

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcja: Kraków 9 (Łobzów)  
Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2.  
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żadaną liczbę odhltek, których koszt oraz kosztą klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO. CZASOPISMO LEKARSKIE ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO. WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowski, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austriackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: 30 halery za wiersz petlitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4 1/2 marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisji; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisji redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

**DOM ZDROWIA**  
Konc. przez Wys. o. k. Namiestnictwo  
Zakład leczniczy prywatny  
w Krakowie  
ul. Słomiradzkiego 1. — Tel. 67.

W r. 1906 rozszerzony i zasadniczo przekształcony, uległ w r. 1911 dalszemu znacznemu powiększeniu i udoskonaleniu.  
Przyjmuje przypadki chirurgiczne, położnicze, ginekologiczne i inne, z wykluczeniem chorób zakaźnych i ciężkich nerwic. 281  
Prospekty na życzenie.

NATURALNA SOL SZPRUDLA  
jest jedynie  
prawdziwą solą  
Zastrzega się przed falsyfikatami

**KARLSBADU**

## Magazyn Medyczny Dra Bolesława Drobnera

w Krakowie, Plac Szczepański 1. 3. — Telefon 415. — Adres telegr.: Drobneruniwers.

poleca

Instrumenty chirurgiczne.  
Meble operacyjne.  
Kompletne urządzenia lekarskie.

Kosztorysy na żądanie.

Kosztorysy na żądanie.

**SZCZAWNICA**

Zdrojowisko otwarte na sezon letni 1917.  
Komisya Apropowizacyjna stara się o żywność. — Restauracja Zakładowa i parę pensjonatów otwarte. — Pewniej jest zamówić telegraficznie, dwa dni naprzód, fiakra do pociągu u właściciela domu, gdzie się ma zamieszkać. Zastosować się ściśle do zarządzeń Władz przy wymeldowaniu się i zameldowaniu 14 dni naprzód w Starostwie Nowotarskiem o swem przybyciu. 127  
WODY MINERALNE WYSYLA NA ZLECENIE ZARZĄD ZAKŁADU W PAKACH O 25-CIU I 50-CIU FLASZKACH.



otwarto w Lecznicy Związkowej w Krakowie, ul. Garncarska 11.

EMANATORYUM RADOWE



Rządowo  uprawniona

Fabryka wód mineralnych sztucznych i specjalnych leczniczych  
pod firmą K. RZAÇA i CHMURSKI w Krakowie, ul. św. Gertrudy 4. Tel. 227.

# wyrabia wody radowe

zawierające czysty bromek radu, wydający emanację.

Bywają stosowane w następujących chorobach: skaza moczaniowa i dna; przewlekły i podostry gościec mięśniowy i stawowy, nerwobóle zwłaszcza rwa kulszowa (ischias), nerwice narządu trawienia; niektóre rodzaje niedokrwistości i osłabienia ustroju, niektóre schorzenia skórne; piasek i kolka nerkowa.

Wodę wyrabia się w czterech odmianach.

202

Nr XXVIII. Woda radowa czysta wskazana w dnie, skazie moczaniowej i rozpoczynającej miazdżycy naczyn.

Nr XXIX. Woda radowa alkaliczna na wzór wody Vals i normalnej Nr II. zawierającej 6‰ natrium bicarb., zaleca się jeżeli powyższym chorobom towarzyszy zajęcie dróg oddechowych, moczowych, lub kwasy żołądkowe.

Nr XXX. Woda radowa glauberska na wzór wody Karlsbadzkiej i normalnej Nr VIII. stosowana, jeżeli powyższym chorobom towarzyszy zajęcie przewodu pokarmowego, moczowego lub wątroby.

Nr XXXI Woda radowa litowa na wzór wody normalnej Nr XI. (2‰ litu), stosowana, jeżeli w powyższych chorobach trzeba działać moczopędnie, lub rozpuszczać kwas moczowy w ustroju i złogi moczaniowe w nerkach.

**Uwaga.** Wody radowe pije się po szklance, 3 razy podczas dnia najlepiej tuż przed jedzeniem, niegrzane, bez mieszania i szybko równocześnie z gazem, aby emanacja radowa się nie ulotniła. Pozostałość na dnie flaszki zawiera najwięcej emanacji.

Cena jednej flaszki wody radowej 1 korona.

## JODLYSIN LAOKOON

połączenie jodu z peptonem w płynie  
1 ccm = 20 kropel = 004 jodu

nie rozszczepia się w przewodzie pokarmowym, lecz dopiero w tkankach, wskutek czego nie sprawia zaburzeń w przewodzie pokarmowym.

Jodlysin według badań Prof. Dr Bądryńskiego jest identycznym preparatem z Jodone Robin.

Wskazania: Astma, choroby mięśnia sercowego, zapalenie stawów chron., zapalenie nerek chron. (neph. interstit.), otyłość, marskość wątroby, kiła drugo- i trzeciorzędna, reumatyzm, objawy poluet. degenerat. systemu nerwowego, zaburzenia funkcji gruczołów wewnętrznego wydzielania, zwapnienie żył.

## PEPTOFERLYSIN LAOKOON

Organiczne połączenie żelaza w postaci stężonego roztworu, który w małej objętości zawiera wielką ilość odżywczej substancji żelazistej.  
1 ccm = 20 kropel = 001 Fe

Peptoferlysin jest preparatem identycznym z Peptonate de Fer Robin, zawiera jednak 5 razy większą ilość żelaza od ostatniego.

Wskazania: Blednica, niedokrewność, cierpienia maciczne, nerwowość, ogólne osłabienie, rekonwalescencya.

## SPERMIN LAOKOON

essencja i injekcje.

Preparaty identyczne z Spermin Poehl.

Wskazania: Alkoholizm, zwapnienie żył, zapalenie stawów zniekształcające, blednica, drgawki porodowe, choroby serca, histerya, influenza, podagra, spadek sił przed i po operacjach, zapalenie płuc, uwiad starczy, neuralgia, neurastenia, zapalenie nerek, psoriasis, choroba angielska, reumatyzm przewlekły, róża, skorbut, kiła, tabes i inne schorzenia stosu pacierzowego, gruźlica, tyfus, chroniczne i ostre zatrucia, impotencya.

## MAMMID LAOKOON

pastylki à 0.3 i injekcje.

Wskazania: Włókniaki i krwotoki macicy, dolegliwe miesiączkowanie, zapalenie błony śluzowej macicy.

Fabryka chemiczna LAOKOON, Lwów.

Prospekty i wzory darmo i opłatnie.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

## Reinfectio syphilitica.

Podał

Dr Franciszek Walter.

Kiedy w r. 1860 Ricord stwierdził kilka przypadków powtórnego zakażenia się kiłą, mimo, że poprzednio przez 20 lat zaprzeczał możliwości reinfekcji, zdawało się, że obali to wreszcie tezę o jedności i nieuleczalności kiły. Wyraźnie i z naciskiem jednak zaznaczył Ricord, że przypadki te są niesłychanie rzadkie. Sprawa możliwości powtórnego zakażenia się znalazła wielu przeciwników, a hasłem ich było zdanie wygłoszone przez Fourniera: »La vérole ne se double jamais«; twierdził bowiem Fournier, że na olbrzymią liczbę spostrzeganych przez siebie przypadków kiły, nie stwierdził ani jednego typowego powtórnego zakażenia. Wszystkie przypadki, podane w piśmiennictwie, uważa Fournier za niedokładnie spostrzegane, a zaliczyć je należy, jego zdaniem do opisanych przez niego, »chancre redux«, »pseudochancre induré«, albo do objawów drugorzędnych, ulegających pewnym zmianom, albo też do zmian późnych, (roseola tarda, erythema tertiarie i t. d.). Przypuszcza również Fournier, że rozpoznanie pierwszego zakażenia kiłowego mogło polegać na błędzie spostrzegającego lekarza; wszakże niejednokrotnie lekarzowi niespecjaliście zdarza się wziąć pewne cierpienia skórne (pityriasis rosea, lichen planus, psoriasis), za zmiany kiłowe drugorzędne.

