

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. BUJWID I SZULC. Porównawcze działanie różnych środków przy powierzchownem odkażaniu rąk ze szczególnem uwzględnieniem działania rozcieńzonego alkoholu. II. A. PUŁAWSKI, Przypadek choroby ADDISONA (Gruźlica obu nadnerczy, t. zw. *status lymphatico — thymicus*, niedorozwój narządów krwiobiegu i płciowych). Str. 162. *Dział sprawozdawczy*. 13. Nowikow. Nephrotomia i pyelotomia. Str. 168. 14. R. C. CABOT (Boston). Przyczyny puchliny brzusznej (*ascites*) na podstawie pięciu tysięcy przypadków. Str. 168. 15. R. CABOT (Boston). Studium nad błędami w rozpoznaniu, oparte na porównaniu tysiąca protokółów sekcyjnych z kartami szpitalnemi. Str. 169. *Odcinek*. Sprawozdanie Magistratu Miasta Warszawy za rok 1908—1909, oraz ważniejsze zamierzenia w dziedzinie szpitalnictwa. Str. 172. *Przegląd bibliograficzny*. Prof. E. ROSS. Badania kliniczne nad zjawiskami dźwiękowemi serca. Ocenili K. OCZESALSKI. Str. 176. *Wiadomości bieżące*. Str. 179. Od Redakcyi. Str. 182. *Ogłoszenia*.

I. Z ZAKŁADU HYGIENY UNIW. JAGIELLOŃSKIEGO W KRAKOWIE.

Porównawcze działanie różnych środków przy powierzchownem odkażaniu rąk ze szczególnem uwzględnieniem działania rozcieńzonego alkoholu.

Podali

Bujwid i Szulc.

Odkażanie rąk i pola operacyjnego posiada dziś bardzo już obszerną literaturę.¹⁾ Szeregi badań podjętych w tym kierunku dały wogóle ten wynik, że zupełne, doszczętne wyjałowienie jest tutaj niemożliwe.

Z góry musimy zaznaczyć, że na razie przyjmujemy za pewnik to, co powszechnie przez różnych badaczy zostało przyjęte, mianowicie, iż żadna metoda, ani żaden środek, osobno użyty, nie jest w możności zupełnie zabezpieczyć przed wprowadzeniem bakteryi bądźto z naskórka ręki, bądź z naskórka chorego, bądź wreszcie z włosów brody, głowy, a szczególnie z ust podczas mówienia. Na ten ostatni moment zakaźny

¹⁾ Jeszcze w 1897 r. EPSTEIN zaznaczył, że alkohol 50%_o-y jest jednym z najlepiej działających środków odkażających. MENGE w r. 1898 stwierdza, że alkohol 70%_o-y nie działa na zarodniki. DÖDERLEIN w r. 1898 poleca rękawiczki gumowe. OPITZ w tymże roku niciane. AHLFELD uznaje, że alkohol 96%_o-y nawet w głębi naskórka niszczy zarazki. Rozcieńczony działa mniej bakterjobjęczo. BUMM jest zdania, że alkohol nie nadaje się do dezynfekcyi rąk. KRÖNIG i BLUMBERG polecają przetwory rtęciowe (związki amido i azotany). Mi-

szczególnie zwrócić należy uwagę. Ilekroć to razy niecierpliwy operator przez energiczne polecenia lub uwagi podczas rękoczynu wyrzuca z ust całe masy gronkowców i paciorkowców i w ten sposób sprowadza zakażenie! Nie jednemu z takich pokazałbym jako przestrożę zdjęcie fotograficzne z hodowli na płytce agarowej, otrzymane po wymówieniu kilku wyrazów. Pomijam dmuchanie i t. p. sposoby zakażenia, przez zapominających się operatorów niekiedy stosowane. Radzilibyśmy tylko przerobić każdemu chirurgowi kilka takich doświadczeń osobiście, ażeby wiedział, że nie ręce, ani narzędzia są najczęstszą przyczyną zakażeń pooperacyjnych, ale nie dosyć celowe lub niepanujące nad swymi odruchami zachowanie się operatora. W znacznej mierze niebezpieczeństwo to usuwa przepaska z gazy na ustach, która też jest istotnym postępowaniem w chirurgii. Nie usuwa ona jednak wszystkich momentów. To samo można powiedzieć o rękawiczkach — czyto gumowych, czy nicianych — każde z nich mają swoje zalety i wady. Wszystko to są jednak luźne uwagi, mimo woli nasuwające się pod pióro, gdy chodzi o tak ważną sprawę, jak uwolnienie chorego od obawy obcego zakażenia, bo oczywiście możliwym jest przeniesienie zarazków z pola już zakażonego do innych tkanek ustroju podczas operacji.

Ciągle słyszymy o nowych sposobach dezynfekcji skóry, a zwłaszcza naskórka ręki, mających na celu jeśli nie zniszczyć w zupełności, to przynajmniej możliwie zmniejszyć liczbę bakterii, jakie na powierzchni bądź ręki, bądź też pola operacyjnego znaleźć się muszą. Dążenie to ze wszech miar zrozumiałe dziś bardziej niż w pierwszej epoce bakte-

KULICZ w r. 1899 poleca spirytus mydlany. FUCHSIG stwierdza, że ostre mydło SCHLEICH'a nawet po zdrapaniu naskórka aż do chropowatości nie daje pewności wyjałowienia. HAHN poleca 96%-y alkohol i sublimat. VOLLBRECHT poleca spirytus mydlany w formie stałej. AHLFELD w r. 1900 znajduje, że lysoform nawet w 5%-ym roztworze nie wyjaławia. PAUL i SARVEY dochodzą do wniosku, że metoda AHLFELD'a (5—10 minut w ciepłej wodzie szczotką, osuszenie, 3 minuty mocnym alkoholem, 2—3 minuty alkoholem i flanelą) nie wystarcza do zupełnego wyjałowienia; również i metoda FÜRBRINGER'a (5 minut wodą z mydłem i szczotką, 5 minut alkohol i 2 minuty roztwór sublimatu 1^o/₁₀₀). SCHAEFFER dochodzi do wniosku, że dla praktycznych celów wystarcza możliwe zmniejszenie ilości bakterii, w r. 1904 dochodzi do wniosku, że alkohol daje najlepsze wyniki. SCHUMBURG powtarza doświadczenie ze spirytusem mydlanym i osiąga złe wyniki. HEUSSNER poleca jodbenzynę, BRUNN gaudaninę, jako osłonę na ręce od bakterii w głębi; w tym samym celu różni autorzy polecają użycie mocnego alkoholu jako środka garbującego. ZABLUDOWSKI łączy alkohol z tanniną. HERFF w r. 1909 poleca w położnictwie zastosowanie alkoholu 50%-go. GROSSICH w r. 1908 poleca jodynę. SICK ¹⁾ ponownie poleca spirytus mydlany. SCHUMBURG ²⁾ zaznacza, że lepiej działa sam alkohol. U obu ostatnich autorów znajdujemy wskazówki z literatury przedmiotu. Już po napisaniu niniejszej pracy ukazała się w Zeitschr. f. Hygiene t. 70 z. 2 praca ALF. BEYER'a, który również dochodzi do wniosku, że alkohol jest najlepszym środkiem dezynfekcyjnym dla rąk — różni się jednak w tem, że uważa za najlepszy alkohol 70%-y.

¹⁾ Deutsche med. Woch., Nr. 17. 1911.

²⁾ Deutsche med. Woch., Nr. 20. 1911.

ryologicznej. Wiadomo bowiem, że z niewielką liczbą bakteryi nawet jadowitych ustroj może sobie dobrze radzić, szczególnie gdy się znajduje w korzystnych warunkach.

Dziś też, gdy chodzi o dokonanie większej operacyi i możliwe usunięcie momentu infekcyi ze strony rąk operatora lub zakażenia rąk obfitą ropą przy operacyi, prawie powszechnie osłania się powierzchnię zapomocą rękawiczki lub środków osłaniających. Pozostaje jeszcze dezynfekcyja pola operacyjnego—zmniejszenie możliwe tego, co do rany z powierzchni skóry przeniesionem być może. Tutaj mamy do zaznaczenia znakomity postęp od czasu GROSSICHA, który przez wprowadzenie jodyny podał skuteczny i szybki sposób dokładnego wyjaławiania naskórka.

Odkazanie samych tylko rąk przedstawia prawie niepokonane trudności, tak, iż różni autorowie dochodzą do zupełnego pesymizmu i polecają używanie gumowych i nicianych rękawiczek. Czy one jednak są tak pewne? Czy podczas operacyi pęknięcia drobne, nacięcia, nakłucia rękawiczek nie wprowadzają do nich zarazka? Dzieje się to częściej, niż myślimy. Słusznie również zaznaczają inni, że rękawiczki zmniejszają delikatność dotknięcia i uczucie dotyku w ręku operatora, skutkiem czego polecają używanie rękawiczek gumowych tylko przy silnie zakażonym polu operacyjnem.

Istotnie trzeba przyznać, że badając skórę rąk przed i po myciu nawet przez czas dłuższy wodą ciepłą z mydłem i różnymi czynnikami odkażającymi, znajdujemy jednak w głębi bakterye niezniszczone. Pochoǳą one z fałdów i otworów naskórka, do których środek odkażający się nie dostał. Toteż rozmaici chirurgowie nie wahają się przed najbardziej barbarzyńskimi zabiegami względem własnych rąk; ażeby tylko dojść do możliwego ich odkażenia. Wymieniliśmy propozycyę smarowania jodyną; ponieważ codzienne penzlowanie jodyną czyni ręce niezdatnemi do użytku, więc niech będzie chociaż co 10—15 dni. Niech chociaż co 2 tygodnie będą ręce dobrze wyjałowione!

Wypada zaznaczyć, że stosunkowo nieznaczna liczba badaczy, o ile mi wiadomo z dostępnej literatury, wykonywała badania nad odkażaniem rąk z tych zarazków, które najczęściej jako zarazki ropne na rękach występują, jak gronkowce i paciorkowce. Badano florę bakteryjną taką, jaka wogóle na rękach się znajduje, bardziej pod względem ilościowym, niż jakościowym. Brak ten należałoby usunąć przez zastosowanie badania nad sposobami odkażania naskórka z zarazków ropotwórczych, które wprowadzimy w dużej ilości i postaramy się je potem usunąć w sposób możliwie łatwy i szybki, co może mieć szczególne znaczenie w mniejszej chirurgii i w nagłych wypadkach, gdzie zależy na czasie.

Postanowiliśmy ponownie przestudyować działanie różnych środków odkażających, wybierając metodę, któraby pozwoliła ocenić działanie środka na znajdujące się powierzchownie na naskórku rąk zarazki ropotwórcze, ażeby się przekonać, jak działają te środki co do siły od-

każącej i czasu odkażenia. Pracę tę przygotowaliśmy jeszcze na Zjazd chirurgów polskich w roku 1910. Wyniki jednak otrzymane były tak niespodziewane i sprzeczne z dotychczasową praktyką odkażania rąk, że postanowiliśmy dalej nad tem pracować, ażeby się co do wyników należycie upewnić. I dziś jednak pracy tej nie możemy uważać za skończoną.

Doświadczenia prowadzone były w sposób następujący: Hodowla agarowa gronkowca lub paciorkowca roztartą zostaje na dokładnie wymytej i odkażonej opuszcze palca lewej ręki. Kontrola odkażania odbywa się zapomocą trzykrotnego przeprowadzenia opuszką palca po powierzchni płytki agarowej, przygotowanej przed kilkoma godzinami. Powierzchnia agaru musi być zupełnie pozbawioną kropelek wilgoci i dla tego nie może być użyty agar świeżo wylany, ale musi stać kilka godzin w termostacie pomiędzy dwoma kłoszykami płytki PÉTRIEGO, zwrócony powierzchnią na dół—tak jak się to robi przy hodowaniu bakterii tyfusowych z kału i wody. W ten sposób przyrządzona płytka ma powierzchnię wilgotną, sprężystą jak miękka guma i każdy fałdzik naskórka przy lekkim ucisku palca styka się ściśle z powierzchnią agarową, która jak gąbka ściiera przylegające do opuszki bakterye. Po 24-ch godzinach hodowania w termostacie otrzymamy dokładny obraz liczby bakterii, które zpełzły z palca w postaci mniej lub więcej gęstych kolonii, jak widać na załączonych fotogramach. Jeżeli bakterye nie zostały naruszone—mamy wtedy szerokie, jednolite, gęste pasmo kolonii, (rys. 1 działanie alkoh. 95%-go), jeżeli częściowo zostały zniszczone, mamy kolonie oddzielne (działanie 1%-go sublimatu i 5%-go lysoformu rys. 2), jeżeli wszystkie zostały zniszczone, płytka pozostaje wolną od kolonii, jak to widać pod działaniem alkoholu 50%-go na załączonym fotogramie ¹⁾). Metoda przez nas użyta jest prosta; pozwala bardzo dobrze ocenić działanie środka we wszystkich stopniach siły tego działania.

