



AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi — Żorawia 22.

Adres Administracyi — Marszałkowska 73.

SPETON—(Mata)

idealny anticoncipiens używany przez bardzo wielu lekarzy. Działanie tlenu w postaci trwałych tabletek.

PERBORAL

stosowany w ginekologii. Lek swoisty przeciwko białym upławom, nadzarciom pochwy, w zapaleniu macicy. Działa przez wydzielanie się wolnego tlenu. W wysokim stopniu bakterjobójczy, nie drażniący.

GLYCOPON

Glicerofosforan zbioru alkaloidów makowca. Lek uspakajający o działaniu nasennem i kojącem, stosowany w chirurgii, ginekologii i neurologii.

Zalety: stały skład, szybka przyswajalność, wzmoczone działania narkotyczne; Gotowy do stosowania wewnętrznego lub podskórnego (specjalnie dogodne opakowanie dla szpitali), wskutek czego znaczne obniżenie ceny.

Literaturę i próby dla lekarzy wydaje

S. ROŚCISZEWSKI — Warszawa — Piękna 7.
Skład główny: Tow. Akc. LUDWIK SPIESS i Syn.
Fabryka Chemiczna „Nassovia“ Wiesbaden 59.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecymi, oraz wewnętrznymi, z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt i opatrunki od 3 do 7 rb. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdując w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do uskutecznienia leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.



ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przrządy motorowe), przrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem,

Hemogen Magistri Klave

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku, nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany we wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Poleca LABORATORYUM CHEMICZNE przy aptece

Magistra H. KLAWEGO,

10, Pl. Św. Aleksandra, Warszawa, Tel. 25-08 i 24-94.

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan.



Próbki i literaturę są na usługę P.P. Lekarzy.

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socjalnej.

Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,
objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Higiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Bálneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ. 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokoły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCJI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów im. Rau'a, 2) Z instytutu Higieny Dziecięcej im. Lenwała, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygienicz. VII. RUBRYKA Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADEŚLANE. XIII. ŻYCIORYSY. XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Dr. med. ALFRED SOKOŁOWSKI

WYKŁADY KLINICZNE

CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH.

Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie w 3 tomach

Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli. Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.

Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.

Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.

Część II. Suchoty płucne. Cena rb. 5, w oprawie rb. 5 k. 60, przesyłka k. 60.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka w Warszawie.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- Nr 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
Nr 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
Nr 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.

Jako następny odczyt wyjdzie wkrótce:

- Nr 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria anafilaksji.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.



AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 21 października 1916 r.

[Z ZAKŁADU ANATOM.-PATOLOG. UNIwersYTETU LWOWSKIEGO. DYR. PROF. Z. DMOCHOWSKI.]

Badania nad zachowaniem się przytarczyc w przypadkach powstawania złogów wapiennych w ustroju ludzkim.

Podał

Dr Zdzisław Tomaszewski,

asystent kliniki lekarskiej.

Prace doświadczalne, jakoteż badania klinicznochemiczne i anatomiczne nad tężyczką wykazały niewątpliwy wpływ gruczołów przytarczowych na przemianę soli wapiennych w ustroju ludzkim. W jaki jednak sposób gruczoły te regulują powyższą przemianę, tego dokładnie nie wiemy; wyniki badań różnych autorów, a co zatem idzie, także ich wnioski różnią się bardzo znacznie pomiędzy sobą.

Nie mam zamiaru przytaczać i omawiać bardzo obszernego piśmiennictwa, zestawionego szczegółowo w monografii Mac Calluma (1) i w znanym dziele Biedla¹⁾, gdyż przekroczyłoby to znacznie zakres niniejszej pracy, zwrócę jedynie uwagę na kilka ważniejszych prac z danego zakresu. Na pierwszym miejscu stoją niewątpliwie klasyczne badania Erdheima (17), który dowiódł, że proces wapnienia kości w ustroju związany jest ściśle z obecnością przytarczyc, gdyż wycinanie tych gruczołów młodemu zwierzęciu stale uniemożliwiało wapnienie kości; nowoutworzona tkanka kostna przypominała tkankę kostnicową (osteoidną) nie zwapniałą. Na sie-

kaczach młodego szczura, któremu wycinano przytarczycę, potem wszczepiano jej znów wycinano, powstawały pasma tkanki niezwapniałej, odpowiadające okresom, w których przytarczyc nie było. Erdheim (16) spostrzegł dalej, że kostnina (*callus*), która wytwarza się po złamaniu kości u szczura pozbawionego przytarczyc, zawiera nadzwyczaj mało wapnia; obrazy te były takie same, jakie widzimy przy powstawaniu kostniny rachitycznej.