Szereg wybitnych dermatologów podzielił się na dwa obozy, przeciwników (Brocq, Leoloir, Bärensprung, Sigmund, Acton-Gowers) i zwolenników prawdziwości powtórnego zakażenia się kiłą (Diday, Rollet, Julien, Köbner, Caspary, Mracek, Finger, von Hehr), przeważnie jednak utrzymywało się zdanie — o nie wyleczalności kiły i nie istnieniu możliwości powtórnego zakażenia.

Diday pierwszy ogłosił dokładnie spostrzegane przypadki reinfekcji w liczbie 20, dochodząc na ich zasadzie do wniosku, że kiłę w zupełności można wyleczyć. Jednakże w r. 1891 Huddels zebrał, w poszukiwaniach nad sprawą odporności przeciw kile, 148 ogłoszonych przypadków reinfekcji; za zupełnie pewne uważa on jednak zaledwie 9 przypadków i przyjmuje za pewnik, że z bardzo nielicznymi wyjątkami człowiek zakażony kiłą zachowuje przez całe życie odporność na nowe zakażenie; co się zaś tyczy tych przypadków, w których dotknięty kiłą wrodzoną, po raz drugi uległ zakażeniu — to jego zdaniem, wśród ogłoszonych przypadków niema ani jednego pewnego w tym względzie.

Te właśnie zapatrywania o nabytej zupełnej odporności przeciw kile, były przyczyną, że uważano powtórnego zakażenia za niesłychanie rzadkie. Tarnowsky na 40.000 spostrzeganych przypadków kiły opisał tylko 6 przypadków, Fournier, jak wspominałem, ani jednego. W r. 1909 ogłasza John obszerną monografię krytyczną 322 przypadków powtórnego zakażenia się kiłą, zebranych z wielu lat. Zaledwie trzecią część (119 przyp.) uważa John za pewne powtórnego zakażenia kiłowe. Żąda on dla stwierdzenia prawdziwej reinfekcji: a) stwierdzenia typowej powtórnego zmiany pierwotnej, b) zajęcie sąsiadujących gruczołów limfatycznych,

c) wystąpienie zmian drugorzędnych. Oba zakażenia kiłowe powinny być stwierdzone przez lekarza specjalistę; opowiadaniom chorego o przebytej kile nie wiele trzeba dawać wiary. Z wielkim niedowierzaniem należałoby przyjmować przypadki, w których okres wolny od objawów między pierwszym a drugim zakażeniem był zbyt krótki; przyjąć należy zgodnie z dawniejszymi autorami okres wolny przynajmniej kilkuletni (5—6 lat Taylor). Prócz tego zdołał John zebrać 34 przypadki, gdzie pierwsze zakażenie opisano, jako kiłę wrodzoną. W tych trudniejszych bezwątpienia do rozpoznania przypadkach zaledwie w 13 zmiany, odpowiadające zmianom kiły dziedzicznej, były zupełnie pewne, w innych bowiem przypadkach spostrzegane bliźny lub zmiany dystroficzne nie mogły uchodzić za wystarczające objawy.

Rozpatrując te przypadki, dochodzi John do przekonania, że powtórnego zakażenia jest wprawdzie bardzo rzadkie, jednak zupełnie możliwe, a nabyta odporność nie jest zupełna i słabnie z biegiem lat. Jednak już John zaznacza, że powtórnego zakażenia nie jest dowodem zupełnej wyleczalności kiły, dopóki nie można obalić twierdzenia, że przy jawnych zmianach trzeciorzędnych może dojść do powtórnego zakażenia z typowymi zmianami i następstwami (opisali takie przypadki Ogilvie, Diday, Finger, Neumann i inni). Stwierdzeniu pewnej reinfekcji stały również na przeszkodzie i różne zapatrywania autorów co do warunków, udawadniających pewność powtórnego zakażenia. Didayowi i Hutschinsonowi wystarczała już obecność drugiej zmiany pierwotnej, nawet gdyby nie było towarzyszących zajętych gruczołów limfatycznych; przeciwnie cały szereg innych autorów żądał wystąpienia typowych zmian następowych w chronologicznym porządku.

Trudności stwierdzenia prawdziwej reinfekcji z biegiem lat zmalały. Ostatni dziesięć lat, rozpoczęty klasycznymi szczytami na zwierzętach Miecznikowa i Roux, odkryciami Schaudina, Wassermanna i Ehrlicha, sprowadził tyle zmian w zapatrywaniach naszych na patogenezę i terapię kiły, że nauka o odporności w kile doznała zupełnego przeistoczenia. Możliwość wczesnego rozpoznania kiły, przez wykazanie krętków błędnych w zmianie pierwotnej, pozwalała rozpocząć leczenie przeciwkiłowe, a przez leczenie rcięcią i salwarsanem pozwalała otrzymać wiele wyleczeń zupełnych, stwierdzonych następnie typowymi reinfekcjami. Doświadczenia Fingera, Landsteinerja, Neissera udowodniły niezbicie, jak błędne były nasze zapatrywania o nabytej trwałej odporności kiłowej. Szczepienia doświadczalne małp, wykonane przez Neissera, dowiodły, że zwierzęt zakażonych kiłą po raz drugi zaszczepić nie było można tylko dlatego, że w ich ustroju istniał jad kiłowy pełny jadowitości. Zwierzęta natomiast wyleczone z jadowitością można było po raz drugi zaszczepić, a zatem te doświadczenia potwierdzały możliwość zupełnego wyleczenia. Finger stwierdził, że ustrój, dotknięty kiłą, już w czasie wytworzenia się zmiany pierwotnej nabiera właściwości nie oddziaływania na drugi jad kiłowy typowymi zmianami — która to własność i z biegiem czasu zwiększa się. W pierwszych okresach zakażenia ta zdolność tkanek nie jest jeszcze zupełna, tak, że zakażenie przypadkowe lub sztuczne własnym swym czy obcym szczepem wywołuje jednak zmiany, odpowiadające okresowi choroby. W okresie drugorzędnym staje się odporność już jednak prawie zupełną, a przypadki superinfekcji są już w tych okresach rzadkie. Charakterystycznym jest to, że w drugorzędnym okresie kiły zakażenie nowe występuje w postaci wykwitu drugorzędnego, a to wskutek pewnych zmian w tkankach, wywołanych przez pierwotne za-

każenie kiłowe (przestrojenie tkanek — Umstimmung der Gewebe, Neisser). W okresie trzeciorzędnym natomiast powtórne zakażenia kiłowe znane są nie tylko z piśmiennictwa (Ducrey), ale doświadczalnie stwierdzone na zwierzętach. Tak według Ehrmanna, Neissera i innych może być powtórne zakażenie z typową zmianą pierwotną i następowymi zmianami drugorzędnymi, mimo że w pewnych okolicach ustroju trwają zmiany chorobowe trzeciorzędne. Tak więc powstanie w tym późnym okresie najtypowszej reinfekcji nie mogłoby dowieść zupełnego wyleczenia ustroju z pierwszego zakażenia. Przyczynę tych zjawisk stanowi okoliczność, że w razie dłuższego trwania choroby, zwolna wygasa owo przestrojenie tkanek i to nie równomiernie tak, że w pewnych miejscach istnieje w pełni swej siły, w innych natomiast znika. Gdy więc w takim przypadku nowy jad kiłowy wtargnie po raz drugi w to miejsce, gdzie właściwość ta jest zachowana w pełnej swej sile, to według wszelkich reguł nauki o superinfekcji powstanie kilak; gdy w tej okolicy tkanki tracą ową właściwość, wówczas nastąpić może typowa reinfekcja.

Tak więc doświadczenia te udowodniły, że typowe reinfekcje zdarzać się mogą, a warunki ich powstawania spostrzeżenia te dokładnie określili. Neisser przypuszcza, że o wiele więcej możnaby zebrać z dawniejszego piśmiennictwa przypadków reinfekcji, gdyby nie to, że późniejsze stanowisko społeczne tych ludzi, którzy w młodym wieku nabyli kiły, nie narzą ich na możliwość powtórne zakażenia, wiele bowiem tych przypadków było zupełnie wyleczonych.