Zaznaczymy jeszcze, że hodowla, którą rozcieramy na palcu, pociskając dość silnie łopatką platynową aż do jej wyschnięcia, co następuje po $\frac{1}{2}$ —1 minucie, dostaje się dosyć głęboko do fałd naskórka i silnie przylega. Sam wpływ mechaniczny, np. zmycie wodą, nie może usunąć bakterii z powierzchni palca i zaledwo po 4-krotnem zmyciu przy silnem pocieraniu namydlonym wacikiem w ciągu kilku minut jesteśmy w możności wtarte bakterye i to niezupełnie usunąć. Można zatem, w ten

¹⁾ Fotogramy otrzymane z płytek agarowych. Rys. 1 przedstawia płytkę, której górna część otrzymała 3 rysy palcem zakażonym hodowlą gronkowca, poczem w ciągu 2-u minut hodowla na palcu ulegała działaniu 95%-go alkoholu. Część dolna przedstawia płytkę, na której zrobiono 3 rysy palcem zakażonym taką samą hodowlą, na którą działało 20 sekund alkoholem 50%-ym. Na tej drugiej połowie nie wyrosło nic.

Rysunek drugi przedstawia również płytkę agarową. Górna jej połowa otrzymała 3 rysy palcem zakażonym hodowlą, na którą działało roztworem sublimatu, dolna tak samo po działaniu 5%-go lysoformu przez 20 sekund. Widocznie działanie bardzo słabe.

sposób postępując, myśleć o działaniu środka odkażającego na pewną głębokość warstw naskórka, a zatem na odkażanie wgłąb. I istotnie pokazuje się, że odkażanie wgłąb przy zastosowaniu różnych środków ma miejsce, jednak z nierówną siłą, stosownie do jakości użytego środka.



Rys. 1.



Rys. 2.

Środki odkażające stosowaliśmy w ten sposób: gdy hodowla gronkowca po silnem wtraciu już wyschła—co następuje po $\frac{1}{2}$ —1 minucie, pocieraliśmy powierzchnię zakażoną w ciągu 10—15—20-u sekund aż do kilku minut rozczyntem danego środka, poczem po obmyciu palca wodą wyjałowioną wykonywaliśmy w sposób powyżej już opisany pociągnięcie powolne po powierzchni agarowej płytki trzykrotnie. Dla skontrolowania, czy pocieranie nie wpływa mechanicznie, wykonywaliśmy to samo w inny sposób; mianowicie wacik zmoczony w rozczyntnie przyciskaliśmy do powierzchni zakażonego palca, poczem po opłukaniu wodą wyjałowioną robiliśmy natarcie na agarze. Wyniki otrzymane podajemy w poniżej zestawionym szeregu doświadczeń, z których widać jak szybko działają różne środki odkażające. Wzrost bakteryi oznaczamy + + + jeżeli wyrosły tak, jak na płytce kontrolnej; + + jeżeli w ilości znacznie zmniejszonej; + bardzo mało; 2—3 lub kilka kolonii, jeżeli działanie było blizkie zupełnego zera; jeżeli nic nie wyrosło, t. j. wszystkie bakterye uległy zniszczeniu.

15/XI 910. Doświadczenie I. z hodowlą gronkowca.

woda z mydłem + + +
 spirytus mydlany + +
 3% lysol +
 2% fenol +
 1% formalina +
 5% lysoform + +
 3% boroform + ÷ +
 eter +
 benzyna + + +
 jodobenzyna + + +

95% alkohol + + +
 50% alkohol 0
 jodyna 3-krotne posmarowanie 0.

21/XI 910. Doświadczenie II. Palec zanieczyszczony ropą gronkowcową, zmywany 10 sekund rozczyntem odkażającym.

kontrola + + +
 woda z mydłem + + +
 benzyna + + +
 jodobenzyna + +

50% alkohol +
96% alkohol +++
55% alkohol—kol. 1.

17/VI 910 i 19/VI 910. Doświadczenie III z hodowlą paciorkowca.

kontrola +++
benzyna +++
3% lysol 0
1‰ sublimat +++

14/IX. Doświadczenie IV. Grzbiet palca natarty hodowlą gronkowca, wytarty dokładnie 50%-ym alkoholem. Łopatką platynową zdarto naskórek z miejsc zakażonych i alkoholem umytych, hodowla z naskórka = 0.

13/VII 911. Doświadczenie V. Hodowla gronkowca.

94% alkohol +
75% „ pojedyncze kol.
50% „ 0
eter +++
2% fenol +
2% lysol +
5% lysoform ++
1‰ sublimat pojedyncze kol.

8/XI 911. Doświadczenie VI. Hodowla gronkowca.

1/2% lysochlor +++
1‰ „ 0
50% alkohol 0
2% lysol +
2% fenol +

13/XI 911. Doświadczenie VII. Hodowla b. coli.

kontrola +++
1% lysochlor ++
50% alkohol ++
promienie ultra fioletowe ++
Hodowla paciorkowca:
kontrola +++
50% alkohol 0
1% lysochlor 0

Hodowla gronkowca.

kontrola +++
1% lysochlor ++
promienie ultra fioletowe +
Hodowla b. coli 40 sekund.
50% alkohol +

21/XI. Doświadczenie VIII. Hodowla gronkowca.

kontrola +++
5% lysoform 30 sekund +++
1% lysochlor 30 sekund +
2% lysol 30 sekund +
50% alkohol 15 sekund 0
95% alkohol 30 sekund +++
1% sublimat 10 sekund +++
1‰ sublimat 20 „ ++
1‰ sublimat 30 „ 0

23/XI. Doświadczenie IX. Hodowla gronkowca.

1% lysochlor 20 sekund 0
94% alkohol 40 sekund +++
50% alkohol 10 sekund 0
Hodowla b. coli.
94% alkoh 60 sekund +++
50% „ 15 „ 0
5% lysoform 36 „ +++
1% lysochlor 15 „ +
2% lysol 15 „ 0
1‰ sublimat 15„ ++
2% fenol 15„ ++

11/XII 911. Doświadczenie X. Hodowla gronkowca.

kontrola +++
eter 3 minuty +
promienie ultrafioletowe 30 sekund ++
6% lysoform 3 minuty ++
1% chlormetakresolkalium 2 minuty, 2 kol.
1% chlor. sulfokrezol 4 min. +++
1% lysochlor 1 minuta 0
50% alkohol 10 sekund +
94% — 3 minuty +++

Doświadczenia I—VIII przeprowadzono, działając roztworem odkażającym przez pocieranie wacikiem w ciągu 10-u sekund. Wyniki tych doświadczeń wskazują, że najpewniej działa w ciągu tego czasu roztwór alkoholowy jodu (na suchą skórę) 50%-y alkohol, 1%-y lysochlor (chlor-

metakresol) oraz 3%-y lysol. Nie działają lub słabo działają: 95%-y alkohol, 5%-y lysoform, benzyna, eter, jodbenzyna, boroform, 1%-a formalina, 1‰ y sublimat, spirytus mydlany, woda z mydłem; mniej pewnie działają 2%-y fenol, 75%-y alkohol. Niejednakowo działają promienie ultrafioletowe, które otrzymywałem działaniem lampy rtęciowo-kwarcowej. Gdy warstwa bakterji jest grubszą, działanie występuje słabo. Na paciorkowiec działanie środków jest silniejsze, na *b. coli*—słabsze.

Z doświadczeń dalszych od VIII do X widać, że tak często używany lysoform, nawet w stężeniach wyżej 50% ustępuje znacznie innym środkom i do szybkiej dezynfekcji nie powinien być stosowany, podobnie zawodnym jest 1‰-y roztworu sublimatu, aczkolwiek działa pewniej; mocny alkohol 92—95%-y nie powinien być wcale stosowany, gdyż nie działa nawet po 3-ch minutach.

Streszczając wyniki dotąd otrzymane należy podnieść szybkie i dość rzadko zawodzące działanie 50%-go alkoholu, gdy natomiast tak często stosowany mocny alkohol jest dla dezynfekcji bez wartości. Działanie to, na pozór niezrozumiałe, wyjaśniamy w prosty sposób. Mocny alkohol od razu kurczy zewnętrzną śluzową powłokę bakterji i nie pozwala dalszym porcyom alkoholu drażyć do samej komórki bakteryjnej. Być też może, że ścina się pierwsza warstwa bakterji, głębsze zaś nie zostają przez alkohol dotknięte. Słaby wyskok natomiast jest silnym jadem protoplazmatycznym i w ten sposób działa od razu na całą zaródkę komórki bakteryjnej, do której przenika przez nieściętą śluzową ektoplazmę bakterji.

Ten zatem rozcieńczony 50%-y wyskok można uważać za najpewniejszy środek do odkażania rąk. Odkażenie wykonywamy w sposób następujący: po oczyszczeniu brudu z paznogi, myjemy ręce wodą z mydłem, wycieramy zwykłym ręcznikiem do sucha i polewamy kilkoma centymetrami sz. 50%-go alkoholu. Po wytarciu lub wyschnięciu rąk, powtarzamy polanie 50%-ym alkoholem w tej samej ilości. W ten sposób w ciągu 5-u minut otrzymujemy ręce bardzo mało zawierające bakterji (*b. mesentericus*, *subtilis* i inne zresztą nieszkodliwe). Oczywiście zachować należy wszelkie ograniczenia i zastrzeżenia, które się w takich razach nasuwają (nie zniszczymy zarodników tężca, wąglika i t. p.)

Obok alkoholu do tej szybkiej dezynfekcji można polecić: fenol, lysol, lysochlor. Natomiast należy usunąć sublimat, lysoform, eter, benzynę, tak często używane, jako mało użyteczne lub bezużyteczne, mogące natomiast być szkodliwymi lub niebezpiecznymi, jako środki wybuchające lub łatwo zapalne (eter i benzyna).

Zdaje się, że w pewnych razach wobec dążenia do używania środków bezwonných lub mających zapach słaby, pierwszeństwo przed lysolem i fenolem przyznać trzeba będzie lysochlorowi oraz chlormetakresol-kalium (świeżo utworzony środek), które przytem tańsze są od alkoholu. Alkohol jednak 50%-y, obok jodyny na suchy naskórek stosowanej, bę-

dzie zapewne najpewniejszym, jeżeli dalsze doświadczenia potwierdzą nasze zapatrywania.

Należy stanowczo odrzucić mycie szczotką i ostrymi środkami (mydło marmurowe), jako środkami działającymi na ślepo i niszczącymi naskórek. Działającymi na ślepo, bo każdy włos ostrej szczotki wciska bakterye z powierzchni naskórka wgłąb. Znane są ciężkie czyraki i zakażenia trupie z tego źródła wynikłe. Mechaniczne oczyszczenie wykonać należy bez naruszania naskórka, wata lub płótnem w mydle i miękkiej wodzie. Niszczenie naskórka sprowadza większą liczbę szpar i załamek, w których bakterye tem lepszą znajdują kryjówkę.

Alkohol 50% polecić można również jako środek bardzo pewny do mycia przyrządów, nie dających się inaczej wyjałowić (strzykawki metalowo-szklane lub przyrządy do wlewania soli i t. p.). Należy tylko nie używać rozczyńców poniżej 50%, a raczej dla ostrożności przyrządzać 60%-y jako blizki w działaniu. Rozczyny bowiem słabsze nie działają, jak o tem mogliśmy się również przekonać.

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
W WARSZAWIE.

Przypadek choroby Addisona.

(Gruźlica obu nadnerczy, t. zw. *status lymphatico—thymicus*,
niedorozwój narządów krwiobiegu i płciowych).

Podał

A. Puławski,

Ordynator oddziału.

Choroby nadnerczy, jak słusznie powiedział LEUBE, dotąd nie mogą być przedmiotem rozpoznania. Jedyne wyjątek pod tym względem stanowi zespół objawów, znanych pod nazwiskiem choroby ADDISONA, który najczęściej jest wyrazem gruźlicy nadnerczy. Z trójcy objawów choroby ADDISONA — ogólnej bezsilności (*asthenia*), zaburzeń w przewodzie pokarmowym i brązowego zabarwienia skóry — tylko ten ostatni, bynajmniej nie wczesny, raczej końcowy, daje nam n a p r a w d ę możliwość rozpoznania tej choroby za życia.

