



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

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

Ogólnego zbioru Nr 2788.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
polecą 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.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od 1819 r.

Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

(Fabryka — Marszałkowska 11/13).

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

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

„Zadanie racjonalnego leczenia fosforem rozstrzygnięte zostało dopiero z wykryciem phytiny“

Prof. Gilbert.

PHYTINA

wydzielony z nasion pierwiastek fosforowy, zawierający w przybliżeniu 22% zupełnie przyswajalnego, nieszkodliwego fosforu w związku organicznym. Główny materiał rezerwowy roślin. Pobudza łaknienie, polepsza stan krwioobiegu, zwiększa wagę ciała.

W wysokim stopniu pobudza wymianę materii,



Znak ochronny.

WSKAZANIA:

Upośledzone odżywianie, zółty, krzywica, gruźlica, blednica, niedokrwistość. Choroby nerwów. Bezsenność nerwowa neurastenia (m. i. neurastenia płciowa). Rekonwalescencya, karmienie piersią. Upośledzony lub nadmierny rozwój dzieci.

Rp. Phytini scat. orig. unam. (Pud. oryg. zawiera 40 kaps.).



Dla chorych niezamożnych, szpitali etc. poleca się

PHYTINUM LIQUIDUM Rp. Phytini liquidi lag. orig.

Zawartość flakonu wystarcza w przybliżeniu na 6-dniowe leczenie dorosłego.

Pabianickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego
w Pabianicach, ziemi Piotrkowskiej.

Próby na każde żądanie gratis i franko.

KRYNICA Pensjonat „Nałęczówka“ Drowej A. Wąsowiczowej
otwarty od 15-go maja.

W KRYNICY

Dr Z. WĄSOWICZ

ordynuje od 15-go maja (choroby wewnętrzne i kobiece).

KRYNICA

„JAGIELONKA“ i dépendance „GRUNWALD“

Drowej JANOWEJ FRĄCZKIEWICZOWEJ

pierwszorządny pensjonat otwarty od 15 maja.

MIKROSKOPY C. Reicherta, LAMPY KWARCOWE

WYSYŁA

DROBNER—KRAKÓW.

Kosztorysy na żądanie.

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

„MOTO FER“

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

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

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

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

FABRYKA CHEMICZNA ZAKŁADÓW GAZOWYCH w Warszawie.

POLECA

ŚRODKI DEZYNFEKCYJNE

Kwas karbolowy surowy

Krezol 95:100% ciemny

„ „ jasny

Krezolan sodu (25% roztwór)

Lizol i

Kreolinę

Zamówienia przyjmują przedstawiciele:

na Łódź, ziemię Piotrkowską i Kaliską

p. ALBERT SCHUELDE, Łódź

Południowa 63.

na Warszawę i pozostałe ziemie Polskie

p. DANIEL KRAUSHAR, Warszawa

Żórawia 22.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisal

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.





GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WIEDZY
LEKARSKICH

Dziesięć
lecie długie

Warszawa, d. 10 maja 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2788

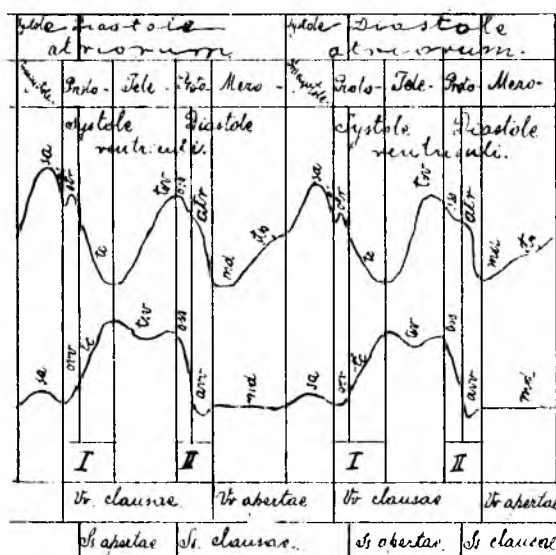
Znaczenie krzywej żylniej miarowej oraz zupełnie niemiarowej (arrythmia completa) w sprawie dokładnego rozpoznawania mechanizmu powstawania niedostateczności czynnościowej mięśnia sercowego (zastawki trójdzielnej).

Podat

Władysław Janowski.

W ogłoszonej niedawno pracy o normalnej krzywej żylniej (31) starałem się wykazać, jak należy pojmować i nazywać jej części składowe z punktu widzenia nagromadzonego dotąd materiału doświadczalnego i klinicznego. Celem niniejszej pracy jest wykazanie, jakie korzyści praktyczne odnosi klinika, jeżeli przy spostrzeganiu przypadków niedostateczności zastawki trójdzielnej trzymać się w niej konsekwentnie poglądów, wyłożonych w powyższej pracy. Okaze się przytem, sądę, to samo, co stwierdzamy wogóle przy bliższem badaniu zjawisk chorobnych, a mianowicie, że podstawą ich trafnego zrozumienia jest dokładne zbadanie ich prototypów fizyologicznych. Podając tu dla przypomnienia półszematyczne przedstawienie normalnej krzywej żylniej wraz z racjonalnem oznaczeniem jej części składowych, przechodzę odrazu do rozpatrzenia znaczenia rozpoznawczego krzywej żylniej w różnych stanach niedostateczności zastawki trójdzielnej. Zastrzegam się przytem na wstępie, że wszystko, dotyczące czynnościowej wady zastawki trójdzielnej, dotyczy również i wady tej pochodzenia organicznego, chociaż, rzecz prosta, różne stopnie tej wady pochodzenia czynnościowego dają nierównie większe pole do spostrzeżeń porównawczych, niż to ma miejsce przy jej pochodzeniu organicznem (rys. 1). Nadto wnioski, otrzymywane przytem co do czynności pra-

Rys. 1.



- Sa — systole atrii.
- i — depressio innominata.
- otr — oclusio v. tricuspidalis.
- tc — tensio cordis.
- tsv — telesystole ventriculi.
- oss — oclusio vv. semilunarium.
- atr — apertura v. tricuspidalis.
- md — mezodiastole ventriculi.
- stp — stasis praesystolica atrii,

wej połowy serca, stosują się poza zupełnie wyjątkowymi przypadkami prawdziwego rozkojarzenia pracy obu połów serca (*hemistolia vera*), i do lewej jego połowy. Powię-

ksza to wartość praktyczną poruszanej tu sprawy.

Rozpaczynam przytem od rozpatrzenia znaczenia rozpoznawczego różnych typów krzywej żylniej miarowej, t. j. cechującej się tylko mniejszym lub większym stopniem przyspieszenia tętna, poczem dopiero omówię znaczenie rozpoznawcze krzywej żylniej zupełnie niemiarowej, w której podstawie leży zawsze skojarzenie zupełnie nieprawidłowej częstości wytwarzania pobudek (*chronotropismus*) z zaburzeniami w kurczowości mięśnia sercowego (*inotropismus*).

I. Krzywa żylna miarowa, t. j. cechująca się tylko przyspieszeniem tętna, bez znaczniejszych wahań w wielkości poszczególnych jego fal.

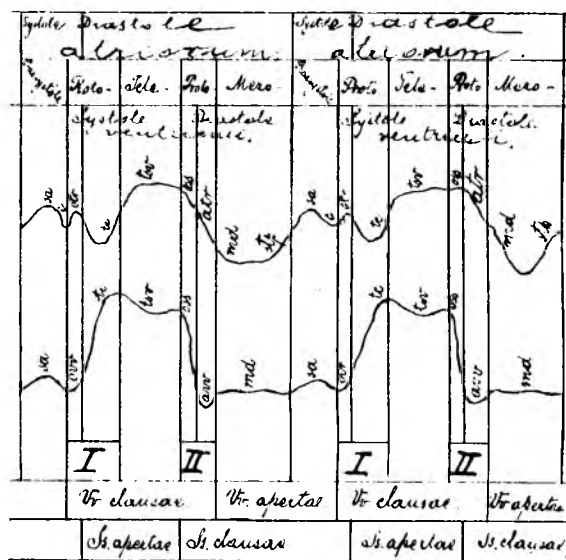
§ 1. O ile niedostateczność czynnościowa zastawki trójdzielnej ma miejsce w stopniu nieznacznym, co, jak wykazał Mackenzie i jak to dziś każdemu klinicyście jest wiadomem, zdarza się przemijająco bardzo często, krzywa żylna różni się od normalnej tylko większą wyrazistością swych ząbów. Panuje bowiem wtedy w przedsionku serca tylko umiarkowany stopień zastoju krwi, dla którego szkoła Heringa ustaliła już dawno, jako charakterystyczne, jednoczesne zwiększenie trzech ząbów (*sa*, *otr* i *tsv* podług mego mianownictwa).

W pewnej części przypadków tego rodzaju zwraca na siebie uwagę mniej lub więcej znaczna przewaga wielkości ząbów *sa* nad ząbami *otr*. Jest to zrozumiałe, jak widać z danych, wyłożonych w § 4-yj mej pracy o normalnej krzywej żylniej (31), dla prawidłowego rozwoju ząbów *otr* potrzebna jest normalna sprawność mięśni przedsionków i komór sercowych. Znaczenie rozpoznawcze posiada jednak w tym razie nie pewien stopień zmniejszenia wielkości ząba *otr* w stosunku do wielkości ząba *sa*, gdyż to może być zawsze sporne, lecz fakt, że żadnego z tych dwóch ząbów w omawianych tu przypadkach nie brakuje i że nie brak na podobnych krzywych nigdy zagłębienia *i*, o którym mówiłem w wyżej cytowanej swej pracy (§ 5), że warunkiem jej powstawania jest zachowanie normalnej sprawności pracy przedsionków.

Zachowanie przez takie krzywe normalnego wyglądu w dalszych ich częściach składowych zależy przede wszystkim od wyraźnego zachowania na nich wgłębienia *tc*, gdyż tylko dzięki temu ząb *tsv* może zachować swój wygląd mniej lub więcej normalny. Z wyłożonego w § 6 pracy o normalnej krzy-

wej żylniej wiemy, że dla powstawania wgłębienia *tc* potrzebne jest przede wszystkim pociąganie ku dołowi przegrody przedsionkowo-komorowej, co wymaga odpowiedniej siły pracy komór serca. Wynika stąd, że w przypadkach niedostateczności zastawki trójdzielnej z normalnym wyglądem krzywej żylniej praca komór jest jeszcze dość silna, a fala krwi, wracająca, dzięki wytworzonej wadzie, do przedsionków, w okresie *tc* skurczu komór jest jeszcze o tyle nieznaczna, że nie zrównoważa działania tylko co wymienionego czynnika. Wgłębienie *md* zachowuje zazwyczaj

Rys. 2.



Normalny wygląd krzywej żylniej w nieznacznym stopniu niedostateczności czynnościowej zastawki trójdzielnej pochodzenia komorowego.

Niniejszy oraz pozostałe rysunki powstały z przeniesienia na szemat działalności serca oryginałów. Starałem się zrobić to możliwie najdokładniej, by uwidocznić w ten sposób stosunek zmian, spostrzeganych w przypadkach chorobnych, do przedstawionych w ten sam sposób norm fizjologicznych.

swoją normalną wielkość. Ząbów *stp* zazwyczaj brakuje, gdyż omawianym tu stanom towarzyszy tętno częste, a dla występowania fali *stp* czynność serca winna być rzadka.

Z powyższego wynikają następujące wnioski praktyczne:

a) Normalny wygląd krzywej żylniej nie zaprzecza bynajmniej rozpoznaniu nieznacznych stopni niedostateczności czynnościowej zastawki trójdzielnej, opartemu na innych objawach klinicznych.

