwca pokazały się już pojedyncze przypadki tej sprawy w Halli, w końcu czerwca wystąpiła ona tam epidemicznie. Wkrótce epidemia wybuchła w całych Niemczech. We Lwowie pierwsze przypadki spostrzegano w lipcu, w Krakowie pojawiła się epidemia ta w połowie września, u nas zdaje się mniej więcej w tymże czasie pokazywały się przypadki pojedyncze, w październiku influenza ta wystąpiła w Zagłębiu epidemicznie¹⁾.

Szerzenie się zarazy w ciągu tak krótkiego czasu zależne jest od stosunków komunikacyjnych. Wybuch epidemii w danej miejscowości rozpoczyna się zazwyczaj od zapadania pojedynczych osobników. Gdy zaraza dostaje się do miejscowości o większym skupieniu ludności—do fabryk, koszar i t. p. powstają masowe zachorowania. Mamy więc do czynienia z infekcją przez zetknięcie (*Contactinfection*). W jaki sposób zarazek się szerzy, nie udało się jeszcze dotychczas ustalić. Prawdopodobnie szerzy się on za pośrednictwem produktów zapalnych dróg od-

dechowych—kropelek płwociny. Okres wyłęgania bywa zazwyczaj krótki—od 24 godzin do kilku dni. Ze sprawą tą chorobną w postaci sporadycznych zachorowań spotykamy się prawie wszędzie. Z powodów niewiadomych bodziec chorobotwórczy nabiera silnej jadowitości i zaraźliwości jego silnie się wzmacnia. Z biegiem czasu znów złośliwość zarazka się zmniejsza i epidemia stopniowo przygasa.

Zazwyczaj po wielkich epidemiach przez czas jakiś trwają mniejsze epidemie ze śmiertelnością jednak stosunkowo dosyć znaczną. Tak było po ostatniej epidemii 1889/90 r. i w latach 1891/1892.

Epidemie influenzyjne przerażają kolosalną liczbą zachorowań osobników bez różnicy wieku, płci i zawodu. W stosunku jednak do ilości zapadających osobników śmiertelność nie jest wielka. Sprawa omawiana występować może w każdej miejscowości bez względu na te lub owe wpływy atmosferyczne i telluryczne.

Są wszakże pewne właściwości, wybitnie wyróżniające jedną pandemię od drugiej. Gdy podczas epidemii roku 1889/90 najwięcej zapadało osobników starych i dzieci, w obecnej spostrzegamy największą liczbę zachorowań i to bardzo ciężkich wśród osobników młodych, najczęściej zupełnie zdrowych. Przyczynę mniejszej liczby zachorowań wśród osobników starych upatrują w ich odporności, nabytej podczas ostatniej epidemii, która panowała 30 lat temu.

Inne znamienne właściwości tej pandemii stanowią często powikłania ciężkie i to przeważnie ze strony głębszych dróg oddechowych i miazszu płuc. Niektórzy przypisują złośliwość przebiegu obecnej epidemii wojnie, która wywarła wszędzie prawie wpływ ujemny na odporność ustrojów ludzkich (Hart).

Co do etyologii, to zdania dotychczas są podzielone. Gdy jedna część autorów z Pfeifferem na czele (Uhlenhütt, Dietrich, Schiemann, Gottschlich, Fales, Strümpell, Bergmann, Simonds, Hesslin, Schwermann, Oeller, Hübschmann) przypisują lasecznikowi Pfeiffera główną rolę bodźca chorobotwórczego,

¹⁾ W listopadzie epidemia w Zagłębiu nieco przygasała. W połowie grudnia znów się wzmogła. (Przyp. sprawozdawcy).

to inni (Goldschmid, Mandelbaum, Gruber, Coca i Zapota, Barsch, Fleischmann, Lubarsch, Friedman, Lümpe, Nitsch) nie upatrują w drobnoustroju tym pierwotnego bodźca chorobotwórczego i przypisują mu zaledwie skromną rolę saprofitycznego tworu, wielokrotnie znajdowanego i w innych sprawach: dyfteryie, odrze, koklusz, gruźlicy. Największym przeciwnikiem pod tym względem jest Mandelbaum. Pomimo ścisłego stosowania się do przepisów, zaleconych przez Pfeiffera, co do sposobu otrzymywania i badania materiału, pomimo licznych badań najświeższego materiału nigdy nie udało mu się wykryć podczas tej epidemii laseczników Pfeiffera. Przeciwno temu, aby zarazek ten był pierwotną przyczyną epidemii, przytacza Mandelbaum wiele na pozór wymownych dowodów. Wszak lasecznik Pfeiffera znajduje się często w rozmaitych sprawach chorobnych i to wszędzie na całym niemal świecie. Jeżeli winowajcą obecnej epidemii jest lasecznik Pfeiffera, to dlaczego epidemia nie wybucha jednocześnie w wielu naraz miejscach. Dalej spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne stwierdziły, że sprawy chorobne, powodowane lasecznikami Pfeiffera, nie pozostawiają odporności przeciwko powtórnyemu zachorowaniu. Tymczasem stwierdzono, że w tej sprawie chorobnej, która pod względem epidemiologicznym, klinicznym i anatomopatologicznym jest zupełnie identyczna z epidemią r. 1899/90 t. j. z epidemią, która panowała około 30 lat temu, zapadają przeważnie osobniki młode, mniej więcej do lat 30. A wiadomo, że jeżeli dana miejscowość była nawiedzona przez epidemię influenzy, to ludność współczesna tej miejscowości zdobywa pewną odporność, aż do powstania świeżego pokolenia, wrzliwego na nowopowstałą infekcję. Tem się tłumaczy, dlaczego w tej epidemii przeważnie zapadają ludzie młodzi. Faktem jest, że na ciężkie zachorowania narządu oddechowego, właściwe obecnej epidemii, częściej zapadają ludzie młodzi, aczkolwiek większe usposobienie do tych chorób posiadają ludzie starzy. Wreszcie drobnoustroj, który powoduje obecną influencję, posiada znaczną zaraźliwość. Natomiast przekonano się w ciągu tylu lat, że zaraźliwość laseczniaka Pfeiffera jest stosunkowo niewielka i że wywołać on może co najwyżej endemię, lecz nigdy pandemię.

Wobec tego—według Mandelbauma—lasecznik Pfeiffera nielegalnie nosi miano las. influenzy. Co najwyżej może on być nazwany *bacillus haemophilus* Pfeiffera. Co zaś do właściwego winowajcy influenzy, to ten dotychczas nie został jeszcze wykryty.

Przeciwno wywodom tym występują Oeller i Hübschmann. Wbrew zdaniu Mandelbauma udało im się laseczniaki Pfeiffera wykryć w czystej hodowli podczas tej epidemii w produktach zapalnych ropnego zapalenia opon mózgowych, ucha środkowego w płynie mózgoworodzeniowym w *encephalitis*, co niezbicie dowodzi chorobotwórczego jego znaczenia w tej epidemii. Jeżeli hodowała nie zawsze się udaje, przypisać to nale-

ży raczej niedokładnej technice, a głównie częstej obecności w materiale badanym innych drobnoustrojów, szybciej rosnących i zagłuszających laseczniaki influencyjne.

Pozatem w miejscu osiedlenia się, a zwłaszcza we krwi laseczniaki influencyjne, b. często wkrótce po wtargnięciu do ustroju, zostają zniszczone przez siły ochronne, właściwe większości ustroju naszego, wskutek częstego stykania się naszego z rozpowszechnionymi lasecznikami influencyjnymi. Endotoksyny, wyzwajające się z rozpadłych laseczników, powodują objawy toksyczne, jakie występują w 1-y z zwłaszcza okresie influenicy. Wbrew zdaniu Mandelbauma, zarazki influencyjne pod wpływem bliżej nam nieznanym warunków stać się mogą mocno jadowitymi. Warunki sprzyjające wzmożeniu złośliwości zarazków tych mogły mieć miejsce w Hiszpanii, skutkiem czego tam wybuchła epidemia, która zwykłymi drogami komunikacyjnymi kroczyła potem dalej.