Wszelkie inne cierpienia nadnerczy (niedomoga, zapalenia, zanik, nowotwory) o tyle tylko są rozpoznawane, o ile są połączone z brązowym zabarwieniem skóry lub błon śluzowych, co, jak wskazują liczne spostrzeżenia, zdarza się nieczęsto. Tymczasowo jedynym pewnym sprawdzianem choroby nadnerczy *ev.* choroby ADDISONA jest badanie

pośmiertne. Tylko z przypadków sekcyjnych możemy wysnuwać wnioski, które z czasem pozwolą nam za życia rozpoznawać choroby nadnerczy, które wyświetlą dotąd jeszcze niezupełnie jasną patogenezę choroby ADDISONA.

Dotychczasowe badania pośmiertne w tej chorobie prawie wyłącznie zajmowały się stanem nadnerczy, oraz będących z niemi w związku zwojów nerwu współczulnego. Najczęściej znajdowano gruzlicę tego narządu w różnym stopniu, rzadziej raka, jeszcze rzadziej zanik niewiadomego pochodzenia. Co do zmian w układzie nerwu współczulnego, to jedni badacze zmianom tym przypisywali najważniejszą rolę w chorobie ADDISONA, inni absolutnie im tego znaczenia odmawiają (V. KAHLDEN).

Nowsze badania (WIESEL, u nas NOWICKI i HORNOWSKI) zdaje się, pogodzą zwolenników obu teorii, gdyż wykazały, że prawie wszystkie objawy choroby ADDISONA zależą od zachowania się w ustroju t. zw. układu chromochłonnego (chromafinowego), który obejmuje z jednej strony nadnercze, mianowicie jego istotę rdzeniową, z drugiej zaś strony — cały układ nerwu współczulnego. W istocie rdzeniowej nadnerczy i w układzie nerwu współczulnego znajdują się komórki, których zaródź w sposób swoisty oddziaływa na sole chromowe — barwiąc się na kolor brunatny. Owocem życia tych komórek jest adrenalina — substancja działająca nadnerczy, jak to wykazały badania uczonych, wśród których nasi najpierwsze zajmują miejsce (CYBULSKI, SZYMONOWICZ, GLUZIŃSKI, HORNOWSKI i NOWICKI, WELECKI i PRUSZYŃSKI).

W chorobie ADDISONA udało się wykazać zupełny prawie brak — wyczerpanie się komórek chromochłonnych, co ma stanowić właśnie istotę tego cierpienia. Przypadków w tym kierunku zbadanych posiadamy bardzo niewiele, gdyż badania to są mozolne, wymagające przy tem, według HORNOWSKIEGO, aby materiał ludzki był brany nie później, jak we 24 godziny po śmierci. I w przypadku, który będzie przedmiotem niniejszego opisu, badań tych nie przeprowadzono, ale zwrócono uwagę i znaleziono pewne właściwości choroby ADDISONA, które do niedawna były albo zupełnie nieznane, albo też nie poświęcano im szczególnej uwagi. ¹⁾ Historia spostrzeganego przeze mnie przypadku jest następująca:

25/vi. 1911 r. przybyła na oddział M. D. 16-letnia dziewczyna, która według słów jej własnych i opowiadań matki od roku czuje się

¹⁾ W piśmiennictwie naszym uwzględniano kilkakrotnie literaturę obcą i własną choroby ADDISONA w pracach: MIKLASZEWSKIEGO (Kron. Lek. 1889), S. RUDZKIEGO (Zasop. Lek. 1905 i PRUSZYŃSKIEGO (Gaz. Lek. 1906). Według obliczeń tego ostatniego posiadamy 15 przypadków sekcyjnych: w 9-u była gruzlica nadnerczy, w 2-u zanik, w 1-ym sprawa zapalna w 1-ym *haemangioma cavernosum*, w 1-ym *deg. cystica*, w 1-ym przerzut rakowy. Do tego przybywają 3 przypadki sekcyjne GĘBARSKIEGO (Gaz. Lek. 1910 i 1911): w nich dwa razy gruzlica, raz — rak nadnerczy.

niedobrze, jest osłabiona, nie może pracować, a ponieważ miała wygląd „zdrowy“, była podejrzaną przez otoczenie o udawanie, o lenistwo. W dzieciństwie oprócz ospy wietrznej nie przechodziła żadnych chorób. Ojciec zmarł na zapalenie nerek, dwoje rodzeństwa — na niewiadomą chorobę. Miesiączkowanie zjawiało się w 14-ym roku życia, ale jest bardzo skąpe, a od pół roku już go niema. W lipcu r. z. miała bole krzyża, jednocześnie wymioty na czczo i po jedzeniu. W początkach grudnia leczyła się w szpitalu (9/XII, 1910—30/I, 1911 r.) na oddziale kol. CHROSTOWSKIEGO. W karcie szpitalnej zaznaczono, iż była bladą, miała lekko spuchnięte stopy, ślady białka w moczu. Rozpoznawano *chlorosis*. Używając żelaza z arsenikiem, poprawiła się, nieco utyła (44,9 k.—46,6); białko z moczu zniknęło. W ciągu całego pobytu w szpitalu raz tylko ciepłota była 37,4°, pozatem stan bezgorączkowy.

St. praes. Budowa prawidłowa, odżywienie dobre. Uderza od razu śniadość skóry na plecach, ramionach, kończynach górnych do łokci, na brzuchu. Śniadość ta jest w sprzeczności z barwą blado-różową twarzy i reszty skóry (np. na kończynach dolnych). Błona śluzowa warg, zwłaszcza dolnej jest bronzowa — raczej żółta wo-niebieska (jakby sinica). Plamy tej barwy znajdują się również na wewnętrznej stronie policzków, na języku, na wargach sromnych małych. Owłosienie na *mons Veneris* nader skąpe; niema wcale włosów pod pachami. Głowa uwłosiona normalnie, jak również i brwi. Zachowanie się chorej zdradza niezwykle osłabienie: z trudnością siedzi przy badaniu, jeszcze trudniej jej chodzić, choć ruchy na łóżku wykonywa dobrze.

Płuca — normalne. Serce — tony czyste. Tętno 96, drobne, łatwo uciskalne. Szmerów żylnych niema. Brzuch bezbolesny. Śledziona, ani wątroba niewyczuwalne. Niema obrzęków. Odruchów kolanowych ani od ścięgna Achillesa wywołać się nie udaje. Mocz cięż. wł. 1015, barwy normalnej, oddziaływa kwaśno. Białka, ani cukru nie znaleziono.

Chora oprócz osłabienia miewa wymioty po każdym jedzeniu i na czczo. Wymioty przychodzą łatwo, bez nudności. Wymiociny mają zapach lekko octowy, nie dają odczynu na HCl z papierem Kongo. Wobec wielkiego osłabienia i drażliwości chorej, zaniechano badania zgłębnikiem. Rozpoznanie było nietrudne. Zabarwienie skóry, a przede wszystkim błon śluzowych, ten, swoisty, można powiedzieć, stan osłabienia, to przelewanie się przez ręce bez żadnej widocznej przyczyny (jak anaemia, osłabienie serca, gorączka i t. d.) — to są wyraźne cechy choroby ADDISONA. Nawet to pozorne zdrowie, względnie dobry wygląd, powolne rozwijanie się choroby (od roku) mogło tylko w tem rozpoznaniu utwierdzać.

Mając na myśli gruźlicę nadnerczy, nie mogłem się doszukać pierwotnego jej źródła. Płuca były zupełnie zdrowe, chora nigdy nie

miewała kaszlu, ani gorączki. Jednakże próba MORO (modyfikacja PETRUSCHI'ego z Królewca) dała wynik wyraźnie dodatni.

W celach leczniczych zastosowałem 3 razy zastrzykiwania adrenalinę (po 2 krople roztworu 1:1000), kontrolując jednocześnie mocz, w którym śladów nawet cukru nie znaleziono.

Stan chorej szybko się pogarszał, t. j. osłabienie wzmagало się, wymioty nie ustawały, przytomność jednak była zachowaną. 27/vi. wobec nitkowatego tętna zalecono zastrzyknięcie kamfory. Przywołano mnie do chorej, która jakoby nagle dostała „obłędu“. Znalazłem ją miotającą się na łóżku, skarżącą na zawrót głowy „nie do wytrzymania“ i niepokój, który ją zmusza do rzucania się na wszystkie strony, gryzienia palców, ciskania głową o poduszkę i t. d. Okład zimny na głowę, zastrzyknięcie morfiny uspokoiły nieco chorą, ale nie nadługo. Zjawiły się kurcze tężyczkowe w dłoniach, bezładne ruchy w kończynach, przypominające płasawicę, nastąpiła utrata przytomności i chora zmarła wieczorem, na 3-i dzień po przybyciu do szpitala. Ostatnie chwile chorej otoczenie charakteryzowało, jako drgawki („konwulsje“), ale właściwie były to kurcze, jak opisano wyżej.

Badanie pośmiertne, łaskawie wykonane przez prof. POŻARYSKIEGO d. 29/vi, wykazało, co następuje:

Dość obfity podkład tkanki tłuszczowej. Płuca zupełnie normalne, tylko we wnęce płuc znajdują się dwa gruczoły wyraźnie powiększone, zwapniałe. Serce — niezwykle małe, aorta bardzo wązka, zastawki i mięsień serca normalne. Wątroba — normalna. Śledziona dość silnie powiększona, miękka, przekrwiona. Trzustka — normalna. Na błonie śluzowej żołądka i kiszki cały układ gruczołowy wybitnie powiększony, tak że gruczoły wystają ponad powierzchnię błony śluzowej. Uwydatnia się to szczególnie w kiszkach na gruczołach PEYERA. Gruczoły limfatyczne krezki znacznie powiększone, nie zserowaciałe.

Nerki normalne. Nadnercza bardzo małe (dwa razy mniejsze od normalnych), całe składają się z małych gruczek wielkości małego grochu, twardych, na przekroju zserowaciałych.

Macica bardzo mała (*uterus infantilis*), jajniki niezwykle małe, nie widać w nich torebek (*folliculi*), tak, że jest wątpliwem, czy chora wogóle miesiączkowała. *Grasica* nie tylko że istnieje jeszcze, ale jest dość duża (dług. 6 ctm., szerokość 3 ctm., mięsista).

Gruczoł tarczowy — normalnej wielkości, nic szczególnego na przekroju nie przedstawia.

Gruczoły przytarczycowe znacznie powiększone, zwłaszcza z prawej strony — górny i dolny barwy malinowej.

Na języku u podstawy wyraźne brunatne nacieczenie około brodawek, głęboko wchodzące w tkankę i nie dające się zetrzeć.

Mózg duży obrzęknięty, miękki. Opony nie przedstawiają nic szczególnego. Komory puste. *Hypophysis* normalnej wielkości, widocznych zmian nie przedstawia.

Badania mikroskopowe skrawków z nadnerczy, wykonane przez prof. POŻARYSKIEGO, wykazało zupełnie zatraconą budowę istoty korowej i rdzeniowej, zwyrodnienie serowate. Badanie skrawków z gruczołów przytarczycowych wykazało nacieczenie drobnokomórkowe. Badanie skrawków z grasicy wykazało dobrze rozwiniętą budowę. Badanie gruczołu tarczowego, trzustki i przysadki mózgowej nic szczególnego nie wykazało. Na skrawkach z języka uwidocznił się barwik brunatny.

W przypadku wyżej opisanym zasługują na uwagę następujące fakty: Przy daleko posuniętej gruźlicy nadnerczy płuca były zupełnie zdrowe. Gruźlicą były dotknięte tylko gruczoły oskrzelowe i krezkowe w stopniu umiarkowanym, gruźlica przebiegała skrycie bez gorączki i innych objawów. Próba MORO, o ile mi wiadomo, nie była nigdy stosowaną w chorobie ADDISONA. ¹⁾ Na jej wynik dodatni mogła zarówno wpłynąć gruźlica nadnerczy, jak i gruźlica gruczołów.

Przebieg choroby był powolny i skryty, jak to zwykle zresztą bywa. Na pierwszy plan występowały objawy bezsilności (*asthenia*), niezrozumiałe dla otoczenia, a nawet dla lekarzy, którzy dla braku jedynego charakterystycznego dla choroby ADDISONA objawu — zabarwienia skóry i błon śluzowych — nie mogli choroby rozpoznać, biorąc ją za blednicę, choć niedomoga nadnerczy musiała już dawno istnieć.

Brak odruchów kolanowych i ścięgna Achillesa nie często jest notowany w chorobie ADDISONA. Objawy końcowe w naszym przypadku — skurcze tężyczkowe — miały podkład anatomiczny w chorobowo zmienionych gruczołach przytarczycowych.