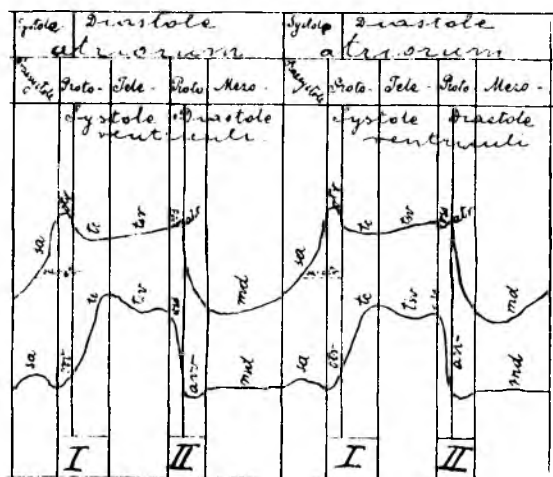
b) O ile rozpoznanie to zostaje na zasadzie znanych zwykłych objawów klinicznych ustalone, a zdjęta krzywa żylna zachowuje wygląd mniej więcej prawidłowy, dopomaga ona do wysubtelnienia rozpoznania kliniczne-

go w dwóch kierunkach. Przedewszystkiem wyraźnie zachowane na niej wgłębienie *tc* pozwala twierdzić, że praca prawej komory jest w tych przypadkach osłabiona zaledwie w stopniu nieznacznym, a więc i rokować możliwość szybkiego jej wyrównania się. Następnie, zachowanie normalnego wgłębienia *i* między zazębieniami *sa* i *otr* dowodzi, że w tego rodzaju przypadkach prawy przedsionek pracuje jeszcze normalnie i nie przyjmuje udziału w wytwarzaniu omawianej tu wady czynnościowej. Innemi słowy, tego rodzaju krzywa żylna dowodzi, iż w danym przypadku mamy do czynienia z nieznacznym stopniem niedostateczności zastawki trójdzielnej pochodzenia wyłącznie komorowego.

§ 2. Przy dalszem wzrastaniu niedostateczności zastawki trójdzielnej następować muszą dwa fakty: 1) Coraz mniejsza część zastawki trójdzielnej wpukla się w najpierwszym okresie skurczu komór serca *otr* do przedsionka, 2) Coraz większa ilość krwi wraca w okresie *tc* do przedsionka. Innemi słowy, zmniejszają się coraz bardziej warunki dla powstawania wzniesienia *otr* oraz przybyszą warunki do zmniejszenia się zagłębienia *tc* wskutek słabnącej pracy komór sercowych wogóle, a więc i komory jego prawej. Prowadzi to w następstwie do coraz mniejszej wydajności zęba *tsr*, którego początek przesuwają nadto tembardziej w lewo, im bardziej słabnie komora prawa, a więc i zmniejsza się wgłębienie *tc*. Zagłębienie *md* pozostaje normalnem, co dowodzi, że w okresie rozkurczu całego serca przedsionki opróżniają się ze krwi należycie. Pod koniec ich rozkurczu występuje jednak często wyraźnie ząb *stp*, pomimo cechującej ten stan częstości tętna, co dowodzi znacznego stopnia zastójności krwi w przedsionku. (Rys. 3). Tyle o drugiej połowie krzywej żylniej. W pierwszej połowie tego rodzaju krzywych znajdujemy wyraźnie rozwinięte zazębienie *sa* oraz zupełnie wyraźne zazębienie *i*, które, wskutek zmniejszenia wgłębienia *tc*, wydaje się nawet na pierwszy rzut oka stosunkowo większem od normy. Prowadzi to z kolei do uwydatnienia zęba *otr*, pomimo zmniejszonych warunków dla jego wytwarzania się, tak że otrzymujemy w rezultacie początek krzywej żylniej względnie normalny. Stąd nadaje się powszechnie takim krzywym nazwę przedsionkowokomorowych. Nazwa ta sama przez się nie nie mówi, gdyż każda krzywa żylna odzwierciadla właściwie pracę przedsionków przez swe zazębienia *sa* i *otr* oraz komór przez zazębienia *otr* i *tsv*. Jednakże z po-

wyższego wynika praktyczna ważność utrzymania bez zmiany tej nazwy gdyż samo jej użycie tłumaczy nam pewne szczegóły, dotyczące danego przypadku. Samo zmniejszenie wgłębienia *tc* dowodzi niechybnie osłabienia pracy prawej komory. Jeżeli jednak, pomimo to, ząb *otr* pozostaje tak wyraźnym, dowodzi to, że w tego rodzaju przypadkach przedsionek spełnia jeszcze swą rolę w dochwytywaniu zastawki trójdzielnej pod sam koniec

Rys. 3.



Typ przedsionkowokomorowy krzywej żylniej w niedostateczności czynnościowej zastawki trójdzielnej bez udziału niedoskurczu przedsionka w jej powstaniu, a więc pochodzenia komorowego.

swego skurczu. Ponieważ poza tem widzimy na tego rodzaju krzywych wyraźny ząb *sa*, a nadto wyraźne wgłębienie *i*, dla którego normalnego rozwinięcia się potrzebną jest również sprawność skurczów przedsionka, wynika stąd, że cała praca prawego przedsionka odbywa się w tego rodzaju przypadkach w sposób prawidłowy. Jeżeli więc stanimy na stanowisku, że typem przedsionkowym krzywej żylniej nazywa się taki, w której wgłębienie *i* jest zupełnie wyraźnem, a wgłębienie *tc* jest zmniejszonem, to znaczenie rozpoznawcze tego rodzaju krzywej żylniej zarysuje się samo przez się. A mianowicie:

a) Krzywa żylna przedsionkowokomorowa potwierdza rozpoznanie kliniczne niedostateczności zastawki trójdzielnej, oparte na innych objawach klinicznych.

b) Pozatem udokładnia je ona w dwóch kierunkach: aa) Pozwala twierdzić, że spowodowany przez niedoskurcz prawej komory zastój w prawym przedsionku jest znaczny (zmniejszenie wgłębienia *tc* i występowanie zęba *stp*, pomimo częstości tętna). bb) Nadto zaś wyjaśnia, że pomimo takiego wyczerpania mięśnia prawej komory nie mamy w tych

przypadkach do czynienia z osłabieniem prawego przedsionka—wyraźne zagłębienie *i* oraz wyraźne zazębienia *sa* i *otr*. Innymi słowy, wygląd pierwszej połowy tego rodzaju krzywych dowodzi, że prawy przedsionek nie przyjmuje jeszcze w tych przypadkach udziału w wytwarzaniu omawianej tu wady, czyli, że i ta druga grupa przypadków tego cierpienia jest pochodzenia wyłącznie komorowego.

§ 3. Wysokie stopnie niedostateczności zastawki trójdzielnej łatwo rozpoznać po ogólnie znanych objawach klinicznych. Wygląd krzywej żyłnej okazuje się przytem środkiem pomocniczym, zasadniczo udokładniającym rozpoznanie w sposób poniżej omówiony.

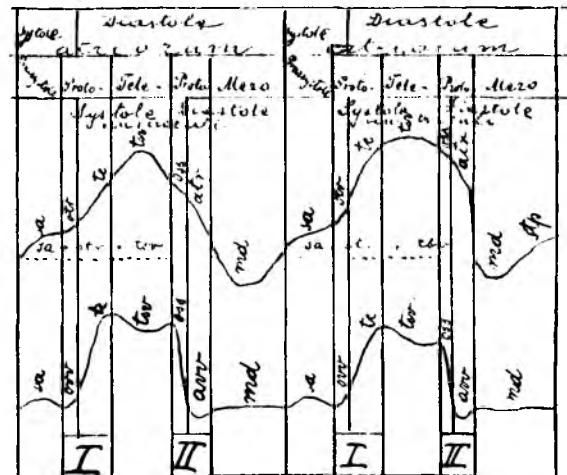
a) W wysokich i najwyższych stopniach niedostateczności zastawki trójdzielnej mamy do czynienia z wracaniem znaczniejszych fal krwi z komory do przedsionka. Wskutek tego powstają warunki do tem większego wyrównania zagłębienia *tc*, im większy jest stopień wady. Jeżeli skurcz komory jest jeszcze dostatecznie silny, by wyraźnie pociągnąć ku dołowi przegrodę przedsionkowokomorową, wtedy widać jeszcze na krzywej żyłnej pewne opadanie fali na początku okresu *tc*, które jednak szybko się wyrównywa. Otrzymujemy w ten sposób w okresach *tc* i *tsv* prawie poziomą lub lekko wklęsłą linię, która, przechodząc wlewo w niżej omówiony wysoki zab i urywając się wprawo, dzięki gwałtownemu rozpoczęciu niezmiernie wydatnego wgłębienia *md*, stwarza tak charakterystyczny kształt szkodka lub siodełka, cechujący ten typ krzywej żyłnej (rys. 4).

W miarę coraz większego słabnięcia skurczów serca słabną ostatecznie skutki pociągania ku dołowi przegrody przedsionkowokomorowej, a ilość krwi wracającej z komory do przedsionka stale się powiększa. Otrzymujemy więc w ogólnym wyniku w okresie *tc*, zamiast zwykłego wgłębienia, różne stopnie wzniesienia, jak to widać na rys. 5 i 6-m.

To patologiczne wzniesienie się okresu *tc* zlewa się z początkiem normalnego wzniesienia *tsv*, wpływając w ten sposób na większą rozległość tego ostatniego. Poza tem wskutek zmian, opisanych poniżej w punkcie *b*, wzniesienie *tsv* zlewa się w lewo z mniej lub więcej jednolitą linią, powstałą ze zlania się okresów *sa* i *otr*, w prawo zaś daje początek niezmiernie wyraźnemu wgłębieniu *md*. Otrzymujemy w ten sposób zamiast trzech zazębień, podzielonych od siebie dwoma zagłębieniami *i* oraz *tc*, tylko jedno wielkie wzniesienie, przypominające kształtem krzywą

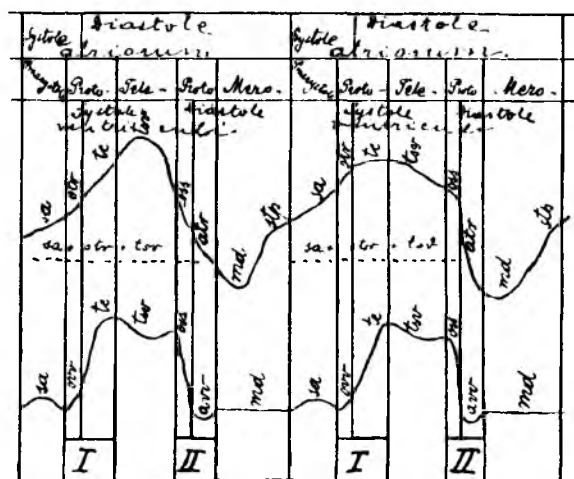
wierzchołka serca, lecz szersze od niej, gdyż wzniesienie tej ostatniej zaczyna się normalnie na początku okresu *tc*, podczas gdy zmniejszona w omawiany tu sposób krzywa żylna daje jednolitą falę o różnym, co prawda, wyglądzie w różnych przypadkach, lecz zawsze rozpoczynającą się już w okresie *sa*.

Rys. 4.



Półszematyczna najbardziej pospolita krzywa żylna komorowa w daleko posuniętej niedostateczności zastawki trójdzielnej z zupełnym brakiem wgłębienia *i* oraz słabo oznaczonym wgłębieniem *tc*. Dowodzi ona dołączenia się wtórnego niedoskurczu prawego przedsionka do wysokiego stopnia osłabienia prawej komory.

Rys. 5 i 6.