Jak widzimy, kwestya co do znaczenia etyologicznego laseczniaka Pfeiffera dotychczas zostaje otwarta. Badania serologiczne (aglutynacja), podjęte przez Lewinthal'a do rozjaśnienia kwestyi przyczynić się nie mogą, wobec stwierdzenia przez Oeller'a aglutynin przeciwinfluencyjnych i w surowicach normalnych.

Pojedyncze głosy w sprawie chorobotwórczości w tej epidemii drobnoustroju *diplostreptobacillus Bernhardta*, *proteus Majorala*, *micrococcus catarrhalis* są bez rozstrzygającego znaczenia.

Kruse, Solter i Hirschbruch przyjmują za pierwotny czynnik chorobotwórczy drobnoustroj, przez zwykłe filtry bakteryjne przenikający.

Pojedyncze spostrzeżenia nad osobnikami, które zarażyły się przez wdychanie rozpylonych produktów influencyjnych, uprzednio przesączonych przez sączki, nie przepuszczające bakterii, przemawiałyby za zarazkami b. małych rozmiarów, nie dostępnymi obecnym metodom badania.

Jeżeli się zdania rozchodzą co do pierwotnego czynnika chorobotwórczego w sprawie omawianej, to wszyscy niemal jednogłośnie wypowiadają się za tymi samymi drobnoustrojami, z którymi spotykamy się we wtórnych zakażeniach.

Pierwsze miejsce zajmują paciorkowce i to hemolityczne, drugie miejsce pneumokoki, a 3-e gronkowce. Najczęstsze powikłania: bronchopneumonie, zapalenia płuc kataralne, ropne i krupowe, empyemy powodowane są właśnie przez te drobnoustroje.

Streszczając wszystko wyżej powiedziane, widzimy, że bodziec chorobotwórczy obecnej pandemii nie jest jeszcze ustalony i jak niżej zobaczymy z danych klinicznych i anatomopatologicznych, posiada on własności wielce zaraźliwe, infekcja przezeń wywołana bywa najczęściej przez ustrój pokonywana, pozostawia on jednak skłonność do infekcji wtórnych i do ciężkich powikłań, które często powodowane bywają przez drobnoustro-

je saprofityczne, znajdujące się stale w naszym organizmie.

Symptomatologia i przebieg. Zdaniem poważnych autorów (Baumler, Leichtenstern, Wassermann, Jurgens, Hübschmann) istota sprawy influencyjnej polega na toksemii, powstającej skutkiem rozpadu zarazków z wyzwoleniem się toksyn pod wpływem litycznych substancji organizmu. Wobec tego na plan pierwszy występują raczej objawy ogólnotoksyczne niż lokalne. W zależności od indywidualnych ochronnych właściwości organizmu z jednej strony, zaś z drugiej od rozmiaru lokalizacji drobnoustrojów i ich jadowitości mogą przeważać te lub owe objawy. Wobec wielkiej różnorodności objawów i licznych możliwych powikłań influenzy wyodrębnienie tych lub owych postaci influenzy jest trudne i bezcelowe.

Z punktu więc widzenia etyologicznego możemy wraz z Jurgensem mówić o jednej tylko postaci influenzy ogólnotoksycznej, lub z punktu widzenia klinicznego wyodrębnić jeszcze wraz z Leichtensternem postać toksycznozapalną.

Ogólny przebieg influenzy przedstawia się mniej więcej w ten sposób: Początek zachorowania zazwyczaj nagły, często z wstrząsającym dreszczem i szybkim podniesieniem się ciepłoty nieraz do 40°. Czasami tylko poprzedzają kilkodniowe zwiastuny: nieznaczne objawy kataralne ze strony górnych dróg oddechowych, nieraz zwłaszcza u dzieci krwawienia nosowe¹⁾. Objawy podmiotowe, jako powszechnie znane, pomijam, wspomnę tylko o stosunkowo często notowanym znacznym wyczerpaniu sił (prostracyi) niekiedy w połączeniu z omdlewaniem, o wyczerpaniu mającym swą podstawę anatomiczną (o czem niżej jeszcze mowa będzie); o bradykardii, często jako prognostycznie pomyślnym objawie, wreszcie o wspomnianym przez Boecklera bolesnym punkcie łędźwiowym, którego brak, według tegoż, wyklucza influencję (punkt ten znajduje się między 3 — 4 kręgiem łędźwiowym).

Po większej części po 2 — 3 dniowej gorączce, wyjątkowo dłużej trwającej (5 — 8 dni), podczas której niekiedy występuje bredzenie, sprawa ustępuje zazwyczaj przy litycznym spadku gorączki, i niektórzy wracają wkrótce do swoich zajęć zwykłych. W pewnych tylko przypadkach okres zdrowienia przeciąga się dłużej, chorzy się czują przez czas długi zmęczonymi, podrażnionymi, skarżą się na bezsenność. Wyjątkowo przebieg bywa złośliwy: notowane są pojedyncze przypadki śmierci w ciągu 2 — 3 dni od początku zachorowania. Częściej bywają postaci tak lekkie, że chorzy przez cały czas nawet do łóżka się nie kładą. Nawroty choroby do rzadkości nie należą.

W epidemii obecnej spostrzegać się da-

e mniejsza ilość zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, biegunka), oraz układu nerwowego (ból głowy, nerwoból nerwu trójdzielnego, objawy zapalenia opon mózgowych), natomiast na plan pierwszy występują powikłania, często dość poważne ze strony narządu oddechowego.

Nieżyt nosa niekiedy tylko występuje i szybko mija, wydzielina przytem bywa skąpa. Tak mało też stosunkowo spotykamy zachorowań jam dodatkowych nosa w obecnej epidemii.

Ze strony gardła spostrzegać się nieraz daje rozlane, dość silne zaczerwienienie z obrzękiem błony śluzowej, w pewnych przypadkach charakterystyczne dla influenzy smugowe zaczerwienienie przednich łuków podniebiennych. W kilku przypadkach notowano obrzęk układu chłonnego stropu gardzieli, oraz gruczołów chłonnych szyi. W pojedynczych także przypadkach spostrzegano biały nalot na dziąsłach pochodzenia streptokokowego¹⁾.

Sprawy zapalne krtani, tchawicy, z obrzękiem błony śluzowej do rzadkości nie należą. Objawiają się one suchym męczącym kaszlem, kaszel nieraz bywa skurczowy, występuje napadami, powodowany on bywa drażnieniem miejsca rozdwojenia głównych oskrzeli (bifurkacyi). Oeller spostrzegał przypadki ciężkiego zapalenia septycznego tchawicy. Cięższe objawy występują po rozszerzeniu się sprawy na głębsze drogi oddechowe na oskrzeli i pęcherzyki płucne, zwłaszcza jeżeli zapalenie przyjmuje charakter rzekomobłoniczy lub, co częściej bywa, ropny. *Bronchitis pseudomembranacea, bronchitis et bronchiolitis putrida*, z następczą bronchiektazją, bywają nieraz uporczywemi często groźnemi powikłaniami influenzy. Objawy: duszność, sinica, płwocina śluzowa, lub śluzoworopna, często z obfitą domieszką krwi. Przytem bywa gorączka bądź przepuszczająca bądź zwalnająca z wieczorowemi nasileniami.