Bez wątpienia dawniej rozróżnienie superinfekcji, zwłaszcza w okresie trzeciorzędnym napotykało na wiele trudności; kierowano się obrazem klinicznym i zdolnością ustępowania przy podawaniu jodu. Dziś o wiele łatwiej rozstrzygamy to pytanie: obfitość krętków białych w zmianie, obraz histologiczny, zachowanie się odczynu Wassermanna pozwala na rozpoznanie reinfekcji.

Od czasu wprowadzenia energicznego natychmiastowego leczenia we wczesnych okresach kiły przez zastosowanie rtęci i salwarsanu, wzrosła znacznie liczba reinfekcji. W krótkich odstępach czasu pojawiać się zaczęły publikacje nabytych po raz drugi mniej lub więcej pewnych zmian pierwotnych. Zwłaszcza wprowadzenie t. zw. leczenia poronnego w bardzo wczesnych okresach kiły, przy ujemnym odczynie Wassermanna, doprowadzało do zupełnego wyleczenia. Mogli więc Meirowski i Kretzmer twierdzić, że liczba reinfekcji nie ulegających wątpliwości od czasu wprowadzenia salwarsanu wzrosła bardzo znacznie.

Wyniki autorów, stosujących leczenie poronne, były bardzo dobre. Neisser otrzymywał 90% wyleczeń, Hoffmann w okresie zmian pierwotnych 94 i 100%, w okresie zmian drugorzędnych 83%, trzeciorzędnych 60%; wszystkie te przypadki wolne były następowo, od jakichkolwiek nawrotów klinicznych lub serologicznych. Scholz przy stosowaniu swej metody w kilę pierwszorzędnej miał 93% przypadków zupełnego wyleczenia, a w drugorzędnej 85%. Inni autorowie również otrzymali liczby zachęcające, Gennerich 96 i 97%, Altmann 93% (Altmann stwierdzał potem 3—4 lat wolnych od nawrotów).

Bez wątpienia ważne dla stwierdzenia zupełnego wyleczenia jest ustalenie okresu czasu wolnego od nawrotu po skończonym leczeniu. Neisser uważa rok obserwacji, wolny od nawrotu serologicznego, za wystarczający. Scholz razem z Lessem uważa również przeciąg jednego roku, wolny od nawrotu, za wystarczający, jeżeli przypadek leczony był poronnie w sprzyjających warunkach, nawroty bowiem zjawiały się zwykle w pierwszych 6 miesiącach. Natomiast w tych przypadkach, w których rozpoczęto leczenie w okresie kiły drugorzędnej, zupełne wyleczenie należałoby oceniać ostrożniej, ale i tu nawroty zjawiają się w pierwszej połowie roku lub najpóźniej do roku. Na podstawie więc swej statystyki sądzi Scholz, że okres 2-letni po skończonym leczeniu, podjętym we wczesnych okresach drugorzędnej kiły, wolny od nawrotu serologicznego, zupełnie wystarcza do uznania przypadku za wyleczony.

Występowanie nawrotów w razie nieudanego leczenia w pierwszym roku po skończonym leczeniu stwierdza szereg autorów. Ale i tych dłuższych okresów, wolnych od nawrotów serologicznych, nie należy przeceniać. Almkwist i Boas opisywali przypadki, gdzie po okresie nieraz bardzo długim utajenia serologicznego jednak występował nawrot. I tak Almkwist widział przypadki, w których po okresie 3 lat i 8 miesięcy zupełnie wolnych wystąpił nawrot; w drugim przypadku zdarzyło się to po 2 $\frac{1}{2}$  roku, w trzecim po roku. Boas podobne zachowanie się spostrzegł w 2 przypadkach, w jednym nastąpiło to po 3 latach, w drugim po 2 $\frac{1}{4}$  latach. Ujemny bowiem odczyn Was-

sermanna nie dowodzi zupełnej nieobecności krętków białych; może ich być bardzo mało, tak że nie stoją w prostym stosunku (same krętki, albo ich produkty rozpadu) do odczynu Wassermanna. Również i Müller na podstawie ogromnej statystyki 60.000 przypadków odczynu Wassermanna stwierdza, że zdarzają się, wprawdzie bardzo rzadko, przypadki nawrotu serologicznego w 2—3 lat po skończonym leczeniu, mimo że w tym okresie badana surowica dawała zawsze wynik ujemny. Jednakże przyjąć musimy, że te przypadki są bardzo rzadkie, a trzeba przypisać słusność spostrzeżeniom autorów, że serologiczne nawroty po roku do 2 lat przeważnie nie pojawiają się; spostrzeżenie wielu typowych reinfekcji potwierdza tę możliwość wyleczenia. W r. 1914 ogłosił Benario monografię przypadków reinfekcji, zebranych od czasu zastosowania salwarsanu. Dla stwierdzenia pewnej reinfekcji nie wymaga on wystąpienia zmian drugorzędnych jako »conditio sine qua non«; wystarczy stwierdzenie kliniczne i bakteriologiczne zmiany pierwotnej, zajęcie sąsiadujących gruczołów limfatycznych, odczyn Wassermanna i znajomość źródła zakażenia. 112 zebranych przypadków dzieli Benario na dwie grupy. Do pierwszej zalicza przypadki, leczone samym salwarsanem, do drugiej leczone salwarsanem i rtęcią.

W pierwszej grupie zebrał 10 przypadków mających wszystkie 5 wymaganych cech, prócz tego 6 przypadków, gdzie przyłączyły się jeszcze i zmiany drugorzędne; 11 przypadków było bardzo prawdopodobnych. Ważnym objawem dla stwierdzenia reinfekcji jest okres czasu między skończonym leczeniem po stwierdzeniu pierwszego zakażenia, a wystąpieniem zmiany pierwotnej po raz wtóry. Przeszło w połowie przypadków okres ten wynosił zaledwie 6 miesięcy, w innych tylko 2 miesiące, nasuwa to już odrazu pewne wątpliwości co do prawdziwości drugiego zakażenia. Również i leczenie w pewnej części przypadków było według dzisiejszych naszych zapatrywań nie wystarczające (n. p. wstrzyknięcie śródmiąższowe 0.55 salwarsanu lub jedno wlewanie dożylnie).

Druga grupa obejmuje przypadki, leczone sposobem kombinowanym. W 23 przypadkach były żądane warunki (w 15 wystąpiły i zmiany drugorzędne). Czas, po którego upływie wystąpiło drugie zakażenie, przeważnie wynosił kilka do kilkunastu miesięcy, w 8 przypadkach 6 miesięcy. Pozostałe przypadki nie wytrzymały krytyki i już część ich uważano za reinduracje, izolowane zmiany drugorzędne i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Ze szpitala Polskich Legionów w Lublinie.

## Pomoc chirurgiczna na tyłach armii.

Napisał

**Dr Gustaw Zaremba,**

lekarz-kapitan Polskich Legionów.

(Dokończenie).

O ile prócz rany jest jeszcze złamanie kości, to stosuję jaknajprędzej leczenie wyciągowe, jako jedynie racjonalne. Staram się przedewszystkiem zastosować takie ułożenie i taki sposób, aby zmiany opatrunku na ranie były zupełnie niezależne od wyciągu i aby zmiana opatrunku nie wpływała niekorzystnie na stan samego złamania, a więc, aby w czasie zmiany opatrunku nie potrzeba było usuwać choćby na chwilę tylko wyciągu, lecz by odłamki względem siebie pozostały w zupełnym spokoju, a mimo to sama rana i wnętrze jej były mi wszędzie dostępne. Dlatego też opatrunki przy złamaniach kończyn dolnych odbywają się u mnie zasadniczo nie na sali opatrunkowej, lecz na łóżku, na którym ranny leży we wyciągu; wyciągu nie zdejmuję się nawet do opatrunku, lecz jedynie co pewien dłuższy czas celem przekonania się, jak gojenie się samego złamania postępuje, i w jakim stanie znajduje się cała kończyna.