Półszematyczne krzywe żyłne typu komorowego w największych stopniach niedostateczności zastawki trójdzielnej z zupełnym wyrównaniem pierwszych dwóch wgłębień (*i* oraz *tc*). Dowodzą wtórnego niedoskurczu prawego przedsionka, dołączonego wtórnie do bardzo wysokiego stopnia niedomogi prawej komory.

b) Poza tem już powierzchowny rzut oka na krzywą żylną, towarzyszącą omawianym tu stanom, wykazuje zupełny brak na niej wgłębienia *i*. Wskutek tego następuje tu zla-

nie okresów *sa* i *otr* w jedną linię, biegnącą prawie pionowo ku górze (rys. 4), lub mniej więcej pochyłą (rys. 5 i 6). Jeżeli jednocześnie wgłębienie *tc* pozostaje jeszcze zarysowane, otrzymujemy wtedy, dzięki zniknięciu wgłębienia *i* jednolitą wąską falę (rys. 4), powstałą ze zlania się wzniesień *sa* i *otr*, która to fala, przechodząc w nieznacznie wklęsłą linię, powstałą ze zlania się okresów *tc* i *tsv*, wytwarza ów tak charakterystyczny kształt fali żyłnej siodełkowaty lub szkobkowaty. Gdy zaś, wskutek okoliczności, omówionych w niniejszym §-ie pod a), zamiast wgłębienia, powstaje w okresie *tc* linia, biegnąca nieco pochyło ku górze, znika kształt siodełkowaty krzywej, gdyż okresy *tc* i *tsv* dają wtedy linię, biegnącą jednolicie ku górze. Powstaje przytem w ogólnym wyniku jednolita wielka fala ze zlania się wszystkich trzech zazębień, czyli fala *sa + otr + tsv*. Ten zupełny brak wyraźnie oddzielnego zazębienia *sa* na tego rodzaju krzywych był nawet powodem, dla którego sądzono w ciągu szeregu lat (Mackenzie, Hering i wielu innych), że wysokim stopniom niedostateczności zastawki trójdzielnej towarzyszy porażenie prawego przedsionka. Obecnie zdania tego nie można uważać za słuszne, gdyż długi szereg badań elektrokardiograficznych wykazał, że nawet w najwyższych stopniach rozszerzenia prawego przedsionka, prowadzących do zupełnej niemiarowości tętna (*arrythmia completa*), lub towarzyszących najcięższemu napadom częstoskurczu serca (*tachycardia paroxysmalis*), przedsionek kurczy się nie przestaje. Fala krwi, gromadząca się w podobnych stanach ciągle w przedsionku, jest tak wielka, że nie tylko mniej lub więcej wyrównywa wgłębienie *tc*, ale stanowi nadto przeszkodę do rozwinięcia się jednolicie silnej pracy przedsionka. Wskutek tego ta ostatnia wyraża się wtedy szeregiem drobniutkich skurczów trzepocących (*fibrillatio*), zamiast wyraźnych dwóch silnych fal, dających normalnie obecność zęba *sa* i udział w wytwarzaniu fali *otr*, które to dwie fale prowadzą normalnie do powstania wgłębienia *i*. Analogicznie do powyższych stanów niemiarowości serca, sądzić należy, że i w wysokich stopniach niedostateczności zastawki trójdzielnej z tętnem miarowym fali *sa* brakuje nie dlatego, że przedsionek wcale już nie pracuje, lecz jedynie z powodu, iż fala krwi, która

napiera ciągle na przedsionek od dołu, stwarza w nim w końcu nie tylko bardzo znaczny stopień zastoju, lecz nadto i tak znaczną przeszkodę dla pracy mięśnia przedsionka, że te ostatnie nie mogą już wyzwalać dość silnego skurczu. Tymczasem, jak wiemy (31, § 4), przy zachowaniu normalnej siły skurczów przedsionka, po dostatecznym rozwinięciu się kolana zstępującego zęba *sa*, następuje ostatni okres skurczu przedsionka, łącznie z najpierwszym okresem skurczu komory, bierze udział czynny w zamknięciu zastawki trójdzielnej (*otr*) (Kürschner, Baumgarten, Weber, Ludwig Friedreich, Vierordt, Luciani). Z wzajemnego ustosunkowania tych zazębień powstaje normalnie pierwsze z zazębień krzywej żyłnej *i*. Skoro zaś na wszystkich omawianego tu rodzaju krzywych żylnych tego wgłębienia *i* brakuje, nie dowodzi to zupełnego porażenia przedsionka (którego przyjęcie przeczyłoby faktom, ustalonym niewątpliwie dla wyżej przytoczonych stanów niemiarowości serca), lecz wskazuje tylko, że skurcz jego nie może w tego rodzaju przypadkach dobieść do końca, czyli, że mamy do czynienia z niedoskurczem przedsionka. Stanowi porażenia przedsionka nie mogłaby towarzyszyć na krzywej żyłnej ani fala z rysunku 4-go, powstała ze zlania zębów *sa* i *otr*, ani też biegnące mniej więcej pochyło ku górze linie z rysunków 5 i 6, odpowiadające okresom *sa* i *otr*, na których powstanie potrzebny jest bezwarunkowo pewien stopień pracy przedsionka, lecz musiałaby mu odpowiadać linia zupełnie pozioma. Ponieważ zaś zupełny brak zagłębienia *i* jest na krzywej żyłnej komorowej zjawiskiem stałym, należy więc fakt ten uznać za najbardziej charakterystyczny, wprost patognomiczny dla tego rodzaju krzywych. Wyżej omówione zmiany wgłębienia *tc* są drugą z cech charakterystycznych tego rodzaju krzywej żyłnej. Występują one jednak w stopniu zmiennym i powodują, jak to w punkcie a niniejszego paragrafu omówiliśmy, różny wygląd dalszych części krzywej żyłnej typu komorowego. Ale wszystkie one są stale nacechowane przez zupełny brak na ich początku wgłębienia *i*, wskutek czego stwierdzamy właśnie zlanie się w jedną całość przynajmniej okresów *sa* i *otr* (rys 4-y), albo nawet wszystkich trzech zazębień *sa*, *otr* i *tsv* (rys 5 i 6-y).

(C. d. n.).

O D C I N E K.

Jak się rozwijało mianownictwo lekarskie polskie.

Podał

Fr. Giedroyc.

Dwojakie zadanie może mieć słownik: dydaktyczne, jeśli stanowi kodeks, którym się powinien kierować każdy mówiący i piszący, albo też archiwalne i historyczne, jeżeli ogarnia całe bogactwo języka, aby je w druku utrwalić i udostępnić badaczom.

Piśmiennictwo nasze lekarskie posiada dotychczas słowniki wyłącznie dydaktyczne. Wobec tego zebrałem materiał do słownika archiwalnohistorycznego. Ma on być ułożony na wzór ogólnych słowników języka polskiego (np. Lindego, Karłowicza i Niedźwiedzkiego), a przeto zawrze poparte przykładami nazwy, które były niegdyś, lub są obecnie używane w nauce lekarskiej. Oczywiście z materiału tego powstanie książka sporych rozmiarów, wydanie więc jej trzeba odłożyć do czasów spokojniejszych. Tymczasem poprzestanę tutaj na wskazaniu w krótkim zarysie tych dróg, które kroczyło mianownictwo lekarskie, nim doszło do dzisiejszego, nie dość jeszcze—dodajmy—zadowalającego stanu.

Dzieje mianownictwa lekarskiego polskiego, pomimo, że początkami swoimi sięgają czasów bardzo odległych, są krótkie i niezawile.

Jednocześnie z rozwojem jakich takich pojęć o narządach ciała ludzkiego, o jego chorobach i ich leczeniu, musiały powstawać odpowiednie miana. Powstawały w różnych, nie dających się określić czasach, samorzutnie, w miarę potrzeby. Pierwotnym więc źródłem mianownictwa była mowa pospolita praocjów naszych, mowa ludu, teraz gwarą zwana. Część nazw pierwotnych oczywiście zaginęła, ocale nie zaś reszty zawdzięczamy nietyłe tradycji żywej, co innym czynnikom.

Oto już w wieku XV sporządzano u nas rękopiśmienne słowniczki łacińsko-polskie nazw roślin krajowych, używanych w celach leczniczych, a niekiedy i słowniczki chorób, zresztą bardzo ubogie. Nieco później przyszły pisma popularne lekarskie. Układacze tych dzieł, zwłaszcza *Zielników*, owych encyklopedii wiedzy botanicznej, zoologicznej i mineralogicznej, do sztuki leczniczej zastosowanej, nie wiele przynieśli pożytku chorym, szerzyli bowiem z dobrą wiarą wiadomości, już podówczas dobrze przestarzałe, ale w zakresie mianownictwa położyli zasługi niemałe. Brali oni nazwy z ust otoczenia, dla którego pisali, i przekazali je potomnym.

Toczyła się fala, tylko zapewne mniej silna, i w kierunku odwrotnym. Autorowie pism popularnych, nie znalazłszy w mowie

potocznej nazwy dla jakiegoś pojęcia, zjawiska, lub rzeczy, tworzyli sami nowe miana, które stopniowo przenikały do mowy pospolitej i upowszechniały się wśród ogółu. A że pomyślność twórców nazw nowych nie sięgała zwykle daleko, poprzestając najczęściej na przeróbce nazw łacińskich, stąd do dnia niemal zachowały się w języku potocznym owe obce językowi polskiemu, a jednak powszechnie zrozumiałe *flegmy*, *katary*, *humory*, *wapory*.

Poza najstarszymi słowniczkami rękopiśmiennymi mamy później już drukowane. Przeniesieniem ich było umożliwić czytelnikowi zrozumienie treści książki; nie ogarniały też całego mianownictwa, tylko dziedziny, w niej poruszone. Posiadamy tedy np. „*Enchiridion medicinae*“, wydane roku 1537 w Krakowie. Autor, Szymon z Łowicza, kładzie na wstępie słowniczek łacińsko-polski nazw roślin: *Nomenclator herbarum*, a zaraz po nim drugi: *Nomenclator et interpretatio morborum variorum in lingua polonica* o stu niespełna nazwach¹⁾. Bardzo nieraz trafne nazwy polskie dał Ursinus w łacińskiej rozprawie o kościach (Zamość, 1610 r.). Sebastyan Śleszkowski, w przekładzie na język polski Pedemontana²⁾, dodaje na końcu *Wykład słów trudniejszych*, w którym stara się użyte przez siebie mianownictwo polskie wyjaśnić terminologią łacińską³⁾. Jędrzej Krupiński do każdej z czterech części swojej anatomii (Lwów, 1774 — 1777) dodaje słowniczki łacińsko-polskie, do popularnego zaś „*Opisania chorób powszechniejszych*“ (Lwów, 1775) — dwa spisy: *Regestr medykamentów* i *Regestr imiona chorób po polsku i po łacinie w sobie zawierający*⁴⁾. Jego śladem poszli: Perzyna, Franciszek Ksawery Ryszkowski i inni. — Całkiem zaś samoistny słownik ogłosił w r. 1641 aptekarz królewski Paweł Guldenius⁵⁾.

¹⁾ Ten sam słowniczek w dziełku *Aemilius Macer de herbarum virtutibus...* Cracoviae, 1537.

²⁾ Alexego Pedemontana *medyka y philosopha tajemnice...* Kraków, 1620.

³⁾ Autor ten dbał wogóle o język polski, co widać ze słów przedmowy: „Nie trzymałem się przekładania Marcina Siennika, ile należy do Polszczyzny, bo w tej tak gruby, że nigdy grubszego języka własnego nie czytał, co pokazuje, że albo cudzoziemiec był, albo w cudzych ziemiach z młodu był wychowan“.

⁴⁾ Regestr bardzo niedokładny, zawiera właściwie nazwy chorób, o których mowa w dziełku a więc pod literą A znalazło się jedno tylko (Apoplexya), pod B—trzy miana (Balsam pachniący, Biegunka, Ból głowy).

⁵⁾ *Onomasticum trilingue, latino-germano-polonicum, rerum et verborum ad officinam pharmaceuticam spectantium...* Regiomonti 1641.

Taki stan rzeczy trwał wieki całe. Mianownictwo lekarskie polskie rozwijało się samopas.

Po prostu nie zachodziła potrzeba ujmowania całej sprawy w jakieś karby, ustalania nazw, zapełniania braków, bo przecież medycyna, jako nauka, miała swój język, a jeśli popularyzator wiedzy, pisząc po polsku, odczuwał braki w słownictwie, to już jego rzeczą było samemu sobie zaradzić.

Język narodowy był wykluczony z dziedziny umiejętności, panowała tam wszechwładnie łacina. Kto po łacinie nie umiał, należał do głumu. Mógł Jan Hus wzbudzić w Czechach zamięłowanie do mowy ojczystej i przyczynić się do znacznego wzrostu piśmiennictwa swojskiego; mógł Dante we Włoszech, Rey w Polsce wprowadzać język narodowy do literatury pięknej; mógł Zygmunt August zastąpić łacinę polszczyzną w aktach i pismach rządowych – wszelako nawet taki rewolucjonista w medycynie, jak Paracels, który śmiało wystąpił przeciwko uznanym powagom lekarskim i głosił zasady nauki swojej po niemiecku, nie zdobył się na całkowite wyrzucenie się łaciny i dla większej powagi zwał siebie z rzymska. Nic przeto dziwnego, że Skarga, mistrz prozy polskiej, uważał za niedorzeczność myśl samą, aby umiejętność jaką można było uprawiać w jakim innym języku.

I kiedy wreszcie, acz z trudem i stopniowo, języki nowożytne wypierały zasłużony język kultury europejskiej – łacinę, medycyna najdłużej zostawała jej wierna. A kiedy i tu wtargnęła mowa żywa, język łaciński znajdował jeszcze obrońców i losem swoim żał budził. Oto Jan Bogumił Freyer w r. 1816 pisze ¹⁾: „Ponieważ terminologia lekarstw w języku łacińskim jest wyrażoną, byłoby wielce nieprzyzwoicie i okazało nieznajomość z językiem, który, jako język uczonych, powinien być znanym od chcącego swą uczoność okazać przez podawane środki lekarskie, gdyby w innym języku np. krajowym chciano wyrazić sposób przyrządzenia lekarstwa“. Adam Ferdynand Adamowicz ²⁾, ubolewając nad niezgodnością mianownictwa lekarskiego w różnych dzielnicach Polski, twierdzi, że „smutny ten stan pochodzić zawsze będzie z zarzucenia poważnej łaciny, prowadzącej nas niegdyś ubitym i niezmiennym torem w ślady Celsów i jego naśladowców“.