Do poważnych powikłań ze strony narządu oddechowego zaliczyć należy zapalenie płuc nieżytowe — zrazikowe i krupowe. W zapaleniu zrazikowem stan podmiotowy chorych zazwyczaj bywa dość ciężki. Przedmiotowo obok niezbyt wyraźnych objawów wypukowych i wysłuchowych, właściwych tej sprawie, stwierdza się objawy rozlanego zapalenia oskrzeli. Cechuje się zrazikowe zapalenie przewlekłością i skłonnością do szerzenia się na wszystkie niemal odcinki płucne, aczkolwiek zdarzają się przypadki lekkie, 3 — 4 dni trwające. Ciepłota zazwyczaj bywa niezbyt wysoka z powtarzającymi się przestankami. I krupowe zapalenie płuc w sprawie influencyjnej przebiega może w pierwszych zwłaszcza okresach w postaci zrazikowego zapalenia, skutkiem czego i tutaj objawy przedmiotowe niezawsze bywają

¹⁾ Z obfitymi krwotokami nosowymi spotykamy się nieraz w różnych okresach choroby (uwaga sprawozdawcy).

¹⁾ W jednym przypadku o przebiegu ciężkim w końcowym okresie choroby wystąpiły uporczywe owrzodzenia dziąseł (uwaga sprawozdawcy).

wyraźnie zaznaczone: w różnych miejscach klatki piersiowej różne bywają zjawiska wypukowe i wysłuchowe. Zazwyczaj pojedyncze ogniska zlewają się w jedno, dając objawy płatowego zapalenia. Niekiedy zajęte bywają obydwie płuca, objawy przedmiotowe jednak wyraźniej występują zwykle ze strony jednego płuca. Dość często wraz z krupowymi naciekami występują ogniska bronchopneumoniczne to w tem samym płucu, to w drugim, to znów w obydwóch, zjawiska nigdy nie spotykające się w samoistnym krupowym zapaleniu płuc. Stwierdzono, że podczas panowania grypy liczba przypadków pneumonii krupowej bywa znaczna, i że postaci te odznaczają się zwykle cięższym przebiegiem (epidemie krupowego zapalenia płuc). Niekiedy spostrzega się nadzwyczaj szybki przebieg tej sprawy z zejściem śmiertelnym, zazwyczaj u osobników młodych, dotychczas zupełnie zdrowych.

Tak jedna, jak i druga postać zapalenia płuc występować może w każdym okresie grypy, nieraz już pierwszego dnia zachorowania, często zaś 3-go, przyczem albo występuje znów dreszcz wstrząsający, albo też sprawa zapalna występuje bez wyraźnych objawów. Zdarza się często, że po przejściu ostrego okresu grypowego, trwającym od kilku dni do kilku tygodni, nagle podniesienie się ciepłoty z dreszczem lub bez niego znamionuje początek krupowego zapalenia jednego lub jednocześnie kilku naraz płatów.

Najczęściej zajęty bywa płąt dolny, czasami płaty dolne lub krzyżowe obu płuc. Obok objawów przedmiotowych krupowego zapalenia płuc słychać liczne wilgotne rżenia, rozsiane w różnych częściach płuc. Nierzadko przy objawach przedmiotowych nieznaćnego stosunkowo zajęcia płuc występuje silna duszność, przy częstem, małym, miękkim tętnie i ciężkim stanie ogólnym, co nasuwa podejrzenie sprawy ropnej toksycznego pochodzenia. Badanie krwi u ciężko chorych wykrywa często leukocytozę (liczba leu-

kocytów 15,000—20,000), zazwyczaj neutrofilną, brak komórek eozynochłonnych. W przypadkach śmiertelnych zazwyczaj liczba leukocytów się zmniejsza, jak to bywa w innych sprawach septycznych. Gorączka zazwyczaj nietypowa ze znacznymi nieraz zwolnieniami, ciepłota nie spada przełomowo, lecz stopniowo przez czas dłuższy, często z ponownymi nasileniami. W okresie wyzdrowienia nigdy niema zupełnego rozejścia się sprawy zapalnej: stępienie odgłosu wypukowego oraz rżenia trzeszczące przez czas długi jeszcze stwierdzić się dają.

Charakterystyczną bywa przy tej pneumonii plwocina. Barwa nie rdzawa jak w samoistnej krupowej postaci, lecz malinowa lub krwawa — zależna od znacznej domieszki krwi. U osobników gruźliczych, zapadających na krupowe zapalenie płuc podczas grypy, często też zauważyć się dają obfite krwotoki. Częściej wszakże plwocina ma charakter ropny, o barwie żółtobrunatnej, lub żółtozielonej, czasami bywa bardzo obfita, 3-warstwowa, jak w bronchiektazach.

Do częstych powikłań w tej epidemii zaliczyć należy zapalenie opłucnej jedno, — rzadziej obustronne, najczęściej wysiękowe, przyczem wysięk bywa surowiczy albo ropny. Wysięk surowiczy rzadziej spostrzegać się daje niż ropny, pierwszy wikła zazwyczaj początkowe okresy krupowego zapalenia płuc, i często zamienia się w ropny. Stopniowe przejście surowiczego wysięku w ropny znamionuje mniej złośliwą sprawę, natomiast do złośliwszych ropniaków opłucnej zaliczyć należy te, w których wysięk od samego początku jest ropny. Ropne zapalenie opłucnej występować może w każdym okresie grypy, już nawet jako powikłanie zapalenia oskrzeli. Alarmujące objawy: bledność, sinica, duszność, bolesny oddech, drobne miękie tętno znamienne są dla złośliwego tego powikłania. Zatrważających objawów tych brak w razie stopniowego przejścia zapalenia surowiczego w ropne.

(dok. n.)

ODCINEK.

O niezbędności wprowadzenia w Państwie Polskiem ubezpieczenia społecznego z punktu widzenia społecznej walki z gruźlicą. ¹⁾

Podał

Dr Antoni Kuczewski (Zakopane).

Z pośród chorób, wyniszczających rodząj ludzki, a zwłaszcza szerokie warstwy lu-

dowe, jest najniebezpieczniejsza gruźlica. Ta plaga ludzkości nie tylko przyprawia największą liczbę ludzi o śmierć, ale również pod względem ekonomicznym najbardziej podkopuje dobrobyt klas pracujących, bo pozbawia je w większym, niż inne choroby, stopniu zdolności do pracy i nadto w wieku, kiedy

¹⁾ Odczyt wygłoszony 22. I. 1919 r. w Krakowskim Towarzystwie Lekarskim. Memoriał wniesiony do Ministerstwa Zdrowia i do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

praca robotnika jest najproduktywniejsza, t. j. od 20 do 50 lat.

Każde państwo, pomijając wszystkie inne względy, tylko ze względów czysto gospodarczo-finansowych winno dbać o przedłużenie życia, a zwłaszcza okresu zdolności do pracy osobnika. Otóż gruźlica nie dość, że skraca wiek osobnika, zwłaszcza z klas pracujących, ale nadto czyni życie dotkniętego osobnika nietylko bezużytecznem, lecz ciężarem dla społeczeństwa.

Gruźlica choroba ludową. Tak ze względu na liczbę zabieranych ofiar z warstw podstawowych społeczeństwa, jak i ze względu na sprowadzane przez się kalectwo i niezdolność do pracy, gruźlica staje się chorobą społeczną, chorobą ludową, *Volkskrankheit*, jak ją nazywają Niemcy, a według rosyjskiego określenia „*narodnaja boleźń*”. Przytoczona niżej tablica, wzięta ze statystyki państwowego urzędu ubezpieczenia społecznego Rzeszy Niemieckiej (*Reichsversicherungsamt*) najdowodniej wykazuje szkodliwość gruźlicy pod względem społecznym.