Tę samą zasadę starałem się przeprowadzić i co do złamań kończyn górnych. Przy złamaniu kości ramiennej najwięcej odpowiada powyższemu celowi przyrząd wyciągowy Weissensteina o konstrukcyi nader prostej i dającej się z łatwością wykonać we własnym zarządzie. (Münch. med. Woch. 1916, str. 698).

Przy ciężkich zranieniach i znaczniejszem nasileniu zakażenia stosuję poza tem wstrzykiwania wśródzylne ekstraktołu; przy świeżych zaś ranach miażdżonych i dartych wstrzykujemy zapobiegawczo surowicę przeciwtęczową, o ile jej poprzednio przed przybyciem rannego do naszego szpitala nie zastosowano.

Prócz tego wielką wagę przywiązuję w ogólnem leczeniu rannych, aby ich jaknajlepiej odżywiać i aby mieli jak najwięcej dostępu świeżego powietrza i światła słonecznego.

O ile potrzeba opatrunków ustalających, to kładę wagę na to, aby możliwie jaknajprędzej opatrunki ustalające mózg znów usunąć i żeby ranny był jak najprędzej zdolny do wykonywania ruchów przy zastosowaniu miesienia i gimnastyki. Przy uszkodzeniu ścięgien i nerwów staram się zastosować odpowiednie ułożenie na szynie, zapobiegającej wytworzeniu się skurczeń, bacząc atoli, jak n. p. przy zranieniach ręki, aby tylko chora część jej była odpowiednio umieszczona na podłożonej szynie z wyłączeniem zdrowych palców, by ruchów palców niepotrzebnie nie tamować i nie powiększać przez to późniejszych zeszywnień i kłopotów z uruchomieniem dotąd zdrowych palców.

Przy ranach postrzałowych łydki, choćby one były nieznaczne, lecz połączone nawet z nieznacznym ubytkiem mięśnia łydkowego, pamiętać o tem należy, że stać się one mogą bardzo łatwo powodem następowego kurczenia ścięgna piętowego i zeszywnienia stopy wyprostowanej (Spitzfussstellung). Temu trzeba stanowczo od samego początku leczenia zapobiegać przez zastosowanie szyny kramerowskiej grzbietowej, do której stopę zgiętą grzbietowo, należy czasowo przymocowywać z uwzględnieniem wczesnem gimnastyki w stawie skokowym.

Przestrzedz wreszcie muszę przed zakładaniem opatrunków gipsowych w stanach septycznych; doświadczenie bowiem, nabyte wśród obecnej wojny, pouczyło nas dostatecznie, że u tych rannych mimo najlepszej wyściółki i zastosowania wszelkich środków ostrożności, występują jednakowoż pod gipsem nader łatwo odleżyny, szybko drążące w głąb.

Ze względu na ważność i aktualność wpływu transportu na rannych i pierwszą pomoc, udzieloną im na froncie, a dalej na następstwa tego na cały dalszy przebieg gojenia, które w całej pełni my chirurdzy na tyłach dopiero możemy ocenić, pozwolę sobie podać moje spostrzeżenia, zwłaszcza co do legionistów, a to w tym celu, by koledzy, pracujący na froncie, mieli pewne wskazówki do pracy ręką w rękę z nami na tyłach, celem zapobieżenia niedoli naszych rannych i zaoszczędzenia im późniejszej długotrwałej choroby, kalectwa, a nawet niekiedy i utraty życia.

Na ogół z zadowoleniem mogę oświadczyć, iż nasi legionści z frontu przybywali do nas we względnie dobrym stanie, opatrzeni starannie i zapobiegliwie. Opatrunki ich pokrywały zazwyczaj rany dobrze, nie były przesunięte, tak żeby cała rana pozostawała niekryta opatrunkiem i narażoną przez to na wtórne zakażenie. Również i ustalenie kończyn złamanych było prawie bez wyjątku dostateczne. A niestety pod tym względem miałem sposobność widywać nieraz kardynalne błędy. Opatrunki wskutek pobieżnego i niedostatecznego umocowania daleko przesunięte poza ranę, zupełnie odkrytą i stykającą się z brudnem ubraniem lub z niedostateczną ilością materiału opatrunkowego, całe przekrwawione; złamania zaś, wcale lub źle ustalone. Następstwem tego były już przy nadejściu do szpitala ciężkie ropowice lub znaczne nacieki zapalne; przesunięcie się odłamków, wystające poza opatrunk obnażone

kości i t. d. Były to spostrzeżenia, często niestety spotykane w pierwszym roku wojny; znikły one na szczęście w ciągu trwania długiej wojny, ale niekiedy przytrafiają się one jeszcze, na szczęście sporadycznie tylko, i nie u legionistów rannych.

Również mogę z przyjemnością stwierdzić, że rany postrzałowe czaszki koledzy na froncie zdecydowali się bezzwłocznie trepanować i odsyłać je nam dopiero w stanie późniejszym pooperacyjnym, a wyników operacyjnych, które następnie miałem sposobność u siebie widzieć, mogę kolegom tylko powinszować. Gdy w Krakowie miałem sposobność trepanować dosyć wiele postrzałów czaszkowomózgowych, i to dopiero w wiele dni po zranieniu, z rozwiniętymi już ciężkimi objawami ucisku mózgowego i zakażenia rany, w Lublinie nie miałem do tego już ani razu sposobności, ale zato miałem często sposobność widzenia doskonałych wyników wcześniej przedsięwziętej trepanacji. Poleciłbym jednakowoż gorąco zabandażowanie głowy po trepanacji w opatrunku, ustalającym głowę wraz z szyją przy zastosowaniu szyny kramerowskiej, wygiętej odpowiednio do formy sklepienia czaszki i karku, sięgającej aż na plecy. Nabrałem przekonania, że takie unieruchomienie głowy, zwłaszcza przy urazie mózgu, działa znakomicie na dalszy przebieg gojenia się rany, a zapobiega nieraz rozszerzaniu się zakażenia wśród opon mózgowych i tworzeniu się wypadnięć mózgowych.

Do również czynniejszego działania pragnę bardzo zachęcić kolegów z zakładów sanitarnych na froncie przy wielkich ranach miażdżonych kończyn, zwłaszcza jeżeli przytem nastąpiły złamania kości. Proszę mnie zrozumieć, że pod działaniem czynnem nie rozumiem bynajmniej amputacji, lecz jedynie obrównanie zmiażdżonych, zczerniałych, na obumarcie skazanych brzegów rany, uwolnienie rany z widocznych w niej ciał obcych, słomy, błota, wyjęcie tych odłamków kostnych, które straciły swą spójność z okostną i równają się ciałom obcym, drażniącym tylko ranę. Przypuszczam, iż podczas walk pozycyjnych, w czasie których napływ rannych jest stosunkowo mały, zatem i czasu wolnego mają tam koledzy dostatecznie wiele, należałoby te właśnie rany miażdżone tak opatrywać, aby o ile możliwości dorównywało to zaopatrzeniu ostatecznemu.

Niezawodnie w ten sposób dałoby się w wielkiej liczbie przypadków zapobiegać bez porównania łatwiej rozprzestrzenianiu się zakażenia i stworzyć przez to korzystniejsze warunki gojenia. Rany te naturalnie należałoby już na froncie opatrywać przeciwnie i polecałbym w tym względzie wypróbowanie rozczywu Dakina także we frontowych zakładach sanitarnych, skoro metoda opatrywania aseptycznego ran postrzałowych okazała się właściwie bezsilną wobec stwierdzonego faktu, iż niemal wszystkie rany postrzałowe bez wyjątku są już »a priori« zakażone. Wobec zatem grożącego lub już rozszerzającego się zakażenia rany, powinno się już, mojem zdaniem, postępować na froncie czynniej, przystępując do możliwie rychłego rozszerzenia ran podejrzaných i do zastosowania miejscowo środków przeciwnie.