Pomimo ten żal i tęsknotę po przeszłości, łacina nie mogła się oprzeć powszechnemu prądowi i jeżeli przetrwała w medycynie do dni naszych, to jedynie w receptach i dyplomach doktorskich, a i to nie wszędzie.

Na czoło ruchu, dążącego ku unarodowieniu języka lekarskiego u nas wysunął się Kraków; on też stale mu przewodniczył i istotnie najwięcej zdziałał. Najdzielniejszymi przodownikami i pracownikami na tej drodze byli dwaj profesorowie krakowscy – Józef Majer

i Fryderyk Skobel, zwłaszcza pierwszy, nazywany słusznie „ojcem mianownictwa lekarskiego polskiego“. Obadwaj założyli sobie zaprowadzić ład w mianownictwie i nadać mu wyraźne cechy polskości, w dążeniu jednak do wspólnego celu obrali odmienne drogi i dzięki temu wzajemnie się uzupełniali. Skobel dał zapal reformatorski, wypowiedział walkę obcym naleciałościom i usiłował wypłenić wszystko, co w nazwach lub wyrażeniach trąciło cudzoziemszczyzną, miejsce zaś ich zapełniał przez co raz to nowe nazwy własnego pomysłu, nieraz dziwaczne, czasem zgola zbyt czyste. Majer wniósł lepsze przygotowanie filologiczne, znajomość i zdolność odczuwania właściwości języka polskiego, poskramiał więc nadmierne zapędy swojego współpracownika. Był wszakże z usposobienia ustepliwym, więc Skoblowi powiodło się nieraz wtrącić do wspólnej pracy niektóre z nieudatnych pomysłów.

Ci dwaj mężowie ogłaszali drukiem prace zasadnicze i słownikarskie. W pierwszej rozprawie p. t. „Uwagi nad niektórymi wyrazami lekarskimi“ (Kraków, 1835) wskazywali drogę, którą postanowili kroczyć gwoźli zaprowadzeniu ładu w mianownictwie ojczystem. Oto, co tam czytamy: „Być może, że niejeden szczególną zasługę upatrywać będzie w tworzeniu wyrazów nowych, bez żadnego względu na dawne; my wszelako zbieranie i badanie wyrazów zapomnianych, w dawnych tylko dziełach i ustach ludu przechowanych za najcelniejsze poczytując, tam dopiero, gdzie podobne badanie niedostatecznym być się okazało, niezbędną widzimy potrzebę tworzenia wyrazu nowego, odpowiedniego pojęciu rzeczy, którą ma oznaczać i duchowi języka.“ Jakoż wkrótce, bo już w roku 1836, dowiedli słów swoich czynem, ogłosiwszy „Słownik anatomiczno - fizjologiczny“ ¹⁾. Zebrali w nim i ocenili „wyrazy lekarskie, dotąd w dziełach polskich napotykanne“ z dziedzin w nagłówku wskazanych, t. j. anatomii i fizjologii. Innych działów w ten sposób nie opracowali, pomimo zapowiedzi w przedmowie. Natomiast wydali w r. 1842 „Słownik niemiecko - polski wyrazów lekarskich“, w którym nie chodziło już o zebranie materiału z pomników piśmiennictwa lekarskiego, lecz o danie gotowego opracowania do użytku praktycznego.

Pozatem obdarzył nas Majer znakomitą rozprawą p. n. „Uwagi w przedmiocie zasad słownictwa lekarskiego w ogólności, w szczególności zaś w przedmiocie zasad tworzenia i oceniania wyrazów lekarskich polskich“ ²⁾, Skobel zaś do spółki z Aleksandrem Kremem opracował słownik lekarski łacińskopolski ³⁾.

Słownik ten nie mógł uczynić zadość

¹⁾ Rocznik wydziału lekarskiego w uniw. Jagiellońskim. Kraków, t. I, 1838.

²⁾ Rocznik Tow. Nauk. Kraków. Poczet 2-gi, 1849, IV, 54--124.

³⁾ Słownik łacińsko-polski wyrazów lekarskich, przez prof. dra Fred. Kaz. Skobla i dra Aleksandra Kremiera. Kraków, 1868.

¹⁾ Formulare czyli nauka o sztucznem przepisywaniu lekarstw. Warszawa, 1816.

²⁾ Praktyczne postrzeżenia niektórych lekarzy zebrane przez... Wilno. 1862, t. V, Wstęp.

potrzebom i wymaganiom. Uznało to Towarzystwo lekarskie krakowskie i powołało komisję, zwaną „terminologiczną” „celem zbierania materiału dla ustalenia słownictwa lekarskiego polskiego”. Należeli do niej profesorowie: Stanisław Janikowski, Józef Oettinger i dr. Aleksander Kremer. Komisja prowadziła swoje prace pod kontrolą towarzystwa, które zbierało się co dwa tygodnie na posiedzenia nadzwyczajne gwoili wspólnej ocenie nowych lub mniej znanych wyrazów. Komisja ukończyła czynności w r. 1876; owocem ich było uzupełnienie słownika z r. 1868 ¹⁾.

I tę pracę uważało Towarzystwo lekarskie krakowskie tylko za przygotowawczą, jak to wynika z tego, że już na zebraniu 18 kwietnia 1877 r. postanowiło „opracować i wydać (nowy) słownik terminologiczny wyrazów lekarskich”. Do wykonania go powołała zaprawionych już w tej mierze: Janikowskiego, Oettingera i Kremera, do współpracownictwa wezwwała wszystkich członków Towarzystwa, ogólny zaś kierunek złożyła w doświadczonych ręce Józefa Majera, ówczesnego prezesa Akademii Umiejętności. Towarzystwo zaznaczyło w odezwie, że „współpracownictwo najlepiej możnaby objawić przez wskazywanie wyrazów, których w dawnych słownikach nie umieszczono, przez podawanie własnych pomysłów co do wyrażen technicznych, przez wyszukiwanie odpowiednich wyrażen ludowych na oznaczenie wszelkich pojęć lekarskich”.

Staął tedy jeszcze raz do pracy w zakresie mianownictwa Józef Majer, któremu komisja odsyłała do oceny przyjęte przez siebie nazwy, wypisane na kartkach. Prezes kreślił na nich swoje uwagi, poczem kartki, uporządkowane według działów, szły do przejrzenia przez lekarzy specjalistów w odpowiednich gałęziach medycyny.

Ponieważ mianownictwo psychiatryczne, jako najbardziej zawikłane, posiadało najmniej nazw ustalonych, ogłoszono je w r. 1880 przedwstępnie drukiem ²⁾ celem wywołania uwag szerszego koła lekarzy, całkowity zaś słownik wyszedł w roku następnym ³⁾. Świadkiem ukazania się jego był, niestety, jeden tylko z trzech głównych pracowników — Oettinger; Kremer, złożony chorobą, już od r. 1879 nie dopomagał w pracy, Janikowski zaś umarł, kiedy pierwsze arkusze słownika wychodziły z pod prasy.

Należy jeszcze zaznaczyć, że komisja

terminologiczna krakowska, przystępując do ułożenia nowego słownika, zabiegała o to, aby słownik stał się dziełem wyczerpującem i zadowolili wymagania wszystkich lekarzy polskich. Nie poprzestała więc na wezwaniu do pomocy członków Towarzystwa lekarskiego w Krakowie, lecz zapewniła sobie również współpracownictwo z innych dzielnic Polski. Jakoż Towarzystwo lek. warszawskie nadesłało uwagi swoje o 1595 wyrazach, sekcja lekarska w Towarzystwie przyjaciół nauk w Poznaniu o 132.

Nakład słownika z r. 1881 rozszedł się całkowicie, a zresztą przy szybkim rozwoju nauk lekarskich powstały nowe pojęcia, były nowe odkrycia i nowe ich nazwy w językach cudzoziemskich, ogół więc lekarski odczuwał potrzebę nowego słownika polskiego. I oto znowu, wierny tradycji, zaspokoili tę potrzebę Kraków, wydając w r. 1905 dzieło ⁴⁾, które znalazło miłe przyjęcie u lekarzy i zjednało sobie najprzychylniejsze, całkiem zasłużone, pochwały surowych nawet krytyków.

Warszawa nie może się pochlubić takim wynikiem, aczkolwiek pracowała również nad słownictwem.

Wydać się może komu dziwnem i niewłaściwem, że kreśląc obraz zabiegów około uporządkowania mianownictwa, wprowadzam do niego podział, któryby można nazwać dzielnicowym. Niestety, jest on usprawiedliwiony. Lekarze polscy, rozdzieleni granicami trzech zaborów, zatracili pomiędzy sobą łączność pod względem językowym tak dalece, że powstały aż dwa główne mianownictwa lekarskie, zwane — nawet bez żadnego zakłopotania — „terminologią krakowską” i „terminologią warszawską”. Pierwsza, wierna przykazaniom Majera i Skobla, dążyła do oczyszczenia języka z naleciałości obcych, widząc źródło odnowy w pomnikach dawnego piśmiennictwa i w ustach ludu. Druga — uznawała wprawdzie potrzebę zaprowadzenia ładu w mowie lekarskiej, skłaniała się atoli do ustępstw na rzecz cudzoziemszczyzny ⁵⁾. Tamta — hołdowała zasa-

¹⁾ Słownik lekarski polski. Opracowali z polecenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego profesorowie Uniwersytetu Jagiellońskiego, doktorowie Tadeusz Browicz, Stanisław Ciechanowski, Stanisław Domański, Leon Kryński, przy współudziale Tow. Lek. Warsz., Wydziału lek. Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu oraz wielu lekarzy i przyrodników polskich. Kraków. 1905.

²⁾ Oto mała próba. W r. 1880 komisja terminologiczna krakowska nadesłała Towarzystwu lek. warsz. do oceny „Słowniczek wyrazów psychiatrycznych”. Towarzystwo warszawskie powołało do tej czynności komitet (doktorowie: Rothe, Płaskowski, Taczanowski, Złobkowski, Luczkiewicz, prof. Struve, wreszcie Józef Przyborowski, jako znawca języka polskiego). Sprawozdanie komitetu, odczytane na posiedzeniu Towarzystwa, było przyjęte bez żadnych rozpraw w całości. Otóż komitet warszawski zalecił rozmaite zmiany w „słowniku” krakowskim, a między nimi tak znamienne:

	krak.	warsz.
Automatismus	= bezmysł, zbalwanienie,	automatyzm,
Exhibitioniste	„okażnik,	ekshibicyo-
		inista,
Fanaticus	„zagorzały,	fanatyk,
Hypochondriasis	„śledziennictwo	hypochon-
		drya,
Lunaticus	„sennowlók, księżycznik	lunatyk.

¹⁾ Uzupełnienie słownika łacińsko-polskiego wyrazów lekarskich prof. F. K. Skobla i A. Kremera, razem z przekładem polskim wielu wyrazów niemieckich, francuskich i angielskich i słowniczkiem wyrazów weterynaryskich. Kraków, 1871.

²⁾ St. Janikowski. Słowniczek wyrazów psychiatrycznych, obejmujący tłumaczenie polskie wyrazów łacińskich. Kraków, 1880.

³⁾ Słownik terminologii lekarskiej polskiej, opracowany przez Komisję terminologiczną Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, złożoną z Drów St. Janikowskiego i Józ. Oettingera, prof. w Wydz. lek. Uniw. Jag. i A. Kremera, przy współudziale Prezesa Akademii Um. Dra Józefa Majera i wielu lekarzy i przyrodników polskich. Kraków, 1881.

dzie bezwzględnej czystości mowy, ta—była zwolenniczką eklektyzmu i wogóle mniej dbała o czystość języka. A że żadna strona nie chciała ustąpić drugiej, wytworzyła się zatem podwójna terminologia¹⁾. Z biegiem czasu różnice znacznie się wyrównały, ku czemu przyczynił się wielce najnowszy słownik krakowski (z r. 1905); potrafił on oba kierunki możliwie pogodzić i stał się dla piszących wyśmienitym doradcą. Poprzednio brak takiego doradcy upoważniał każdego — jak błędnie mniemano—do gospodarowania w dziedzinie języka ojczystego, co oczywiście działo się często z jego umją.