Na 1000 ubezpieczonych stało się w roku 1908 niezdolnymi do pracy:

317 wskutek gruźlicy i innych chorób płuc
150 wskutek niedokrwistości i wycieńczenia starczego

62 wskutek gościca stawowego.

Reszta liczb poniżej 60.

Co do wieku, to spowodowana gruźlicą niezdolność do pracy na 1000 wypadków przypada na:

	mężczyzn	kobiet
20—25 lat	549	426
25—30 „	509	343
30—35 „	439	258
35—40 „	367	203
40—45 „	299	139
45—59 „	226	101

Z ostatniej tablicy widać, że w wieku 20—30 lat gruźlica płuc jest przyczyną utraty zdolności do pracy więcej, niż w połowie wszystkich przypadków niedołęstwa, u kobiet zaś więcej niż w jednej trzeciej części.

Przytoczone liczby odnoszą się do wszystkich dziedzin pracy, ale jeżeli wyłączyć z ogólnej liczby ubezpieczonych te osobniki, które się trudnią rolnictwem i niektórymi innymi zawodami, to okaże się, że wśród robotników przemysłu fabrycznego znaczenie gruźlicy płuc, jako przyczyny niezdolności do pracy jeszcze bardziej wzrośnie.

A więc na 100 wypadków niezdolności do pracy, była ona spowodowana gruźlicą płuc u mężczyzn:

w wieku	rolnictwo	inne zawody	przemysł fabryczny
20—25	371	568	624
25—30	360	507	576
30—35	277	414	505
35—40	210	348	430
40—45	185	281	352
45—50	132	215	272

Tyle o jakościowej stronie szkodliwości gruźlicy pod względem społecznym.

Gruźlica zabiera najwięcej ofiar.

Jeżeli przejść do czysto ilościowej, to nie mniej wybitnie wystąpi groźba spustoszeń, szerzonych przez tę chorobę. Zaczerpnę tym razem z naszej rzeczywistości. W Warszawie w r. 1917 zmarło:

na tyfus brzuszny	287
„ „ plamisty	1441
„ „ czerwonek	2434
„ „ gruźlicę	8102

Tu chyba nie potrzeba komentarzy. Zaznaczyć wypada, że w innych miastach i krajach stosunek spustoszeń, szerzonych przez gruźlicę, do spustoszeń, powodowanych przez inne choroby zakaźne, zawsze wykazuje, choć nie w takim stopniu, jak przytoczona, olbrzymią przewagę gruźlicy. Naogół przyjęto, że na 3 ludzi, umierających w wieku 15—60 lat jeden pada ofiarą gruźlicy.

Bezwzględna liczba ofiar gruźlicy. Co do bezwzględnej liczby ofiar, zabieranych przez gruźlicę, to w Niemczech w czasie przed wojną umierało rocznie około 80 tys., w Anglii z Walią 55 tys., we Francji tyleż, we Włoszech 42 tys.

Dla dawnej Kongresówki, według obliczeń Warsz. T-wa przeciwgruźliczego odnośna liczba wynosiła 30 tys., dla dawnego zaboru austriackiego według dra Janiszewskiego 29 tys.

Mniej więcej na 3 lata przed śmiercią chorzy na gruźlicę stają się niezdolnymi do pracy i przywiązani do domu, albo nawet przykutymi do łóżka. Przez pomnożenie przeto liczby śmierci przez 3, otrzymamy dla danego kraju liczbę chorych gruźliczych, którzy powinni znaleźć miejsce w szpitalach.

Dla Niemiec przeto odnośna liczba wyniosłaby około 250,000, dla Polski dwuzaborowej, nie licząc zaboru Pruskiego— $59000 \times 3 = 177000$.

Na podstawie przytoczonych dowodów można z całą stanowczością twierdzić, że gruźlica już przed wojną była tą chorobą, która z roku na rok największe ciosy zadawała życiu i zdrowiu człowieka, zwłaszcza pochodzącego z klasy pracującej.

Wojna te szkody zwiększyła, zwłaszcza w krajach jak nasz, tak przez nią nawiedzonych, niemal kilkakrotnie.

Ta okoliczność ma szczególnie ważne znaczenie pod względem gospodarki społecznej materiałem ludzkim, czyli tak zwanej z niemiecka „*Menschenökonomie*”.

Próba oszacowania szkód wyrządzanych przez gruźlicę. Każdy człowiek, wkraczając w okres zarobkowania, przedstawia kapitał, złożony z wartości jego sił fizycznych i wiedzy, zdobytej drogą wychowania i kształcenia. Utrata zdolności do pracy i śmierć w tym okresie wieku oznacza czystą stratę z punktu widzenia społeczno-gospodarczego. Wydane bowiem koszty, wysiłki i praca idą na marne, kapitał zaś, który miał zacząć procentować, ginie dla przyszłości. Dr J. Kaup, obecny minister zdrowia publicznego Rzeczypospolitej Austriackoniemieckiej, opierając się na ekonomistach niemieckich, oblicza dla stosun-

ków niemieckich wartość życia człowieka zdolnego do zarobkowania na 16,000 marek.

Jeżeli przyjąć przeto, że z 80 tys., umierających rocznie z gruźlicy, tylko połowa była w wieku, zdolnym do zarobkowania, to roczna strata, powodowana przez samą śmierć, w tej rubryce wynosi dla Niemiec

$$16,000 \times 40,000 = 640 \text{ mil. marek.}$$

Do tego wszakże należy doliczyć straty, wypływające z utraty zarobku owych pozostałych przy życiu 250 tys. inwalidów gruźliczych i koszty leczenia i opieki nad nimi. Ogólna suma strat w ciągu roku dosięgnie w takim razie prawie miliarda marek.

Gdyby udało się zmniejszyć te straty choćby w ten sposób, żeby tylko $\frac{1}{6}$ część umierających na gruźlicę, t. j. mniej więcej 16 tys., zachowało zdolność do pracy przynajmniej na 3 lata, to wynikałby, określając dla stosunków przedwojennych roczny zarobek najmniej 1 tys. marek, roczny zysk $16,000 \times 1000 = 16$ milionów i ogólny w ciągu 3 lat — 48 milionów. Opierając się na tych obliczeniach i na wyżej przytoczonych liczbach, należy uznać gruźlicę za chorobę społeczną.

Jeżeli zaś uznać ją za taką, to sam przez się wypływa wniosek, że zwalczając to zło można tylko środkami społecznymi, środkami zakrojonymi na szeroką, społeczną miarę, których przedewszystkiem powinno dostarczyć państwo.

Zwłaszcza dla państwa, na demokracji opartego, powinno być pierwszym obowiązkiem zwalczania tej plagi poddaszy, suterenu, kopalni i fabryk.

Wszelka osobista inicjatywa, oparta choćby na najlepszej chęci i na najszlachetniejszej wiedzy, będzie tu półśrodkiem.

Mamy tego dosyć przykładów w dotychczasowej historii walki z gruźlicą w naszej ojczyźnie.

Nie brakło i nie brakuje u nas ludzi z wiedzą i zdolnościami, ożywionych najlepszymi zamiarami w tym kierunku, którzy potrafili nawet skupić około siebie całe grupy współpracowników, zorganizować stowarzyszenia. Ale praca ich była syzyfowa. Obok dziesiątków uratowanych od gruźlicy — setki i tysiące ofiar ginęło na nią.