Aby opatrunki się nie przesuwały, poleciłbym używanie mastisolu w pobliżu rany i przy brzegach opaski przytwierdzającej.

Następnie z powodu zawsze grożącego zakażenia powinny być rany postrzałowe kończyn o ile możliwości odsyłane jaknajprędzej na tyły, dopóki warunki transportu są jeszcze korzystne, gdyż jak wiadomo, objawy zakażenia występują zazwyczaj dopiero po kilku dniach.

Każdy transport jednakowoż, jako antyteza spokoju, tak koniecznego dla prawidłowego gojenia, jest połączony z mniejszą lub większą szkodliwością dla rannego. Dlatego należy wpięć pomyśleć o tem, jakby unieruchomić jaknajlepiej uszkodzoną część ciała z uwzględnieniem łatwego udostępnienia samejże rany w czasie transportu, celem zmiany opatrunku bez potrzeby równoczesnego usuwania

przyrządu ustalającego. Za warunki dobrego ustalenia, których trzeba bezwarunkowo przestrzegać, należy uważać:

1) Absolutne unieruchomienie miejsca złamania; jest to jedynie możliwe przez unieruchomienie i objęcie w opatrunkach ustalających także obydwóch sąsiadujących stawów.

2) Należy bezwarunkowo unikać, owszem zapobiegać wszelkiemu zaciśnięciu w opatrunku z uwzględnieniem zwłaszcza, iż rozwijająca się sprawa zapalna może wywołać znaczny obrzęk kończyny, a przez to szkodliwe wprost uciśnięcie kończyny w opatrunku.

3) Wspomniane już ułatwienie dostępu do samej rany, celem udogodnienia zmiany opatrunku w czasie transportu przez wycięcie dostatecznie wielkiego okna w samym opatrunku na przestrzeni samej rany.

Za najlepszy materiał do ustalania uważam szyny druciane Kramerowskie, lecz wykonane z dobrego, dostatecznie silnego materiału, dostatecznie długie, n. p. na złamanie uda o długości 1:20 m, lekko żłobione, tak aby szyna zewnętrzna sięgała od łuku żebrowego aż poza stopę. Dla złamania uda są również praktyczne szyny Eiselsberga; jest to właściwie zmodyfikowana szyna Kramerowska, przez dodanie do niej bocznych skrzydeł. W szynach Kramerowskich dają się łatwo wyciąć okna, przez wycięcie drutów poprzecznych na przestrzeni odpowiadającej ranie.

4) Nie należy zapominać o dostatecznie grubej wyściółce, zwłaszcza na miejscach, gdzie kości są pokryte tylko samą skórą, celem uniknięcia odleżyn na tych miejscach. Zresztą bóle, wywołane ugniataniem szyny, są tak nieznosne dla rannego, iż przybywszy do szpitala ma on pierwszą prośbę na ustach, by go uwolnić od za silnie ugniatającego opatrunku.

Wreszcie poleciłbym kolegom z frontu, aby na wierzchu opatrunku dawali krochmalne opaski i aby na nich ołówkiem atramentowym wypisać odpowiednie objaśnienia z nazkicowaniem miejsca i wielkości zranienia. Dla lekarzy, którzy w czasie transportu tych rannych pierwszy raz widzą, będzie to bardzo wielkiem ułatwieniem w pierwszej orientacji co do dalszego postępowania z rannym. W mojej praktyce, chcąc sobie zapamiętać i nie zatracić miejsca, gdzie w opatrunku ustalającym należy wyciąć okno, postępuję w ten sposób, że na zdrowej kończynie zaznaczam w symetrycznym miejscu odpowiadającym ranie kontury jej ołówkiem atramentowym. Porównując potem ten szkic, wycinam okno w tem miejscu opatrunku, trafiając bezwarunkowo na miejsce rany.

Na tem kończę; zdaję sobie jednakowoż w pełni sprawę, iż chirurgowi fachowemu i kolegom dłużej w dziale chirurgii wojennej pracującym nic nowego nie przedstawiłem. Jeżeli jednakowoż w powyższym referacie koledzy praktycy, stojący dotychczas zdala od chirurgii wojennej, lub koledzy, w niej dopiero początkujący, znaleźli nową zachętę do kojenia cierpień naszym rannym, walczącym o niepodległość naszej Ojczyzny, wówczas cel mego referatu byłby w zupełności osiągniętym, a ja byłbym sownie wynagrodzonym, choć mam to przeświadczenie, iż tematu nie zdołałem przedstawić w całej pełni ze względu na czas ograniczony.

W końcu pragnąłbym jaknajszersze koła lekarzy, stojące dotąd poza sferą wojskowych, zachęcić do wstępowania do mającej się tworzyć armii polskiej. Jeżeli bowiem dotychczas z zadowoleniem i dumą możemy powiedzieć, iż wyniki naszej pracy, zarówno lekarzy na froncie Legionów, jak i na tyłach, były bardzo korzystne i nieśliśmy naszym legionistom wydatną pomoc, to zasługa to tylko w części nasza. Złożyły się na to przede wszystkim korzystne warunki, iż Legionów była dotychczas tylko garstka, ze stosunkowo znaczną ilością lekarzy; wskutek tego też niesienie im pomocy wydatnej nie natrafiało na większe przeszkody ani co do czasu, ani co do sił lekarskich, i ranni nasi mogli być należycie obsłużeni, poniekąd lepiej nawet, niż w armii regularnej.

Obawiam się bardzo, że w przyszłej armii polskiej,

znacznie od Legionów większej, warunki te, obecnie tak korzystne, mogłyby się zmienić na gorsze w razie niedostatecznej liczby lekarzy. Wówczas w miarę zwiększonego napływu rannych zaopatrzenie ich na pozycjach mogłoby się stawać niedostatecznym i dorywczem i mielibyśmy daleko więcej ciężkich zakażeń przyrannych ze wszystkimi ich złowieszczyimi skutkami. — Dla tego kończę apelem, aby szereg naszych lekarskich również ochoczo się zwiększały ludźmi chętnymi do poświęceń i do pracy, by w powstającej Polsce, powołanej do nowego życia, było jaknajmniej kalek i byśmy całym dorobkiem naszej wiedzy z zwiększonymi siłami ratować mogli od zagłady lub późniejszego charłactwa naszą młodzież, dotychczas ochoczo krew przelewającą za najszlachetniejsze ideały.

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 21 marca 1917.

Przewodniczy prezes Ciechanowski. Obecnych 60 słuchaczy.

Przewodniczący wita prelegenta i licznych gości, poczem prof. Dr Tokarz wygłosił wykład: **O służbie zdrowia w powstaniu listopadowym.**

29-tysięczna armia Królestwa polskiego miała służbę zdrowia skromną, ale zorganizowaną jak na ówczesne stosunki dobrze. Jedną z jej ujemnych stron było to, że nie obliczono nic na wypadek mobilizacji. Szkielet organizacji służby zdrowia przedstawiał się mniej więcej następująco. Na czele Wydziału zdrowia stał lekarz szef w randze pułkownika, którym w czasie wybuchu powstania był krakowianin, Dr Jan Stummer; przydzielonego miał sekretarza. Do poszczególnych dywizji przydzielony był w randze podpułkownika jeden lekarz dywizyjny. Każdy pułk piechoty miał prócz tego jednego lekarza sztabowego w randze majora, dwóch lekarzy batalionowych w randze kapitana, dwóch podlekarzy (chirurgów) w randze poruczników i pewną liczbę felcerów. W pułku jazdy służył jeden lekarz, taksamo każda bateria artylerii miała jednego lekarza batalionowego. Uposażenie było, jak na owe czasy, bardzo dobre. I tak lekarz dywizyjny pobierał pensji 712 złotych polskich, żywność i mieszkanie, a na stopie wojennej jeszcze podwójną porcję żywności i 4 racje furazu.