Cattaneo i Neurath (2 i 3), badając krew dzieci chorych na tężyczkę, znaleźli w niej małe ilości wapnia; to samo stwierdzili Mac Callum i Voegtlin (4) we krwi i mózgu zwierząt tężyczkowych. Z pomiędzy polskich autorów Quest (5) znalazł zmniejszoną ilość soli wapiennych w mózgu u dzieci, podlegających drgawkom, które, jak wiadomo, stawiamy dzisiaj w związku ze zmniejszoną czynnością przytarczyc.

Z badań powyższych wynika, że przy skłonności do drgawek, tak zwanej spazmofilii, mamy do czynienia z odwapnieniem (hypokalcyfikacją) ustroju t. j. z zaburzeniem we wzajemnym stosunku rozmaitych soli, zależnem od niedomogi systemu tarczyczo-przytarczowego (Cattaneo). Mac Callum i Voeg-

¹⁾ II-gie wydanie str. 79 i dalsze, str. 129 i dalsze.

tlin twierdzą, że przytarczycy wpływają na przemianę wapnia w ten sposób, iż po ich usunięciu następuje szybsze wydalenie soli wapiennych z ustroju; możliwym jest, że powstaje przytem w niektórych tkankach niezdolność do wchłaniania i przyswajania sobie wapnia. Ponieważ prace doświadczalne dowiodły, że przy braku przytarczyc proces kośnienia jest niezupełny, zaczęto w gruczołach tych szukać zmian anatomicznych w przypadkach krzywicy i rozmięczenia kości. W pięciu przypadkach wybitnego zmięczenia kości znalazł Erdheim (6) rozrost (*hyperplasia*) gruczołów przytarczowych, bądź też znalazł w nich tkankę, która robiła wrażenie nowotworowej. Zmiany te uważa E. za objaw wzmożonej czynności gruczołów, które w ten sposób mają zobojętniać jakieś ciała jakoby tworzące się w jajnikach.

Podobne spostrzeżenia ogłosili: Schmorl (7), który stwierdził rozrost (*hyperpl.*) przytarczycy w jednym przypadku rozmięczenia kości; Strada (7) i Bauer (8), którzy zauważyli w gruczołach guzki młodej tkanki przytarczowej; Tedyo (9) znalazł rozrost przytarczyc w sześciu przypadkach rozrzedzenia kości (*osteoporosis*). Hohlbaum (10), który potwierdza wyniki Erdheima co do zmian w dentynie u szczurów z wyciętymi przytarczycami, znalazł w jednym przypadku rozmięczenia kości znaczny rozrost jednej z czterech przytarczyc, a w niej ogniska, złożone z bujących komórek kwasochłonnych.

Punkt wyjścia pracy mojej stanowiły powyżej przytoczone spostrzeżenia. Ponieważ, jak widzieliśmy, pomiędzy czynnością przytarczyc, a przemianą soli wapiennych w organizmie istnieje związek niewątpliwy, badałem gruczoły przytarczowe takich przypadków, w których w ustroju powstały złogi wapienne w miejscach, gdzie ich w warunkach normalnych niema. Starałem się dalej rozstrzygnąć pytanie, czy na podstawie budowy anatomicznej tych gruczołów nie będzie można mówić o zmienionej ich czynności.

Zaznaczyć muszę, że badania histologiczne nie zawsze dają nam podstawę pewną do ocenienia stanu czynnościowego gruczołu, a nawet, że istnieje cały szereg schorzeń, gdzie doświadczenia na zwierzęciu lub spostrzeganie kliniczne daje nam więcej, niż badania anatomiczne. Przyczyną zjawiska tego jest fakt, że nie umiemy jeszcze z całą ścisłością rozpoznawać różnych okresów prawidłowej czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, nie znamy klasycznych obrazów histologicznych, pozwalających na odróżnie-

nie czynności gruczołu wzmożonej od niedomogi wydzielniczej, lub zupełnego wyczerpania gruczołu.

Przypatrzmy się, jakie posiadamy dzisiaj dane histologiczne do ocenienia stanu czynnościowego gruczołów przytarczowych. Niestety tutaj, podobnie jak to się dzieje z innymi gruczołami o wewnętrznym wydzielaniu — zdania są podzielone.