Kilka uzdrowisk, w rodzaju „Bratniej pomocy” w Zakopanem, Hołowa pod Lwowem, Rudki pod Warszawą nie mogą rozwinać się należycie, bo są oparte na przygodnej filantropii, nie zaś na pewnych i zdrowych podstawach samopomocy społecznej. Nie mówię o innych instytucjach przeciwgruźliczych u nas, powstałych już w czasie wojny, których działalność jest zbyt krótka, aby można było wydawać o nich sądy.

Wogóle zaś brak nam dotychczas zorganizowania całego społeczeństwa w kierunku zwalczania gruźlicy, brakowało przedewszystkiem dotychczas własnego państwa.

Jeżeli inaczej w tym względzie dzieje się w całym zaborze pruskim, to tylko po-

twierdza zasadniczą tezę, że walka z gruźlicą winna być planowa i zorganizowana na podstawach społecznych.

Jeżeli zwrócimy się następnie do innych społeczeństw, zorganizowanych w osobne państwa, to przekonamy się na ich przykładzie jeszcze bardziej o słuszności tego twierdzenia.

Około 30—40 lat licząca historia społecznej walki z gruźlicą w krajach cywilizowanych niezbicie dowodzi, że winny tu być stosowane następujące środki, które złożą się na ogólny plan przeciwgruźliczy w zarzysie.

I. Środki zapobiegawcze w szerokiemi tego słowa znaczeniu:

1. Podniesienie dobrobytu warstw pracujących przez polepszenie:

- a) zwłaszcza warunków mieszkaniowych,
- b) warunków pracy,
- c) odżywiania się.

II. Środki zapobiegawcze w ciśniejszem (ściśle przeciwgruźliczem) znaczeniu:

1. Uświadamianie ogółu.
2. Niszczenie plwociny.
3. Zakłady odosobniające zaraźliwe postaci gruźlicy.
4. Przychodnie-opieki (*dispensaires*) dla gruźliczych.
5. Opieka nad dziećmi.

III. Zakłady lecznicze:

1. Uzdrowiska (sanatoria) dla uleczalnych.
2. Polikliniki w miastach uniwersyteckich.
3. Zakłady lecznicze przyszłości: kolonie-uzdrowiska wiejskie.
4. Uzdrowiska dla dzieci zotłozowanych (skrofulicznych) w zdrojowiskach solankowo-jodowych albo nad morzem.
5. Zakłady lecznicze dla chorych na gruźlicę skóry (tocznia) na wzór *Lupusheilstätte* w Wiedniu.

Nie potrzeba chyba dowodzić, że dla wprowadzenia w życie tego szerokiego, a jedynie skutecznego, skoordynowanego programu, potrzeba olbrzymich środków.

Żadna dobroczynność, nawet tak dobrze, jak w Anglii, zorganizowana, nie zdoła sprostać zadaniom wyżej zakreślonym, mającym we wzajemnem skoordynowaniu ostateczny cel—wytępienie gruźlicy.

Na to potrzeba zorganizowanej akcji całego społeczeństwa, ujętej w takie karby, aby żaden osobnik z szerokich warstw ludności pracującej i z klasy posiadaczy fabryk oraz warsztatów nie mógł uchylić się od obowiązku uczestniczenia w niej, innemi słowy: państwowego przymusowego ubezpieczenia społecznego od choroby, niezdolności do pracy. Tylko takie ubezpieczenie może dać państwu materialne środki w postaci kroci milionów na przeprowadzenie szerokich i głębokich reform w zakresie zdrowia publicznego i lecznictwa wogóle, gruźlicy zaś w

Znaczenie ubezpieczenia społecznego dla walki z gruźlicą.

szczegółności. Najbardziej do wykonania idealnego powyższego planu zbliżyła się Anglia.

Walka z gruźlicą w Anglii. Dzięki swojemu wszechstronnemu prawodawstwu higieny społecznej, jakiemu niema równego drugiego w Europie, i dzięki zakrojonym na szeroką skalę przedsięwzięciom w zakresie higieny społecznej, zwłaszcza mieszkaniowej i fabrycznej w ośrodkach wielkiego przemysłu, Anglja dopięła tego, że jeszcze przed rozpoczęciem w tym kraju właściwej akcji przeciwgruźliczej śmiertelność z gruźlicy płuc, spadła z 30 w 1853 na 11 na 10 tysięcy ludności w r. 1906 t. j. obniżyła się przeszło wdwójnasób.

Wprawdzie do r. 1911 Anglia nie posiadała ubezpieczenia społecznego od niezdolności do pracy, ale jej zasobne gminy o nader rozwiniętym samorządzie przy ogólnej wysokiej cywilizacji i kulturze polityczno-społecznej tego kraju wynagrodziły ten brak w ten sposób, że w pełnem zrozumieniu znaczenia szerokich warstw ludności dla dobrobytu ogółu nie szczędziły milionów na budowę zdrowych mieszkań dla klasy robotniczej i na środki zapobiegawcze chorobom wogóle.

Zwłaszcza takie miasta, jak Birgmingham lub Londyn przodowały innym w tym względzie. Wydane tu dziesiątki milionów na zburzenie i przebudowę całych dzielnic i ulic sprawiły, że śmiertelność z gruźlicy w takim jednym z największych ośrodków przemysłu, jak Birgmingham, w r. 1912—w czasie mego zwiedzania higienicznych urządzeń tego miasta—była 15,5 w zestawieniu z 17 w Berlinie i 27 w Paryżu; w Londynie zaś, tem miejsciepotworze nawet 12.

Wpływ ubezpieczenia społecznego na walkę z gruźlicą w Anglii. Wprowadzenie ubezpieczenia społecznego w r. 1911 dało możność Anglii, o ile ze skąpych w czasie wojny wiadomości wnosić można, podnieść liczbę miejsc w swoich uzdrowiskach z 5500 w r. 1911 do 11893 w r. 1916 t. j. podwoić i zwiększyć liczbę opiek-przychodni (*dispensary*) z 30 w r. 1911 do 371 w r. 1917 t. j. pomnożyć dwunastokrotnie. Dane te są zupełnie pewne, bo pochodzą z pracy: „*The relations of tuberculosis to war conditions*”, wydanej przez dra A. Newsholme, obecnego prezydenta the Local Government Board, t. j. według naszej nomenklatury, angielskiego ministra zdrowia publicznego.

Jak widzimy, i tu w tym kraju wzorowego prawodawstwa higieny społecznej, gdzie kultura i samopomoc społeczna jest tak wysoko rozwinięta, ubezpieczenie społeczne od niezdolności do pracy odrazu, nawet w czasach najcięższych przejść wojennych, odbiło się wyraźnym potężnym wpływem na rozwoju właściwego ruchu przeciwgruźliczego.

Ubezpieczenie społeczne a walka z gruźlicą w Danii. Jeżeli przejdziemy do małej krainy, jaką jest Dania z jej $2\frac{3}{4}$ mil. ludności, to i tu dzięki wybitnemu udziałowi państwa i gminy spostrzemy niezwykle rozwój akcji przeciwgruźliczej.

Mimo to Dania nie posiada formalnie przeprowadzonego przez swój Folketing prawa o ubezpieczeniu społecznem; w rzeczywistości wszakże ubezpieczenie takie w odniesieniu do gruźliczych tutaj istnieje. Państwo bowiem jest obowiązane ponosić znaczną część kosztów budowy uzdrowisk, szpitali schronisk i wogóle wszystkich instytucji leczniczych dla niezamożnych gruźliczych. Nadto każdy niezamożny Duńczyk ma zabezpieczone przez państwo prawo leczenia się od gruźlicy w jednym z licznych i wzorowych uzdrowisk na koszt państwa i gminy. Państwo, właśnie ponosi $\frac{3}{4}$ kosztów leczenia i utrzymania, resztę zaś gmina.

