

# GAZETA LEKARSKA

**T R E Ś C.** HENRYK DOBRZYCKI. Str. 509. I. STANISŁAW SASKI. Zmiany miejscowe w krążeniu przy ruchach czynnych kończyny. Str. 513. II. HENRYK WACHTEL. O działaniu żelazicyanku potasowego na krwinki. (C. d.). Str. 517. III. JAN KOELICHEN. O zapaleniu surowiczym opon mózgowych i wodogłowiu pierwotnym nabytym. (C. d.). Str. 520. *Dział sprawozdawczy.* 81. E. ROMBERG. Rola naczyń w chorobach wewnętrznych, z wyłączeniem chorób samych naczyń. Str. 523.—82. R. OHM. Przyczynek do zapisywania tętna zapomocą fotografii. Str. 526.—83. M. BENSARD. O leczeniu choroby RAYNAUD'a gorącym powietrzem. Str. 526. *Odcinek.* JÓZEF JAWORSKI. O związku lekarzy słowiańskich słów kilka. Str. 527. *Wiadomości bieżące.* Str. 529 *Nekrologia.* *Ogłoszenia.*

## Henryk Dobrzycki

(z powodu 50-letniego jubileuszu).

W osobie dzisiejszego Jubilata społeczeństwo nasze i korporacja lekarska czci zasługi typu lekarza-społecznika, lekarza-obywatela.



Snać typ to dla nas wysoce sympatyczny i specjalnie pożądaný, skoro w każdym życiorysie, w każdym nekrologu, doszukujemy się skwapliwie, co dany osobnik przez swą pracę zawodową lub poza nią zdziałał dla społeczeństwa, dla kraju. Wprawdzie długoletnie uczciwe wykonywanie obowiązków zawodowych, a zwłaszcza prace naukowe przynoszą korzyść społeczeństwu i wszędzie dają prawo do wdzięczności ogółu, to jednak u nas, dzięki niezwykłym warunkom życia, od każdego zawodowca, który na tę wdzięczność chce zasłużyć, wymagana jest jeszcze ofiarność na rzecz ogólnych spraw społecznych. Ludzi mamy tak mało, pracy tak wiele, a warunki dla wszelkiej pracy tak niekorzystne, że

ci, którzy w tych warunkach rąk nie zakładają, zyskują sympatyę powszechną, stawiani są za przykład przyszłym pokoleniom. I słusznie. Skoro nie dane jest nam w chwili obecnej żyć szerokiem życiem społecznem i naukowym, w którym każdy bez szczególnego wysiłku znajduje dla siebie odpowiednie pole do pracy i do odznaczenia się, skoro tyle pól leży odłogiem z braku ludzi chętnych i wyrobionych, powinniśmy szczególną czcią otaczać tych, którzy na każdym kroku swojej działalności pamiętają o potrzebach naszego społeczeństwa, stają do apelu nie tylko tam, gdzie ich woła upodobanie, korzyść materyalna lub nadzieja zaszczytów, ale służą swą pracą, wiedzą i doświadczeniem wszędzie, gdzie widzą luki lub opuszczone placówki, od których zajęcia zależy dobro powszechne.

Takim właśnie jest DOBRZYCKI.

Urodzony w Kaliszu 5-go stycznia 1843 r. po ukończeniu szkoły realnej wstąpił najpierw na oddział budownictwa w Warszawskiej Szkole Sztuk Pięknych, a następnie do Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie. Dyplom lekarski otrzymał w r. 1865 <sup>1)</sup> a w roku następnym spotykamy Go, jako lekarza szpitala w Mieni. Na tem skromnem stanowisku lekarza szpitala prowincjonalnego rozwinął DOBRZYCKI bardzo owocną i szeroką działalność nie tylko przez sumienne wykonywanie swych obowiązków, przez ogłaszanie drukiem całego szeregu spostrzeżeń klinicznych, ale przez obcowanie z ludem, przez gruntowne obznajmienie się z jego potrzebami, jako też z potrzebami naszego szpitalnictwa. Oprócz sprawozdań szpitalnych, owocem tych studyów było kilka tematów, które się poczęły w Mieni, a które DOBRZYCKI opracowywał w późniejszej swojej działalności, często do nich wracając.

Na pierwszym miejscu należy postawić pracę, która Mu słuszny zjednała rozgłos i została nagrodzoną na konkursie imienia hr. TYZENHAUZA przez Towarzystwo Lekarskie w Wilnie w r. 1876. Była to praca „O kołtunie w polsce *plica polonica* zwanym“. Praca ta, ściśle naukowa, pogrzebała raz na zawsze legendę „o chorobie kołtunowej“ i o jej polskiem pochodzeniu.

Studia nad gruźlicą doprowadziły DOBRZYCKIEGO do wniosku, że Mienia byłaby bardzo odpowiedniemi sanatorium do leczenia gruźlicy klimatem swoim. DOBRZYCKI opracował tę myśl w odpowiednim memoryale [1875], w którym proponuje przy szpitalu w Mieni urządzić specjalną lecznicę dla biednych chorych piersiowych, kwalifikowanych ze szpitali warszawskich. Lecznicza otwartą została dopiero w r. 1879 i funkcyonowała 4 lata. Było to pierwsze sanatorium ludowe dla chorych piersiowych nie tylko u nas, ale wogóle na świecie. [W Niemczech takie sanatorium było otwarte w r. 1892]. DOBRZYCKI z polecenia Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej przez dłuższy czas studyował sprawę leczenia sanatoryjnego za granicą

---

<sup>1)</sup> DOBRZYCKI jest lekarzem 45 lat, ale pierwszą swą pracę ogłosił w Zdroju, redagowanym przez GREGOROWICZA w r. 1859 p. t. „O chorobach i niebezpieczeństwach, na które są wystawieni pracujący nad przetworami mineralnemi“.

i przedstawił szczegółowo opracowany memoryał [który, niestety, nie był nawet drukowany]. DOBRZYCKI nie przestawał popularyzować tej sprawy tak w prasie lekarskiej, jak i ogólnej, jak również z katedry publicznej [dwa odczyty o leczeniu suchot płucnych w r. 1891]. W jednym z tych odczytów poruszył sprawę zakładania szkół w okolicach podmiejskich w możliwie korzystnych warunkach klimatycznych—myśl wchodząca od niedawna w życie. Inna myśl, tyżająca się również zdrowia młodego pokolenia—założenie kolonii zdrowotnej dla słabowitych dzieci w Brzegach pod Otwockiem [memoryał w Tow. Hyg.], dotychczas czeka urzeczywistnienia.

Zato propagowana tak dawno przez DOBRZYCKIEGO idea zbudowania sanatorium ludowego dla chorób piersiowych oblekła się do pewnego stopnia w ciało przez powstanie Rudki, dzięki energii ś. p. DUNINA. Mówimy: do pewnego stopnia, gdyż Rudka nie jest sanatorium ludowem w ścisłym znaczeniu tego słowa. Takie sanatorium [i to nie jedno!] powinno powstać, jako filia naszych szpitali, jak to proponował DOBRZYCKI. Jubilat był gorliwym członkiem Komitetu sanatorium w Rudce, a obecnie po śmierci ś. p. DUNINA został jego prezesem.

Ze spraw mających związek ze szpitalnictwem DOBRZYCKI opracował projekt spożytkowania szpitali dla zbierania materiału statystycznego, meteorologicznego i geofizycznego dla celów medycyny.

Projekt ten przedstawił na Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Wiedniu w r. 1873 i na jubileuszu MAJERA w Krakowie. Pracę tą tłómaczono na język czeski i rosyjski. Mapa okręgów szpitalnych Królestwa Polskiego, do tej pracy dołączona, posiada dużą wartość praktyczną do tego czasu. W r. 1880 DOBRZYCKI podał projekt utworzenia organizacji obywatelskiej w celu uprzystępnienia pomocy lekarskiej po wsiach i miasteczkach.

Obcowanie bliższe z ludem zwróciło uwagę DOBRZYCKIEGO na wypadki strasznego kalectwa, zdarzające się przy obsłudze maszyn rolniczych. Przez 2 lata (1867 i 8) zbierał mozolną statystykę z Królestwa i Cesarstwa i doszedł do przekonania, że wypadków takich wydarzyło się w Królestwie 500—600 rocznie, a w Cesarstwie 5000—6000. W r. 1876 występuje z obszerną pracą i projektem prawa w Tow. Lek. Warsz., z komunikatami w sekcji rolnej przy Muzeum przemysłu i handlu, a w r. 1878 ma posłuchanie u ówczesnego ministra JERMOŁOWA, dążąc do tego, aby uchwalonem zostało prawo obowiązkowego używania maszyn rolniczych tylko z odpowiednimi ochronnikami. Owoców swych humanitarnych usiłowań DOBRZYCKI dotychczas się nie doczekał.