Badanie pośmiertne w naszym przypadku wykazało wybitną hiperplazję całego układu limfatycznego, czyli t. zw. *status lymphaticus*. W najobszerniejszej statystyce choroby ADDISONA — u LEWINA (1892 i 1900) znajdujemy wzmiankę o takim fakcie. Autor ten znajdował *status lymphaticus* w 6% przypadków zebranych z literatury (674) i uważał to za rzecz przypadkową. HEDINGER (1907) na 15 przypadków choroby ADDISONA w 7-u znalazł wybitny *status lymphaticus*, t. j. powiększenie wszystkich gruczołów — nasady języka, migdałów, szyjnych, kiszkiowych

¹⁾ KASZERININOWA w szpitalu obuchowskim w 2 przypadkach choroby ADDISONA wykonała próbę PIRQUET'a z wynikiem dodatnim. W obu tych przypadkach zastosowano leczenie tuberkuliną DENYSA i otrzymano poprawę. „K woprosu o lečenii bolnych ADDISONOWOJ boleznii tuberkulinom“. Russkij Wracz 1911. № 51.

żołądkowych. Od tego czasu mnożą się coraz więcej spostrzeżenia w tym kierunku, że przytoczę na tem miejscu pracę KAHN'a z instytutu patologicznego szpitala miejskiego w Karlsruhe, ¹⁾ w której zebrana została cała odnośna literatura i opisane dwa własne przypadki.

Takich przypadków jest coraz więcej, co by wskazywało, że istnieje jakiś bliższy związek przyczynowy między chorobą ADDISONA a stanem limfatycznym. HEDINGER tę wspólną przyczynę upatruje w zmianach w układzie chromochłonnym, HART na hiperplazję gruczołów zapatruje się jako na zapalenie reakcyjne (wskutek gruźlicy); najprawdopodobniej jednak, jak twierdzi KAHN, chodzi tu o przerost zastępczy (*vikarrierende Hypertrophie*), wskutek wypadnięcia czynności nadnerczy.

Za tem ostatniem przypuszczeniem przemawiałaby i ta okoliczność, że w chorobie ADDISONA spotykamy przerost innych gruczołów o wydzielinie wewnętrznej. W naszym np. przypadku widzieliśmy przerost grasicy. Fakt ten rzadko jest notowany w literaturze choroby ADDISONA. KAHN (l-c) oprócz własnego przypadku znalazł tylko 7 innych (4-y przypadki HEDINGERA, jeden HARTA i dwa — WIESEL'a).

Być może, że z czasem, gdy uwaga badaczy będzie w tym kierunku zwrócona, przypadków takich znajdzie się więcej, zwłaszcza u osobników zmarłych w młodszym wieku, kiedy jeszcze istnieją dostateczne resztki grasicy, które są w stanie ulecz przerostowi. O zmianach w gruczołach przytarczycowych, zanotowanych w moim przypadku, nigdzie w literaturze wzmianki nie znalazłem. Jeżeli do powyższego dodać hypoplazję jajników z towarzyszącym jej niedorozwojem narządów płciowych i brakiem uwłosienia, to w danym przypadku sama przez się narzuca się myśl, że w chorobie ADDISONA, polegającej na zaburzeniu a nawet znieszczeniu czynności jednego z gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, muszą zachodzić pewne zmiany w czynnościach innych tego rodzaju gruczołów. Analogiczne fakty spotykamy w chorobie BASEDOW'a, gdzie również znajdowano bardzo często przerost grasicy, *status lymphaticus*, zaburzenia w czynności jajników, nadnerczy (*asthenia*, brązowe zabarwienie skóry), trzustki (glikozurja), przysadce mózgowej. Jeżeli co do choroby BASEDOW'a fakty te nie zostały jeszcze dostatecznie wyjaśnione, tyczy się to tem bardziej choroby ADDISONA, gdzie fakty te zaczynają się dopiero nagromadzać.

¹⁾ KAHN. Über den Morbus ADDISONI und seine Beziehung zur Hyperplasie der lymphatischen Apparate und der Thymusdrüse.

Virchows Archiv f. Path. Anat. und Phys. und Klin. med. 1910 t. 200.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

→ 0 ←

13. Nowikow. Nephrotomia i pyelotomia.

Autor wykonał szereg badań doświadczalnych, chcąc porównać wyniki po nacięciu nerki podłużnym lub poprzecznym z wynikami tylnego nacięcia miedniczki i nerki (*nephropyelotomia posterior*).

Operację rozpoczynano od wyłonienia pęcherza zapomocą cięcia brzuszego; następnie obnazano trójkąt pęcherzowy z wylotami moczowodów, poczem wstrzykiwano zwierzęciu 0,03 — 0,04 indygokarminu. Z chwilą zjawienia się w ujściu moczowodów zabarwionego moczu, co normalnie następowało mniej więcej w kwadrans po iniekcji, przystępowano do właściwej operacji na nerce. Takie doświadczenia zostały wykonane na 23-ch psach. We wszystkich doświadczeniach skurcze moczowodów bezpośrednio po operacji licznie opadały do 1—3 w ciągu 3-ch minut, zamiast normalnych 15-u—20-u. Jednocześnie następował krwimocz, przemijający po 30-u—60-u minutach, poczem mocz nabierał barwy zielonkawej, później — błękitnej.

Nephropyelotomia powoduje zaburzenia czynnościowe o wiele poważniejsze, aniżeli podłużne nacięcie nerki. Zaburzenia te należy przypisać uszkodzeniu samej miedniczki, ponieważ nie występują one po nacięciu mięszu nerkowego lub moczowodu. — Późniejsze wyniki (do czterech miesięcy po operacji) obserwowano w 30-tu doświadczeniach. Zagojenie przez rychłozrost osiągnięto 18 razy. Po zabiegu jednoczesnym na obu nerkach tegoż zwierzęcia nie zauważono znacznej śmiertelności, wbrew twierdzeniu pewnych badaczy.

Co do wydolności czynnościowej nerki operowanej, to sam rodzaj operacji nie zdaje się wywierać w tym względzie znacznego wpływu. Zaburzenia czynnościowe dają się widzieć w ciągu 6-u dni po podłużnym nacięciu nerki, 4-ch — 5-u dni po poprzecznym, 2-u—3-ch dni *post nephropyelotomiam*. Zależą one zapewne od miejscowego przekrwienia, wywołanego urazem chirurgicznym — poczem wszystko wraca do normy. Śmiertelny bezmocz pooperacyjny bywa rzadko (1:66). W 13-tu przypadkach zauważono w 6—8 tygodni po operacji śródmięszowe zapalenie nerek.

W. Dobrowolski.

(Arch. f. klin. Chir. t. 46, z. 1).

14. R. C. Cabot (Boston). Przyczyny puchliny brzusznej (*ascites*) na podstawie pięciu tysięcy przypadków.

Błędy rozpoznawcze w przypadkach puchliny brzusznej dały pochop profesorowi kliniki chorób wewnętrznych w Bostonie (*Harvard medical school*) do badań statystycznych na wielką skalę. Za materiał służyły mu protokoły badań pośmiertnych ze szpitala powszechnego w Massachusetts (2217) i 3086 przypadków puchliny brzusznej, spotykanej w tymże szpitalu w ciągu lat 40-u (1870—1910). Pewna część przypadków tej grupy była sprawdzoną przez operację lub przez badanie pośmiertne.

Na 2,217 przyp. sekcyjnych znaleziono płyn w jamie brzusznej (kwartę i więcej) w 224-ch przypadkach. Wyłączna *peritonitis septica* i *haemoperitoneum*. Z tych 224-ch przypadków najczęstszą przyczyną puchliny brzusznej była różnego rodzaju niedomoga serca (89 przyp.), dalej nowotwory

w jamie brzusznej (44), zapalenie nerek (26), marskość wątroby (23), gruźlica narządów jamy brzusznej—*peritonitis tuberculosa* (15).

Statystykę kliniczną autor oparł na przewertowaniu kart szpitalnych z lat 40-u (przeszło 10 tysięcy!), przy czem zrobił sobie tylko takie ułatwienie, że przestudował przypadki chorób serca i nerek za lat 8, oznaczył procent przypadków, w których notowano puchlinę brzucha i według tej miary obliczył częstość tego ostatniego objawu w latach pozostałych.

Na 4954 przyp. niedomogi serca (wady zastawkowe, *myocarditis* i t. d.) znaleziono puchlinę brzucha w 1397-u (28%), na 2293 przyp. zapalenia nerek w 665-u (29%), na 367 przyp. marskości wątroby w 325-u (88%), na 321 przyp. *peritonitis tuberc.* w 263-ch (82%), na 64 przyp. nowotworów otrzewnej w 53-ch (82%), na 47 przyp. zrostów osierdzia w 36-u (76%), na 20 przyp. włókniaków jajnika w 10-u (50%), na 54 przyp. raka jajnika w 21 (39%), na 391 przyp. torbieli jajnika w 31 (7%), na 723 włókniaków macicy w 55-u (7%), na 214 przyp. niedokrwistości złośliwej w 15-u (7%), na 88 przyp. białaczki w 12-u (13%), na 199 przyp. niedrożności kiszek w 86-u (43%) i t. d.

Autor przytacza kilka przykładów trudności rozpoznawczych z własnej praktyki i dochodzi do następujących wniosków:

1. Wśród możliwych przyczyn puchliny brzusznej nie należy zapominać o małych twardych guzach jajnika.
2. Wysięki opłucnej mogą być następstwem puchliny brzusznej i dawać powód do fałszywego rozpoznawania gruźlicy.
3. Zebranie płynu w opłucnej i otrzewnej może niekiedy ustąpić po usunięciu dobrotliwego guza jajnika.
4. Gruźlicę otrzewnej można niekiedy rozpoznać na mocy p o w o l n e g o zbierania się płynu.
5. Niedrożność kiszek zajmuje p i ą t e, a cierpienie narządów płciowych kobiecych s z ó s t e miejsce w szeregu przyczyn puchliny brzusznej (pierwsze miejsca zajmują: cierpienie serca, zapalenie nerek, marskość wątroby, gruźlica otrzewnej).
6. Poza wyżej wymienionemi przyczynami tylko guzy brzucha i zrosty osierdzia grają poważniejszą rolę w powstawaniu puchliny brzusznej.

Poza faktyczną stroną wyżej streszczonej pracy zasługuje na podkreślenie m o ż n o ś ć autora korzystania z kart szpitalnych za tak długi okres czasu—możność nie do pomyślenia w naszych warunkach. (Przyp. sprawozd.).

A. Puławski.

(*The American Journal of the Medical Sciences*. 1912. Nr. 1).

15. R. Cabot (Boston). Studium nad błędami w rozpoznaniu, oparte na porównaniu tysiąca protokółów sekcyjnych z kartami szpitalnemi.

W szpitalu powszechnym w Bostonie (*Massachusetts General Hospital*) co tydzień odbywa się konferencja z najstarszymi słuchaczami medycyny, polegająca na przeglądzie wszystkich przypadków sekcyjnych z ubiegłego tygodnia i porównaniu danych, otrzymanych na sekcji z danymi klinicznymi, oznaczonymi na kartach szpitalnych, przy czem bierze się w rachubę nie samo tylko skrócone rozpoznanie, lecz całość zebranych za życia faktów. Uwzględnione również są niektóre pomyłki, pochodzące z pośpiechu lub niedbalstwa interny, piszącego kartę. Błędy w rozpoznaniu autor dzieli na dwie kategorie: 1) nierozpoznanie faktu istniejącego (*error of omission*), np. nieznanie ogniska stwardnienia w zapaleniu płuc, nieznanie wady zastawki i t. d. 2) rozpoznanie faktu nie-

istniejącego (*error of commission*), np. rozpoznanie raka żołądka nie znalezione przez badanie pośmiertne, tętniaka i t. d. Przytaczamy kilka ważniejszych działów.