Jak wiadomo, przytarczycę składa się z dwu rodzajów komórek: głównych i kwasochłonnych (Welsch). Komórki główne, które stanowią główną składową część gruczołu, występują pod dwojaką postacią: komórek barwiących się niezmiernie słabo, pęcherzykowatych, z jądrem ułożonem obwodowo, i komórek o pierwszczy delikatnie podbarwiającej się eozyną, jednostajnej, czasem lekko ziarnistej. Według Harviera (11) różny ten wygląd komórek odpowiada różnym okresom ich czynności. Komórki z pierwszczą wyraźną (różowo zabarwione) odpowiadają okresowi czynności wzmożonej, jasne zaś, jakgdyby nieposiadające pierwszczy — okresowi spoczynku komórki. Getzowa (12) uważa komórki różowe, za komórki wypełnione wydzieliną, komórki zaś jasne za będące w okresie przygotowawczym. Jest to prawdopodobne, gdyż w jednym i tym samym gruczole znaleźć można komórki obu rodzajów leżące obok siebie; najczęściej jednak spotykamy się z jednym typem komórek t. j. podbarwianych, a zatem czynnych.

Prócz tych komórek, spotykamy w każdym gruczole jeszcze komórki barwiące się eozyną mocno — eozynochłonne; według jednych autorów zjawiają się one dopiero około 10 roku życia (Erdheim), według innych (Harvier, Hornowski) znacznie wcześniej; Getzowa widziała je w 7 roku życia, a nawet u noworodków. Występują one także pod dwiema postaciami, mianowicie pod postacią komórek, odpowiadających wielkością komórkom głównym, o pierwszczy jednolitej, i pod postacią komórek dużych, jasnych, iakby napęczniałych, wypełnionych kwasochłonną ziarnistością. Komórki te leżą przeważnie pojedynczo lub w małych skupieniach; według Getzowej, mogą one tworzyć nawet większe grupy, leżące tuż pod torebką; grupy większe, złożone z komórek bardzo jasnych, zdarzają się według Getzowej przeważnie u ludzi bardzo starych. W pierwszczy komórek tych leżą czasem wodniczki (*vacuolae*). Komórek kwasochłonnych w warunkach normalnych widzimy niewiele. W pewnych przypadkach komórki te mogą być wypełnio-

ne dużą ilością ziarnistości bardzo drobnej, co Getzowa uważa za wyraz wybitnego stanu czynnościowego szczególnie, jeżeli komórka jest duża. Komórek tych spotykamy dużo w czasie ciąży.

Barwione według metody Galeotiego wykazują one okrągłe, silnie połyskujące ziarna (Engel 13) które są uważane za ziarna wydzieliny, chociaż nie jest to pewnem.

Że obecność komórek kwasochłonnych może być wyrazem nadczynności gruczołu, wynika ze spostrzeżeń Harviera, który znajdował je w dużych ilościach u dzieci, gdzie z reguły jest ich niewiele, w tych przypadkach, w których komórki główne były ujęte przez zbitą tkankę łączną, a także z badań Pepere (14) — który znajdował je w gruczołach przytarczowych wewnętrznych królika (gdzie w normalnych warunkach wcale ich niema), któremu przed kilkunastu miesiącami wycięto przytarczycę zewnętrzną. Komórki kwasochłonne uważa Pepere za właściwe elementy wydzielające; specyficzną ich wydzieliną ma być jakieś ciało koloidalne. Hornowski (15) uważa komórki kwasochłonne za komórki będące w stanie czynnym; do tego wniosku doszedł, badając stosunek grasicy do gruczołów przytarczowych i innych gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Wypowiada on przypuszczenie, że „dla wyrównania zmniejszonego wydzielania grasicy, ulegającej inwolucji zbyt wcześnie, zjawiają się komórki kwasochłonne w gruczołach przytarczowych“.

Erdheim nie uważa, by obecność komórek kwasochłonnych przemawiała za stanem czynnym gruczołu (cyt. według Biedla).

Badając gruczoły przytarczowe znajdujemy w nich czasem twory w kształcie małych pęcherzyków, wysłanych przybliżeniem niskim; czasem składają się one z kilku komórek głównych, ułożonych w kształcie przewodu gruczołowego. Harvier twierdzi, że u dzieci znajdują się one tylko w stanach chorobowych; w pewnych przypadkach ilość tych pęcherzyków może być dosyć znaczna (*transformation pseudovésiculaire de la glande parathyroïde* — Harvier); obecność ich dowodzi najprawdopodobniej, że gruczoł znajdował się w stanie czynnym. Pepere znajdował dużo pęcherzyków powyższych w przytarczycach wewnętrznych u królika, któremu wyciął gruczoły zewnętrzne. W świetle pęcherzyków, czasem pomiędzy komórkami, rzadziej w samych komórkach (Getzowa, Harvier), znaleźć możemy masy koloidalne kwasochłonne, zwykle w ilości niewielkiej; przed

10 r. życia pęcherzyków nie spotyka się wcale (Harvier), lub zdarzają się tylko wyjątkowo (Getzowa).