Od roku 1884 widzimy DOBRZYCKIEGO, jako lekarza zakładowego w Sławucie. Nowe stanowisko stało się dla Niego pobudką do zwrócenia pracy w kierunku balneologii. Z właściwą sobie werwą i żądzą czynu zabrał się DOBRZYCKI z jednej strony do postawienia Sławuty na stopę prawdziwej miejscowości leczniczej, a z drugiej—do ogólnych prac nad balneologią

W Sławucie zrobił wszystko, co się dało przy ograniczonych środkach, na brak których cierpią wszystkie nasze miejscowości lecznicze. Widzimy to najlepiej z Jego corocznych sprawozdań, a zwłaszcza ze sprawozdania za lat 25, umieszczonego w Medycynie w r. 1901 (NN. 20 i 21). Z prac ogólnych poświęconych balneologii zasługuje na uwagę bardzo szczegółowo i dobrze opracowane dzieło p. t. „Zdrowiska, zakłady lecznicze i stacje klimatyczne w Król. Polskiem i najbliższych guberniach Cesarstwa“, wydane w r. 1896. DOBRZYCKI jest sprawiedliwym sędzią naszych miejscowości leczniczych, zna ich braki, ale zna także i źródło niepowodzeń. Dlatego domagał się sanitarnego prawodawstwa dla miejscowości leczniczych na Zjeździe balneologów w Petersburgu w roku 1898. Praca ta była uważana za jedną z najpoważniejszych na tym Zjeździe. Jako pierwszy prezes sekcji balneologicznej naszego Tow. Hygienicznego DOBRZYCKI położył rzetelne zasługi dla rozwoju naszych zdrowisk. Obok balneologii higiena była ulubionym przedmiotem pracy DOBRZYCKIEGO. Czynny i owocny udział w urządzaniu naszych obu wystaw higienicznych, projekt zdrowotnej chaty włościańskiej, roztrząsanie różnorodnych pytań dotyczących higieny—są najlepszym tego dowodem.

Niepoślednią była rola DOBRZYCKIEGO w naszym piśmiennictwie lekarskim. Był On współzałożycielem „Kliniki“ (1866), odnowicielem „Medycyny“, którą w r. 1893 zorganizował na podstawach współwłasności na podobieństwo „Gazety Lekarskiej“. Zgrupowanie pewnej, dość znacznej liczby kolegów pod egidą „Medycyny“, jako organu lekarzy-praktyków, było powodem wytworzenia się pewnego antagonizmu między naszymi dwoma tygodnikami lekarskimi, ale z biegiem czasu ten antagonizm zatarł się zupełnie wobec wspólnej pracy dla jednego celu—służenia sprawie doskonalenia ogółu lekarzy pod względem naukowym i praktycznym. W ostatnich czasach powstała nawet myśl zlania się obu tygodników w jedno pismo, a DOBRZYCKI gorliwie projekt ten popierał. DOBRZYCKIEMU leżała na sercu godność prasy lekarskiej, czego wyrazem było kategoryczne żądanie, wyrażone przez Niego na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Rzymie (1894), aby na przyszłość była utworzona na każdym kongresie oddzielna sekcja prasy lekarskiej. Życzeniu temu stało się zadość.

DOBRZYCKI jest utalentowanym publicystą, znakomitym pośrednikiem między publicznością a światem lekarskim. Pamiętamy dobrze Jego kampanię przeciwko nadmiernemu popieraniu zdrowisk zagranicznych, zwłaszcza pruskich, kampanię prowadzoną umiejętnie, gdyż niejednostronnie. Często odzywał się głos DOBRZYCKIEGO w pismach nielekarskich i z katedr publicznych, zawsze chętnie słuchany przez publiczność i uznawany przez lekarzy—w kwestiach higieny lub racjonalnego lecznictwa. Zamiłowanie do sztuki powołało DOBRZYCKIEGO na stanowisko prezesa sekcji Szopenowskiej w Tow. Muzycznym, a pietyzm dla jej mistrzów pobudził DOBRZYCKIE-

go do wydania wspaniałego studjum o ANDRIOLLIM, do czynnego udziału w Komitecie pomnika dla SZOPENA.

Tak różnorodną, tak owocną była praca DOBRZYCKIEGO, który pół wieku blisko poświęcił służbie publicznej. Służba to była nieskazitelna. Słuszna Mu się za nią należy wdzięczność i uznanie, z którym, niestety, niezawsze się spotykał, bo nie wszyscy o Jego zasługach wiedzieli. Z dobroduszością dziecka, z hojnością bogacza rzucał często skarby pomysłów, inicjatywę czynów, nie troszcząc się o to, kto ich dokona, czy będzie pamiętał o ich źródle. My jednak o tem pamiętamy i składamy Czcigodnemu Jubilatowi w dniu dzisiejszym nasz hołd i życzenia, aby się doczekał spełnienia wszystkich swoich szlachetnych usiłowań!

REDAKCJA.

---

I. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DOC. DRA MED. W. JANOWSKIEGO  
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

---

## Zmiany miejscowe w krążeniu przy ruchach czynnych kończyny.

Przez

Stanisława Saskiego.

---

Zjawisko blednięcia kończyny górnej lub dolnej przy wykonywaniu nią ruchów zauważone zostało przypadkowo przez dra S. GOLDFLAMA podczas badania wyczerpywania się mięśni, którego nienormalne wzmożenie, występujące przedewszystkiem w myastenii, oznaczone zostało przez tegoż autora <sup>1)</sup> mianem apokamnozy. Stwierdziwszy, iż zjawisko to, występujące zresztą i u osobników zupełnie zdrowych, w stopniu wyższym daje się zauważyć na kończynach dolnych u osób cierpiących na chromanie przestankowe, dr GOLDFLAM zainteresował tem dra W. JANOWSKIEGO. Wskutek jego propozycji zająłem się głównie zbadaniem zmian, zachodzących w krążeniu krwi w kończynie pod wpływem ruchów, stosowanych zwykle przy badaniu mięśni na apokamnozę, w nadziei, iż wyniki spostrzeżeń, prowadzonych na znaczniejszym materiale, dadzą możność wyświeatlenia tego zjawiska fizyologicznego, o którym nie znalazłem zresztą wzmianki w żadnym z dostępnych mi podręczników fizyologii.

Warunki, w których występuje zblednięcie skóry na kończynach górnych

---

<sup>1)</sup> Medycyna 1893 i 1902.

i dolnych przy ruchach, wyłożone są w pracy S. GOLDFLAMA <sup>2)</sup>. Na kończy- nie dolnej otrzymać można zblednięcie skóry na stopie, a niekiedy i dolnej czę- ści podudzia przy chodzeniu, przestępywaniu z nogi na nogę, lub zapomocą sze- regu ruchów wyprostnych i zginających w stawie skokowym lub kolanowym. W tym ostatnim przypadku szczególniej wyraźnie występuje kontrast w za- barwieniu obudwu stóp, jeżeli przed doświadczeniem badany osobnik postoi przez czas pewien i w ten sposób sprowadzi przekrwienie i zaczerwienienie nóg. Na kończyźnie górnej zblednięcie występuje przy różnego rodzaju ru- chach czynnych, obejmujących czyto wyłącznie kiść, czy też kiść i przedra- mię. Najwybitniej występuje ono na stronie grzbietowej kiści i słabiej w dol- nej części przedramienia przy wykonywaniu na przemian ruchów zginających i wyprostnych w stawie garstkowym, lub jednocześnie w stawach garstko- wym i łokciowym. Zaznaczyć tutaj muszę, że wykonywanie wymienionych ru- chów w stawie garstkowym sprowadza zblednięcie kiści, skóra zaś przedra- mienia, z wyjątkiem okolicy stawu garstkowego, nie zmienia swego zabar- wienia, a nawet ulega lekkiemu przekrwieniu, o ile ruchy te trwały dłużej. Natomiast przy dłuższem zginaniu przedramienia w stawie łokciowym wystę- puje zblednięcie kiści i przedramienia.

Szybkość i siła, z jaką wykonywane są ruchy, wpływa stanowczo na na- tężenie zblednięcia w tem znaczeniu, iż ruchy silne i szybkie sprowadzają wy- bitniejsze zblednienie. Przy ruchach dość silnych i szybko po sobie następu- jących zblednięcie występuje już po 10-u—15-u sekundach. Zresztą pod tym względem, jak również pod względem wyrazistości tego objawu, istnieją dość znaczne różnice indywidualne. U niektórych osób wogóle wyraźnego zblednię- cia otrzymać się nie udaje lub występuje ono tylko na bardzo ograniczonej przestrzeni, mianowicie w okolicy stawu, w którym były wykonywane ruchy, i może zależeć wtedy jedynie od rozciągania skóry ponad stawem. Tego ro- dzaju zblednięcie obserwowałem szczególniej u niektórych osób z wybitną si- nicą kończyn; chociaż, z drugiej strony, sinica sama przez się nie jest przeszkodą do występowania omawianego zjawiska, jak się o tem niejednokrotnie przekonać mogłem.

Co się tyczy czasu trwania zblednięcia po zaprzestaniu ruchów, to ja- kiejkolwiek normy pod tym względem oznaczyć nie podobna, gdyż wahania bywają bardzo znaczne nie tylko odnośnie do różnych osobników, lecz nawet u jednego i tego samego osobnika w doświadczeniach, dokonanych w różnym czasie. Wchodzą tu w grę różne okoliczności, np. natężenie zblednięcia, przy- czym czas trwania stoi w prostym stosunku do siły zblednięcia, następnie stan ukrwienia skóry w czasie rozpoczęcia ruchów: przy silnem przekrwieniu czyn- nem, wywołanem np. przez zadziaływanie podniesionej ciepłoty otoczenia, zbled- nięcie, o ile wogóle występuje, znika bardzo szybko. Nie mogłem stwierdzić jakiejkolwiek zależności między intensywnością i trwaniem zblednięcia a sta-

---

<sup>2)</sup> S. GOLDFLAM. W sprawie chromania przestankowego. Medycyna i Kronika Lekar- ska 1910, Nr. 1, 2.

nami chorobnymi osób, poddawanych doświadczeniom, w szczególności zaś stanem ich układu krążenia.