Z działu chorób serca i naczyń rozpoznanie niedomykalności zastawki dwudzielnej zrobione było prawidłowo w 49-u przypadkach (69%), nie rozpoznano w 16-u (błąd nr. 1), rozpoznano fałszywie (błąd nr. 2) w 6-u. Nierozpoznanie *insuf. mitralis* przeważnie zależało od tego, że chorzy byli badani *in extremis*, kiedy szmer charakterystyczny znikł wskutek osłabienia serca. Szmer słyszalny w zapaleniu nerek, zrostach osierdzia, miażdżycy tętnic, hipertyreoidyzmie daje powód do omyłek przeciwnych. *Stenosis aortae* rozpoznano 19 razy (61%), nie rozpoznano — 11, rozpoznano fałszywie raz. *Insuf. valv. semil. (aortic regurgitation)* rozpoznano 57 razy (84%), nie rozpoznano w 5-u przypadkach, rozpoznano fałszywie w 6-u przypadkach. *Myocarditis chron.* rozpoznano w 13-u przypadkach (22%), nie rozpoznano w 15 u (26%), rozpoznano fałszywie w 31 (52%). Autor uważa, że *myocarditis chron.* powinna być wykreślona z podręczników patologii szczegółowej, gdyż jest to pojęcie anatomiczne, które nie ma żadnych odpowiednich stałych objawów klinicznych, ani fizykalnych. Klinicznie rozpoznajemy nie dymogę mięśnia sercowego. Może ona zależeć od różnych przyczyn i wcale nie dawać obrazu anatomicznego *myocarditidis*. Miażdżycę tętnic rozpoznano w 13-u przyp. (60%), nie rozpoznano w 77-u (65%), rozpoznano fałszywie w 12-u przypadkach. Tętniaka aorty piersiowej rozpoznano w połowie przypadków (12), w 10-u przypadkach nie rozpoznano, w 2-u rozpoznano fałszywie. W tych 2-u przypadkach opierano się na badaniu promieniami ROENTGEN'a wobec braku innych danych. W jednym z tych przypadków, uważając chorobę za nieuleczalną, pozwolono mu narkotyzować się, co go doprowadziło do śmierci. Tymczasem badanie pośmiertne nie wykazało tętniaka, ani żadnej widocznej przyczyny śmierci. 5 razy rozpoznanie wahało się między tętniakiem a guzem śródpiersia—sekcya wykazała tętniaka. Przerostu i rozszerzenia serca nie rozpoznano w 113-tu przyp. (33%), rozpoznano fałszywie w 3-ch przyp. (1%). *Endocarditis acutu et ulcerosa* nie rozpoznano w 32-u przyp. (54%), rozpoznano fałszywie w 4-ch przyp. (7%). *Pericarditis acutu* nie rozpoznano w 70% przyp. (38), rozpoznano fałszywie w 5-u przyp. (10%). Na szczęście, powiada autor, nie ma to znaczenia dla leczenia tych cierpień.

Z działu chorób płucnych — zapalenie włóknikowe płuc nie rozpoznano w 15% (26 przyp.), rozpoznano fałszywie w 18-u przyp. (11%). W tej drugiej kategorii znalazły się przypadki osłabienia mięśnia sercowego z *hydropericardium*, które w połączeniu z kaszlem, gorączką, stępieniem dawały powód do niewłaściwego rozpoznania. *Bronchopneumonia* nie była rozpoznana w 64% (60 przyp.) Tu autor przypomina zdanie doświadczonego pedyatry: jeżeli masz objawy kataru oskrzeli, a chory, jak na zwykły katar oskrzeli, jest zanadto cierpiący, to nazwij tę chorobę lepiej *bronchopneumonia*. W przypadkach autora zdarzały się najczęściej te omyłki w tyfusie. *Phthisis pulmonum* nie rozpoznano w 30% (16 przyp.), rozpoznano fałszywie w 6-u przyp. (11%). *Tuberculosis miliaris* rozpoznano w 28 przyp. (52%), nie rozpoznano w 20 przyp. (37%), rozpoznano fałszywie w 6 przyp. (11%).

Z chorób dróg moczowych *nephritis acuta* nie rozpoznano w 60% (20 przyp.) rozpoznano fałszywie w 22% (7 przyp. Nierozpoznane przypadki należały przeważnie do spraw zakaźnych i zatruc rącią. *Nephri-*

tis interstitialis nie rozpoznano w 38% (19 przyp.). *Degeneratio amyloidea* nie rozpoznano ani razu (4 przyp., a więc 100%), gruźlicę nerek rozpoznano w 1 przyp., nierozpoznano w 2-u, nowotwór nerki rozpoznano w 1 przyp., nie rozpoznano w 5-u.

Z chorób układu nerwowego — *haemorrhagia cerebri* rozpoznano w 34-ch przyp. (67%), nie rozpoznano w 4-ch, rozpoznano fałszywie w 13-u przyp. (26%). *Tumor cerebri* rozpoznano w 8-u przyp.; nie rozpoznano w 2-u. *Meningitis septica* rozpoznano w 23 przyp. (64%) nie rozpoznano w 8-u. *Meningitis tubercul.* rozpoznano w 26-u przyp. (72%), nie rozpoznano w 5-u (14%), rozpoznano fałszywie w 5-u (14%).

Z chorób narządów trawienia — rak żołądka rozpoznano w 30-u przyp. (72%), nie rozpoznano w 7-u, rozpoznano fałszywie w 5-u, wrzód peptyczny rozpoznano w 9-u przyp. (36%), nie rozpoznano w 14-u (56%), rozpoznano fałszywie w 2-u (8%). *Cirrhosis hepatis* rozpoznano w 19-u przyp. (61%), nie rozpoznano w 9-u (30%), rozpoznano fałszywie w 3-ch (9%).

Nie podobna przytaczać wszystkich szczegółów tej oryginalnej pracy, sam zresztą autor nie podaje całkowitego zestawienia cyfr, zato stara się ująć swoje spostrzeżenia w szereg jakby aforyzmów, z których podajemy najważniejsze:

1. Nie rozpoznawać histeryi, neurastenii lub psychoneurozy u chorego, który zaczął doznawać pewnych objawów po 45 m roku życia. Prawdziwe rozpoznanie w takich razach zwykle bywa: *arteriosclerosis*, *hyperthyroidismus*, *dementia paralytica*, *anaemia perniciosa*.

2. *Asthmą bronchiale*, która się zaczyna po 40-ym roku życia, okazuje się najczęściej chorobą serca lub nerek.

3. Padaczka po 40-ym roku życia najczęściej jest to *dementia paralytica* lub *arteriosclerosis cerebitalis*.

4. Typowa migrena jest często objawem nierozpoznanego guza mózgowego lub przewlekłego zapalenia nerek.

5. Wiele przypadków kataru oskrzeli—to gruźlica, *bronchopneumonia* lub *bronchiectasis*.

6. Jeżeli pominąć ostre choroby zakaźne (szkarlatyna, błonica, *tonsillitis*, *pneumonia*), to ostre zapalenie nerek zwykle przechodzi w przewlekłe.

7. *Gastritis acuta*, *gastralgia*—to najczęściej *appendicitis*, *cholelithiasis*, *ulcus pepticum*.

8. Ropień w wątrobie lub koło niej często jest brany za wysięk opłucnej surowicy lub ropny, gdyż daje te same objawy w prawym podżebrzu i z tyłu.

9. Szmer skurczowy lub przedskurczowy, słyszany najlepiej u wierzchołka przy wybitnie rozszerzonym sercu, rzadko jest objawem wady zastawkowej.

10. Szmer rozkurczowy u podstawy serca jest bardzo niepewnym objawem cierpienia aorty, jeżeli przytem niema charakterystycznego podskakiwania (*jerking*) w tętnicach obwodowych.

11. Nie można klinicznie rozpoznawać *myocarditis*.

12. Umiejscowienia mózgowe w zastosowaniu do guzów, wylewów krwawych i t. p. znajdują się jeszcze w pieluchach (*is still in its infancy*)

13. Najłatwiejsze i najpewniejsze rozpoznanie kliniczne w medycynie jest udziałem tak zwanych chorób krwi.

(*A study of mistaken diagnoses in Medical and surgical papers of Massachusetts General Hospital, Boston, October, 1911.*)

ODCINEK.

Sprawozdanie Magistratu Miasta Warszawy za rok 1908 i 1909, oraz ważniejsze zamierzenia w dziedzinie szpitalnictwa.

Podał

Dr Witosław Dąbrowski.

III.

Następnem z kolei zamierzeniem Zarządu Miasta na większą skalę, a nawet o wiele większą niż budowa szpitala dla chorób gorączkowych, jest projekt urządzenia nowego zakładu dla chorych umysłowych. Niedostateczna liczba łóżek szpitalnych dla tej kategorii chorych jest od dawna jedną z najdotkliwszych bolączek naszego szpitalnictwa. Statystyka państw zachodnio-europejskich ustaliła, że na 1,000 mieszkańców wypada 2—4 chorych umysłowych, licząc w to: idyotów, epileptyków i t. d., gdybyśmy więc średnią tych liczb, t. j. 3:1,000 przyjęli za miarodajną dla naszych stosunków, to wypadłoby, że w Królestwie Polskiem chorych takich jest do 30,000, a w Warszawie samej do 2,400.

Rzecz prosta, że nie dla wszystkich tych chorych niezbędne jest leczenie w szpitalu i dlategoż dla zaspakojania potrzeb w tej dziedzinie wystarczy daleko mniejsza liczba łóżek, w każdym jednak razie ta liczba, jaką Warszawa posiada, jest od dawna bardzo niewystarczająca dla tak wielkiego miasta, mamy bowiem zaledwie 650 łóżek dla chorych umysłowych, mianowicie: w szpitalu Jana Bożego 250, w oddziale dla umysłowo chorych w szpitalu Żydowskim 100, w przytułku w Górze-Kalwaryi 270 i w Drewnicy 30 miejsc, dzierżawionych przez Magistrat. Nadto miasto nasze nie tylko że samo wzrasta, lecz prócz tego ześrodkowuje w sobie wszystkie żywotne sprawy całego kraju, toteż prowincya, jeszcze gorzej uposażona pod względem pomocy szpitalnej dla chorych umysłowych, zasila nimi szpitale warszawskie. Istnieje wprawdzie instrukcyja, zatwierdzona przez Generał-Gubernatora, która ma na celu regulowanie nadmiernego napływu chorych z prowincyi, pozwala bowiem na przyjmowanie do szpitala Jana Bożego tylko tych, którzy przemieszkali w Warszawie przynajmniej rok jeden, względy jednakże ludzkości i bezpieczeństwa publicznego sprawiają to, że szpitale bardzo często zmuszone są przyjmować nie tylko tych, którzy krócej zamieszkują w Warszawie, lecz nawet takich, co tu wprost przyjeżdżają z prowincyi lub z Cesarstwa. Toteż przepełnienie w szpitalu i w oddziałach dla obłąkanych doszło do rozmiarów niebywających: w szpitalu Jana Bożego liczba chorych dosięga obecnie 400 na 250 miejsc etatowych, oddział dla obłąkanych w szpitalu Żydowskim na 100 łóżek miewa po 150 chorych, a w przytułku w Górze-Kalwaryi jest 350 pensyonarzy zamiast 270.

Taki stan trwa od dawna i już p. Rada Miejska Dobroczyńności Publicznej czuła się zmuszoną do przedsięwzięcia środków, które choć w części miały zaradzić temu, wydaniem jednak około 200,000 rb. na przeróbki w szpitalu Jana Bożego głównego celu, t. j. znaczniejszego zwiększenia liczby łóżek, nie osiągnięto i właściwie nawet nie o wiele polepszone wa-

runki zdrowotne i lecznicze tego szpitala. Takie sprawy, jak brak miejsc dla chorych zakaźnych i umysłowych, nie mogą być zaspakajane środkami połowiczymi i radykalne reformy są nieuniknione. Zrozumiał to Zarząd Miasta i w zasadzie postanowił budowę nowego zakładu dla umysłowo chorych, a dla opracowania projektu budowy powołał komisję pod przewodnictwem p. EDWARDA NATANSONA.

Komisja przyszła do wniosku, że nawet najbogatsze miasta europejskie nie są w stanie zapewnić wszystkim umysłowo chorym możliwości leczenia się w specjalnych zakładach i dlategoż powszechnie organizacja pomocy lekarskiej dla umysłowo chorych została oparta na zapewnieniu tym chorym opieki rodzinnej (*patronage familial*). Zadanie zaś zakładów leczniczych polega na przygotowaniu chorego i urobieniu go w ten sposób, aby po wyjściu ze szpitala mógł być oddany na wieś pod opiekę rodziny.

Wzorując się na tych przykładach zagranicznych, komisja uznała za wystarczający do zaspokojenia naszych potrzeb zakład na 1,000 łózek i sporządziła projekt urządzenia kolonii dla umysłowo chorych, z podziałem na dwie części, z których pierwsza służyłaby dla chorych, stale będących pod ścisłym dozorem ze względu na bezpieczeństwo własne i otoczenia, druga zaś dla chorych, mogących korzystać ze swobody. Część pierwsza składa się z czterech pawilonów, mianowicie dla chorych niespokojnych, podejrzanych pod tym względem, zupełnie spokojnych i dla zanieczyszczających się; część zaś druga obejmuje fermę i urządzenia dla opieki rodzinnej.

Cały projekt jest tak obmyślany, aby zakład był niejako szkołą, z której chore po przebyciu wszystkich szczebli i pobycie wśród rodziny, mógł być w końcu oddany na wieś. Koszt urządzenia całego zakładu obliczono na 2,400,000 rb., w przewidywaniu jednakże, że wobec wielu innych, nie mniej palących potrzeb szpitalnictwa, tak znaczny wydatek nie mógłby być od razu przez miasto poniesiony, komisja proponuje wykonanie na razie części projektu, mianowicie wzniesienie od razu wszystkich budowli administracyjnych i pomocniczych, niezbędnych dla zakładu na 1,000 łózek, z budynków zaś dla chorych tylko część, wystarczającą do pomieszczenia 560 chorych. Ta część projektu mogłaby być wykonana kosztem około 1,800,000 rb. w ciągu 2-u lat, cały zaś projekt w ciągu 5—6-u lat.