W Warszawie prace nad mianownictwem zaczęły się w r. 1857. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego (15 października) Szokalski zwrócił uwagę kolegów na brak ustalonego słownictwa lekarskiego, który daje się tem dotkliwiej odczuwać, że „założenie Akademii medycznej w Warszawie tak obszerne do rozwoju nauk lekarskich w kraju naszym otwiera pole”. Tymczasem w mianownictwie „panuje chaos najzupełniejszy jako wynik różnorodności żywiołów do wspólnej naukowej powołanych pracy”. Wzywał więc Towarzystwo do zarządzenia złemu. Bęciewicz starał się „powstrzymać Towarzystwo od podjęcia tak olbrzymiego dzieła raczej, aniżeli by miało się narazić na upadek pod jego brzemieniem”, nie posiada ono bowiem ani „powagi naukowej

na narzucenie językowi wyrazów, przedmioty naukowe dotąd nienazwane oznaczać mających”, ani władzy zniewolenia piszących i mówiących do przyjęcia nowego mianownictwa. Towarzystwo atoli skłoniło się ku wnioskowi Szokalskiego, wychodząc z założenia, że mowa polska posiada dosyć zasobów i tylko niezajomość jej staje się powodem braku jedności językowej. Powołała więc najpierw jeden komitet do zebrania materiału, a później drugi, ściślejszy, do ostatecznego uporządkowania i zajęcia się drukiem słownika²⁾. Bęciewicz, przegłosowany w Towarzystwie, miał wszelako tylu stronników, utrzymujących, iż prace komitetu do niczego nie doprowadzą, że prezes Helbich uznał za konieczne zgromić ich na posiedzeniu publicznem Towarzystwa (15. I. 1860 r.).

Owocem odpowiednich zabiegów pozostał rękopis słownika, ułożonego przez wzmiankowany komitet warszawski. Śród burzy, która przeszła wtedy nad krajem, rękopis ów zaginął³⁾.

Kiedy w r. 1867 wyszedł słownik Sko-bła i Kremera, kilku członków Towarzystwa Warszawskiego (między nimi dwu z b. komitetu) przystąpiło do wspólnego czytania słownika krakowskiego, uzupełniając go z pamięci nazwami, dawniej przez Warszawę przyjętymi, redaktorowie zaś czasopism lekarskich w Warszawie tudzież autorowie podręczników, jeszcze w okresie prac komitetu, podjęli się upowszechniać nazwy, w ten sposób uświęcone, i tem samem utrwalali „terminologję warszawską”.

Komisja terminologiczna krakowska, związana w r. 1877, przygotowała już całkowity materiał do nowego słownika, wezwwała Towarzystwo lek. warsz. do wspólpracy. Działo się to w r. 1880. Gdy podstawa prac krakowskich miała być słownik Sko-bła i Kremera z r. 1868, oraz „Uzupełnienie” jego z r. 1871, przeto i komitet warszawski⁴⁾ przyjął go za punkt wyjścia do uwag swoich. Dają się one tak streścić: 1) W słowniku jest wiele wyrazów z mowy potocznej, które bezpośredniego związku z nauką lekarską nie mają i do terminologii lekarskiej nie należą (kochać, śniadanie, jeżdżenie wozem). 2) Pomieszczono w nim wyrazy i nazwy przyrodnicze, które opracowane być winny przez

¹⁾ Każda ze stron broniła swego. Oto przykład: W r. 1863 Kremer podał do „Tygodnika lekarskiego” (w Warszawie) artykuł. Redakcja zmieniła w nim użyte przez Kr. mianownictwo. Kr. wystąpił przeciwko temu i bronił nazw swoich. W odpowiedzi redaktor „Tygodnika”, Ludwik Natanson, oprócz uwag szczegółowych co do zmienionych Kremerowi nazw, wypowiedział następujące zasady ogólne: „Uważamy sobie za obowiązek, aby wedle możliwości nomenklaturę naukową lekarską, o ile używane są w niej wyrazy polskie nowoprowadzone, ujednolajnić. Pobudką do tego jest dla nas konieczność wyrobienia polskiego słownictwa, co wtedy jedynie nastąpić może, jeżeli znaczna większość piszących przyjmuje wprowadzone wyrazy i w pracach stale używa. Gdyby każdemu było wolno samemu tworzyć terminy techniczne, tobyśmy nietylko nie doszli do statego słownictwa, ale powstałoby nieznośne w języku naukowym zamieszanie. Tego ostatniego byliśmy bardzo blizcy. Z tej samej przyczyny nie jesteśmy bezwzględni purystami i jeżeli praca nie jest zbyt przepelniona obczyzną, to wyrazy obce chętnie pozostawiamy, nie zmieniając tekstu autora. Jeżeli zaś autor używa wyrazów polskich, to chcemy, aby używał takich, na jakie większość się zgodziła. Za normę służy nam słownictwo wyrobione i przyjęte przez Tow. lek. warsz. Możliwa ta i od kilku lat przez najkompetentniejszych kolegów dokonana praca, opartą jest na uprzednich pracach szkoły krakowskiej. Jednakże Warsz. Tow. Lek. w wielu razach nie mogło się zgodzić na terminy w Krakowie proponowane i nie bez ważnych powodów od nomenklatury krakowskiej w danych razach, nielicznych zresztą, odstąpiło. Słownictwo warszawskie jest zupełnie gotowe i tylko oderwanie wielu kolegów od ostatecznego ułożenia [więcej mechanicznego] wstrzymało dotychczas wydanie zupełnego słownika lekarskiego. Tymczasem pisma lekarskie peryodyczne, w Warszawie wychodzące, niemniej dzieła tu drukowane, służące po największej części do wykładu różnych gałęzi medycyny w wydziale lekarskim Szkoły Głównej, wzięły na siebie obowiązek rozpowszechnienia przyjętego słownictwa. Tego więc słownictwa trzymamy się, jeżeli w artykułach w Tygodniku zamieszczanych jakie zmiany robić sobie pozwalamy”.

²⁾ Pierwotnie do komitetu weszli: Chalubiński, Dybek, Helbich, Natanson, Neugebauer, Olbratowicz i Szokalski; przybywali później w różnych czasach z wyborów: Le Brun, Kulesza, Langowski i Tyrchowski, oraz do terminologii weterynaryjnej: Eichler i Seifman. W r. 1859 Towarzystwo w całym swoim składzie przeistoczyło się w „komisję słownikową” i zbierało się co tydzień na posiedzenia, poświęcane wyłącznie opracowywaniu słownika.—Komitet ściślejszy składali: Lubelski, Łuczkiwicz, Natanson i Szokalski.

³⁾ Przypadkowym sposobem, odnalazł się ów rękopis (jak się zdaje, niecały) i dzięki J. Aleksandrowiczowi przeszedł do archiwum Towarzystwa lek. warsz.

⁴⁾ Do komitetu weszli: Brodowski, Chalubiński, Dobrski, Fritsche, Klink, Kosmowski, Łuczkiwicz, Mayzel, Markiewicz, Natanson, Rogowicz, Władysław Stankiewicz, Szokalski i Tyrchowski.

odpowiednich biegłych; w słowniku lekarskim mogą znaleźć miejsce tylko wyrazy farmakologiczne. 3) Znajdują się wyrazy czysto rosyjskie (sustaw, udar, zadzierzenie). 4) Podawane są całkiem niepotrzebnie wyrazy ludowe. 5) Przetłomaczono nazwy miejsc kąpielowych, których nie trzeba polszczyć [Krzyżnak - Kreuznach, Kisiega - Kissingen]. 6) Jest dużo wyrazów starych, niewłaściwie do terminologii lekarskiej zastosowanych, albo źle pojętych (ukleja=polip, czerwotka=dysenterya, cyrulectwo=chirurgia). Możemy i powinniśmy posilkować się wyrazami, przez lekarzy dawniejszych używanymi, jakoteż za-

nej czerpniętymi z pobratymczych języków słowiańskich, ale trzeba tylko takie nazwy wybierać, któreby odpowiadały teraźniejszemu pojęciom naszym i miały ściśle określone znaczenie, a takich właśnie znajdzie się mało. 7) Urobiono mnóstwo wyrazów nowych, „niezawsze zgodnych z duchem języka i pojęciem naukowym” [pocielnica, obłędziniec, samozmaza, czujnia].—Oprócz tych uwag ogólnych biegli z różnych gałęzi wiedzy lekarskiej przesłali do Krakowa zdanie swoje co do nazw oddzielnych,

(c. d. n.).

Sprawozdanie ze Zjazdu przedstawicieli zrzeszeń lekarskich 27 i 28 kwietnia 1919 r.

W dniu 27 i 28 kwietnia roku bieżącego świat lekarski Warszawski podejmował u siebie po raz pierwszy przedstawicieli zrzeszeń lekarskich wolnej zjednoczonej Polski.

Zjazd był zainicjowany przez Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w celu zorganizowania stanu lekarskiego ze wszystkich dzielnic Polski w jedną całość, oraz omówienia najpilniejszych spraw bieżących i mianowicie sprawy kas chorych i izb lekarskich.

Stwierdzono obecność na Zjeździe przedstawicieli następujących zrzeszeń lekarskich.

Z Galicji:

- 1) Izba lekarska ze Lwowa } obejmują
- 2) „ „ z Krakowa } 1600 lekarzy
- 3) Krajowy związek lekarzy Galicji i Śląska
- 4) Towarzystwo lekarzy galicyjskich.
- 5) Towarzystwo lekarskie krakowskie
- 6) „ „ lwowskie
- 7) Związek lekarzy rządowych w Galicji
- 8) Związek lekarzy rządowych wschodniej Galicji.

Z Poznania:

- 1) Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół nauk
- 2) Członkowie polacy Izby lekarskiej (obejmuje 400 lekarzy polaków).

Z Kongresówki:

- Towarzystwo lekarskie Warszawskie
- Towarzystwo higieniczne Warszawskie
- Stowarzyszenie lekarzy polskich
- Towarzystwo Medycyny Społecznej
- Związek zawodowy lekarzy

Towarzystwa lekarskie i zrzeszenia: z Łodzi, Zagłębia, Radomia, Lublina, Kalisza, Siedlec, Płocka, Włocławka, Noworadomska, Zawiercia. Stowarzyszenie lekarzy polaków w Łodzi, Stowarzyszenie lekarzy polaków w Zagłębiu Dąbrowskiem.

Do powodzenia Zjazdu przyczyniło się w dużym stopniu umiejętne i sprężyste kierownictwo przewodniczącego prof. Ciechanowskiego. Komitet organizacyjny Zjazdu, stanowili doktorzy: Bączkiewicz, Starkiewicz, M. Jastrzębski i H. Kucharzewski.

Posiedzenie Zjazdu zajął Prezes Komitetu organizacyjnego dr. Bączkiewicz, witając

po raz pierwszy w stolicy wolnej zjednoczonej Polski przedstawicieli zrzeszeń lekarskich. Następnie przyjęto przez aklamację adresy do Sejmu Ustawodawczego i Rządu, odczytane przez dr. Bączkiewicza oraz wniosek dr. Męczkowskiego w następującej redakcyi:

Adres I. Zebrani w stolicy wolnej niepodległej zjednoczonej Ojczyzny przedstawiciele zrzeszeń lekarskich z wszystkich dostępnych dzielnic Polski składają hołd pierwszemu Sejmowi Ustawodawczemu, wybranemu wolą narodu, i witają w Nim Zwierzchnią Władzę, która poprowadzi Ojczyznę na drodze prawa i ładu do chwały i pomyślności całego narodu.

Adres II. W chwili gdy na kresach w obronie granic Ojczyzny leje się krew naszych bohaterów, gdy na Zachodzie ważą się losy naszej przyszłości, zebrani w stolicy przedstawiciele zrzeszeń lekarskich wszystkich dzielnic Polski w poczuciu naszych nieprzedawnionych praw do tych wszystkich dzielnic, które zaborcy najeźdźni siłą wynaradawiać pragnęli, zaznaczają, że zniewagą narodu Polskiego, podeptaniem naszych tradycji byłoby oderwanie odwiecznie polskich dzielnic, jak Śląska Cieszyńskiego, Spiża, Orawy, Śląska Górnego, Mazurów Pruskich, Pomorza i całego dorzecza Wisły i Gdańska.

Zebrani w stolicy wolnej niepodległej zjednoczonej Ojczyzny przedstawiciele zrzeszeń lekarskich zwracają się z uroczystym wezwaniem do Sejmu Ustawodawczego, jako najwyższej Władzy w Państwie, i do Rządu Polskiego, aby jaknajpilniej raczył w tej mierze bronić słusznych praw narodu Polskiego.