Zblednięcie kończyny, jak wyżej powiedziałem, stoi w ścisłym związku z ruchami kończyny. Należy zauważyć, iż ruchy bierne wywołują je tylko w bardzo słabym stopniu, najwybitniej zaś występuje ono przy ruchach czynnych, przytem, jak to już wyżej zaznaczyłem, w stopniu wyższym przy użyciu większej siły mięśniowej.

Rozpatrzmy, jakie czynniki w ogólności mogą wpływać na zmniejszenie ukrwienia skóry na kończynie podczas krótkotrwałego jej ruchu. Należy tu wziąć pod uwagę następujące czynniki: 1) siłę ciężenia, 2) zmiany w napięciu skóry, 3) działanie chłodzące prądów powietrza, 4) wpływ skurczów mięśni na krążenie krwi.

Wiadomo, iż od postawy ciała, względnie położenia kończyny, zależy ogólna ilość krwi, wypełniającej naczynia danej kończyny. Np. w postawie pionowej ciała kończyna dolna dorosłego mężczyzny zawiera krwi, według obliczeń Mosso, o 100 ctm. sz. więcej, niż w postawie poziomej.

Dzieje się to głównie dzięki rozszerzeniu żył, zależnemu od zwiększenia hydrostatycznego ciśnienia krwi. To samo dotyczy kończyny górnej, która wskutek tego przy uniesieniu do góry ulega wyraźnemu zblednięciu, przy opuszczaniu ku dołowi czerwienieje. Jednakże zblednięcie, występujące przy ruchach kończyny, nie może zależeć od tego czynnika, gdyż otrzymuje się ono również przy wykonywaniu ruchów kończyną, zwisającą pionowo ku dołowi. Napinanie i rozciąganie się skóry, szczególnie nad stawami, również nie może odgrywać roli wyłącznej w występowaniu interesującego nas zjawiska, gdyż prowadzi ono samo przez się do bardzo tylko nieznacznego miejscowego zblednięcia, gdy przy odpowiednich ruchach kończyny zblednięcie obejmuje i takie odcinki, na których napięcie skóry żadnym nie ulega zmianom. Jakkolwiek przy szybkich ruchach, np. przy zginaniu i rozginaniu ręki, tworzą się prądy powietrza, które jako takie sprawiają uczucie chłodu, to jednak wątpliwem jest, aby tak nieznaczne ochłodzenie skóry mogło stanowić przyczynę zblednięcia kończyny, gdyż zjawisko to występuje nawet przy osłonięciu ręki rękawiczką.

Ponieważ zblednięcie skóry na poruszonym odcinku kończyny daje nam pojęcie tylko o stanie naczyń skórnych, powierzchownych, mianowicie o ich zwężeniu, nie pozwala natomiast wyprowadzać wniosków o jednoczesnem zachowaniu się naczyń głębokich, przeto należało stwierdzić doświadczalnie, w jaki sposób zachowują się one w odcinku poruszonym oraz w dośrodkowo leżącej części kończyny, której mięśnie najwięcej przy tem doświadczeniu pracują. Najodpowiedniejszym sposobem dla klinicznego zbadania tego zagadnienia byłoby użycie pletysmografu. Ponieważ jednak nie miałem tego przyrządu w swem rozporządzeniu, musiałem dążyć do rozwiązania postawionego pytania głównie na drodze sfigmomanometrii z uwzględnieniem sfigmografii, określając wysokość ciśnienia oraz zmiany krzywej tętna w poszczególnych odcinkach pracującej kończyny. Ponieważ nie mogliśmy dostać odpowiednich

przyrządów do określania ciśnienia w kończynie dolnej, przeto w badaniach moich uwzględniłem jedynie ruchy kończyny górnej. Do doświadczeń używałem bądź ozdrowieńców, bądź chorych z chorobami przewlekłymi bez różnicy wieku.

Ogółem wykonałem 80 zasadniczych doświadczeń, dotyczących badań nad zmianami ciśnienia krwi w kończynie poruszanej oraz 27 dodatkowych, o których mowa będzie poniżej.

Zasadnicze doświadczenia podzielić mogę na dwie serye. W 1-ej, liczącej 50 doświadczeń, ruchy polegały na naprzemiennych szybkich ruchach wyprostnych i zginających kiści. Tylko w 8-u doświadczeniach tej grupy ruchy polegały na silnem zaciskaniu dłoni w pięść. Jakkolwiek w tych ostatnich przypadkach kiść wyraźnie bladła, to jednak zblednięcie mogło być w części zależnem od napinania się skóry na grzbiecie ręki. Wychodząc z założenia, iż ciśnienie należało określać w odcinku poruszającym i poruszającym, określałem je w pierwszym zapomocą tonometru GAERTNER'a w tętnicach palcowych [ciśnienie to oznaczam literami PG], w drugim zaś nie mogłem go określać z tej przyczyny, iż, jakkolwiek istnieje przyrząd BASCH'a, służący do określania ciśnienia w tętnicy promieniowej, to jednak daje on wyniki o tyle niepewne, iż nie może być używany do doświadczeń, w których, jak *a priori* można było przypuszczać, wahania w ciśnieniu muszą być bardzo nieznaczne. Zamiast więc w odcinku pracującym, określałem ciśnienie bezpośrednio ponad nim, t. j. w tętnicy ramieniowej. Należy zresztą zauważyć, iż mięśnie ramienia do pewnego stopnia również brały udział w pracy, gdyż chorzy zwykle wraz z ruchami kiści wykonywali słabe ruchy przedramieniem. W tętnicy ramieniowej określałem ciśnienie skurczowe [Mx] i rozkurczowe [Mm] zapomocą sfigmomanometru Riva-Rocci, posługując się sposobem wysłuchowym [КОРОТКОВ<sup>1)</sup>]. Sposób ten w tego rodzaju doświadczeniach posiada tę wyższość nad sposobem graficznym SAHLI'ego, iż wymaga do swego wykonania bardzo krótkiego czasu. Chodziło mi zaś o jak najszybsze po ukończeniu ruchów określanie ciśnienia, zanimby nastąpiło wyrównanie ewentualnie powstałych zmian w krążeniu. Prócz tego metoda wysłuchowa nie wymaga zakładania na przedramieniu mankietu do tętnopisu, który, stanowiąc przeszkodę dla ruchów ręki, sprowadza jednocześnie sinicę skóry i w ten sposób przeszkadza wystąpieniu zblednięcia.

---

1) KOROTKOW. Izwiestja Woj. Med. Ak. 1905. t. XI, Nr. 4 i 1906, t. XII, Nr. 2. Cyt. podł. W. JANOWSKI. Dyagnostyka funkcyjnalna serca i naczyń. Nowiny Lek. 1907. Patrz również: W. ETINGER. Wysłuchowa metoda określenia ciśnienia krwi i jej wartość praktyczna. Medycyna, 1907, Nr. 25, 26.



## O działaniu żelazicyanku potasowego na krwinki.

(Zarys metody stwierdzania hemolizy i uszkodzenia krwinek).

Napisał

**Henryk Wachtel.**

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 21].

Doświadczenie II. Odwłóknioną krew wołu zamrożono. Przy intensywnym mrożeniu część krwi zamarzła, część pozostała niezamarzniętą. Część zamarznięta po odtajaniu zupełnie zhemolizowała. Część niezamarzniętą, odlaną poprzednio, przemyto fizyologicznym roztworem NaCl. Po odcentryfugowaniu płyn nad ciałkami wykazywał małą hemolizę. Ciałka przemyto drugi raz. Przy drugim centryfugowaniu absolutnie żadnej hemolizy nie stwierdzono. Badanie mikroskopowe krwinek wykazało niewielki procent ciałek widocznie uszkodzonych.

Z krwinek tak przygotowanych utworzono dwa roztwory pięcioprocenowych krwinek, z których jeden zadano żelazicyankiem potasowym, drugi zaś nie.

Roztwór I: 5 ctm. sz. krwinek + 95 ctm. sz. NaCl 0,9%

„ II: 5 „ „ + 94 „ „ „ + 1 ctm. sz.

$K_3 Fe Cy_6 \frac{1}{2}$  mol.

Roztwór II badany w spektroskopie nie wykazuje prążka methemoglobiny.

Roztwory te zbadano spektrofotometrycznie na przestrzeni odpowiadającej absorbcyi światła przez methemoglobinę w czerwonej części widma [ $\lambda = 644 - 632$ ].

Roztwór I absorbuje tak silne widmo, że zaznacza się absorbcya nawet w części czerwonej. Współczynnik ekstynkcyi roztworu  $C$  mierzono spektrofotometrem GLANA, a obliczono równaniem

$$C = - \frac{2 [\log \operatorname{ctg} (\alpha_0 - \alpha_1) - \log \operatorname{ctg} (\alpha_0 - \alpha)]}{d}$$

gdzie  $\alpha_0$  oznacza kąt, przy którym dolne widmo jest ciemne,

$\alpha$  kąt, gdzie oba widma są równo jasne,

$\alpha_1$  kąt przy badaniu roztworu.