Lekarze wojska polskiego byli jednak przeważnie lekarzami praktykami, których do służby wojskowej nęciły bardzo korzystne warunki awansu i niezłe pensje. Organizatorów jednak dobrych między nimi nie było. Nie był nim też Dr Stummer, tak że pojawiły się przeciwko niemu skargi, wskutek których Stummer ustąpił, a miejsce jego zajął 6 lutego Dr Karol Kaczkowski. Duże role odgrywali w czasie powstania lekarze cywilni; między nimi a lekarzami wojskowymi powstawał czasem pewien ferment. Miała organizacja służby zdrowia swe bardzo dobre strony, o których dowiadujemy się ze sprawozdań sejmowych. Jedną z nich była troska o przyrost lekarzy: dla podlekarzy i akademików wyższych kursów Uniwersytetu warszawskiego ustanowiono zwrotne stypendya, w lazarecie ujazdowskim utworzono szkołę felcerską i t. p. Dla popierania wykształcenia lekarzy utworzono w lazarecie ujazdowskim bibliotekę, którą uzupełniano ciągłymi zakupami. W szpitalnictwie zaprowadzono inny system, niż za Księstwa Warszawskiego, mianowicie system lazaretów ruchomych, które były przedewszystkiem znacznie tańsze od dawniejszych. Wyjątek stanowiła Warszawa, gdzie był szpital wojskowy w Ujazdowie; był to pod każdym względem szpital na owe czasy wzorowy, urządzony po europejsku, w którym zarówno pod względem czystości, jak żywienia chorych i leczenia stosunki były nienaganne. Utrzymanie jednego chorego kosztowało w tym szpitalu 1 zł. pol. dziennie. Na czele szpitala stał komendant lekarz, któremu podlegał szereg lekarzy oddziałowych. Narzędzia chirurgiczne były pierwszej jakości, przyczem wszystkie sporządzone w kraju. Przy

szpitalu ujazdowskim stworzono osobny zakład wyrobu bandażu i utrzymywano osobną aptekę wojskową.

Wszystko to było organizacją pokojową, którą wojna w roku 1830/31 do pewnego stopnia zaskoczyła. Przedewszystkiem powiększyła się bardzo znacznie armia, która ze stanu 29.000 już 1 lutego osiągnęła liczbę 71.000, a pod koniec marca 90.000. Ten poziom utrzymał się do bitwy pod Ostrołęką, po czem spadł do 64.000 i na tej wysokości utrzymał się do końca kampanii. Wzrosła zatem armia w stosunku 1:2<sup>2</sup>/<sub>3</sub>, 1:3<sup>1</sup>/<sub>3</sub>, a w końcu w stosunku 1:2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>. To też zaraz z początkiem kampanii, bo już w grudniu 1830 roku, wyłoniły się duże trudności w organizacji służby zdrowia, i trzeba było dużej energii, by je pokonać. Przynać trzeba, że o ile w pierwszych miesiącach były braki, o tyle później zaznacza się wyraźnie postęp we wszystkich dziedzinach służby sanitarnej, dzięki czemu mogła ona sprostać w zupełności swym zadaniom. Nie można tego powiedzieć o armii rosyjskiej, której stosunki były od początku do samego końca rozpaczliwe. Zupełny brak lekarzy, którymi byli przeważnie cudzoziemcy, brak ambulansów, trudności komunikacyjne i transportowe stanowiły w armii rosyjskiej obraz smutnych stosunków. To też skutki tego były dla tej armii fatalne. Chorzy i ranni masami umierali, a szczęściem dla nich było dostać się do niewoli polskiej, gdyż wtenczas mieli zapewnioną pomoc lekarską.

Zaraz w początkach powstania liczba chorych polskich żołnierzy dosięgła cyfry 3.000, co stanowiło 1/5 część armii. Dla tej ilości trzeba było postarać się przedewszystkiem o odpowiednią ilość lekarzy. Pociągnięto do służby wszystkich lekarzy z Królestwa. Liczba ta jednak nie była wystarczającą, lekarze żyli bowiem skupieni w Warszawie, tak że prowincya nie mogła dostarczyć tylu, ilu ich było potrzeba. Nie mógł zarządzić brakowi zakaz wyjazdu za granicę. Akademikom z ostatniego kursu ułatwiono szybkie zdawanie egzaminów i przyjmowano ich w charakterze lekarzy batalionowych. Akademicy z innych kursów wstępowali w znacznej liczbie do armii, jako podlekarze. Z ich szeregów wyszło wielu wybitnych potem ludzi, n. p. Dr Szokalski. Z innych ziem polskich pierwsza zgłosiła swą pomoc Wielkopolska, dając zastęp lekarzy, z których najwybitniejszym był Dr Karol Marcinkowski. Z Krakowa zgłosił się cały szereg młodych lekarzy i akademików, a z wybitniejszych profesorowie Skobel, Mayer i Birkowski. Pewna liczba lekarzy przeszła do armii polskiej z wojska rosyjskiego (Dr Beniowski); i z zagranicy zgłosiła się również pewna ilość lekarzy, stanowiących najlepszy materiał ideowy (Dr Gałęzowski Seweryn). Z ideowych pobudek oddał swe usługi szereg lekarzy francuskich, niemieckich, włoskich, szwedzkich. Stanowili oni materiał bardzo różnej wartości, na ogół jednak dobry. Liczba ich byłaby zapewne większa, gdyby nie trudności, jakie robił rząd pruski w przechodzeniu przez granice. Mimo wszystko ilość lekarzy nie była wystarczającą, a rozmieszczenie ich wśród pułków było nierówne. Gdy w jednych pułkach pomoc lekarska była dostateczną, w innych odczuwano na tym punkcie braki. Uzupełniano je felczkami, dla których wykształcenia tworzone specjalne kursa.

Organizacja pierwszej pomocy na placu boju również z początku szwankowała. W praktyce często pierwszej pomocy udzielali koledzy rannego, więc walczący żołnierze, co wywoływało ogromne rozpróśnienie wojska, którego duża część była zajęta usuwaniem i opatrywaniem rannych, zamiast udziałem w walce.

By tego uniknąć dowództwo pod Grochowem oddało czynności sanitarne pewnym oddziałom (14 i 20 pułk piechoty liniowej, uzbrojonej w kosy). Rannego kładziono na dwie kosy, nakryte płaszczem do nich przywiązany i na takich noszach rannych usuwano. Pod Grochowem sytuacja pod względem sanitarnym była dość korzystna; przewidywano oddawna bitwę w tem miejscu, Warszawa była niedaleko, kierunek odnoszenia rannych był ściśle oznaczony i dzięki tym warunkom zdołano opatrzyć i uprzątnąć wszystkich rannych, których było przeszło 5 tysięcy. Gorzej było w bitwie pod Ostrołęką, gdzie rannych było 2300; nie spodziewano się w tem miejscu bitwy i wskutek tego ambulanse daleko odesłano, a ponieważ miejscowi chłopci pouciekali, więc i podwód z najbliższej okolicy nie można było dostać. Usuwaniem rannych zajęć musiała się artylerya, a czego ona nie uprzątnęła, to wszystko pozostało na pobojowisku. Poważniej zajęto się i nakarmiono rannych dopiero w Pułtusk.