Z poszczególnych budowli, które należałoby wznosić od razu w myśl pierwszej części projektu, komisja wylicza następujące:

1) 2 pawilony obserwacyjne po 50 łózek	100
2) 2 pawilony dla niespokojnych po 35 łózek	70
3) 4 pawilony dla spokojniejszych po 50 łózek	200
4) 2 pawilony dla zanieczyszczających się po 30 łózek	60
5) 4 baraki po 30 łózek, tworzące fermę	120
6) 2 domki dla opieki rodzinnej po 5 łózek	10
	560

Przestrzeń, jaką miałyby zająć kolonia, nie powinna być mniejsza niż 5—6 włók, a przy budowie zalecono nie trzymać się systemu koszarowego, lecz nadać kolonii wygląd miasta-ogrodu, z zastosowaniem kanalizacji śplawnej, oświetlenia elektrycznością, centralnego ogrzewania i t. p. Nadto wśród urządzeń pomocniczych znajdujemy w projekcie komisji takie, jak: pracownia naukowa, szkoła, ochrona dla dzieci służby, kąpiele, dom dla zebrania towarzyskich i rozrywek dla chorych i t. d. W projektach całości kolonii i poszczególnych budowli miano na względzie jak naj-

szersze zainteresowanie chorych pracą zarówno w zamkniętych pomieszczeniach, jakoteż na świeżem powietrzu.

Wreszcie komisya, mając ciągle na względzie trudności natury finansowej, przewidując, że może zająć potrzeba zredukowania wydatków na zapoczątkowanie wykonania powyższego projektu do 1,000,000 rb., która to suma mogłaby być stanowczo wydatkowana na ten cel przez miasto wobec tego, że kapitał zapasowy miasta wynosi obecnie około 1,800,000 rb. W takim razie wypadłoby przerobić projekt w ten sposób, aby szeroko pomyślane urządzenia pomocnicze były przystosowane do potrzeb 560 chorych. Komisya zaleca jak najusilniej przystąpienie do urzeczywistnienia projektu urządzenia kolonii i przestrzega przed robieniem dalej wydatków na szpital Jana Bożego, które nadal powinny się ograniczyć jedynie do kosztów podtrzymywania go w stanie możliwym do użytku.

Taki jest w ogólnych zarysach projekt urządzenia kolonii dla umysłowo chorych, opracowany przez komisję w tym celu powołaną i rozpatrywany w tych dniach przez komisję, która pod przewodnictwem wiceprezydenta p. ZAREMBY zajmuje się opracowaniem ogólnego planu reform w szpitalnictwie naszym. Przytaczamy go w celu powiadomienia ogółu, nie dodając ze swej strony żadnych uwag, nie wątpię bowiem, że już sama informacja o tak szeroko zakreślonych projektach Zarządu Miasta pobudzi bardziej ode mnie w tej sprawie kompetentnych kolegów specjalistów do zabrania głosu i dorzucenia następczających się tu uwag, podobnie jak to uczyniliśmy co do reform projektowanych w celu zwiększenia liczby łóżek dla chorych zakaźnych. Jednej wszakże uwagi nie mógłbym pominąć, gdyż sama musi się nasunąć każdemu przy porównaniu dwu tych największych projektów, mających na celu reformę szpitalnictwa. W obu tych sprawach po bliższym zbadaniu komisje przysły do wniosku, że budowa nowych szpitali jest rzeczą nieodzowną, gdy jednakże co do budowy nowego szpitala dla chorych zakaźnych sprawa na tem stanęła i na tym martwym punkcie może stać długo, wobec zwrotu ku zastosowaniu środków połowicznych, to przeciwnie, co do szpitala dla umysłowo chorych sprawa od razu została rozstrzygnięta w sposób jedynie słuszny przez uznanie za niewłaściwe i niepożądane ponoszenie wydatków na przebudowę szpitala Jana Bożego i od razu też została posunięta znacznie naprzód przez opracowanie planów, kosztorysów i t. d. Tym sposobem sprawa ta wysunęła się niejako na czoło wszystkich zamierzeń Magistratu w zakresie ulepszeń szpitalnictwa; tymczasem zaś ani trochę nie zapoznając doniosłości jej, za najpilniejszą, najbardziej palącą potrzebę naszego szpitalnictwa musimy uważać konieczność powiększenia liczby miejsc dla chorych zakaźnych przez budowę nowego szpitala. Konieczność tę umotywowaliśmy w poprzednim rozdziale, a jeszcze przedtem uzasadnialiśmy ją następującymi słowy: „Brak miejsc wolnych dla chorych zakaźnych jest najdotkliwszą bolączką naszego szpitalnictwa i niezawodnie jedną z ważniejszych przyczyn tak gwałtownego szerzenia się chorób zakaźnych w ostatnich latach. Los chorych wszelkich innych kategorii, nie mających możliwości dostania się do szpitali, jest niewątpliwie godnym najżywszego współczucia, ci wszakże chorzy, pozostający w domu i pozbawieni nieraz pomocy lekarskiej, nie przynoszą przynajmniej szkody innym, gdy tymczasem chory, dotknięty chorobą zakaźną, pozostając w domu z powodu braku miejsc wolnych w szpitalach, prócz tego wytwarza na około siebie ognisko zarazy, zataczające nieraz szerokie kręgi“¹⁾.

¹⁾ W. DĄBROWSKI. Choroby zakaźne w Warszawie w r. 1909. Gaz. Lek. № 6 r. 1910

IV.

W związku z powyżej przytoczonym zamierzeniem urządzenia kolonii dla umysłowo chorych znajduje się projekt rozszerzenia przytułku w Górze Kalwaryi. Od dłuższego już czasu przytułek ten, przeznaczony na 270 pensyonarzy, których liczba obecnie już doszła do 350, służy niemal wyłącznie dla przewlekle chorych umysłowych. Wobec tego, że zatwierdzenie planu kolonii, urządzenie jej i budowa gmachów potrwa niewątpliwie czas dłuższy, uznano za konieczne, w celu zaradzenia na razie brakowi miejsc dla umysłowo chorych, przystąpić niezwłocznie do rozszerzenia i doprowadzenia do możliwego porządku tego przytułku.

W tym celu postanowiono wykonać następujące roboty:

1) Budowę 2-u nowych pawilonów kosztem	150,000 rb.
2) Rozszerzenie domu administracyjnego kosztem	24,000 rb.
3) Urządzenie pralni mechanicznej kosztem	16,000 rb.
4) Studni artezyjskiej kosztem	12,000 rb.
	<u>202,000 rb.</u>

Do ostatnich z tych robót już przystąpiono, budowa zaś nowych pawilonów będzie zaczęta w roku bieżącym i przysporzy na razie 200 miejsc dla nieuleczalnych, spokojnych umysłowo chorych, w przyszłości zaś, po ukończeniu kolonii dla umysłowo chorych, ci chorzy nie będą już przyjmowani zupełnie, a cały zakład ma być przeznaczony na właściwy przytułek dla kalek, niedołącznych, niewidomych i t. p. Wobec ogromnej liczby tego rodzaju chorych, którzy dla braku przytułku zajmują miejsca w szpitalach i przyczyniają się do przepelnienia ich, możliwie jak największe rozszerzenie zakładu w Górze Kalwaryi należy uważać za ze wszech miar celowe. Od szpitali ogólnych, których budowa, urządzenie i utrzymanie wymaga znacznie większego kosztu niż przytułki, odciągnęłoby to znaczną liczbę takich chorych, którym właściwie pielęgnowania, a nie leczenia potrzeba. Na odciążenie od szpitali ogólnych chorych, niewłaściwie tam obecnie przyjmowanych, znacznie także wpłynie zamierzona w przyszłości budowa szpitala dla chorych zakaźnych, których tak wiele obecnie znajduje się na oddziałach wewnętrznych. Zanim to jednak nastąpi Magistrat, wobec konieczności zwiększenia liczby łóżek dla chorych ogólnych, zdecydował rozszerzenie szpitala Dzieciątka Jezus przez wybudowanie domu wyłącznie dla służby służącego i przeznaczenie dla chorych pawilonu, obecnie przez służbę zajętego. Pawilon ten, jak wiadomo, przy budowie szpitala był urządzony dla chorych, a dopiero później został zamieniony na mieszkania dla służby, ponieważ zaś nowy dom dla służby jest już pod dachem, można więc mieć nadzieję, że jeszcze w roku bieżącym powyższy pawilon, mogący pomieścić 140 chorych, zostanie oddany do użytku. Niezależnie od tego wydział szpitalny zaaprobował projekt budowy nowego pawilonu na 200 łóżek w tymże szpitalu. Plan budowy tego pawilonu już jest przygotowany, a kosztorys obliczono na 240,000 rb.

W uzupełnieniu tego, co wyżej zostało powiedziane o zamierzeniach wydziału szpitalnego, należy wymienić niezupełnie jeszcze skryształizowany projekt budowy sanatorium w należących do szpitala Św. Ducha lasach Mieni, którą miejscowość uznano za najodpowiedniejszą do urządzenia sanatorium. Szpital Św. Józefa w Mieni obejrzała szczegółowo komisja pod przewodnictwem prof. Kosińskiego i znalazła w stanie tak złym, że uznała go za niezdatny nie tylko na szpital, lecz nawet na przytułek, natomiast budowle te dałyby się użytkować dla urządzeń gospo-

darczych przy projektowaniu sanatorium. W tym celu we wrześniu ubiegłego roku Magistrat wystąpił do General-Gubernatora w sprawie zasadniczej zwrócenia szpitalowi Św. Ducha zabudowań szpitala Św. Józefa, znajdującego się obecnie pod zarządem Rady Gubernialnej Dobroczynności Publicznej i od wyniku tych starań zależne są dalsze losy całego projektu.

Jeżeli do tego jeszcze dodamy, że w tych dniach został oddany do użytku szpital miejski Św. Zofii dla rodzących i że budowa drugiego takiegoż zakładu dla dzielnicy położonej nad Wisłą, już została rozpoczęta, to zdaje się, że wyczerpiemy szereg projektów, postanowionych lub rozważanych dotąd przez Wydział szpitalny w celu ułożenia ogólnego planu reform odnośnie do zwiększenia liczby łóżek. Niewątpliwie, nawet urzędywistnienie tych zamierzeń nie zaspokoiliby wszystkich przez tak długi czas niemal wcale nie uwzględnianych potrzeb ludności, wiadomo nam bowiem jak niewystarczającymi na potrzeby miasta są takie szpitale, jak oftalmiczny, dziecięce i t. d., toteż sędzę, że rozwiązanie tak trudnego zadania, stanowiące w zasadzie obowiązek miasta, nie jest jeszcze obecnie możliwe bez udziału inicjatywy i ofiarności publicznej.

Mówiąc o zamierzeniach, mających na celu powiększenie liczby miejsc w szpitalach, nie poruszałem oczywiście kwestyi ulepszeń w urządzeniach wewnętrznych, leczniczych i t. p., ani też w organizacji personelu lekarskiego, administracyjnego i służbowego, które powinnyby stać się przedmiotem oddzielnego artykułu.

Przegląd bibliograficzny.

Prof. E. Roos. **Badania kliniczne nad zjawiskami dźwiękowymi serca** (Klinische Untersuchungen über die Schallerscheinungen des Herzens). Lipsk, 1911. 78 stronic, 14 rysunków i 12 tablic — światłodruków.

Jest to pierwsza książka na temat obiektywnego badania tonów i szmerów sercowych. W książce tej Roos zdaje sprawozdanie z wyników swych badań, od lat trzech prowadzonych zapomocą metody MARBEGO. O innych metodach zapisywania dźwięków serca wspomina Roos tylko pobieżnie (obszerniejsze zestawienie krytyczne wszystkich metod odnośnych p. w Gaz. Lek., 1909, nr. 38 i 40), porównywa jednak otrzymane przez siebie dane z danymi innych autorów, otrzymanymi zapomocą metod odmiennych.