$d$  oznacza grubość warstwy; było ono przez wszystkie doświadczenia to samo i równało się 1 ctm.





góle żelazicyanek daje pewną absorbeyę światła, ale dopiero przy większych koncentracjach, np. 6 ctm. sz.  $K_3 Fe Cy_6$   $\frac{1}{2}$  mol. na 100 ctm. sz. Na Cl 0,9‰.

Doświadczenie VI. Odwłóknioną krew wołu odcentryfugowano. Hemolizy we krwi absolutnie nie stwierdzono żadnej. Pod mikroskopem nie widać ciałek uszkodzonych.

Z krwinek tych sporządzono roztwory:

Roztwór I: 1 ctm. sz. krwinek + 99 Na Cl 0,9‰.

„ II: 1 „ „ + 97 „ 0,9‰ + 2 ctm. sz.  $K_3 Fe Cy_6$   
 $\frac{1}{2}$  mol.

Dla roztworów tych obliczono współczynniki ekstynkcyi dla przestrzeni w widmie, odpowiadającej absorbeyi przez methemoglobinę. Otrzymało się współczynniki ekstynkcyi dla obu roztworów identyczne. Roztwór II nie wykazuje w stosunku do roztworu I żadnej różnicy w absorbeyi światła i żadnego zwiększenia przepuszczalności dla światła pod wpływem żelazicyanku, co było obserwowanem w poprzednich doświadczeniach przy działaniu na krwinki uszkodzone.

[D. c. n.].

### III. O zapaleniu surowiczem opon mózgowych i wodogłowi pierwotnem nabytem.

Podał

Jan Koelichen.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warsz. 21-go grudnia 1909 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 21].

W obrazie klinicznym surowiczego zapalenia opon mózgowych na pierwszy plan występują tak zwane objawy ogólnomózgowe, jako skutek wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, objawów zaś ogniskowych ze strony samego mózgu brak zupełnie i jedynie w czynnościach nerwów czaszkowych, których pnie na podstawie czaszki ulegają mechanicznemu uciskowi, występują często znaczne i trwałe zaburzenia. W szeregu objawów ogólnomózgowych na pierwszy plan występują bole i zawroty głowy oraz wymioty. Bole głowy przy surowiczem zapaleniu opon mózgowych co do swego charakteru podobne są do tych, jakie obserwujemy w nowotworach mózgu. Odznaczają się one nieraz nadzwyczajną uporczywością i natężeniem. Bole głowy bywają najczęściej umiejscowiane przez chorych w okolicy czołowej i potylicowej, nieraz zajmują również okolice karku, czasem chorzy odczuwają je w całej głowie bez wyraźnego umiejscowienia. Najczęściej bole te ulegają pewnym waha-

niom okresowym co do swego natężenia, lub też występują jedynie napadowo; nieraz widoczny wpływ na natężenie bólu głowy wywierają ruchy wykonywane przez chore, zwłaszcza ruchy głowy. Zawroty głowy bywają zazwyczaj wczesnym i stałym objawem cierpienia, występują najczęściej napadowo, zwłaszcza przy zmianie położenia ciała, także nieraz chorzy bywają zmuszeni pozostawać długi czas bez ruchu, ażeby uniknąć przykrych napadów zawrotu głowy. Mdłości i wymioty występują najczęściej przy gwałtownych nasileniach bólów. Do bardzo częstych objawów przy surowiczem zapaleniu opon mózgowych należy szum w uszach i w głowie, szum ten bywa nieraz nie tylko odczuwany subiektywnie przez chorego, lecz daje się nawet stwierdzić obiektywnie, bywa przytem czasem tak głośny, że daje się słyszeć nawet na pewnej odległości od głowy chorego [FUCHS, FERRARI]. Tętno chorych bywa zazwyczaj bardzo zmienne, na przemian to znacznie częstsze od normy, to znów znacznie rzadsze, zmiany w częstości tętna następują nieraz w bardzo krótkich odstępach czasu. W przebiegu surowiczego zapalenia opon mózgowych występują nieraz u chorych mniej lub bardziej wybitne zaburzenia w psychice. W większości przypadków zaburzenia te bywają nieznaczne, wyrażają się głównie zmianą w usposobieniu i nastroju chorego. Chorzy tacy bywają zazwyczaj przygnębieni, apatyczni, czasem do tej zmiany w nastroju przyłącza się pewne zahamowanie spraw psychicznych: chorzy orientują się powoli, z pewnym wysiłkiem i powoli odpowiadają na zadawane im pytania, zlecenia wykonywają również z trudnością, jakby przewyciężając pewien opór. W rzadkich przypadkach zaburzenia psychiczne bywają bardziej wybitne, występuje zamroczenie świadomości, dezorientacja, osłabienie pamięci, a nawet upadek intelligencji i postępujące otępienie.

W obrazie klinicznym surowiczego zapalenia opon mózgowych nieraz wybitną rolę odgrywają różnego rodzaju napady, którym chorzy ulegają. Najczęściej napady występują w postaci omdlenia, trwającego dłuższy lub krótszy przeciąg czasu, nieraz w czasie omdlenia występują toniczne skurcze mięśni całego ciała, sztywność karku i kręgosługa; czasami napady bywają ludzko podobne do epileptycznych lub do ataków apoplektycznych, po których czasem występują przemijające hemiplegie. Wreszcie w szeregu objawów ogólnomózgowych przy surowiczem zapaleniu opon należy wymienić brodawkę zastoinową, którą stwierdzano prawie we wszystkich przypadkach. W zależności od zmian w brodawce nerwu wzrokowego występuje u chorych osłabienie wzroku, które stopniowo przechodzi w zupełną amaurozę, czasem jednak utrata wzroku następuje nagle. Nieraz obok objawów zastoiny w nerwach wzrokowych udaje się stwierdzić obecność obfitych krwotoków w siatkówce. Czasem w skutek bezpośredniego ucisku dna trzeciej komory mózgowej na nerwy wzrokowe zamiast brodawki zastoinowej rozwija się pierwotny zanik nerwów wzrokowych. Klinicznie ten bezpośredni ucisk na nerwy wzrokowe manifestuje się czasem przez hemianopsję bitemporalną. Z pośród pozostałych nerwów czaszkowych najczęściej przy surowiczem zapaleniu opon mózgowych ulegają zaburzeniom czynności nerwów poruszających gałki oczne,

zwłaszcza zaś nerwy odwodzące i okoruchowe. U chorych często rozwija się zez, zjawia się dwojenie w oczach, źrenice bywają często rozszerzone, nierówne, odczyn ich na światło osłabiony, a nawet zniesiony. Bardzo często występują również zaburzenia w czynności nerwów twarzowych w postaci *tic convulsive*, lub w postaci porażień mięśni twarzowych. Przytępienie słuchu, szum w uszach wskazują często przy tem cierpieniu na uszkodzenie nerwów słuchowych. Obserwowany nieraz u chorych *nystagmus*, dewiację oczów i przymusowe przekrzywienie głowy uzależnia OPPENHEIM od zmian patologicznych w n. *vestibularis* i w labiryncie. W rzadkich przypadkach obserwowano wskutek ucisku na nerwy węchowe osłabienie, a nawet zupełną utratę węchu. Nieraz notowano u chorych parestezye lub znieczulenia w obrębie gałązek nerwu trójdzielnego. Czasami zaburzenia w rytmie oddychania i tętna wskazywały na uszkodzenie nerwu błędnego. Wreszcie w kilku przypadkach zanotowano zbaczanie języka przy wysuwaniu go z ust, jako objaw uszkodzenia nerwu podjęzykowego. Poza zaburzeniami w czynnościach nerwów czaszkowych obserwowano przy surowiczem zapaleniu opon mózgowych szereg mniej lub więcej wybitnych zaburzeń w sferze ruchowej, czuciowej i odruchowej. Do najczęstszych i najstalszych w sferze ruchowej należą zaburzenia w utrzymaniu równowagi ciała przy staniu i chodzeniu. Chód chorych bywa chwiejny, niepewny, zupełnie podobny do chodu chorych z cierpieniami mózdzku. Bardzo często spostrzegano u chorych drobne drżenie w kończynach, potęgujące się przy ruchach dowolnych, zwłaszcza zaś w kończynach górnych; rzadziej obserwowano ataksję w kończynach. Osłabienie siły mięśniowej kończyn w postaci niedowładu zdarza się na ogół przy surowiczem zapaleniu opon mózgowych dosyć rzadko, najczęściej jeszcze w postaci paraparezy spastycznej dolnych kończyn, która jednak przemija lub ulega wahaniom; czasem występuje na przemian osłabienie to jednej, to drugiej kończyny. W sferze czuciowej nigdy nie obserwowano zaburzeń dających się przedmiotowo stwierdzić, natomiast często notowano podmiotowe skargi chorych na silne bole w kończynach i kręgosłupie, na opasające bole i uczucie opasywania w przestrzeniach międzyżebrowych, nieraz stwierdzono znaczną wrażliwość kręgosłupa na ucisk. OPPENHEIM kładzie duży nacisk na te podmiotowe uczucia chorych, i uzależnia je od podrażnienia opon rdzeniowych. Odruchy ścięgnowe bywają czasem niezmienione, czasem zaś obserwowano znaczne wzmoczenie odruchów, lub też przeciwnie znaczne osłabienie, a nawet zniesienie odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych, zwłaszcza odruchów ze ścięgna Achillesa. Objaw ten analogicznie do podobnego objawu przy nowotworach w tylnej jamie czaszkowej, objaśniają przez uszkodzenie odpowiednich korzeni tylnych nerwów rdzeniowych wskutek wzmoczonego ciśnienia płynu mózgowordzeniowego. W stanie odruchów skórnych wybitnych zaburzeń nie stwierdzano, czasem tylko obserwowano u chorych jedno- lub obustronny objaw BABIŃSKIEGO. Zaburzenia w czynności zwieraczy należą przy surowiczem zapaleniu opon mózgowych do objawów rzadkich, jednakże w kilku przypadkach obserwowano pewne utrudnienie oddawania moczu, a nawet przemijające zatrzymanie lub nietrzymanie moczu. Nieraz w cza-

sie cierpienia następowały pewne zmiany w zewnętrznym wyglądzie chorych. U małych dzieci następowało często powiększenie rozmiarów czaszki, czego u dorosłych już nie widywano, jakkolwiek QUINCKE opisał przypadek, w którym powiększenie czaszki nastąpiło u kilkunastoletniego chłopca. Natomiast u dorosłych często obserwowano przy tem cierpieniu wypuklenie gałek ocznych. Opukiwanie czaszki przy wodogłowie nabytem daje czasem odgłos tympanityczny z przedzwękiem podobnym do tego, jaki otrzymujemy, opukując rozbity garnek.