Do kategorii niezamożnych państwo odnosi: 1) wszystkich członków istniejących na mocy prawa kas chorych; 2) wszystkie osoby oraz ich dzieci do lat 15, których stan majątkowy jest tego rodzaju, że mogłyby należeć do powyższych instytucji i 3) osoby tak majątkowo postawione, że leczenie i pobyt z wyliczonych zakładów leczniczych mogłyby podkopać gospodarcze podstawy ich istnienia.

Za niezamożnego według tego prawa uchodzi każdy, kto posiada roczny dochód, nie przekraczający 1750 kor. duńskich. Jeżeli nadto uwzględnić, że miejsc w zakładach leczniczych jest tak dużo, że 1 łóżko przypada na 1200 ludności, to wypadnie przyznać, że problemat udostępnienia leczenia wszystkim niezamożnym gruźliczym chorym został w Danii już rozwiązany. Doniosłość tego faktu dla walki społecznej z gruźlicą jest niezmiernie wielka.

Na tym przykładzie Danii widzimy, jak ubezpieczenie społeczne, lubo formalnie nie przeprowadzone i nie noszące urzędowo tej nazwy, odgrywa rozstrzygającą niemal rolę w zwalczaniu gruźlicy: cała walka społeczna z gruźlicą spoczywa w Danii od samego początku swego powstania na owem prawie z dnia 14 kwietnia r. 1905.

Walka z gruźlicą w Niemczech. Niemniej wymowny dowód pod tym względem składają tu Niemcy.

Ponieważ państwo to posiada najstarsze w Europie prawodawstwo ubezpieczenia, bo datuje się od 1884 i 1891 r., i namacalnie wykazuje jego skutki i wpływ na walkę społeczną z gruźlicą, należy przeto dłużej i szczegółowiej zatrzymać się na wpływie odnośnego systemu niemieckiego na obchodzącą nas sprawę.

W chwili obecnej Niemcy po Danii posiadają największą liczbę uzdrowisk dla gruźliczych, dochodzącą do liczby 149, z których 112 jest przeznaczonych dla niezamożnych i średniozamożnych. W tych uzdrowiskach liczba miejsc dochodzi prawie do 16.000.

Takich wybitnych wyników na polu budowy uzdrowisk Niemcy nie mogłyby osiągnąć—mimo całej swej zdolności do pracy zorganizowanej—gdyby nie pomogło społeczeństwu państwo.

Wpływ ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby z r. 1884, a jeszcze bardziej o ubezpieczeniu społecznem od niezdolności do pracy

cznego na z r. 1891 dały niezachwianą pod-
walkę z stawę do rozwoju tego ruchu. Pań-
gruźlicą w stwowe bowiem urzędy ubezpiecze-
Niemczech. nia społecznego od niezdolności do
pracy w dobrze zrozumianym wła-
snym interesie zaczęły leczyć ubezpieczo-
nych, aby jaknajdłużej uniknąć wypłacania im
rent inwalidy.

Wprawdzie w Niemczech, jak zresztą we
wszystkich innych krajach, zapoczątkowały
walkę z gruźlicą poszczególne stowarzyszenia
zwalczania tej choroby, ale szerokiego roz-
machu, charakteryzującego ją dotychczas,
nabrała ona dopiero po wprowadzeniu pań-
stwowego ubezpieczenia społecznego od nie-
zdolności do pracy.

Teraz właśnie przechodzimy do rozpa-
trzenia obchodzącego nas tematu.

Nie wdając się tu w przepisy i szczegóły
dwu wzmiankowanych praw, nadmienić wypa-
da dla uprzytomnienia sobie doniosłości spo-
łecznej dwu wymienionych instytucji, że w
r. 1916 przy ogólnej liczbie ludności Rzeszy
Niemieckiej, równającej się przeszło 61 mil.,
było ubezpieczonych na wypadek choroby
12½ mil., a od niezdolności do pracy prze-
szło 14 mil.

Na pierwszy rzut oka trudno zro-
zumieć, jaką rolę w akcji przeciw-
gruźliczej odgrywają kasy chorych,
a jaką znowu urzędy ubezpieczenia
społecznego od niezdolności do pracy.

Przy bliższem wszakże rozejrze-
niu się stanie się jasnem, że obo-
wiązek opieki nad chorym na gru-
źlicę głównym ciężarem spadnie na
urzędy ubezpieczenia od niedole-
stwa, mniejszym zaś na kasy cho-
rych. Przyczyna tego zjawiska to
przedewszystkiem charakter samej gruźlicy.
Z początku przejawia się ona niewyra-
źnie i nie zwraca na się uwagi chorego.
Chory kaszle i nie przerywa pracy. Gdy
choroba się posunie, gdy zaczyna braknąć
sił do pracy, chory udaje się do kasy

chorych i żąda porady i pomocy. Naturalnie
otrzymuje on jedno i drugie, ale opieka ta
w myśl prawa trwa tylko czasowo, w ciągu
26 tygodni. Po upływie tego czasu obowią-
zek kasy ubezpieczenia od choroby ustaje.
Chory, jeżeli nie odzyska w ciągu owych 26
tygodni zdolności do pracy, wnosi podanie
do urzędu ubezpieczenia społecznego od nie-
doleństwa o wyznaczenie mu renty, która win-
na mu być wypłacana aż do śmierci. W ten
sposób chory na suchoty ostatecznie ucieka
się do pomocy urzędu państwowego ubezpie-
czenia od niezdolności do pracy i staje się
ciężarem dla niego.

Stąd staje się jasnem, że pod względem
finansowym gruźlica wyrządza większe szkody
urzędowi ubezpieczenia od niedoleństwa,
niż kasom chorych.

Ale kasom chorych, mimo że one
przez krótki względnie czas biorą
udział w pomocy suchotnikom, wy-
pada ponosić duże straty na gruźli-
cy. Według najnowszych danych
statystycznych na 100 wypadków śmierci w
różnych zawodach, przypada na gruźlicę:

śród introligatorów . . . 54 0/0

„ krawców . . . 54 „

„ składaczy . . . 52 „

„ piekarzy . . . 50 „

„ kamieniarzy . . . 49 „

„ złotników . . . 47 „

„ szewców . . . 46 „

„ piwowarów . . . 44 „

„ malarzy pokojow. 44 „

„ stolarzy . . . 43 „

„ zegarmistrzów . . 42 „

„ rzeźników . . . 41 „

„ bednarzy . . . 40 „

„ ślusarzy . . . 38 „

Jak są wysokie te cyfry, ujawni się z
zestawienia tych zawodów z zawodem kupie-
ckim, który da cyfrę 24% śmiertelności z gru-
źlicy, z zawodem robotników rolnych (o czem
była wyżej mowa) z cyfrą odnośną 16% i z
zawodem urzędniczym, wykazującym 14%.

Sprawy bieżące.

Pomorze Gdańskie pod względem leczniczym.

Jak Polska długa i szeroka, oczekuje
dzisiaj od kongresu narodów zwrotu Gdań-
ska, ściślej wybrzeża morskiego Bałtyku. Wyj-
ście na morze dla przyszłego Państwa Pol-
skiego jest polityczną i ekonomiczną konie-
cznością. Co do tego niema dwóch zdań w
Polsce. Wyrazem takiej opinii jednomyślnej
i jednolitej są między innymi depesze i
odezwy, składane i wysyłane przez najroz-
maitsze Związki i Towarzystwa, przez insty-
tucje naukowe polskie, w liczbie tej i przez
uniwersytety, a także towarzystwa lekarskie
nasze.