Istota metody MARBEGO polega na zastosowaniu t. zw. płomieni KÖNIG'a, które powstają w sposób następujący: przez dwie równoległe leżące rurki, z jednego końca ujęte hermetycznie w oprawę, której dno stanowi błonka, przepuszcza się którykolwiek z palących się gazów w ten sposób, że uchodzi on przez jedną rurkę, przechodzi obok błonki, wychodzi przez drugą rurkę, i tu u wyjścia zostaje zapalonym; otóż KÖNIG stwierdził, że szybkość, z jaką gaz opuszcza wyżej opisany przyrząd, zależy od stanu, w jakim znajduje się błonka: jeżeli błonka wprawiona zostanie w drgania, to te odbijając się będą wiernie na płomieniu palącego się gazu, jeżeli zaś błonka znajduje się w spokoju, to i płomień nie podlega żadnym wahaniom. Przyrząd ten zastosowany został przez MARBEGO do zapisywania tonów serca w taki sposób, że błonkę przystawia

się hermetycznie do piersi osoby badanej (mniej więcej po środku okolicy sercowej, zdaleka od uderzenia wierzchołkowego), dzięki czemu błonka wprawiona zostaje w drgania, odpowiadające tonom i względnym szmerom serca. Jako gazu używa się acetylenu, którego płomień daje kopeć, dzięki czemu sam płomień zapisuje drgania błonki na papierku, przesuwającym się ponad płomieniem z dowolną szybkością (na walcu, poruszonym zapomocą ręcznej korby). Dla zapisywania czasu (na tym samym papierku) używa się drugiego płomienia kopcącego, wprawianego w drgania przez błonkę, przystawioną do kamertonu, dającego 100 drgań na sekundę. Cały przyrząd połączyć można ze sfigmografem JACQUET'a dla jednoczesnego zdjęcia krzywych uderzeń serca lub tętna.

Obraz tonów serca, otrzymywany zapomocą metody powyższej, nie przedstawia krzywej (jak we wszystkich innych metodach), lecz szereg kół, wzgl. elips, które zachodzą jedne na drugie. Tonom serca odpowiadają koła znacznie wyraźniejsze i większe, niż szmerom, i na tej zasadzie odróżnia się jedne od drugich. Szmerzy zapisuje przyrząd dokładnie, z wyjątkiem szmerów o dużej liczbie drgań (wysokich), które dają się lepiej wysłuchać; natomiast przyrząd jest czulszym niż ucho wtedy, gdy słycać dużo objawów dźwiękowych, a zwłaszcza w stosunku do słabych szmerów, następujących po szmerach mocniejszych.

Z pracy prof. Roos'a, której w całości streścić nie podobna, wyjmujemy dane następujące. Ton pierwszy składa się z 4-ch—5-iu kół i trwa od 0,05 do 0,08 sek., ton drugi składa się z 2-u—4-ch kół i trwa 0,02—0,04 sek. Ton pierwszy poprzedza tętno tętnicy sennej o 0,06 do 0,09 sek. Skurcz serca trwa 0,30—0,33 sek., rozkurcz — około 0,50 sek., podlega jednak znacznym wahaniom, wszelkie bowiem przyśpieszenie, wzgl. zwolnienie akcji serca odbija się przedewszystkiem na trwaniu rozkurczu. Tak. np., w częstoskurczu napadowym trwanie rozkurczu bywa zredukowane aż do 0,17 sek. (wobec skurczu 0,20 sek), natomiast w zespole objawów STOKES-ADAMSA dochodzi do 1,71 sek. (wobec skurczu 0,46 sek.). Przyśpieszenie akcji zdrowego serca po pracy odbywa się również kosztem rozkurczu.

Co się tyczy tonów przedsionkowych, to w warunkach normalnych (przy skojarzonej akcji serca) nie ulegają one zapisaniu. Grupy kół, poprzedzające ton pierwszy o 0,01—0,02 sek., które nieraz udaje się napisać, a którym na sfigmo — i kardyogramach odpowiadają małeńkie wzniesienia (poprzedzające uderzenie tętna lub skurcz komór), uważane dotychczas przez wielu badaczy za wyraz skurczu przedsionków, — są bez wątpienia pochodzenia komorowego, gdyż dowodzi tego czas ich występowania. TONY przedsionkowe udaje się natychmiast zapisać (poza rozkojarzeniem) przy podnieczonej działalności serca, zwłaszcza przy podnieceniu nerwowem: różnią się one tem od wyżej wspomnianych, że poprzedzają ton pierwszy o 0,06 sek. Jeszcze wcześniej (0,09 sek. przed pierwszym tonem) powstaje t. zw. trzeci ton serca, który nieraz można stwierdzić przy wadach zastawki dwudzielnej i który również jest tonem przedsionkowym. Natomiast ton trzeci, występujący o 0,17 — 0,19 sek. po początku drugiego tonu (na 0,2 sek. i więcej przed pierwszym tonem), który nazywamy rozdwojeniem drugiego tonu, gdyż występuje bezpośrednio po tym ostatnim i równa mu się co do natężenia dźwiękowego, — pozostaje najczęściej wskutek dwubitnej fali krwi w tętnicy płucnej (przy wadach zastawki dwudzielnej), jest więc również, jak i drugi ton, pochodzenia zastawkowego.

W jednym przypadku przewlekłego zapalenia nerek ze wzmożeniem ciśnienia krwi, w którym stwierdzono wysłuchowo rytm galopujący,

uważany dotychczas za presystoliczny (to znaczy kolejno: ton dodatkowy, ton pierwszy i ton drugi), autor na zasadzie obliczeń wykazuje, że jest to rytm galopujący charakteru systolicznego, w którym więc następują kolejno: ton pierwszy, ton dodatkowy i ton drugi. Ton dodatkowy powstaje więc w tego rodzaju przypadkach podczas odpędzania krwi do naczyń i prawdopodobnie zależy od drgań napiętej ściany aorty (wskutek wzmożonego ciśnienia). Zapatrywanie to potwierdzają inne 2 spostrzegane przez autora przypadki z wysokiem ciśnieniem, w których rytmu galopującego nie było słyhać, po zapisaniu jednak tonów okazało się, że ton pierwszy jest prawie tak samo rozdwojony, jak w przypadku poprzednim. Cała różnica polegała tylko na tem, że odległość między obiema częściami pierwszego tonu wynosiła w pierwszym przypadku (w którym było słyhać rytm galopujący) 0,14 — 0,15 sek., w obu zaś drugich przypadkach odległość ta wynosiła tylko 0,11 sek. i zapewne dlatego obie części pierwszego tonu dla ucha zlewały się w jedną. W dwu tych przypadkach rytm galopujący istniał więc niejako *in potentia*, i na to, ażeby można było go usłyszeć, wystarczyłoby nieznaczne przedłużenie trwania napięcia mięśnia sercowego (któremu odpowiada 1-a grupa 1-go tonu), co mogło nastąpić albo wskutek dalszego zmniejszenia się siły serca, albo wskutek dalszego zwiększenia się oporu.

Drugi typ rytmu galopującego, zwany protodyastolicznym, stwierdził autor w jednym przypadku *mediastino-pericarditidis*, w którymto cierpieniu, jak wiadomo, występuje on najczęściej. Tutaj ton dodatkowy słyhać w początku rozkurczu, a na zdjęciach widać, że występuje on w 0,1—0,12 sek. po początku drugiego tonu. Cyfra ta wskazuje, że to nie może być ton przedsionkowy; z charakteru jego i wyglądu wynika, że nie jest tonem naczyniowym, przyjąć więc należy, że jest to ton komorowy, powstający w chwili, gdy krew zaczyna się wlewać do komór, powstający dlatego, że serce niejako „wmurowane“ w rozrośniętą tkankę łączną, nawet podczas rozkurczu napotyka na opór, który przezwy-cięża napięciem mięśni komorowych.

W zakresie szmerów sercowych zrobił autor spostrzeżenie, że szmery, występujące przy wadach serca, polegających na zwężeniu jego otworów, zapisują się o wiele lepiej, niż szmery przy niedomykalności zastawek sercowych. Pochodzi to stąd, że pierwsze są niższe od drugich, przyrząd zaś źle zapisuje wszelkie dźwięki wysokie i pod tym względem ustępuje nawet uchu. Odwrotnie, przyrząd przewyższa nasz narząd słuchowy w zakresie szmerów z powodu zwężen otworów sercowych: udawało się np. wyraźnie zapisać szmer rozkurczowy przy zwężeniu lewego otworu żylnego, podczas gdy ucho chwyciło tylko przedskurczowe wzmożenie szmeru.

W jednym przypadku zespołu objawów STOKES-ADAMSA, w którym istniało rozkojarzenie akcyj przedsionków i komór (30 uderzeń tętna na minutę), stwierdzono wysłuchowo, że od czasu do czasu nie słyhać pierwszego tonu. Zdjęcia tonów potwierdziły spostrzeżenie to w całej pełni. Zjawisko to powstaje wtedy, gdy skurcz komór następuje w takiej chwili, kiedy na zastawki przedsionkowo-komorowe działa jeszcze przeciwnie skurczu przedsionków, wskutek czego napięcie zastawek jest zmniejszone i ton, wydawany przy ich zamknięciu, tak słaby, że ani ucho, ani przyrząd nie są w stanie go uchwycić. Interpretacja powyższa ma ważne znaczenie dla genezy pierwszego tonu serca, dowodzi bowiem, że ton ten, ogólnie uznawany za przeważnie mięśniowy, jest jednak tonem przeważnie zastawkowym.

Ponadto porusza w książce swej prof. Roos jeszcze wiele innych kwestyi z dziedziny fizjologii i patologii serca, w których wyjaśnia, że obiektywne zapisywanie tonów serca oddaje cenne usługi. Pracę autora czyta się z pożytkiem, nie podobna jednak przemilczeć jednego zarzutu — pod adresem samej metody. Zdjęcia tonów według metody MARBEGO są bowiem szeregiem kół, które płomień kopcający kreśli na papierku; natomiast wszelkie zdjęcia sfigmograficzne (zarówno jak i elektrokardjograficzne) przedstawiają się w postaci „krzywych“, to zn. krzywych i częściowo łamanych linii. Ujemną stroną metody omawianej stanowi więc to, że musimy porównywać ze sobą zdjęcia rodzajowo odmienne. Zarzut pierwszy nabiera tem większej wagi, że sam Roos przyznaje (na str. 16-ej), iż charakter ruchów płomieni nie jest jeszcze teoretycznie z całą dokładnością zbadany.

K. Oczeński.

Wiadomości bieżące.

— Rozpoczynamy XIX-tą seryę Odczytów Klinicznych — wydawnictwa, które powstało w roku 1889 dzięki inicjatywie ś. p. DUNINA i pomimo wielu trudności istniało bez przerwy aż do tego czasu, chociaż chwilowo zmuszeni byliśmy zawiesić prenumeratę i wydawaliśmy Odczyty w terminach nieokreślonych. Dla zapewnienia wydawnictwu pożądanego ciągu i planowości wracamy do dawnego sposobu wydawania.

Odczyt kliniczny w literaturze lekarskiej jest nader pojętą formą zarówno dla czytelnika, jak dla autora. Czytelnik w sposób treściwy, krytyczny, a zarazem przystępny otrzymuje pewną sumę wiadomości zwykle o rzeczach nowych, bieżących, które nie znalazły jeszcze miejsca w podręcznikach i encyklopediach, a jednak tu i owdzie były poruszane w pismach lekarskich, omawiane na posiedzeniach i zjazdach. Uwalnia go to nieraz od znużających studiów, a czasem... do nich zachęca. Autorowi znów forma odczytu pozwala wykazać dar wykładu, daje mu pole do zużytkowania całego zasobu doświadczenia i wiedzy, bez wchodzenia w drobiazgi, do popularyzowania pewnych wyznawanych przez siebie idei i poglądów. Autor wyobraża sobie, iż przemawia do słuchaczy w klinice — dla wielu to złudzenie, u nas zwłaszcza, ma wiele uroku. Któż nie zna tak popularnych w swoim czasie odczytów VOLKMANNA? Brały w nich udział najlepsze siły naukowe. LEYDEN, ZIEMSEN, WUNDERLICH, LIEBERMEISTER, SENATOR, RIEGEL i wielu innych dali nam wzór, czego od odczytu wymagać należy. Autor powinien całkowicie panować nad przedmiotem, posiadać dar jasnego słowa i dużo zmysłu krytycznego.