Przy punkcji lumbalnej w czasie surowiczego zapalenia opon mózgowych otrzymujemy zawsze płyn klarowny o ciężarze gatunkowym około 1008 z małą zawartością białka ( $\frac{1}{3}$  do 1 *pro mille*) i elementów komórkowych. W ostatnich czasach niektórzy autorowie utrzymują jednak, że ilość białka w płynie mózgowordzeniowym bywa przy tem cierpieniu zwiększona. KRÖNIG utrzymuje, że bywa również zwiększoną liczba limfocytów; NONNE w dwu przypadkach stwierdził pleocytozę i dodatni odczyn na globulinę [Phase I]. Wiadomości te nie są jednak dotychczas ostatecznie ustalone i wymagają dalszego potwierdzenia. Ciśnienie płynu mózgowordzeniowego bywa zawsze wzmożone, dochodzi ono czasem do kilkuset mm., gdy normalnie w pozycji siedzącej ciśnienie to wynosi około 150 mm., w leżącej 40—60-u mm. W ostatniej swojej pracy QUINCKE zwraca uwagę na te przypadki, w których ciśnienie podczas punkcji, początkowo niskie, podnosi się stopniowo w miarę wypuszczania płynu. Z tego faktu wyciąga on wniosek, że drogi połączenia przestrzeni podoponowych mózgu lub komór mózgowych z kanałem kręgowym były w tych przypadkach zatkane i utorowały się dopiero w czasie wypuszczania płynu.

[D. c. n.]

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

81. E. Romberg. Rola naczyń w chorobach wewnętrznych, z wyłączeniem chorób samych naczyń [według referatu, wygłoszonego na Międzynar. Zjeździe lek. w Budapeszcie, 1909].

Pewna stała wysokość średniego ciśnienia krwi w tętnicach jest dla organizmu zarówno niezbędną, jak stała ciepłota oraz jak izotonia krwi i płynów tkankowych. Ciśnienie krwi zależne jest od podrażnienia tonicznego ośrodków naczyniowych w mózgu, od stałego napięcia mięśni naczyniowych, od ich bezpośredniego podrażnienia przez rozszerzanie się naczyń i od krążących we krwi wydzielin niektórych narządów [nadnercze, przysadka mózgowa]. W warunkach normalnych najważniejszym jest działanie centralnych ośrodków nerwowych, które regulują ciśnienie zapomocą obficie rozgałęzionych nerwów naczynioruchowych. Znaczenie główne dla wyrównywania wszelkich niepożądanych wahań w ciśnieniu posiada antagonizm, jaki zachodzi pomiędzy naczyniami jamy brzusznej i mózgu z jednej strony, a naczyniami obwodowymi z drugiej. Energiczna podnieta zimna, zastosowana

na obwodzie, podnosi ciśnienie; trwa to jednak krótko, gdyż ze zwężonych naczyń obwodowych krew odpływa do naczyń brzucha i mózgu, które rozszerzają się, wskutek czego ciśnienie opada. Jeżeli zaś pomimo to ciśnienie wzrasta nadmiernie, wtedy następuje podrażnienie *nervi depressoris* (w *aorta ascendens*), wskutek czego działalność serca zostaje odruchowo zwolniona, wszystkie naczynia rozszerzają się i ciśnienie opada znacznie. Przy zatruciach, wywołujących skurcz wszystkich naczyń, wahania w ciśnieniu częstokroć nie mogą już być wyrównane. Kurczą się wtedy silnie naczynia brzuszne, ażeby zmusić naczynia mózgowe [również skurczone] do biernego rozszerzenia się wskutek zwiększonego dopływu krwi. I ten jednak mechanizm często zawodzi, gdyż miarodajnym dla wysokości ciśnienia jest stan naczyń jamy brzusznej: gdy są one w stanie skurczu—ciśnienie jest wysokie, przy ich rozkurczu—ciśnienie jest niskie. Nie znaczy to jednak, że równolegle ze skurczem następuje zawsze zwężenie naczyń, a z rozkurczem—rozszerzenie. Tak być może, ale nie musi. Wyżej wspomniane bierne rozszerzenie skurczonych naczyń [mózgu] upoważnia do wniosku, że szerokość łoża tętnic jest względnie niezależną od skurczu ich mięśni [dowiódł tego OTFR. MUELLER].

Z powyższego widać, że zapotrzebowania co do ilości krwi ze strony poszczególnych narządów organizm stara się zaspokoić bynajmniej nie drogą wzmaganą ciśnienia. Przeciwnie, ciśnienie stara się utrzymać na pewnej stałej wysokości, zwiększone zaś zapotrzebowanie krwi zaspokaja się przez rozszerzenie tętnic danego narządu. Jest to mechanizm zupełnie celowy, gdyż w myśl prawa POISEUILLE'a naczynia rozszerzone tylko podwójnie [przy jednakowym ciśnieniu] zwiększa ilość przepływającej krwi aż 16 razy. Osiągnięcie zaś tego rezultatu przez 16-krotne wzmoczenie ciśnienia jest niemożliwe, a gdyby było możebne, to przynosiłoby całemu ustrojowi zbyt dużą szkodę.

Tętnice dużego krwiobiegu spełniają zadanie nie tylko regulatorów ciśnienia. Z nowszych badań zdaje się wynikać, że i tłoćz one krew samodzielnie [jak serca dodatkowe u żaby]. Naczynia włosowate i żyły również odgrywają rolę bardziej czynną, niż to przypuszczamy obecnie. W tej dziedzinie wszystko jest jednak do zbadania. O naczyniach włosowatych wiadomo tylko, że przy zatakowaniu dopływu tętniczego wysysają one krew z tętnic kollateralnych i nie dopuszczają przyływu krwi żyłnej. Własności tej nie posiadają tylko naczynia włosowate kiszek, i dlatego miejscowe zatakanie krwiobiegu w kiszkać łatwiej niż na obwodzie prowadzi do martwicy.

Mały krwiobieg posiada tę osobliwość, że jego naczynia krwionośne nie znajdują się w tym fizyologicznym związku z układem współczulnym, co naczynia dużego krwiobiegu. Dowodzi tego wielokrotnie stwierdzone niepoddawanie się naczyń płucnych działaniu adrenaliny. Obieg krwi w płucach zależy głównie od siły tłoćzającej prawej komory serca i od siły czerpiącej komory lewej, szerokie zaś i krótkie naczynia włosowate płucne stawiają opór nieduży i z łatwością zastawiają się do ilości krwi, do nich dopływającej.

Duże znaczenie obok wysokości ciśnienia i szerokości łoża tętniczego posiada przepuszczalność ściany naczyń dla gazów i wytworów przemiany materii. Nowsze prace w tym zakresie (HÖBER, KARANYI, ASHER, BOCK, STARLING) zdają się dochodzić do wniosku, że fizykalne własności ściany naczyń [przesączanie, dyfuzja, osmoza] nie tłómaczą nam w zupełności nawet powstawania limfy. Przypuścić należy, że mamy tu do czynienia z samodzielną czynnością wydzielniczą komórek tkankowych. Dotyczy to również i wydzielania moczu, a tem bardziej działalności wydzielniczej innych narządów.

Przechodząc do roli naczyń w sprawach chorobnych, przede wszystkim wspomnieć należy o obrzękach w zapaleniu nerek. Kwestya



ta, obszernie omawiana w czasach ostatnich, nie da się wytłumaczyć jedynie zmianami w przepuszczalności ściany naczyń, mającemi wywoływać zaburzenia w wydzieleniu wody i soli kuchennej. Wraz z KORANYM przypuszcienie należy jeszcze i uszkodzenie samych komórek tkankowych, które dla powstawania i składu chemicznego płynów tkankowych muszą mieć znaczenie pierwszorzędne. O zmianach w komórkach nie wiemy jednak nic pewnego. To samo dotyczy obrzęków kachektycznych, anemicznych, zapalnych i nerwowych. Tylko obrzęki wskutek niedomogi serca dają się objaśnić w sposób prosty na drodze mechanicznej.