Lekarze Polacy, którzy zawsze w najwa-
żniejszych momentach życia społecznego i po-

litycznego z pośród różnych zawodów wy-
zwolonych, w swych uczuciach i czynach nie
dawali się wyprzedzać i w kwestyi tak do-
niosłej dla Polski, jaką jest zdobycie prawa
do wybrzeża bałtyckiego, zajęli stanowisko,
nie pozostawiające wątpliwości. Otóż tutaj
obok tej pierwszorzędnej konieczności pań-
stwowej — posiadania wybrzeża morskiego,
nam lekarzom, nasuwają się mimowoli w
chwili obecnej motywy posiadania wybrzeża
takiego, aczkolwiek w porównaniu z tamtymi,
o wiele mniej ważne, drugorzędne, lecz ze
stanowiska lekarskiego, a nierozłącznie z niem
i ekonomicznego, zasługujące na uwagę.

Wprawdzie wiemy, że znaczenie, w ści-

słom słowa pojmowaniu lecznicze, posiadają tylko wybrzeża, a przede wszystkim wyspy morza Północnego, a także Atlantyku, jednakże i miejscowości na morzu Bałtyckim, a nawet nadbrzeżne, jak np. Pomorze Gdańskie, są bardzo korzystne dla zdrowia, a pobyt w nich uważać trzeba za jeden ze środków leczniczych poważnych, zwłaszcza dla dzieci i osób słabowitych.

Kąpiele morskie wybrzeża Bałtyckiego podzielić można na kilka kategorii. Nie wchodząc w tem miejscu w szczegóły pod tym względem, stwierdzamy odrazu, że Pomorze Gdańskie, które do nas ma powrócić, posiada kąpiele na południowym wybrzeżu Bałtyku, położone na samym brzegu, otwarte na morze, a zakryte od strony lądu lasami, które stanowią ochronę nie tylko od prądów powietrznych lądowych, lecz są niejako rezerwarem czystego powietrza leśnego.

Do takich kąpiei między innymi należą nasze Soboty, a także miejscowości mniejsze, w sąsiedztwie Sobót, o kilka kilometrów od nich położone, jak Brzeźno, Gdynia, Adler-Horst, (Brösen), Hela, jedyny półwysep w Polsce, Westerplatte, a dalej Puck nad zatoką Pucką, dawna stolica Kaszubów, Bęłków i t. d.

Miejscowości te, jako stacje lecznicze morskie, ustąpić muszą pierwszeństwa kąpielom morskim na małych wysepkach, od stałego lądu znacznie oddalonych, a tem samem posiadających klimat czysto morski, stanowiący istotę tego, co Niemcy nazywają *See-luftbad*.

Na Bałtyku również nie mamy tych wielkich kilkunastometrowych fal, tych gwałtownych ruchów morza Północnego, właściwych także niektórym miejscowościom nad oceanem.

Nareszcie, odsetek soli nieorganicznych w wodach Bałtyku nie dosięga 1%, gdy woda morza Północnego wykazuje ich z górą 3%.

Z drugiej jednakże strony przedstawia Bałtyk wogóle, a Pobrzeże Gdańskie w szczególności, pewną wyższość nad morzem Północnem. Stacje kąpielowe na tem ostatniem (Sylt, Helgoland, Norderney) — to puste wyspy, na których, oprócz piasku i trochę trawy, ani śladu lasu nie znajdzie. Toż samo nad wybrzeżem Belgijskiem (Ostenda, Blanckenberge i t. d.).

Wycieczek, spacerów oprócz pływania po morzu i spacerowania po piasku, niema prawie żadnych.

Co innego nad lub na Bałtyku.

Tutaj, a w tej liczbie i na Pobrzeżu Gdańskim, wiele miejscowości posiada nie tylko położenie piękne, lecz i bogatą roślinność, a nierzadko lasy rozległe, stąd możność przyjemnych wycieczek i duża różnorodność podczas pobytu.

Dodajmy, że Pobrzerze Gdańskie, płaskie nie skaliste, pokryte gruboziarnistym piaskiem, nadaje się bardzo do celów kąpiei morskiej.

Dodatką też stroną Pomorza Gdańskiego, jako miejscowości kąpielowej dla naszych chorych jest czas wyjazdu, a także oddalenie od miejsca stałego zamieszkania i środki komunikacyjne.

Co do pierwszego, to Bałtyk najodpowiedniejszy jest — ze względu na temperaturę wody, poczynając od końca czerwca przez lipiec, do połowy sierpnia, kiedy woda zaczyna się już oziębiać.

Co do drugiego, to Pomorze Gdańskie oddalone jest np. od Warszawy o 10 godzin drogi, gdy np. na Rugię kosztowna i utrudniająca podróż, gdyż na Berlin i Stralsund, trwa do Crampas-Sassnitz bez mała godzin 24. A następnie i środki pieniężne, jakimi rozporządza chory, muszą być brane pod uwagę przy wyborze miejscowości. Sama naprzykład podróż do Ostendy pociąga więcej kosztów na osobę, niż pobyt miesieczny w okolicach Sobót.

Wreszcie charakter zdecydowanie polski Pomorza Gdańskiego — to także dla pobytu chorych naszych rzecz pierwszorzędnej wagi. Ludność bowiem polska zajmuje tam w całości dwa powiaty: wejcherowski i pucki oraz częściowo powiat gdański górny. Żywił polski wynosi w pierwszym powiecie 63%, w drugim 73%. A nadto, żywił polski wogóle gęstnieje na wybrzeżu. Miejscami wynosi on tam około 90%.

W końcu pobyt w pobliżu tak bogatego w pamiątki historyczne i zabytki artystyczne grodu, jakim jest Gdańsk, (pod tym względem stanowi on analogię z Hagą-Scheweningen), bez wątpienia, współdziałać będzie nader korzystnie, jako moment psychiczny z czynnikami balneoklimatycznymi.

Te wszystkie względy powyższe sprawiają, że lekarze nasi nie tylko, acz przede wszystkim jako Polacy, lecz także jako zawodowcy, dbali o pomnożenie arsenału środków leczniczych dla swych rodaków, witają radośnie zapowiedź powrotu do Państwa Polskiego Pobrzeża Gdańskiego.

J. Jaworski.

Wiadomości bieżące.

— Pamięci d-ra S. Hassewicza, go-rącego, rzecznika sprawy śląskiej. Moment obecny, gdy rozstrzygają się losy Śląska, gdy cały naród polski oczekuje wyroku co do zwrotu tej prapolskiej ziemi, godzi się przypomnieć nazwisko jednego z najgorliwszych bojowników o

Śląsk, mianowicie d-ra Stanisława Hassewicza. Przynagla nas do tego między innemi i ta okoliczność, że podczas rozpraw nad sprawą Śląska w Sejmie w dn. 15 b. m., gdy jeden z posłów, w dodatku lekarz, wymieniał szereg ludzi żyjących i zmarłych, którzy nieśli w daninie pracę i pienią-

dze, aby zapobiegać zniemczeniu i zczeczizowaniu Śląska, wymienił wielu, lecz pominął jednego z najzasłużeńszych, kolegę naszego, ś. p. d-ra Stanisława Hassewicza.

Dr Hassewicz, ¹⁾ ur. w r. 1842 w Lubelskiem, uczestnik wypadków z lat 1863 i 1864, jako emigrant, ukończył medycynę w r. 1869 w Paryżu, następnie doktoryzował się w Krakowie. Przez długi szereg lat praktykował, jako lekarz zdrojowy, w Karlsbadzie. Zebrany uciążliwą pracą majątek częściowo już za życia przeznaczył na Macierz Polską w Cieszynie, który, niby matkę własną, gorącem a czułem sercem ukochał i rok rocznie odwiedzał.