Wniosek dr. Męczkowskiego:

Zważywszy,

- że 1) Wobec nadzwyczajnego upośledzenia kraju pod względem sanitarnym zadania społeczne w tej dziedzinie są szczególnie pilne i ważne,
- że 2) Kierunek ogólnego rozwoju życia społeczeństw kulturalnych wysuwa potrzeby w zakresie zdrowia publicznego na plan pierwszy,
- że 3) Sprawy zdrowia Publicznego powinny

być reprezentowane w rządzie równocześnie z innymi dziedzinami życia publicznego.

Zjazd przedstawicieli zrzeszeń lekarskich z całej Polski wypowiada się za koniecznością utrzymania oddzielnego Ministerstwa Zdrowia Publicznego, obejmującego także sprawy opieki społecznej, z kierownikiem lekarzem na czele.

Wreszcie na wniosek dr. Bączkiewicza przyjęto przez aklamację prezydium Zjazdu w składzie następującym:

Przewodniczący faktyczny prof. Ciechanowski z Krakowa.

Prezesowie honorowi: dr. Schoengut i dr. Damski z Krakowa, dr. Papée i dr. Kohlberger ze Lwowa, dr. Dembiński, dr. Pomorski i dr. Karwowski z Poznania, dr. Mierzyński z Łodzi, dr. Modrzewski z Lublina, dr. Kołucki z Sosnowca, dr. Pełczyński z Radomia, dr. Wiszniewski z Siedlec.

Sekretarze faktyczni: dr. E. Osiński, dr. Mazurek, dr. Jasiobędzki, dr. Kukliński, dr. Belkowski, dr. Turkiewicz.

Przewodniczący powitał gorąco Ministra Zdrowia dr. Janiszewskiego, który zaszczycił swą obecnością posiedzenie Zjazdu.

W sprawie organizacji stanu lekarskiego w Polsce wygłosił uwagi ogólne dr. Starkiewicz.

Dr Starkiewicz stwierdza, że jakkolwiek sprawa organizacji stanu lekarskiego wymagałyby wysłuchania szerokich kół lekarskich, to jednakże obecne życie zmusza nas do pośpiesznego decydowania spraw najważniejszych. Za punkt wyjścia brać należy stan obecny, dążąc jedynie do skorygowania tych spaczni i braków, jakie wywoływały dotychczasowe anormalne warunki naszego życia narodowego, a następnie do rozszerzenia organizacji naszych na cały obszar Polski, pcwiazania i spojenia ich w całość wszechpolską. Bez zmiany pozostałyby nasze Towarzystwa lekarskie naukowe, w dzielnicy naszej przez długie lata jedyna ostoja polskiej nauki lekarskiej. Głębszego zastanowienia wymagałyby instytucje społecznolekarskie i zawodowe. Referent jest zdania, że dotąd w Warszawie nasze instytucje społecznolekarskie wystarczały w znacznym stopniu do obrony spraw naszego bytu i dawały możność pracy w zakresie zadań społecznolekarskich. Na przyszłość obok zrzeszeń lekarskich typu Stowarzyszenia Lekarzy stanie się konieczną jeszcze instytucja lekarska czysto obronna, obejmująca możliwie ogół lekarzy Państwa i przeznaczona li tylko dla spraw bytu materialnego. Były zabór Pruski na tle walki z kasami chorych uznał instytucje takie za niezbędne, do tego skłaniają się również i lekarze z Galicji.

Obok tego rodzaju zrzeszeń czynne by były organizacje przymusowe Izb lekarskich, wsparte opieką, lecz i poddane ścisłej kontroli władz państwowych.

Sprawie Izb Lekarskich poświęco-

no większą część posiedzenia, a złożyło się na nią 5 referatów w sprawie organizacji izb lekarskich i jeden w sprawie syndykatów typu francuskiego. Pierwszy przemawiał doc. dr Jaworski, autor „projektu ustawy o zaprowadzeniu izb Lekarskich w Państwie Polskiem”. W Warszawie sprawę tę po raz pierwszy poruszono w roku 1915 w Stowarzyszeniu lekarzy Polskich. W roku 1918 podjęło ją znowu Ministerstwo Zdrowia, porucząc opracowanie ustawy dr. Jaworskiemu, który za podstawę jej przyjął organizację Izb Lekarskich w Galicji.

Dr Jaworski wyraża przekonanie, że izby lekarskie, które wobec dekretu o kasach chorych stają się gwałtowną koniecznością, nie tylko będą pomocne w ogólnym współzawodnictwie, lecz spotęgują solidarność zawodową i przyczynią się do ugruntowania godności zawodowej wśród wszystkich lekarzy, a jednocześnie zdaniem mówcy nie pozabawia nas tej indywidualności tak charakterystycznej dla lekarzy polaków, której wykładnikiem była, jest i będzie bezinteresowność dla niedoli cierpiącego, w sprawach publicznych stanowisko sług społeczeństwa, a co najważniejsza miłość ziemi Ojczystej, duchowy związek z ludem, na tej ziemi osiadłym, przywiązanie do języka, do literatury, do oświaty narodowej, dążenie do praw i swobód politycznych, a nadewszystko poświęcenie sprawom publicznym własnych interesów.

Drugi referent dr Schoengut, prezydent Izby lekarskiej w Krakowie, przytacza historię wprowadzenia izb lekarskich w Galicji i zaznacza, że my obecnie znajdujemy się w zupełnie podobnym położeniu, jak lekarze w Austrii w roku 1873 po wprowadzeniu Kas chorych, kiedy Izb lekarskich tam jeszcze nie było. Zakres działania Izb lekarskich austriackich jest szeroki i rozległy. Izby te jednakże nie odpowiadały zadaniu swojemu, a złożyły się na to 2 głównie przyczyny: 1) obojętność, a często i niezyczliwość rządu i władz dla spraw lekarskich, 2) wadliwość samej ustawy. Ta ostatnia polegała głównie na braku odpowiedniej egzekutywy. W projekcie Ministerstwa Zdrowia ważnym nadzwyczaj postępowaniem jest wyraźne przyznanie Izbie lekarskiej władzy, a nawet przyznanie Izbie lekarskiej pozorów urzędów administracyjnych (urzędowa korespondencja, prawo do ściągania w drodze administracyjnej zaległych opłat i grzywien). Dalej ustęp, w którym wyraźnie zaznaczono, że lekarzom wolno przyjmować posady w instytucjach i kasach chorych jedynie na mocy umowy, która musi być zatwierdzona przez Izbę lekarską, jest niezmiernie doniosły, gdyż z jednej strony broni lekarza, by nie popadł w nadmierną zależność, a z drugiej zapobiega konkurencyjnemu obniżaniu wynagrodzenia przez samych lekarzy.

Na pytanie, czy zaprowadzenie Izb lekarskich w Polsce jest konieczne, referent daje odpowiedź twierdzącą. Izby lekarskie są wyrazem samorządu w zakresie spraw zawodowych, które w braku tych instytucji były-

by rozstrzygane przez władze polityczne bądź sądowe. Wolna i dobrowolna organizacja zawodowa, jako pozbawiona egzekutywy i atrybucji władzy, w żaden sposób Izb lekarskich zastąpić nie może, jakkolwiek nie jest ona organizacją zbędną; przeciwnie uważać ją należy obok Izb lekarskich za konieczne ich uzupełnienie.

Prof. C i e c h a n o w s k i wygłosił referat o radach honorowych w Izbach lekarskich. Referent rozpatruje zakres działania rad honorowych, stosunek do wydziału izby, skład i kompetencje rady honorowej. Zakres działania rady honorowej obejmuje: 1) spory między lekarzami, 2) spory między lekarzami a pacjentami, 3) wykroczenia przeciw godności zawodu lekarskiego, 4) uchybienia przeciw Izbie lekarskiej. Punkty 2, 3, 4 stanowią o wyższości rady nad zwykłym sądem polubownym; punkty 2 i 3 podnoszą zarazem powagę Izby lekarskiej i wobec lekarzy i wobec społeczeństwa. Rada honorowa jest więc i sądem rozjemczym i sądem dyscyplinarnym. Podlegają jej orzeczeniom przymusowo wszyscy lekarze, którzy wykonywują praktykę prywatną. Rada honorowa ma prawo ingerencji i wtedy, kiedy strony nie odwołują się do niej i pod tym względem ma również przewagę nad sądami polubownymi.

Rada honorowa musi być zupełnie oddzielona od wydziału Izby, podobnie jak sądownictwo jest oddzielone od władz administracyjnych. Kwalifikacje dla członków wydziału i członków rady są zupełnie inne, co należy uwzględnić przy wyborach. Wreszcie wydział Izby w sporze z lekarzem może być stroną, nie może więc występować w roli sędziego. Związek rady z wydziałem Izby będzie dostateczny, jeżeli prezydent Izby będzie miał prawo ogólnego nadzoru nad radą honorową. Rada honorowa, podobnie jak izba, powinna być wybierana przez ogólne wybory, a nie desygnowana przez Izbę. Tylko wtedy mieć będzie powszechne zaufanie i należyty mir wśród ogółu lekarzy.

Kompetencje rady honorowej obejmują kary trojakiego rodzaju: 1) upomnienie i nagana, 2) grzywny pieniężne, 3) pozbawienie prawa wyboru. Kompetencje rady powinny być bardzo wielkie, aż do odebrania dyplomu, jeżeli ma ona wywierać wpływ należyty na jednostki o gorszej wartości moralnej. Stopniowanie kar rozumie się samo przez się, co już w projekcie ministeryalnym jest dość wyraźnie zaznaczone. Instancja apelacyjna powinna być ograniczona do spraw tylko najważniejszych; stanowczo nie powinno być apelacji od grzywien pieniężnych.

W końcu referent nadmienia o pożądanych drobnych uzupełnieniach w projekcie ministeryalnym ustawy o Izbach. Chodzi tu mianowicie o dodanie uzupełnienia o liczbie członków rady honorowej, o stosunku rady do wydziału, wreszcie o brak w określeniu procedury w czynnościach rady honorowej (kwestya oskarżyciela i obrony).

Dr Papée, prezydent Izby lekarskiej wschodnio-galicyskiej, po omówieniu braków,

istniejących w ustawach austriackich Izb lekarskich, wnosi potrzebę wydania ogólnej Ustawy o lekarzach (ordynacji lekarskiej) i proponuje w niej następujące uzupełnienia:

1) Do wykonywania praktyki lekarskiej niezbędny jest warunek odbycia obowiązkowego roku praktyki szpitalnej.

2) Przed rozpoczęciem praktyki lekarz jest obowiązany zgłosić się do Izby i wpisać się na listę lekarzy.

3) Wprowadzenie na uniwersytetach katedry medycyny społecznej w celu zaznajomienia z obowiązkami społecznymi i zawodowymi.

4) Stworzenie wzajemnej pomocy dla członków zawodu lekarskiego (kasa dla chorych lekarzy, kasa pensyjna dla wdów po lekarzach).

Dr Pomorski przemówienie swe ujmuje w 7-iu następujących punktach:

1) Izby lekarskie mają za zadanie:

a) Rozstrzyganie wszelkich spraw zawodowych i stanowych lekarskich.

b) Zajmowanie się wszelkimi sprawami, dotyczącymi ogólnej zdrowotności publicznej.

c) Obronę interesów materialnych stanu lekarskiego.

2. W tym celu zawiązuje się w każdym województwie Izba lekarska, składająca się najmniej z 12 członków lekarzy, którzy z pośród siebie wybierają zarząd z 5 osób.

3. Wszystkie Izby wysyłają po jednym delegacie do Warszawy, by utworzyć Izbę delegatów. Tak Izby lekarskie jak Izby delegatów przyjmują pod obrady wnioski, przesłane im przez ministerstwo albo delegację, albo też radzą nad swoimi wnioskami, które potem wysyłają do Izby delegatów, względnie do ministerstwa.

4. Na mniej więcej 50 lekarzy wybiera się jednego członka Izby lekarskiej.

5) W celu podniesienia stanu lekarskiego pod względem moralnym przy Izbach lekarskich powstają rady honorowe, złożone z prezesa i 3 członków oraz jednego prawnika, którym powierza się pieczę nad etyką lekarską.

Przepisy etyki lekarskiej zestawione są w osobnym regulaminie.

6. W celu podniesienia interesów materialnych stanu lekarskiego wybiera się z Izby 3 lekarzy do komisji kontrolującej w celu nawiązania układów z kasami chorych zarówno publicznymi jak i prywatnymi. Układy, uznane przez komisję kontrolującą, stają się dopiero prawomocne.