Mniej są omówione zmiany w napięciu naczyń. Już jednak RIEGEL i NAUNYN zwrócili uwagę, że przy zaburzeniach w krążeniu w przebiegu chorób zakaźnych obok niedomogi serca i paraliż naczyń odgrywa pewną rolę. Dopiero jednak badania doświadczalne autora i jego uczniów dowiodły, że różne zakażenia wywołują paraliż naczyń wskutek uszkodzenia ośrodka naczynioruchowego w rdzeniu przedłużonym, co prowadzić może do śmierci, gdy tymczasem serce wykonać może nawet [sztucznie] wzmózoną pracę. Badania przeprowadzono zarówno z takimi bakteriami, które działają przez swe toksyny [laseczn. błonicy], jak i z takimi, które tam tylko szkodzą, dokąd same zawędrują [pneumokoki] oraz z takimi, które posiadają obydwie te własności (*bac. pyocyaneus*). Przy doświadczeniach nad zwierzętami okazało się, że śmierć następuje przy wszelkich zakażeniach wskutek paraliżu ośrodka naczynioruchowego, uszkodzenia zaś serca są wtórne i odgrywają rolę podrzędną. Dosłownie nie stosuje się to jednak do człowieka. Jedne choroby zakaźne wywołują w organizmie ludzkim głównie zaburzenia w działaniu wazomotorów [dar brzuszny], inne—w działalności serca [gościec, płonica], inne—jedne i drugie [błonica]. Zaburzenia w krążeniu wskutek niedomogi naczyń rozpoznajemy na zasadzie miękkiego tętna, anemii obwodowej oraz przekrwienia jamy brzusznej i mózgu; natomiast brakuje przy tem zastojów, charakterystycznych dla niedomogi serca.

Wręcz odwrotnie zachowują się naczynia w tych chorobach nerek, które prowadzą do wysokiego ciśnienia i przerostu mięśnia sercowego. Ściana naczyń wydaje się nam twardą, co przeważnie zależy od napięcia jej mięśniówki. Głównie wzmózonem jest ciśnienie maksymalne, ciśnienie tętna podlega znacznym wahaniom. Naczynia obwodowe są rozszerzone; o naczyniach brzusznych wiemy tylko, że są w stanie skurczu, ponieważ ciśnienie jest zwiększone; jeżeli są one przytem i rozszerzone, to mielibyśmy w takim razie przy chorobach nerek do czynienia z pletorą prawdziwą lub hydremiczną. Zmiany powyższe spotykamy zarówno w przewlekłym śródmiąszowym zapaleniu nerek, jak i w ostrych zapaleniach nerek po płonicy, anginie, przeziębieniu i zatruciu sublimatem. Niema ich natomiast przy dużej białej nerce, przy amyloidzie nerek i przy ostrych zapaleniach nerek po tyfusie, gościecu, błonicy, posocznicy i t. d.

Czy to wzmózenie ciśnienia jest sprawą kompensacyjną, mającą na celu podniesienie działalności nerek, jak to w ostatnich czasach podkreślają BIER i KREN, czy też jest sprawą tylko równoległą, ale od cierpienia nerek niezależną, nie jest dzisiaj jeszcze rozstrzygnięte, gdyż niema jeszcze pewnej metody badania szybkości krwiobiegu; stwierdzenie bowiem, że wysokie ciśnienie przyspiesza krążenie krwi, przemawiałoby stanowczo za celowością tego objawu.

Dwie są tylko teorye <sup>1)</sup>, starające się wyjaśnić wzmózenie ciśnienia w chorobach nerek: kompensacyjna i toksyczna. Według pierwszej powstaje ono

<sup>1)</sup> Później MAREUSE ogłosił trzecią, kompromisową teoryę.

(Przyp. ref.).

kompensacyjnie wskutek utrudnionego krwioobiegu w nerkach [TRAURE, COHNHEIM, LOEB] i zarazem działa kompensacyjnie, gdyż usuwa utrudnienie krwioobiegu. Z badań doświadczalnych ALWENSA, który uciskał nerki [w onkometrach] kotów, wynika, że ucisk istotnie wywołuje wzmoczenie ciśnienia ogólnego. Niema jednak żadnej zasady do przypuszczenia, że ucisk podobny wywołuje marskość nerek. Sądzić należy, że mechanizm utrudnienia krwioobiegu odgrywa przy marskości nerek tylko rolę podrzędną. Więcej szans prawdopodobieństwa ma teoria toksyczna, według której wysokie ciśnienie zależy od wzmózonej ilości adrenaliny we krwi. Badania doświadczalne SCHLAYER'a stwierdziły, że adrenalina w małych dawkach zastrzyknięta dożylnie, znacznie zwiększa diurezę, nie powiększając jeszcze ciśnienia. Natomiast dawki duże hamują zupełnie działalność nerek i bardzo znacznie wzmagają ciśnienie. Stąd wynika, że dostateczna diureza bynajmniej od ciśnienia nie zależy; sądzić więc wolno, że wzmózone ciśnienie towarzyszy wprawdzie marskości nerek, ale nie jest sprawą kompensacyjną, czyli bezwarunkowo konieczną dla podtrzymania działalności wydzielniczej nerek.

Przy niedomodze serca naczynia zdają się odgrywać rolę bardziej czynną, niż sądzimy dotychczas. Podczas dyskompensacji naczynia są miękkie, ciśnienie tętna i szybkość krwioobiegu zmniejszone. W jakim stopniu zależy to jednak od naczyń, a w jakim od serca, rozstrzygną dopiero badania przyszłe, którym metoda OTT. MÜLLER'a odda znaczne usługi.

Badania doświadczalne THACHER'a nad zastojem żylnym przy utrudnieniu krążenia stwierdziły, że najwięcej podlegają zastojowi wątroba i mózg, kiedy inne narządy [nerki, śledziona, kiszki] nawet zmniejszają swą objętość. I tu więc można zrobić przypuszczenie, że rola naczyń przy nienormalnym podziale krwi nie jest wyłącznie bierną. W każdym bądź razie, nawet zaburzenia w działalności serca prowadzą do zmian w krążeniu, których nie możemy objaśnić tylko mechanicznie, lecz przez sprawy życiowe, bardziej złożone.

(*Volkman's Samml. kl. Vortr.*, 1909, Nr 552).

K. Oczesalski.

## 82. R. Ohm. Przyczynek do zapisywania tętna zapomocą fotografii.

Zapomocą kropli zgęszczonego olejku cedrowego przylepia się w okolicy tętnicy promieniowej płaskie lustro w ten sposób, iż tętniące naczynie unosi i opuszcza jeden jego brzeg, gdy przeciwny stanowi oś, dookoła której odbywają się rzeczony ruchy. Na lustro pada wiązka promieni od małej lampki łukowej, umieszczonej w pudełku, zaopatrzonym w poziomą szparę o dowolnie regulowanej szerokości. Przed szparą znajduje się soczewka. Odbity promień światła skierowujemy na kimografion, opatrzony czułym na światło papierem, na którym zostaje zapisana krzywa fal tętna. Odpowiednie ustawienie lustro wymaga dość dużej wprawy. O. sądzi, iż sposób ten może być szczególnie przydatnym do otrzymywania krzywych tętna żylnego, gdyż unika się przy nim wszelkiego ucisku na żyłę.

(*Münch. med. Woch.* 1910, Nr. 7).

Stanisław Saski.

## 83. M. Bensaud. O leczeniu choroby Raynaud'a gorącym powietrzem.

Doskonale wyniki stosowania gorącego powietrza w leczeniu różnych zgorzeli, zwłaszcza cukrowych, zachęciły autora do spróbowania tej metody i przy chorobie RAYNAUD'a we wszystkich okresach tego cierpienia (*syncope, asphyxia, gangraena*). U 4-ch chorych cierpiących na powierzchowne zgorzelińowe owrzodzenia palców rąk i nóg, odznaczające się niezmierną uporczy-

wością, działanie strumienia powietrza, ogrzanego do 50° C. przejściem prądu elektrycznego, wywołało po kilkunastu posiedzeniach stopniowe oczyszczenie i zablźnienie owrzodzeń; jednocześnie i napady sinicy i bólów powoli zaczęły ustępować. Wpływ gorącego powietrza w chorobie RAYNAUD'a należy sobie tłómaczyć energicznym wystąpieniem czynnego przekrwienia, ułatwiającego rozluźnienie i wessanie nacieków *intimae* i podniecająco działającego na naczynia; skoro już istnieje zakażenie i zgorzel, gorące powietrze wytwarza pewien rodzaj trwałego wyjaławiania. Czynniki etyologiczne zgorzeli kończyn: alkoholizm, syfils, gruźlica, zaburzenia krążenia, również stadyum rozwojowe choroby RAYNAUD'a prawdopodobnie jednakowo dobrze są wskazaniem do zastosowania gorącego powietrza i jednakowo dobrze poddają się jego sile. Jakkolwiek metoda ta wymaga specjalnej instalacji i sporo wytrwałości ze strony chorego, zjawia się bowiem potrzeba stosowania jej w cięższych postaciach i po wyleczeniu, głównie z nastaniem chłódów, ze względu, że inne sposoby leczenia, np. „*haute fréquence*“ analogicznie działająca, zupełnie zawodzi, zasługuje na baczniejszą uwagę.

(*Bullet. et Mém. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris 1909, Nr. 39.*)

A. Racinowski.

## ODCINEK.

### O Związku lekarzy słowiańskich słów kilka.

Cokolwiekbyś dałoby się powiedzieć na temat kosmopolityzmu nauki przyznać jednakże trzeba, że nauka jest ważnym czynnikiem narodowości i życia narodowego.