Chcąc istnieć, jako wydawnictwo stałe, odczyty muszą się zjawiać w peryodycznych odstępach czasu, t. j. teka redakcyjna musi być zasobną w materiał świeży i urozmaicony. W naszych warunkach nie jest to rzeczą łatwą. Trudno jest czekać, zanim kwestya, będąca na dobie, дочека się sprawdzenia i opracowania na naszym gruncie. Stąd też redakcyja Odczytów Klinicznych nie mogła się ograniczyć do prac wyłącznie oryginalnych. W pierwszym roku istnienia wydawnictwa (1889) zaledwie dwu autorów wystąpiło z odczytami oryginalnymi: KRÓWCZYŃSKI i MATLAKOWSKI — obaj niestety zgaśli przedwcześnie. W latach następnych cyfra odczytów oryginalnych znacznie wzrosła; w pierwszej setce przeszło $\frac{1}{3}$ część (39 zeszytów) stanowi nasz dorobek własny; w drugiej setce (właściwie 116 zeszytów), oryginalne odczyty stanowią połowę (58 zeszytów); ostatnia serya (18) składała się wyłącznie z odczytów oryginalnych. W dotychczasowych serych wydawnictwa na 216 zeszytów mamy 97 oryginalnych, 119 tłumaczeń lub skrótów (opracowań). Z wydanych naogół 135 odczytów — 61 należy do autorów naszych, 74 do obcych..

Z autorów naszych 27-u wydało po jednym odczycie, 10-u po 2 lub więcej (34 odczyty). Najplodniejszym autorem odczytów był A. SOKOŁOWSKI, który wydał 8 odczytów, dalej prof. L. RYDYGIER — 5, DUNIN i WŁ. JANOWSKI — po 4 odczyty, BIERNACKI E. — 3 odczyty, GAJKIEWICZ, S. KAMIENSKI, NUSBAUM, REJCHMAN i S. STERLING — po 2 odczyty. Wreszcie po jednym odczycie napisali: ARNSTEIN, BĄCZKIEWICZ, BERNHARD, BIALOKUR, BYCHOWSKI, ELSENBERG, FLATAU, A. GLUZIŃSKI, GOLDFLAM, HIGIER, KRAJEWSKI, Z. KRAMSZTYK, KRÓWCZYŃSKI, KUČERA, MATLAKOWSKI, MINTZ, PALMIRSKI, PAPIEWSKI, PAWIŃSKI, J. PIOTROWSKI, POSNER, PRZEWOSKI, RYCHLIŃSKI, SKŁODOWSKI, W. STERLING, STRÓŻEWSKI, WASSERCUG. Wspólnymi siłami wydali odczyt: KARZEWSKI i KORONKIEWICZ.

Na pierwszy ogień wystąpiły tu nasze najlepsze siły kliniczne, torując drogę młodszemu, którzy mieli jeszcze jedną sposobność do wykazania, że w najgorszych nawet warunkach można się wykształcić na dobrych klinicystów.

Cechą odczytów klinicznych musi być aktualność — szybkie podawanie nowych, a sprawdzonych przez autora faktów z całego obszaru wiedzy lekarskiej. Zadanie to nieraz bardzo jest trudne, wymaga ono obeznania się z ruchem naukowym, krytyki i zachodu około pozyskania odpowiednich prac oryginalnych lub dobrych tłumaczeń i skrótów.

Redakcja Odczytów starała się i starać będzie wywiązywać z tego zadania, dając czytelnikom za skromną cenę prenumeracyjną więcej może, niż tego rodzaju wydawnictwa za granicą. Nieraz zamiast obowiązkowych 2 arkuszy druku, czytelnik otrzymywał niemal dwa razy tyle, nie licząc rysunków i tablic, często kosztownych.

W wyborze treści odczytów Redakcja kierowała się zawsze aktualnością i potrzebami naszego ogółu lekarskiego. Tak w swoim czasie spopularyzowała zupełnie wówczas leżącą odłogiem dział nerwic, wydając klasyczny podręcznik BEARD'a o neurastenii, skrócenie kilkotomowego dzieła GILLE de la TOURNETTE'a o histeryi, odczyt STRÜPPELL'a o nerwicach urazowych, odczyty DUNINA (o habitualnem zaparciu stołca, oraz zasady leczenia histeryi i neurastenii). Odczyty te wywołały nader ożywioną polemikę nie tylko w naszej literaturze. Syfilis układu nerwowego opracowali w wybornych monografiach GAJKIEWICZ i GOLDFLAM. Gruźlica i choroby płucne znalazły utalentowanego rzecznika w SOKOŁOWSKIM. Choroby żołądka i kiszki, kamica żółciowa były opracowane przez REJCHMANA. JANOWSKI wydał wyborny podręcznik do badania tętna oraz semiotykę ogólną wymiotów. BIERNACKI zasady patologii krwi. Chirurgia miała znakomitych przedstawicieli w osobach prof. RYDYGIERA, MATLAKOWSKIEGO, KRAJEWSKIEGO, KIJEWSKIEGO i KARZEWSKIEGO.

Śmiało powiedzieć można, iż nie było żadnej ważniejszej kwestyi naukowo-praktycznej z dziedziny medycyny współczesnej, któraby w swoim czasie nie znalazła echa w Odczytach. Redakcja nie wahała się od czasu do czasu poruszać kwestyi czysto naukowych, oderwanych i filozoficznych (PRZEWOSKIEGO—Działalność naukowa VIRCHOWA, JANOWSKIEGO—Fizjologia i patologia ogólna wymiotów, BIERNACKIEGO — Studium o afazji, NUSBAUMA—O natężeniu spraw patologicznych, tegoż — O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobne). DUNIN odczytem swoim zapoczątkował u nas walkę z gruźlicą. Niemala część Odczytów weszła do ogólnej skarbnicy wiedzy lekarskiej, wydana w językach obcych w postaci odczytów lub monografii.

Przeszło 20-letnia i tak zaszczytna przeszłość Odczytów, udział w nich najlepszych naszych klinicystów starego i młodego pokolenia, popularność wśród czytelników wkładają na nas ciężkie obowiązki, ale dodają zarazem otuchy na przyszłość. W miarę słu naszych uprawiać będziemy dalej niwę naszych poprzedników, kierując się wyżej podanymi poglądami na znaczenie i zadania Odczytów Klinicznych. Redaktorem pierwszych 9-iu seryi Odczytów był DUNIN, następnych—PRUSZYŃSKI. Począwszy od seryi XVIII redaktorami są obecni redaktorzy Gaz. Lek.

Bieżąca serya obejmować będzie następujące tematy: Leczenie chirurgiczne chorób płucnych. Znaczenie psycho-analizy FREUD'a. Leczenie wrzodu peptycznego żołądka. Dyagnostyka chorób wewnętrznych zapomocą promieni ROENTGEN'a. *Polymyeliitis anterior* według najnowszych badań i spostrzeżeń epidemiologicznych. Cholera i inne.

— Zarząd Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy w rozwinięciu zadań Stowarzyszenia organizuje w ciągu lutego cztery odczyty w lokalu Stowarzyszenia, a mianowicie w każdą środę o godz. 8½ w następującej kolejności: d. 7-go Dr JAKIMIAR: „O organizacji pracy szpitalnej w Niemczech“, d. 14-go prof. BIERNACKI: „O ciśnieniu światła“, d. 21-go prof. LEWIŃSKI: „O pochodzeniu, znaczeniu higienicznym i ekonomicznym wód zaskórnych“, d. 28-go prof. WEIBERG „O ciałach koloidalnych“.

— Komitet Towarzystwa Kolonii Letnich postanowił dla uczczenia pamięci ś. p. dra STANISŁAWA MARKIEWICZA obrócić całkowity dochód z projektowanej sprzedaży „różyczki polnej“ na otwarcie w Ciechocinku kolonii leczniczej Jego imienia.

— Stowarzyszenie lekarzy, używających mowy francuskiej (*Association des médecins de langue française*), założone w końcu roku zeszłego w Lyonie (jak o tem donosiliśmy w nr. 44 r. z.) nadesłało do Redakcyi naszej statut swój z listą członków komitetu dyrekcji i rady administracyjnej oraz założycieli. Sekretarzem generalnym Stowarzyszenia jest prof. BARD z Genewy, sekretarzem przyszłego Zjazdu prof. TEISSIER z Paryża. Członkiem Stowarzyszenia może być każdy lekarz bez różnicy narodowości, przyjęty przez balotowanie rady administracyjnej, po złożeniu deklaracji piśmiennej na opłacenie składki, wynoszącej 20 franków rocznie. Członek Stowarzyszenia jest uprawniony do brania udziału w dorocznym Zjeździe medycyny wewnętrznej francuskiej bez opłacania składki i do otrzymania prac tego Zjazdu również bezpłatnie. Głównem zadaniem Stowarzyszenia będzie urządzenie periodycznych kongresów medycyny wewnętrznej w krajach, używających języka francuskiego. Jedynym językiem kongresu będzie język francuski. Widoczną jest rzeczą, że Stowarzyszenie ma na celu odciążenie cudzoziemców od wszechwładnego wpływu nauki niemieckiej. Dla nas ruch ten wydaje się sympatycznym i z wielu względów uważalibyśmy za pożyteczne, ażeby z niego skorzystał przez branie wedle możliwości udziału w pracach Stowarzyszenia.

Zapisywać się można wprost u prof. BARDA, sekretarza generalnego, Genève, 44 Boulevard des Trachées lub za pośrednictwem kol. WŁ. JANOWSKIEGO, jako jednego z członków założycieli.

— W kwietniu r. b. Poliklinika wiedeńska obchodzić będzie 40 letni jubileusz istnienia—2 stycznia 1872 r. 12-tu docentów prywatnych stworzyło poliklinikę, w której w ciągu pierwszego roku udzielono porady 11,952 chorym. Z liczby założycieli pracują w tej instytucji trzej: profesorowie v. REUSS, WINTERNITZ i BENEDICT.

— Przyczyną masowego zatrucia w przytulku noclegowym w Berlinie podczas świąt Bożego Narodzenia, jak się okazuje z rozpraw w Tow. Lek. Berlińskim, było użycie alkoholu metylowego (spirytusu drzewnego). Śmiertelność z początku wynosiła 70%, wogóle zmarła połowa osób, które zatruciu uległy. Sprawa dostała się do gazet wczesniej, zanim można było ustalić rozpoznanie. Stąd powstały sprzeczne wiadomości o jakiejś nowej zaradzie, to znów o zatruciu rybami. W ciężkich przypadkach zjawiała się sinica, drgawki, rozszerzenie źrenic, osłabienie akomodacji, ślepoty, *dyspnoe*, nagła śmierć. W przypadkach lekkich występowały tylko zaburzenia oczne. Kilka osób uratowanych oślepiło. Te właśnie zaburzenia ze strony wzroku naprowadziły na myśl, że miano do czynienia z zatruciem alkoholowym, co potwierdziło śledztwo i rewizje szynków, z których goście przytulokowi zaopatrywali się w wódkę. Między chorymi nie było wcale kobiet.

— Wydział lekarski w Genewie postanowił bojkotować przetwory farmaceutyczne niemieckie z powodu artykułów w czasopiśmie niemieckich przeciwko włoskim lekarzom wojskowym.

Z tego samego powodu dzienniki włoskie nawołują do ogólnego bojkotu lekarskiego Niemiec.

— Niemiecki komitet podróży naukowo-lekarskich urządza w r. 1912 podróż do Ameryki. Wyjazd z Hamburga nastąpi 7-go lub 8-go września, przyjazd do New-Jorku 17-go lub 18-go. Wycieczka obejmuje New-Jork, Filadelfię, Baltimore, Washington, Chicago, Niagarę, przejazd przez jezioro Ontario, Montreal, Boston i podróż rze-

ką Hudson. Uczestnicy wycieczki wezmą udział w międzynarodowym Zjeździe Hygienicznym. Powrót do Hamburga 20-go października. Koszt podróży z utrzymaniem wyniesie 1,700—2,500 marek (zależnie od kajuty). Zgłaszać się można najdalej do 15-go lipca do: „Deutscher Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen“ Berlin, Potsdamerstrasse 134b.

O D R E D A K C Y I.

Grono kolegów, którzy ukończyli Uniwersytet warszawski w r. 1900-ym, z okazji zjazdu koleżeńskiego złożyło na ręce nasze rs. sto w celu uczczenia pamięci przedwcześnie zmarłego serdecznego kolegi i przyjaciela ofiarodawców, ś. p. BOLESŁAWA ŻEBROWSKIEGO.

W porozumieniu z ofiarodawcami przeznaczamy sumę powyższą jako nagrodę za najlepszą pracę z dziedziny bakteriologii lub chemii lekarskiej, drukowaną w pismach lekarskich w ciągu bieżącego roku 1912-go.

Sąd konkursowy stanowiąc będą wybrani członkowie Redakcyi Gazety Lekarskiej, których nazwiska ogłosimy w terminie końcowym konkursu.

Do numeru niniejszego dołącza się prospekt wydawnictwa: *Historia malarstwa*.

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pediatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Opłacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pediatryczny za rub. 2, rocznie w Warszawie i za rub. 2.40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnym pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pediatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, $\frac{1}{2}$ str. rub. 11 $\frac{1}{4}$ str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, $\frac{1}{2}$ str. rub. 8, $\frac{1}{4}$ str. rub. 4.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metz i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbès.

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.