Przed zgonem w r. 1912 polecił pochować się jaknajskromniej, karawanem w jednego konia, a zaoszczędzone pieniądze przełać na rzecz Macierzy Polskiej w Cieszynie.

— Dr Wacław Moraczewski habilitował się w Uniwersytecie lwowskim z zakresu chemii lekarskiej. Senat Akademicki zatwierdził tę habilitację. (Przegl. Lek.).

— W liście pasterskim Biskupa tarnowskiego, ks. Wałęgi „Do tych, co wrócili z wojny“, znajduje się zdanie: „Strasznej zbrodni dopuszcza się taki, co przyniósł z wojny zaraźliwą chorobę, a nie stara się o gruntowną kurację w szpitalu, tylko wchodzi w rodzinę i zarazę rozsiewa na swoje otoczenie“. Byłoby bardzo pożądane, aby w całym kraju ludność była w odpowiedni sposób pouczana z ambon i z konfesyonałów o groźnym niebezpieczeństwie z powodu chorób wenerycznych.

¹⁾ Wspomnienie obszerniejsze o tym lekarzu-patryocie i filantropie zamieściła „Gazeta Lekarska“ w r. 1912 № 41.

— W pismach peryodycznych ukazała się wiadomość z Wiednia, że na tle ogólnego wycieńczenia pojawiła się tam „nowa“ choroba, polegająca na „sparaliżowaniu ruchów i dotkliwych bólach w kościach“. Otóż należy zaznaczyć, że choroba ta, istotnie nowa, znana jest nam w Warszawie już od początku 3-go roku wojny. Pierwszy zwrócił na nią uwagę kol. Adam Chełmoński, w dyskusji na posiedzeniu klinicznym szpitala Dziec. Jezus w d. 13 maja 1917 (p. Pamiętnik Kliniczny szpit. Dz. J. Tom II, str. 52), a następnie w odczycie w d. 7 października 1917 r. p. t. „Głodowy zanik kości“ (Pamiętnik Kliniczny szpitala Dz. Jezus. Tom II, str. 126) i w pracy drukowanej w Gazecie Lekarskiej (№ 16 1918) pod tymże tytułem. Sprawę tę omawiał Chełmoński w dalszym ciągu na posiedz. klin. szpit. Dziec. Jezus w marcu 1918 r. w pracy p. t. „Przyczynek do zmian głodowych w kościach“, i następnie na posiedzeniu 11 marca 1919 r. p. t. „Jeszcze słów kilka o zmianach głodowych w kościach“.

Przedmiotowi temu poświęcił również kol. S. Goldflam większą pracę w № 42 Medycyny i Kron. Lek. w r. 1918.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie (z przedmieściami). Od d. 9. III. do 15. III. 1919 r. było zachorowań: na ospę 0, odrę 12, szkarlatynę—11, dur plamisty—205 (w tem 114 mężczyzn i 91 kobiet, 152 chrześcijan i 53 żydów), dur brzuszny—11, dyfteryt—1, dyzenterię—2, drętwicę karku (*meningitis cerebrospinalis*)—1. Najwięcej przypadków duru plamistego było w 26 okręgu (Powązkowskim)—33, w 7 okręgu—25, w 2-im—23, w 15-ym—19, w 4-ym—15, w 5-ym—14, w 3-im—12, w innych cyfry pomniejsze.

Od Inspektora Lekarskiego okręgu m. st. Warszawy otrzymaliśmy z prośbą o zamieszczenie:

Inspektor Lekarski okręgu m. st. Warszawy prosi lekarzy, zamieszkałych w Warszawie, którzy dotąd nie wypełnili kart rejestracyjnych, rozsyłanych z swoim czasie przez Departament Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu, lub nie zarejestrowali się następnie w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, aby zgłosili się do biura Inspektora lekarskiego, Ratusz II piętro pokój № 33, w celu wypełnienia karty rejestracyjnej. Kto z lekarzy tej formalności nie dopełni, nie będzie figurował w spisie urzędowym lekarzy, mających prawo praktyki w Państwie Polskiem, a zarazem nie wolno będzie drukować jego ogłoszeń w pismach.

Świadectwa lekarskie, wydawane przez lekarzy wolnopraktykujących, o ile idą do władz, muszą mieć potwierdzenie przez Inspektorat Lekarski własnoręczności podpisu lekarza. Ci z lekarzy, którzy nie złożyli swego podpisu na karcie rejestracyjnej w magistrackim Urzędzie Zdrowia proszeni są o złożenie swego podpisu w biurze Inspektora Lekarskiego Ratusz II piętro № 33, gdyż inaczej Inspektorat nie będzie potwierdzał ich podpisu na świadectwach.

Do numeru niniejszego dołącza się portret ś. p. prof. Kijewskiego i ogłoszenie laboratorium magistra Klawego o „Argocolu“.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str
Franciszek Kijewski (Wspomnienie pośmiertne)	133	ści wprowadzenia w Państwie Polskiem	
Z. Bychowski. Przyczynki do neurologii wojennej	136	ubezpieczenia społecznego z punktu widzenia społecznej walki z gruźlicą.	142
Streszczenie zbiorowe J. Puterman. Epidemia influenzy w r. 1918	139	Sprawy bieżące. J. Jaworski. Pomorzanie pod względem leczniczym.	146
Odcinek. Antoni Kuczewski. O niezbędno-		Wiadomości bieżące	147

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

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

Administracja otwarta w dni powszednie od 5½ do 7-ej.

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

HIPOLIT AMBER**Skład narzędzi chirurgicznych****Warszawa, Marszałkowska 139, wprost bramy, I-sze piętro.**

Poleca: wszelkie narzędzia lekarskie, szpryce, igły do szprylic i chirurg., termometry i t. p.
 Dokładna reparacja i odnawianie tychże.
 Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla celów medycznych R. GRAF et C-o, Norymberga.

Catgut z najlepszych i zdrowych kiszeczek; zupełnie gotowy do użytku (jałowy) na gwiżdżkach.

Catgut surowy w motkach i kłębkach, lecz wewnątrz nici jałowy.

Warszawski Zakład dla chorób mowy

(jąkanie, mowa nosowa i t. p.)
 przeniesiony na Marszałkowską № 61.

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 (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.**Zimnica i komary malaryczne u nas**

napisał

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

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁO Z DRUKU:

Choroby wewnętrzne.**Podstawowe sposoby badania klinicznego**

(oglądanie, opukiwanie, obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie).

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘŚNY BRONOWSKI

ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego.

Część I. Oglądanie i Opukiwanie.

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

Cena mk. 16.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

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

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

**GONOREIN
"MOTOR"**

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

War. Tow. Akc. "Motor"
Marszałkowska 23.

Wyszło z druku dzieło p. t.

Farmakologia doświadczalna

podręcznik dla studentów i lekarzy

napisali

Dr Hans H. Meyer i Dr R. Gottlieb.
Wiedeń Heidelberg

profesorowie farmakologii.

Z II wydania niemieckiego przełożył

Dr JAN PRUSZYŃSKI

Docent Uniwersytetu Lwowskiego.

WYDANE Z ZAPOMOGI KASY IM. MIANOWSKIEGO.

WARSZAWA 1916.

Cena mk. 9.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXII.

- № 1, 2, 3. **Seweryn Sterling.** Zapalenie nerek w świetle poglądów tegocześnie-nych.
- № 4, 5, 6. **J. Szmurło.** Gruźlica krtani, gardła i nosa w świetle własnych spo-strzeżeń.
- № 7, 8, 9, 10. **Władysław Janowski.** Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu i w kilku innych stanach chorobnych.

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.