Wprawdzie prawdy naukowe, ogłoszone wyniki naukowe stają się własnością powszechną, wspólną bez względu na to, do jakiego narodu należą, samo jednak dążenie do prawd naukowych, do rozwoju nauki, do jej robienia, że się tak wyrażę, jest już zasługą, nawet chlubą oddzielnych uczonych, ewentualnie narodu danego, do którego oni należą.

Aczkolwiek omal jedynym bodźcem dla uczonego bywa chęć, żądza odkrycia prawdy, niezaprzeczenie jednakże i uczucie narodowe, o ile jest istotnie silnie rozwinięte, dodaje zachęty i sił do pracy naukowej. Pragnienie, aby naród własny nie pozostawał w tyle za innymi, aby innym przodował, a przynajmniej dorównywał, stało się nieraz kamieniem węgielnym ważnego poczynania, stworzyło nie jedną ważną dla nauki i ludzkości instytucję.

Takie poczucie odrębności naukowej pod względem narodowym w czasach ostatnich zaczyna szersze zajmować kręgi, obejmując nie tylko już naród, lecz rasę. Rzeczywiście, jesteśmy świadkami, między innymi, związków lekarzy niemieckich, lekarzy francuskich, rosyjskich, a od niedawna powstało zjednoczenie lekarzy słowiańskich, które nazwałbym raczej „Związkiem związków lekarzy słowiańskich“.

W tym razie na powstanie zrzeszenia przedstawiciele różnych narodów słowiańskich, używających różnych języków, działały motywy nie tylko zy-

skania poparcia, uznania i życzliwości u najbliższych, co do pochodzenia rasowego, lecz także bez wątpienia względy natury politycznej, potrzeba przeciwstawienia się rasowego we wszystkich dziedzinach życia narodowego.

Ten związek związków nazwany urzędowo „Centralnym Komitetem Lekarskim Słowiańskim“, datuje istnienie swoje od roku 1900. W tym czasie, w Paryżu Komitet ten został powołany do życia przez zebranie lekarzy słowiańskich, w którym reprezentowane były wszystkie słowiańskie narody; od tej pory uzupełnia się Komitet przez kooptację. Celem Komitetu Lekarskiego Słowiańskiego jest: nasamprzód nawiązywanie i podtrzymywanie wzajemnych stosunków pomiędzy lekarzami wszystkich narodów słowiańskich w zakresie naukowym, gospodarczym i towarzyskim; a powtóre, zapewnienie wszystkim narodom słowiańskim we wszechświatowych stosunkach lekarskich, a w szczególności na międzynarodowych zjazdach lekarskich i w piśmiennictwie — należytego im stanowiska.

Środkami do celu tego służyć mają: wzajemne stosunki K. L. S. i Komitetów narodowych; utrzymywanie stosunków z instytucjami, towarzystwami i czasopismami lekarskimi poszczególnych narodów słowiańskich za pośrednictwem Komitetów narodowych; wydawanie „Przeglądu prac naukowych lekarskich słowiańskich“ („Revue medicale slave“), zawierającego streszczenia w języku francuskim, angielskim, włoskim, lub niemieckim; sprawozdania z prac lekarzy słowiańskich w czasopismach niesłowiańskich; sprawozdanie z prac lekarzy poszczególnych narodów słowiańskich w czasopismach lekarskich innych narodów słowiańskich; organizowanie ogólnosłowiańskich zjazdów lekarskich; organizowanie udziału lekarzy słowiańskich w zjazdach lekarskich poszczególnych narodów słowiańskich; nawiązywanie stosunków z komitetami organizacyjnymi międzynarodowych zjazdów lekarskich.

Projekt statutu K. L. S. szerzej omawia „Komitety narodowe“. Komitety narodowe same ustanawiają liczbę swych członków i sposób, w jaki się uzupełniają. Komitet narodowy może być uzupełniany albo przez zaproszenie delegatów instytucji i towarzystw lekarskich swego narodu, albo przez kooptację członków z pośród lekarzy, życzliwych sprawie słowiańskiej. Komitety narodowe wybierają sobie same odpowiednich funkcyjaryuszów. W każdym jednak razie mają obowiązek wybrać do K. L. S. — 3-ch delegatów i 3-ch zastępców; jednym z delegatów musi być prezes Komitetu narodowego (będący zarazem jednym z wiceprezesów K. L. S.), drugim zaś sekretarz Komitetu narodowego. W razie ustąpienia lub śmierci delegata, przeprowadza Komitet narodowy na najbliższem posiedzeniu wybór uzupełniający na jego miejsce.

Komitety narodowe mają wśród lekarzy swego narodu zmierzać do wypełnienia ogólnych celów K. L. S., zarazem są one stałemi Komitetami dla zjazdów międzynarodowych. Komitety narodowe w tym celu pośredniczą w stosunkach towarzystw, instytucji i czasopism lekarskich własnego narodu z K. L. S.

Już na zebraniu Komitetu Lekarskiego Słowiańskiego dnia 8 czerwca 1908 roku w Pradze, uchwalono, aby opracować projekt statutu takiego i przedstawić go na zebraniu następnem w Peszcie, podczas międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, wskutek usunięcia się jednakże od Zjazdu 6-ciu narodowości słowiańskich — Czechów, Słowienców, Serbów, Słowaków Kroatów i Rusinów, zebranie Komitetu Lekarskiego Słowiańskiego odbyć się w czasie Zjazdu w Peszcie nie mogło, a zostało zwołane w Wiedniu, bezpośrednio po Zjeździe peszteńskim, jako zebranie nadzwyczajne na dzień 5 IX 1909 r. Otóż, na zebraniu tem, na którym wybrano na prezesa centralnego Komitetu lekarskiego prof. B. WICHERKIEWICZA, podał projekt statutu Ko-

mitetu tego (po czesku i po polsku) dr SEMERAD z Vinohrad. Projekt ten, po wprowadzeniu pewnych poprawek przyjęto, a zatwierdzenie jego uzależniono od rozpatrzenia przez poszczególne komitety narodowe. Z ramienia Komitetu narodowego polskiego projekt rozpatrzył krytycznie prof. ST. CIECHANOWSKI, długoletni sekretarz Komitetu Polskiego na zjazdach międzynarodowych lekarskich; najważniejsze poprawki w projekcie czeskim, dokonane przez prof. ST. CIECHANOWSKIEGO, polegają na tem, że czynności centralnego Komitetu sprawowane będą kolejno przez różne narody, że punkt ciężkości właściwej prac przeniesiono do Komitetów narodowych, utworzywszy z Komitetu centralnego organ głównie nadzorczy i łączący, że Komitetom narodowym nadano zarazem cechę stałych komitetów dla zjazdów międzynarodowych i możności organizacji, zapewniającą im większą powagę. Projektodawca uważa wreszcie za konieczne oparcie Komitetów narodowych w sprawach ważnych o „Rady narodowe“, o ile one u danego narodu istnieją.

Otóż, projekt statutu tego, oraz proponowane poprawki rozpatrywane były drobiazgowo na posiedzeniu w dniu 1. V. r. b. przedstawicieli organizacji naukowych lekarskich polskich, przybyłych na dzień ten w liczbie 15 tu osób, na wezwanie prezesa zjazdów lekarskich słowiańskich prof. B. WICHERKIEWICZA, do Krakowa. Zapadłe uchwały na posiedzeniu tem podajemy na innym miejscu.

Tutaj zaznaczamy, że podczas ożywionych rozpraw podnoszono z różnych stron i niejednokrotnie wątpliwości co do istoty korzyści z należenia do związku takiego, wyrażano przypuszczenia, a nawet obawy, co do ewentualnej wogóle hegemonii, a w szczególności odnośnie języka na zjazdach, jednych słowian względem innych; pomimo tego jednakże wszyscy uczestnicy zebrania z różnych dzielnic Polski orzekli, że do związku lekarzy słowiańskich i lekarze Polacy należeć powinni.

Zbiegiem okoliczności związek niebawem złoży dowód, a poniekąd egzamin solidarności narodowej i dyscypliny zawodowej, albowiem Komitet Narodowy Polski stanowczo wypowiedział się przeciwko zjazdowi lekarskiemu słowiańskiemu w Sofii w tym terminie, jaki wyznaczono, t. j. w dniu 15-go lipca r. b., podawszy poważne motywy postanowienia swego.

*Józef Jaworski.*

---

## Wiadomości bieżące.

---

— W ubiegłym tygodniu pisma codzienne podały wiadomość o zamierzonej przez władze miejskie dobudowie paru pawilonów dla chorych zakaźnych na terytorjum szpitala Św. Stanisława. Projekt powyższy, dążący do złagodzenia najdotkliwszej może bolączki naszego szpitalnictwa, powitaćby należało z jak najwyższą radością, gdyby to miał być tylko środek zaradczy tymczasowy, otwierający wstęp do dalszych, bardziej radykalnych zamierzeń. Niestety, okoliczność, że koszt budowy wspomnianych pawilonów ma pokryć magistrat z nowej kilkomilionowej pożyczki miejskiej, rodzi przypuszczenie, że w projekcie swoim władze miejskie widzą już rozstrzygnięcie na długie lata palącej sprawy braku miejsc dla chorych zakaźnych w naszych szpitalach. W tych warunkach obawiać się można, że rozważana tylokrotnie w prasie i w naszych instytucjach społeczno-lekarskich sprawa budowy nowego szpitala dla chorych zakaźnych poza miastem ulegnie odroczeniu na całkiem nieokreśloną przyszłość.