Centrum całej organizacji sanitarnej stanowiła przez cały czas powstania Warszawa. Na prowincyi ilość szpitali stałych była niewielka. Warszawa rozporządzała na początku powstania

6 tysiącami łóżek, których budżet obliczano z góry na 1,900.000 zł. p. Faktycznie jednak ilość łóżek musiano wielokrotnie podnieść, a budżet przeniósł 8,000.000 zł. p. Z pod samego Grochowa przybyło do Warszawy przeszło 10.000 rannych i chorych. Stworzyło to sytuację krytyczną, z której wybrnięto dzięki wykonaniu daleko idących zarządzeń, mających na celu powiększenie ilości łóżek. I tak każdy mieszkaniec Warszawy, który miał mieszkanie złożone z więcej jak 2 pokojów, musiał dostarczyć jednego łóżka z pościelą. Zebrało się tą drogą tyle łóżek, że można było urządzić 10 lazaretów. Z nich oficierskie urządzone były wzorowo. Przyczyniły się do tego w wysokim stopniu warszawskie panie i ofiarność publiczna. Gorzej znacznie było już w lazaretach, przeznaczonych dla żołnierzy. Obok nadużyć administracyjnych był brak dozoru i opieki lekarskiej ich słabą stroną. Następstwem tego był wybuch »gorączki lazaretowej« w niektórych szpitalach, która zabierała mnóstwo ofiar. Wskutek skarg z tego powodu Krukowiecki wydał bardzo surowe rozporządzenia, kilku komendantów lazaretowych oddał pod sąd wojskowy i zapowiedział, że za każde niespełnienie obowiązków, czy służba, czy lekarze będą oddani pod sąd wojskowy. Zarządził ciągle inspekcje szpitali i za przekroczenia winnych bardzo dotkliwie karał. Wynikiem tego postępowania była znaczna poprawa stosunków.

Początkowy brak lekarstw usunięto rekwizycjami, zakupami w prywatnych aptekach i pomocą z zewnątrz. I tak Kraków dostarczył od marca do maja 1831 r. lekarstw za 23 tysiące zł. p. Prócz tego robiono dla rannych wszystko, co możliwe. Urządzono szereg szpitali prywatnych; rannych, wracających z pobojowiska, poprostu do nich rozchwytywano. Czystość w nich, żywienie i opieka lekarska były pierwszorzędne. Bardzo szybko wychodzili ranni ze szpitala. Z 11.000 rannych do 25. lutego połowa poszła z powrotem na front za miesiąc, z pozostałych 6.000, 4 tysiące poszło po 2-miesięcznym leczeniu. W polskich szpitalach przyływ równał się odpływowi, gdy u Rosyan przyływ był nierównie większy od odpływu.

Rekonwalescenci z początku byli źle traktowani, opuszczali szpitale bez ubrań i broni. Krukowiecki i na tym punkcie zaprowadził reformę. Stworzył on zakład dla rekonwalescentów, w którym ich ekwipowano i odsyłano na front. Zaprowadził uryłopy dla rekonwalescentów, i zapewnił im nawet pobyt w miejscach kąpielowych (Krzyszowice). Świadectwem uznania dla polskiego szpitalnictwa było to, że Rosyanie przez parlamentaryzmy posyłali pieniądze na pokrycie kosztów utrzymania swoich rannych. Zdarzało się, że poszczególne pułki część żołdu oddawały na cele szpitalnictwa.

Wśród leczonych w szpitalach nad rannymi przeważali chorzy. 10 czerwca było w Warszawie 4.618 rannych, a 12.354 chorych. W sierpniu na 2.123 rannych było chorych 8.627. Wśród chorych dużą część stanowiły choroby zakaźne, jak cholera, tyfus, krwawa biegunka i inne. Bardzo wczesnie jednak wydano zarządzenia higieniczne. Rozporządzeniem z dnia 25. III. nakazano oficerom dbać o czystość ciała i ubioru żołnierzy i wydawać odpowiednie pouczenia. W kompaniach ustanowiono 29. IV. t. zw. dozorców zdrowia, których obowiązkiem było staranie o czystą wodę, zdrową strawę i t. p. Jednym z pierwszych obowiązków lekarzy tylnych kolumn było puszczenie krwi chorym, uważane wówczas za bardzo ważny sposób leczenia. Do komendantów pułków wydano ostre nakazy w sprawie odtransportowywania zakaźnych chorych. Cholera mimo to zabierała mnóstwo ofiar i szerzyła się gwałtownie. 10. kwietnia zetknęła się armia polska z rosyjskim korpusem, w którym cholera grasowała, a już 17. tego miesiąca zgłoszono pierwszy raport o cholercie. Śmiertelność wynosiła około 100 ludzi dziennie na 1000 zachorowań. Obserwacja cholery nauczyła wreszcie z nią walczyć. Zauważono, że na zdrowotność wojska ujemnie wpływały okolice wilgotne, lub zniszczone, z lichą wodą, jak n. p. Podlasie. W czasie postojów cholera więcej się rozszerzała, niż w czasie marszów, operacji wojennych i t. d. Z wszystkich tych spostrzeżeń próbowano korzystać przy zwalczaniu zarazy. Wreszcie zaczęto chorych izolować w osobnych zakładach, urządzono szczególnie dla jeńców kwarantanny. Stopniowo rozwinęła się i terapia: przedewszystkiem oczywiście modą ówczesną puszczało krew, ale podawano też makowiec, gorące lub parowe kąpiele; odchody dezynfekowano chlorkami; dla wojska wydano liczne pouczenia o cholercie i t. p. Około 1/5 część armii jednak chorowała na cholere i przeszła przez szpitale. U Rosyan stosunki były o wiele gorsze; około 2/3 armii chorowało, a już w pierwszych tygodniach zarazy Rosyanie stracili około 10.000 ludzi.

Dużo przyczyniło się do zwalczania cholery i poświęcenie lekarzy, z których wielu umarło.

Wspólnymi siłami zdołano trudności wszystkie pokonać, służbę zdrowia zorganizowano dobrze. Zyskano tem uznanie zagranicy, którą lekarze nasi emigranci uczyli leczenia cholery i zapobiegania jej. Im większe były trudności, tem lepsze dał naród dowody sprawności i żywotności. (Streszczenie na podstawie notatek autora).

### Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich poruczyła urząd skarbnika kol. Dr Kazimierzowi Trzecieckiemu (Lwów, ul. Asnyka l. 1).

**Redakcyja otrzymała:** J. Jaworski: Z dziedziny niebezpieczeństw zawodowych w dobie obecnej. Warszawa 1917. — Dziennik II Zjazdu higienistów polskich. Zeszyt I. — K. Zieliński: Przyczynek do badań nad tyfusem wysypkowym u dzieci (Przegląd pedyatr. T. VII. 1917). — Dłuski: Istota gruźlicy, drogi szerzenia się, sposoby zwalczania. Nakładem Tow. walki z gruźlicą w N. Targu. 1917. — Bednarski: Okulistyka ziołopisów polskich. Lwów 1917. (Wyd. Towarzystwa dla popierania nauki polskiej).

### Bibliografia.

**Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1917.**

*Gazeta lekarska* Nr 25—29.: Starkiewicz: Chondrodystrophia foetalis (25). — Domaszewicz (dok. 25). — Sokołowski: Odbudowa kraju, a walka z gruźlicą (26). — J. Jaworski: Z patologii socyalnej chorób kobiecych (26). — Serkowski: Negatywne barwienie bakteryi (26). — Puławski: S. p. Dr Strzyżowski (27). — Karwacki: Zakażenie obiegu krwi przez prątki Kocha w gruźlicy doświadczalnej (27). — Szumlański: Stan sanitarny kraju (27). — Kopczyński: W sprawie umiejscowienia anatomicznego aleksyi. (28—29). — Erlichówna: Dwa przypadki ostrego obrzęku skóry z krwawymi wybroczynami (28). — Zieliński: Nowy zabieg leczniczy w tyfusie wysypkowym (29).

*Medycyna i Kronika lekarska* Nr 25—29: Margolis: O leczeniu biegunki krwawej szczepionką (25). — Zamenhof: Kilka uwag o przewodnictwie kostnem (dok. 25). — Hewelke: W sprawie rejestracyi suchotników w Warszawie (26). — Biehlerowa: Choroby zakaźne a szkoła (26). — Hertz: Choroby ucha na wojnie i ich leczenie (27—29).

*Polski Miesięcznik lekarski* 1918 Z. 3: Janowski: Uproszczony sposób doraźnego orientowania się w szybkości tętna. — A. Landau: Kilka uwag o chromaniu przerywanem i zapaleniu tętnic zacieśniającem. — Bratkowski: Wydzielanie soku żołądkowego, a fermenty tegoż soku w moczu. — Certowicz-Biernacka: O kontroli szczepionek w M-skiej pracowni Związku ziemstw.