7) Do Izby lekarskiej należeć muszą wszyscy lekarze, zajmujący się praktyką prywatną.

Po wygłoszeniu przytoczonych powyżej referatów w sprawie Izb lekarskich na wniosek przewodniczącego wybrano komisję dla „ordynacji lekarskiej“ (Izb lekarskich).

Do Komisji weszli: dr Papée ze Lwowa, dr Schoengut z Krakowa, dr Dembiński z Poznania, dr Mierzyński z Łodzi, dr Zieleniewski z Sosnowca, dr Jaworski z Warszawy.

Z kolei dr. Przyborowski Adam wygłosił referat o odmiennym typie zrzeszeń zawodowych lekarskich, mianowicie o syndykatach francuskich. Odczyt ten umieszczony jest w sprawozdaniu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich za rok 1917.

Główna różnica pomiędzy syndykatami francuskimi a Izbami lekarskimi polega na niezależności syndykatów od władz Państwowych i dobrowolnem przystępowaniu do nich pojedynczych członków.

Organizacja lekarzy francuskich przez syndykaty obejmuje coraz większą liczbę lekarzy (do 80%), zdobywa coraz większą siłę i powagę w oczach ogółu i zmusza do liczenia się z sobą nawet lekarzy, poza organizacją stojących; w zatargach z nimi jest uznana przez trybunały za strażnicę zasad zawodowych“.

Organizacja ta ma wszelkie cechy demokratyczne; najwyższą instancją dla nich są sądy koronne.

Z referatu swego dr Przyborowski zgłasza następujące wnioski:

1) Funkcjonaryzacja i proletaryzacja stanu lekarskiego zaczynają już okazywać się szkodliwymi, a z czasem mogą okazać się zgubnymi dla poziomu lecznictwa wogóle.

2) Walka z tym stanem rzeczy zawodu lekarskiego jest w pierwszym rzędzie walką, mającą na widoku dobro publiczne, a w drugim rzędzie dopiero moralne i materialne dobro lekarzy.

3) Organizacja stanu lekarskiego we Francji, wzięwszy za podstawę prawo o syndykatach, znalazła dostateczny fundament do obrony zagrożonego bytu lekarzy i poziomu etycznego stanu lekarskiego.

4) Izby lekarskie, obejmując wszystkich lekarzy na danym terytorium i posiadając w swem ręku egzekutywę, mogą skutecznie działać dla utrzymania poziomu etycznego stanu lekarskiego. Jako instytucje niedemokratyczne i od władzy administracyjnej zależne, okazały się Izby lekarskie niewystarczającymi wobec innych prądów społecznych, czego dowodem jest, że lekarze niemieccy ujrzeni się zmuszeni utworzyć zrzeszenie niezależne, t. zw. Związek Lipski.

5) Dla organizującego się Państwa Polskiego uważamy za pożądane wprowadzenie, względnie utrzymanie instytucji Izb lekarskich, uposażonych w odpowiednią egzekutywę, zależnych tylko od ministra Zdrowia. Powinny one być zastosowane do czasów, w jakich żyjemy, i do charakteru ludności. Traktowanie Izb lekarskich junctim z prawem o kasach chorych pod względem terminu powołania do życia jest zbyt cenne.

6) Uważamy natomiast za niezbędne rychło opracowanie projektu i wprowadzenie w życie powszechnego zrzeszenia zawodowego lekarzy dla całego Państwa Polskiego, opartego na wypróbowanej organizacji lekarzy francuskich.

O wolnych organizacjach lekarskich wygłosili referaty: dr Damski z

Krakowa, dr Szulc z Poznania i dr Kozerski z Warszawy.

Dr Damski przedstawił krótki rys organizacji lekarskiej polskiej w byłym zaborze austriackim. Organizacja ta ma na widoku byt ekonomiczny lekarzy, ich moralne stanowisko i dobro społeczeństwa. W tym celu tworzy kooperatywy lekarskie, wydaje odpowiednie pisma, pośredniczy w zatargach z kasami chorych i t. p. Pomimo że organizacja ta była pozbawiona cech politycznych, nie cieszyła się życzliwością władz.

Dr Damski wyowiada się za stworzeniem jednej silnej, zwartej organizacji lekarskiej o charakterze apolitycznym, pozbawionej cech wyznaniowych, jako też i dążeń na tle narodowościowem. Obok popierania bytu materialnego lekarzy ma mieć ona również pieczę nad ich poziomem moralnym. We wszystkich sprawach lekarskich organizacja taka ma iść ręką w rękę z Izbą lekarską.

Drugi referent dr Szulc przedstawił w zarysie organizację lekarzy niemieckich, czyli tak zwany Związek Lipski. Po zapoznaniu obecnymi z ustawą tego związku referent stwierdza, że działalność jego miała dodatnie wyniki dla bytu materialnego lekarzy, a mianowicie: 1) podniosła honorarya, 2) pośredniczyła w obejmowaniu posad lekarskich, 3) podjęła walkę z towarzystwami ubezpieczeń na życie.

W imieniu delegacji poznańskiej referent zgłasza wniosek następujący: Utworzenie powszechnego zrzeszenia lekarzy w Polsce jest konieczne; należy to skutecznie drogą związku towarzystw miejscowych wedle warunków, panujących w odnośnych terytoriach.

Trzeci referent dr Kozerski jest zwolennikiem tworzenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stowarzyszeń jednonarodowych typu Stowarzyszenia lekarzy polskich, z których to stowarzyszeń drogą proporcjonalnego przedstawicielstwa należałoby utworzyć Radę naczelną stowarzyszeń lekarskich polskich, jako jedyny urząd do spełnienia zadań pod względem moralnym, narodowym i ekonomicznym. Myśl swą dr Kozerski ujmuje w punktach następujących:

1) Warunki, w jakich Polska na nowo się odradza, czynią koniecznem, ażeby stan lekarski zorganizował skuteczną formę obrony swego stanu posiadania.

2) Ministerium Zdrowia nie jest z natury swej urzędem opieki nad stanem posiadania zawodu lekarskiego.

3) Jeżeli chodzi o zorganizowanie szybkiego odparcia zamachów na byt stanu lekarskiego ze strony innych zorganizowanych zawodów, związek lekarzy na wzór niemiecki czy rosyjski może być doraźnie pożyteczny.

4) Lecz jako rzecznik stały stanu lekarskiego pod względem moralnym, narodowym i ekonomicznym związek taki byłby niebezpieczny.

5) Jedynym urzędem do spełnienia tych trzech zadań byłaby Rada Naczelną Stowarzyszeń Lekarskich, złożona z proporcjonal-

nego przedstawicielstwa wszystkich stowarzyszeń lekarskich Rzeczypospolitej Polskiej.

6) W celu zorganizowania wszystkich lekarzy w solidarny zastęp, należy dążyć do skupienia wszystkich lekarzy w miejscowych stowarzyszeniach.

7) Dla polskiego narodowego dobra stowarzyszenia te winny być jednonarodowe typu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, oparte na zasadzie wyboru nowowstępujących członków i mieć na celu pieczę nad uświadomieniem, zdrowiem moralnem i bytem swych członków.

8) Należy dążyć do uzyskania dla Rady Naczelnej Stowarzyszeń Lekarskich prawa przedstawicielstwa we wszystkich centralnych prawodawczych i wykonawczych urzędach i instytucjach państwowych.

9) Tymczasem należy zorganizować Tymczasową Radę Nacelną Stowarzyszeń Lekarskich, złożoną z upoważnionych posłów do istniejących Towarzystw lekarskich i powierzyć jej zorganizowanie akcyi w myśl wniosków powyższych.

W sprawie kas chorych wygłosili referaty: dr Karwowski z Poznania, dr Stahr z Krakowa i dr Kohlberger ze Lwowa.

Dr Karwowski na wstępie zapoznał obecnych z kasami chorych w Poznaniu, wykazując ujemne ich strony tak w stosunku do chorych, jakoteż i lekarzy. Przechodząc następnie do projektu ministeryalnego (Dekret o kasach chorych), referent rozpatrywał krytycznie poszczególne punkty i w rezultacie uznał za możliwe przystąpienie lekarzy do współpracownictwa w kasach chorych na warunkach następujących:

A. 1) W miastach większych—ambulatorya; honorarya—według taksy minimalnej dla kas. Czynności wpisuje się pod numer na wykaz kasowy i do książki dziennej, tak że kontrola jest każdej chwili możliwa.

2) Wizyty na mieście według taksy minimalnej;

3) Konsultacje w domu według taksy z odpowiedniami ustępstwami; specjaliści o 50% więcej;

W miastach mniejszych i gminach przy podstawowej pensyi system taksy minimalnej za czynności nadzwyczajne i wyjazdy.

B. Opłata: kasa wyznacza pewną kwotę na opłacenie lekarzy, którą się rozdziela w stosunku punktów. Punkt musi jednak wynosić co najmniej 75% taksy minimalnej.

Lekarze naczelnicy tworzą komisję, która wraz z lekarzami, wybranymi z grona lekarzy kasowych, kontroluje recepty i wykazy. Opłata wynosi najmniej 15 marek z rodzinami 30. Przy 100000 członków wraz z rodzinami 3000000 marek rocznie i to wyłącznie na honorarya lekarskie. W takim razie na głowę chorego wypadłoby 15 marek rocznie. Biorąc przeciętnie trzytygodniową chorobę—5 marek na tydzień włącznie wszystkie czynności nadzwyczajne. Przy tej przeciętnej zapłacie konsultacya, licząc 2 konsultacje na tydzień, wypadłoby 2,50 mar.

C. Kontrakty zawiera się za pośrednictwem komisji, wyznaczonej przez izbę lekarską, wzgl. organizacje lekarskie, nie zaś pojedynczo z lekarzami;

D. Do praktyki kasowej winien być dopuszczony każdy lekarz aprobowany i mający prawo praktyki w Polsce, o ile godzi się na warunki kasy;

Drugi referent dr Stahr wypowiedział następujące postulaty w sprawie kas chorych:

1) Ubezpieczenie w kasach chorych powinno być ograniczone na podstawie wysokości dochodów ubezpieczonych. Określenie tej granicy referent pozostawia konferencji;

2) Do praktyki w kasach chorych dopuszczeni być winni wszyscy lekarze uprawnieni do wykonania praktyki;

3) O ileby art. 81 ustawy o ubezpieczeniach, stanowiący względny wolny wybór lekarzy w kasach, miał zyskać moc prawa, to lekarze kas chorych winni mieć w ustawie zastrzeżony charakter urzędników publicznych, opłacanych odpowiednio do swych czynności; winni mieć zapewniony byt w razie choroby i starości, wdowom i sierotom po nich powinny być przyznane emerytury;

4) Kasy mogą zawierać umowy tylko ze zorganizowanymi związkami lekarskimi, nie zaś z poszczególnymi lekarzami. Umowy muszą być potwierdzane przez Izby lekarskie;

5) W myśl ustawy art. 164 projektu do składu komisji pojednawczej wchodzi w równej liczbie przedstawiciele zarządu kas chorych jak i lekarzy kasowych. Referent wnosi tu dodatek: i w każdym razie przedstawiciel Izby lekarskiej.

Trzeci referent dr Kohlberger przytacza uchwałę lekarzy lwowskich odnośnie do projektu ministeryalnego. Uchwała ta brzmi, jak następuje:

1) Art. 14, dotyczący dobrowolnego przystąpienia do kas chorych powiatowych i miejskich członków, nie podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, odpada zupełnie.

2) Art. 37 ma być odpowiednio zmieniony: osoby, mające więcej niż 300 złotych polskich miesięcznie, nie mogą być ubezpieczone w kasach chorych;

3) Art. 43, dotyczący podwyższania górnej granicy dochodów miesięcznych obowiązkowo ubezpieczonych, wymienionej w art. 37, odpada zupełnie.

4) Art. 67 ma opiewać: członkowie rodziny płci obu, obowiązkowo ubezpieczonych, mieszkający u ubezpieczonego i przebywający wyłącznie na jego utrzymywaniu, mają prawo do pomocy lekarskiej przez lekarzy kasowych, udzielanej tylko wtedy, jeżeli sami są ubezpieczeni w kasach chorych;

5) Art. 164 ma opiewać: w skład komisji pojednawczej wchodzi w równej liczbie przedstawiciele zarządu kas chorych i lekarzy kasowych, oraz delegat izby lekarskiej, w której okręgu kasa chorych się znajduje.