Jeżeli rozpatrywać projekt magistratu z tego punktu widzenia—jako zamierzenie o trwalszym istnieniu, w innym, jaskrawszym świetle ukażą się ujemne jego strony, które tolerowaćby można jeszcze w projekcie, obliczonym tylko na krótszą metę. A więc przedewszystkiem, samemu terytorium szpitala Św. Stanisława, przez dobudowę nowych pawilonów i rozszerzenie zabudowań gospodarczych grozić będzie nadmierne zacieśnienie, które niewątpliwie znacznie obniży warunki higieniczne szpitala, grające wszakże w szpitalu dla zakaźnych o wiele wyższą jeszcze rolę, niż w szpitalach ogólnych. Powtóre, skupienie na małej przestrzeni tak licznych ognisk zarazy pośród okolicy miasta mocno zaludnionej wytworzy ze szpitala prawdziwy rozsądnik chorób zakaźnych dla ludności miasta. Niebezpieczeństwo to wzrośnie jeszcze niepomierne przez fakt, że ścieki z wielkiego szpitala dla chorych zakaźnych, z powodu zupełnego braku miejsca na budowę osadników biologicznych, z konieczności spuszczone będą do Wisły.

Nie możemy w krótkiej notatce zdecydować stanowczo o sprawie, w której rozstrzygnięciu różne względy muszą być brane pod uwagę; sądzymy wszakże, że motywy wyżej przytoczone powinny wpłynąć na głębokie rozważenie sprawy, której zdecydowanie niewłaściwe może mieć dla miasta skutki wysoce opłakane.

— Przypominamy wszystkim kolegom, którzy nie przystali jeszcze swoich życiorysów do „Słownika Lekarzów Polskich“, że termin nadsyłania materiałów biograficznych upływa 1-go lipca r. b. [adres—kol. GURANOWSKI, Niecała 7]. Do ułożenia słownika, który ma być dalszym ciągiem pracy ś. p. KOŚMIŃSKIEGO, utworzył się Komitet, w skład którego weszli następujący koledzy: ARNSTEIN F., GURANOWSKI L., JAWORSKI J., ORZOWSKI ST., PUŁAWSKI A., STARKIEWICZ W., SZUMLAŃSKI W., SZYMAŃSKI BR., WINIARSKI J. i ZWĘJGBAUM M. Prócz tego zaproszono do współpracownictwa kolegów z Galicji, Poznańskiego, Litwy i Rusi, a nawet i z Ameryki. Chodzi tu o podanie głównych dat z życia [urodzenie, skończenie szkół i uniwersytetu], spisu prac [o ile kto je pisał] oraz danych o zajmowanym stanowisku w sferze zawodowej lub społecznej. Słownik ma obejmować w s z y s t k i c h lekarzy polaków, chociażby nie ogłaszających drukiem swoich prac lekarskich.

— Termin Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie został ustalony na dzień 6., 7. i 8. października b. r. Biuro Komitetu Zjazdowego mieści się—ul. Kopernika 15 [prof. dr LEON KRYŃSKI].

— Delegacja Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich przypomina, że termin zwrotu bloczków statystycznych w sprawie gruźlicy już minął i uprasza uprzejmie tych kolegów, którzy zajmowali się zbieraniem statystyki, o odesłanie bloczków pod adresem, na bloczkach wymienionym.

— W czerwcu b. r. upływa 35-lecie pracy szpitalnej prof. PAREŃSKIEGO w Krakowie. Dla uczczenia jubilat utworzył się Komitet, który w odezwie drukowanej nawołuje do zbierania składek na fundusz imienia PAREŃSKIEGO dla ozdrowieńców, opuszczających szpital Św. Łazarza.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 17-go marca do 23-go kwietnia r. b. do szpitali warszawskich przybyło 149 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 29, odrą 5, płonicą 6, błonicą 5, różą 6, tyfusem brzuszny 11, tyfusem płamistym 43, grypą 7, zapaleniem płuc 36 i biegunką krwawą 1.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 17 osób, mianowicie: na ospę 5, płonicę 1, różę 1, tyfus płamisty 1, tyfus brzuszny 2 i zapalenie płuc 7. W całym zaś miesiącu liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 21, mianowicie: na ospę zmarło 10 osób, na płonicę 1, różę 1, tyfus płamisty 2, tyfus brzuszny 2, koklusz 4 i na biegunkę krwawą 1.

W następnym tygodniu od 24-go do 30-go kwietnia przybyło do szpitali warszawskich 127 chorych zakaźnych, mianowicie: z ospą 13, odrą 6, płonicą 8, błonicą 4, różą 8, tyfusem płamistym 24, tyfusem brzuszny 12, grypą 3, zapaleniem płuc 48 i kokluszem 1.

W tymże tygodniu zmarły w szpitalach 23 osoby, mianowicie: na ospę 4, różę 1, tyfus plamisty 5, tyfus brzuszny 1 i zapalenie płuc 12. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 22, mianowicie: na ospę zmarło osób 4, na odrę 3, płonicę 3, błonicę 2, różę 1, tyfus plamisty 5, tyfus brzuszny 1, koklusz 2 i na biegunkę krwawą 1.

Od 1-go do 7-go maja zgłosiło się do szpitali warszawskich 114 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 14, odrą 3, płonicą 5, różą 6, tyfusem plamistym 20, tyfusem brzuszny 11, grypą 5, zapaleniem płuc 49 i biegunką krwawą 1.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 12 osób, mianowicie: na ospę 2, tyfus brzuszny 3 i na zapalenie płuc 7. W całym zaś mieście w tymże czasie na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, zmarło 25 osób, mianowicie: na ospę 9, odrę 1, płonicę 10, błonicę 1, tyfus plamisty 2, tyfus brzuszny 1, i na koklusz 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła: w dniu 17-go kwietnia—3072; w dniu 24-go kwietnia 3042 i w dniu 1-go maja 2967.

---

## NEKROLOGIA.



Dnia 10-go maja r. b. zmarł w Białymstoku Dr med. LUDWIK FORSTETER urodzony w Lublinie w r. 1849. Na wydział lekarski b. Szkoły Głównej wstąpił w r. 1868. Stopień lekarza otrzymał w r. 1877 w Uniwersytecie Warszawskim. Stopień Doktora medycyny uzyskał w Akademii medycznej po obronie rozprawy p. t. „Działanie alkaloidu duboizyny na serce żaby“.

Był to lekarz szerokiej wiedzy, autor wielu poważnych prac naukowych, ceniony praktyk. Pozostawił po sobie szczerzy żal wśród publiczności białostockiej i kolegów, których szlachetnym charakterem, etycznym i miłym obejściem zjednywał. Obszerniejszy życiorys umieścimy wkrótce.

---

## O G Ł O S Z E N I A.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, że w październiku 1909 roku przyznana zostanie nagroda imienia A. B. HELBICHA w kwocie rubli 150 za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1907 i 1908 lub w tychże latach w rękopisie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Do nagrody kwalifikują się jedynie prace oparte na samodzielnych badaniach, które mogą się przyczynić do postępu wiedzy lekarskiej.

Komitety sędzący własnym staraniem będzie usiłował zebrać prace, odpowiadające warunkom konkursu; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń prosi autorów o składanie ich najpóźniej do 1-go marca 1909 roku na imię Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Autorowie, składający prace w rękopisie, mogą albo od razu ujawnić nazwisko lub składać je w zamkniętej kopercie, zaopatrzonej tem samem, co i

rękopis, godiem. Koperta z nazwiskiem otworzoną będzie tylko w razie przyznania nagrody.

Od ubiegania się o nagrodę wyłączone są prace, za które autorowie otrzymali już nagrodę pieniężną z któregoś bądź funduszu nagrodowego, będącego w zawiadywaniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Sekretarz Stały, Dr med. A. Sokołowski.

---

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zawiadamia, że w październiku r. b. przyznana będzie zapomoga w kwocie rub. 400, z funduszu imienia doktora medycyny ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, na pokrycie kosztów leczenia sanatoryjnego [przedewszystkiem w sanatorjum w Rudce] młodemu lekarzowi, polakowi bez różnicy płci i wyznania, dotkniętemu poczynającymi się okresami gruźlicy.

Pierwszeństwo do zapomogi mają asystenci szpitali cywilnych w Warszawie. W braku odpowiednich kandydatów, z zapomogi tej mogą korzystać i inni lekarze, dotknięci gruźlicą lub nawet studenci medycyny z 2-u ostatnich kursów.

Podania wraz z załączeniem *curriculum vitae* składać należy na imię Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w kancelaryi Towarzystwa [Niecała 7].

Sekretarz Stały, Dr med. A. Sokołowski.

---

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1909/10 zawakuje sześć stypendyów, każde po rubli 300 rocznie z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego, zmarłego w r. 1848 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich; b) Chiliewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chiliewskiego, w Galicji zamieszkałi; c) Strojeccy, synowie po Adolfie Strojeckim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion—stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący sobie ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała № 7) najpóźniej do dnia 15 września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Sekretarz Stały Towarzystwa, Dr. Med. A. Sokołowski.

---

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

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.