*Zdrowie* Z. 6.: Bacia: Ruch urodzeń i śmierci w parafiach warszawskich w latach 1913—1916. — Sz. Starkiewicz: 10 przypadków wrodzonej ślepoty pochodzenia głodowego u noworodków. — S. Sterling: Gruźlica w Łodzi. Plan walki.

*Kronika dentystryczna* Nr 7.: Friedberg: W sprawie amputacyi i impregnacyi miazgi zębowej — Krakowski (c. d.).

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

## Dr. A. TARNAWSKI

ORDYNUJE TEGO SEZONU

### W KRYNICY

(WILLA POD ŻŁOTĄ BRAMĄ)

290



## W Radłowie koło Tarnowa jest obecnie wolne miejsce dla LEKARZA

Bliższych informacji udzieli apteka.

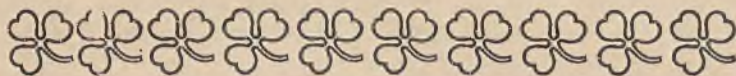
297



Najlepsze skutki w niezżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.

206

Prospekty roszyla na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykataska 31.



Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

## Odczyty kliniczne

Serya XXI.

Nr 1. **A. Sokołowski.** O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.

Nr 2, 3, 4. **B. Dębiński.** Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.

Nr 5, 6. **L. Karwacki.** O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.

Nr 7, 8, 9. **Doc. J. Pruszyński.** Anafilaksya. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksya doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.

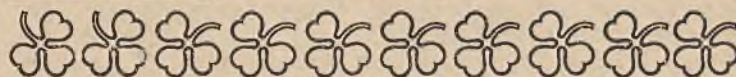
Nr 10. **Ludwik Zembruski.** O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracyi „Gazety lekarskiej“ i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.





## KONKURS.

L. 521/17.

Z dniem 15 sierpnia 1917 r. nadaną zostanie posada prowizorycznego

## LEKARZA

Kasy brackiej Gal. Akc. Zakładów górniczych w Sierszy. Warunki przyjęcia i pobory służbowe zostaną podane ustnie lub piśmiennie.

Kandydatów (Doktorów wszech nauk lekarskich) zaprasza się niniejszem do przedłożenia do dnia 1. sierpnia 1917 r. na ręce przewodniczącego Zarządu Kasy brackiej nieostępowanych podań, zaopatrzonych w następujące allegaty:

1. odpis dyplomu lekarskiego;
2. metryka chrztu;
3. życiorys;
4. świadectwa z odbytej praktyki, a w szczególności praktyki chirurgicznej i ginekologicznej.

W podaniu podać należy termin, w którym nastąpić może objęcie posady. 298

Siersza, dnia 15 lipca 1917.



KASA BRACKA  
Galic. Akc. Zakładów Górniczych  
w SIERSZY.

Schimitzek m. p.  
Przewodniczący Zarządu Kasy brackiej.

## TRAN JODOWO ŻELAZISTY

Zawiera równie jak tran Labussena 100 gr. tranu 0.20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tranie Meyera; jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego można z dobrym skutkiem zalecać w chorobach płuc, żołądka, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia; Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki I K 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece  
**K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.**

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.



Polecam mój

## Chloraethyl

Dr Thilo



z zamknięciami automatycznymi i spiralnymi, odpowiednio do farmakopei austr. VIII., jak najgoręcej.

Flaszki automatyczne napelnią się na nowo.

Prospekty do rozporządzenia. 89

Mr. C. RAUPENSTRAUCH,  
em. aptekarz, WIEDEN II., Castellezg. 25.



## Fabryka przetworów leczniczych Eugeniusza Matuli

w Radomyślu Wielkim poleca własne przetwory:



**Kamphenol Prof. Dra Chlumsky'ego.** Znakomity antyseptyk przy róży, ropowicach, ropniakach, czyrakach, przetokach gruźliczych i t. p. Cena flaszki Kor. 5'—.

**Pilulae medic. Matula.** Pilulae natr. arsenic. comp. Każda pigułka zawiera: Natr. arsenic. 0.0005 Ferr. protokol. 0.05. Chinin. hydr.-Calc. glycerin. phosphor. Extr. Colae spis. aa 0.03. Extr. nucis vom 0.005. Pulvis rhei q. s. Pigułki te są otoczone cukrem. Cena za flakon o 100 pig. Kor. 6'—.

**Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)**

w działalności identyczny z syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony lek krzepiący w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii, itp. Zawiera: Żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole podfosforowe rozpuszczone w syropie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 3'—.

**Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).**

207

Zawiera ciała lotne jak: Olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetwarzane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo, dokładnie wcieralną. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach gośćcowych różnych postaci**, osobliwie w goście mięśniowym, postrzale, rwie kulszowej, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, wykonane na klinice wiedeńskiej na oddziale III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija wata lub flanelę. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 2'40, za duży Kor. 9'—.

Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Ministerium spraw wewnętrznych w Petersburgu.

Powyzsze przetwory są do nabycia we wszystkich aptekach. — Główny skład w aptece WP. Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie. Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując, używać zawsze formułki: **original. Matula.** Nazwy, marka, ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy darmo i opłatnie przesyła Laboratorium i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu Wielkim.**

## Treść:

Dr Franciszek Walter: Reinfectio syphilitica . . . str. 247  
 Dr Gustaw Zaremba: Pomoc chirurgiczna na tyłach armii  
 (dok.) . . . str. 248  
 Sprawy Towarzystw naukowych. Towarzystwo lekarskie kra-  
 kowskie . . . str. 250

Wiadomości bieżące . . . str. 252  
 Ogłoszenia.

# Sanatorium dla chorób piersiowych

Dra K. DŁUSKIEGO W ZAKOPANEM.

122

Stale otwarte. — Przyjmuje pacjentów.

Najwyższe odznaczenie: Dyplom honorowy, krzyż hono-  
 rowy i wielki medal złoty na III międzynarodowej wysta-  
 wie aptekarskiej w Wiedniu 1913.

## GORZKIE ŹRÓDŁO ŠARATICA

Zawartość każdej flaszki zawsze równa: w 700 gr 42 gr  
 soli gorzkich. Smak miły. Działanie szybkie, bez bólu  
 i bez przyzwyczajania.

Polecana i wypróbowana przy:

zaparciu nawykowym i jego następstwach: bólach głowy,  
 uderzeniach krwi, zawrotach, migrenie, zgadze, he-  
 moroidach;  
 ostrym niezycie żołądkowo-jelitowym po błędach dyc-  
 letycznych;  
 bieguncie letniej i cholerynie po popsutych pokarmach  
 i napojach;  
 żółtacze i zapaleniu nerek (z dyetą mleczną); 130  
 dnie, otyłości i obrzęku wątroby;  
 niektórych chorobach kobiecych: bolesne miesiączkowa-  
 nie, wysięki, blednica i t. d.

Brozury i próbki rozsyła bezpłatnie i opłatnie na życzenie:

Akc. Tow. Saratica w Bernie (Morawy).

## JODTRANOL (Matula)

Likier jod- peptonowy składu 0.60% jodu, dobrego i przy-  
 żelazisto Fe, 0.10 Mn i 0.03% jodu, jemnego smaku.  
 w działaniu w zastępuje w zupełności Tran. (Ol. Jecoris).

Sposób użycia: jak Liq. Mangano ferri peptonati. Cena 2 K 60.

Polecane przez Światne Tow. lekarskie krakowskie

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych  
 jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

## LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0.60% Fe i 0.10 Mn wyrobu

aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w bled-  
 nicy, niedokrwistości, zimnicy, w żoźlach, kobiecych i nerwo-  
 wych cierpieniach. 206

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dziennie po  
 łyżeczce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy  
 dziennie po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 Korony 40 halerzy.  
 Dwie flaszki posyłam franco.

## SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

do nabycia w Administracji »Przeglądu Lekar-  
 skiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwo-  
 wie i we wszystkich księgarniach.