6) Wreszcie uchwalono wniosek o dodanie do dekretu następującego artykułu: kasy chorych są obowiązane do zawarcia z lekarzami umowy wedle wzorów, przez izby le-

karskie ułożonych. Umowy te celem nabrania ważności muszą być przez Izby lekarskie zatwierdzone.

W dyskusyi, jaka się wywiązała nad wygłoszonymi referatami, zabierali głos doktorzy: J. Zawadzki, Kotarski, Rechniewski, Pelczyński, Ciechanowski, Opieński, Papée, Mierzyński, Tomaszewski, Kohlberger, Schoengut, Damski, Hellin, Pawłowicz, Gosiewski, Karwowski, Szulc i inni.

Z dyskusyi nad Izbami lekarskimi wywnioskować było można, że większość mówców jest za wprowadzeniem, względnie utrzymaniem Izb lekarskich w Państwie Polskiem. Przeciwnicy izb lekarskich pozostali w znikomiej mniejszości: twierdzenie, jakoby izby lekarskie były przeżytkiem, i w obecnych demokratycznych czasach instytucjami zbędnymi, nie znalazło posłuchu. Natomiast odnośnie do projektu ministerialnego Izb lekarskich w Polsce wielu mówców wypowiadało swe krytyczne uwagi co do poszczególnych punktów, inni znowu ze względu na niejasność domagali się uzupełnień.

Dyskusya nad organizacją stanu lekarskiego w Polsce wykazała, że obok istniejących u nas zrzeszeń lekarskich byłaby pożądana, a wkrótce być może będzie niezbędną, organizacja ogólna o charakterze ekonomicznym. Oczywiście istnienie takiej organizacji nie przesądza istnienia Izb lekarskich. Obie te organizacje dopełniają się raczej.

Co się tyczy projektu ministerialnego o kasach chorych (Dekret o kasach chorych), to pod tym względem rozbieżności prawie że nie było. Wszyscy prawie byli zdania, że przy wprowadzeniu w życie dekretu w jego szacie obecnej, lekarze nie mogliby współdziałać w tej mierze. Z dyskusyi wyłoniły się nadto i pewne kwestye uboczne poza ramiami porządku dziennego.

Tak np. dr. Rechniewski poruszył sprawę przymusu lekarskiego, czyli obowiązku lekarza udzielania pomocy bez prawa odmowy.

Dr. Gosiewski poruszył sprawę stosunku władz autonomicznych lekarskich do ministerstwa, zgłaszając następujący wniosek:

Przy ministerstwie tworzy się Rada lekarska, powstała z wyboru, z prawem powoływania specjalistów z głosem doradczym w zakresie tematu opracowywanego. Instytucya Rady lekarskiej jest stała. Wybory ogólne przeprowadza organizacja lekarzy polskich co 3 lata. Stanowi ona ciało doradcze Ministra Zdrowia. Wszystkie ustawy i dekrety, dotyczące się zdrowotności, przechodzą pod obrady Rady lekarskiej; przewodniczącym jest minister.

Wniosek ten wywołał dość żywą dyskusję; przyjęty był, w zmienionej formie w redakcyi, zaproponowanej przez dr. Schoenguta.

Wreszcie omówiono dodatkowo pewne sprawy wojskowo lekarskie, a w szczególności sprawę zabezpieczenia bytu materialnego rodzin lekarzy, powołanych do wojska, gorąco popartą przez kilku członków Zjazdu.

Po wyczerpaniu dyskusyi i porządku dziennego, Komisya Redakcyjna w składzie prof. Ciechanowskiego, dr. Starkiewicza, dr.

Kohlbergera, dr. Stahra i dr. Karwowskiego opracowała i złożyła pod głosowanie wnioski ostateczne. Wnioski te po przedyskutowaniu i po wprowadzeniu pewnych uzupełnień i poprawek przyjęte zostały w redakcyi następującej:

1) W sprawie organizacji stanu lekarskiego w Polsce I Zjazd przedstawicieli zrzeszeń lekarskich uznaje: a) konieczność utrzymania i dalszego rozwoju Towarzystw lekarskich polskich naukowych, b) stowarzyszeń lekarskich o zadaniach narodowych, społeczno-lekarskich i towarzyskich, c) organizacji ogólnej (związku) lekarzy całego Państwa Polskiego o celach czysto ekonomicznych, d) wreszcie Izb lekarskich, jako reprezentacji urzędowej autonomicznej stanu lekarskiego w Polsce.

2) Zjazd domaga się bezzwłocznego wprowadzenia Ustawy o lekarzach (czyli t. z. ordynacyi lekarskiej), obejmującej między innemi postanowienia o Izbach lekarskich i Radach koronnych. Jako podstawę do Ustawy o lekarzach przyjmuje Zjazd projekt, przedłożony przez Izbę lekarską lwowską.

Gdyby jednak bezzwłoczne wprowadzenie Ustawy o lekarzach było niemożliwe, to Zjazd domaga się narazie ustawy o Izbach i Radach honorowych lekarskich na zasadach projektu opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

Zjazd przyjmuje poprawki w tych projektach ustaw na zasadzie wniosków specjalnie wybranej do tego Komisji Zjazdu.

Ustawa o lekarzach (ordynacya lekarska) względnie Ustawa o Izbach lekarskich powinna być wprowadzona bezzwłocznie przed zatwierdzeniem dekretu o kasach chorych.

3) Zjazd, witając gorąco rozszerzenie ubezpieczenia społecznego na szerokie koła ludności pracującej, stwierdza, że ogłoszony dekret o ubezpieczeniu społecznem wymaga jednakże zmian.

a) Idealnem rozwiązaniem sprawy pomocy lekarskiej w kasach chorych ze względu na dobro ubezpieczonych byłoby udzielanie chorym takich zasiłków pieniężnych, iżby mogli leczyć się u dowolnie wybranego lekarza, do którego mają zaufanie.

b) Jeżeli taki bezzwzględny wybór lekarza okazał się niemożliwym, to ubezpieczeni powinni otrzymywać zasiłki pieniężne na leczenie się u tych lekarzy, którzy na warunkach ulgowych, umówionych z kasą chorych i zatwierdzonych przez Izbę lekarską zgodzili się udzielać pomocy.

a) W każdym razie domagają się lekarze rewizyi dekretu o ubezpieczeniu na wypadek choroby, a przede wszystkim domagają się stanowczo ustanowienia górnej granicy dochodu, uprawniającej do ubezpieczenia ulgowego, ustalonej w porozumieniu z Izbami lekarskimi, względnie Delegacją Zjazdu, a zrewidowanej za rok. Osoby, posiadające dochód ponad tę granicę, nie mogą korzystać z pomocy lekarskiej na zasadzie warunków kasowych.

Umowy lekarzy z kasami chorych muszą być zatwierdzane przez Izby lekarskie. W komisjach pojedynczych powinni zasiadać także przedstawiciele izb lekarskich. W zarządzie kasy chorych powinien zasiadać z głosem stanowczym delegat, wybrany przez lekarzy kasy. Pomoc lekarska powinna być wynagradzana od każdego zabiegu według taryfy, przyjętej przez Izbę lekarską.

Sprawy Kas chorych, jako obejmujące wielki dział lecznictwa krajowego, powinny być przekazane Ministerstwu Zdrowia, do którego powinny należeć wogóle sprawy opieki społecznej.

Gdyby te minimalne żądania nie zostały uwzględnione, lekarze nie mogliby współdziałać we wprowadzeniu tej reformy społecznej.

II. W sprawie Głównej Rady Lekarskiej (wniosek dra Schoenguta):

Zjazd wyraża życzenie, aby Główna Rada Lekarska (Rada Zdrowia) przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego została zreorganizowana, a w szczególności, aby do niej wchodzili także przedstawiciele lekarzy z wyboru.

III. W sprawie Rad honorowych (Wniosek dr Chachamowicza):

Apelacja przysługuje od wszystkich wyroków za wyjątkiem tych, w których wymierzona została kara pieniężna.

Po przyjęciu przytoczonych wniosków Zjazd wyłonił ze swego grona Delegację Zjazdu, czyli Komisję tymczasową, reprezentującą ogół lekarzy polskich i mającą mandat występowania z memoryalami do Władz.

Delegacja Zjazdu:

- | | | |
|-----------------------------|---|----------------------------------|
| 1. Bączkiewicz | } | Warszawa
(wydział wykonawczy) |
| 2. Jakowski | | |
| 3. Pawłowicz | | |
| 4. Radziwiłłowicz | | |
| 5. Starkiewicz | | |
| 6. S. Sterling—Łódź | | |
| 7. Zieleniewski—Zagłębie | | |
| 8. Biernacki—Lublin | | |
| 9. Wrześniowski—Częstochowa | | |
| 10. Papée—Lwów | | |
| 11. Schoengut—Kraków | | |
| 12. Damski—Kraków | | |
| 13. Karwowski—Poznań | | |
| 14. Szulc—Poznań. | | |
| 15. Kohlberger—Lwów. | | |

Na tem przewodniczącą prof. Ciechanowski zamknął obrady Zjazdu, dziękując uczestnikom za gorący udział i rzetelną pracę.

Jan Bełkowski.

Warszawa, d. 29 kwietnia 1919 r.

Wiadomości bieżące.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie z przedmieściami. Od 26. IV. do 3. V. 1919 r. było zachorowań: na ospę 2 przypadki (w 6 i 26 okręgu po jednym), na odrę 3, na szkarlatynę 4, dur plamisty 135 (w tem 65 mężczyzn i 70 kobiet, 102 chrześcijan i 33 żydów), dur brzuszny 3, dyzenterię 0, dyfteryt 0, drętwicę karku 1 (w 5 okręgu). Najwięcej duru plamistego było: w 26 okręgu 32 (w tem 28 przypadków u przyjezdnych z dworca Kowelskiego), w 8—12, w 18 i 25—11, w 5—9, w 4, 6, 14 i 15—po 8, w 24—6, w innych cyfry pomniejsze.

NADESŁANO.

1) Dr Bolesław Dębiński. Stwardnienie płuc kliniczne i doświadczalne. Odb. ze spraw. z pos. Tow. Nauk. Warsz. Warszawa, 1917.

NEKROLOGIA.

Wincenty Szyszło, doktor medycyny, uczestnik powstania na Litwie w r. 1863, bardzo wzięty praktyk-internista, zmarł w Warszawie d. 27 kwietnia 1919 r. w wieku lat 81.

Walery Bujakowski, długolotni lekarz zdrojowy w Druskienikach, b. lekarz sanitarny miasta Warszawy, zmarł na dur plamisty w Druskienikach d. 5 kwietnia 1919; żył lat 59.

TREŚĆ NUMERU.

Str.		Str.
Władysław Janowski. Znaczenie krzywej żylniej miarowej oraz zupełnie niemiarowej (arrythmia completa) w sprawie dokładnego rozpoznawania mechanizmu powstawania niedostateczności czynnościowej mięśnia sercowego (zostawki trójdzielnej)	215	nownictwo lekarskie polskie. 220
Odcinek. Fr. Giedroyc. Jak się rozwijało mia-		Jan Bełkowski. Sprawozdanie ze Zjazdu przedstawicieli zrzeszeń lekarskich 27 i 28 kwietnia 1919 r. 224
		Wiadomości bieżące 230
		Nekrologia. Wincenty Szyszło. Walery Bujakowski 230

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

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

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

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

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 36, półrocznie Mk. 18; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 40, półrocznie M. 20. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

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

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL'A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma
z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1.50.

**O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na
rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.**

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra R o m a n a J a s i ń s k i e g o.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena zniżona m. 4.

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracyi Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie zniżonej nabywać można tylko w Administracyi.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

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

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

**GONOREIN
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cutabarum, aetherum i menthol., poleca własnego wyrobu

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Administracja Gazety Lekarskiej posiada jeszcze na składzie niewielką liczbę egzemplarzy dzieł, wydanych dawniej, i odstępować je będzie wyłącznie tylko swym prenumeratom. Są to:

NOTHNAGELA i ROSENBACHA.

FARMAKOLOGIA

(przekład z niemieckiego). Cena m. 15.

GILLES DE LA TOURETTE.

HISTERYA

w opracowaniu A. PUŁAWSKIEGO. Cena m. 8

Do nabycia wyłącznie w Administracji Gazety Lekarskiej — Marszałkowska 73.

Zjednoczone firmy DROBNER-KRAKÓW

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

Dział medyczny — Telefon 415 — Adres telegr.: Drobneruniwers

poleca

Instrumenty chirurgiczne.

Meble operacyjne.

Kompletne urządzenia lekarskie.

Kosztorysy na żądanie.

Kosztorysy na żądanie.