Czy wogóle koloid jest ciałem, wydzielanem przez komórki główne i eozynofilowe, czy też tylko przez eozynofilowe, jak chce Pepere, trudno na pewno rozstrzygnąć. Dziś jeszcze zdania co do pochodzenia i znaczenia koloidu są różne. W każdym razie można przypuszczać, że jego obecność jest dowodem, iż dana komórka znajduje się w stanie czynnym (Pepere, Getzowa, Claude i Schmerger). Kohn twierdzi, że powstawanie pęcherzyków, wypełnionych masami koloidalnymi dowodzi nieprawidłowej czynności gruczołu; w każdym razie obecność koloidu dowodzi istnienia czynności wydzielniczej gruczołu, a nagromadzenie wydzieliny w pęcherzykach wskazuje tylko zwolniony odpływ. Podobnie i Getzowa uważa, iż obecność koloidu dowodzi zastoju swoistej wydzieliny gruczołu, za czem ma przemawiać skąpe stykanie się komórek przybłonkowych z naczyniami i najczęstsze zjawianie się koloidu w obwodowych, mało unaczynionych częściach gruczołu.

Nowsze badania nad wzajemnym stosunkiem gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu wykazały pomiędzy nimi związki tak ścisłe, iż nie można mówić o czynności jednego z nich bez uwzględnienia zmian anatomicznych w gruczołach innych. W badaniach moich postanowiłem zwrócić uwagę głównie na nadnercza, bo jak zdaje się wynikać z dotychczasowych badań, nadnercza stoją w przeciwnościowym stosunku do przytarczyc i grasicy. Hornowski w wyżej wspomnianej pracy stwierdził, że po przedwczesnym zaniku grasicy rozrasta się silniej istota rdzenna nadnerczy; a w gruczołach przytarczowych zjawiają się przedwcześnie komórki kwasochłonne.

Przechodząc do omówienia zbadanych przezemnie przypadków, nadmieniam, że nie robiłem wcale pomiarów, ani też nie ważyłem badanych przytarczyc, z tego powodu, że często trudno bardzo oddzielić je od tarczycy, lub łatwo wyjąć gruczoł chłonny zamiast przytarczyc; pod mikroskopem dopiero możliwe jest dokładne odróżnienie.

Wszystkie badane przypadki należą do rzędu takich, w których zwapnienia nie stanowiły dla ustroju przyczyny stanu chorobowego. Uważamy dziś, że zwapnienia takie, występujące bez względu na wiek danego osobnika, nie dające się objaśnić czynnikami miejscowymi i nie będące przerzutami, są następstwem

jakiegoś specjalnego usposobienia ustroju do tworzenia złogów soli wapiennych (teorya Schmidta o skazie wapiennej = *Kalkgicht*); za przykład mają służyć przedwczesne zwapnienia tętnic, gruczołów chłonnych i chrząstek żebrowych, zwapnienia ognisk gruczołowych i t. d. Zadanie więc moje polegało na daniu odpowiedzi na pytanie — czy też w przypadkach takich to specjalne usposobienie nie da się wytłumaczyć wzmogłą czynnością gruczołów przytarczowych?

Jak widać z zestawienia piśmiennictwa, nie zdołały dotychczasowe badania ustalić pewnego obrazu histologicznego dla gruczołu w okresie czynności wzmoczonej, tak że z ilości tych lub innych elementów komórkowych możemy do pewnego tylko stopnia oceniać siłę stanu czynnego danego gruczołu.

Jeżeli z tego punktu widzenia będziemy patrzyli na zbadane przypadki, jeżeli równocześnie uwzględnimy zachowanie się nadnerczy, pamiętając o ich stosunku do przytarczyc, to przekonamy się, że prawie we wszystkich możemy dopatrzyć się cech, przemawiających za nadczynnością tych gruczołów. Te zaś przypadki, gdzie w obrazie histologicznym niema cech nadczynności przytarczyc lub są niezmiernie słabe, mimo istniejących w ustroju zwapnień, można przypuszczalnie tłumaczyć zbyt wąską istotą rdzenną nadnerczy. Ostatnie tłumaczenie stwierdzić niezbicie jest rzeczą bardzo trudną, dlatego też powtarzam, że jest to przypuszczenie. W ocenianiu przypadków, w których mamy do czynienia z gruczołową, należy jeszcze pamiętać o demineralizującym wpływie tego schorzenia na ustrój (16).

Materyał, na którym opieram moje wnioski jest następujący:

GRUPA I.

1) Kobieta lat 51 — 16 godzin po śmierci. *Tbc. caseosa nodosa confl. chr. ap. utriusque. Tbc. miliaris pulmon., lienis, hepat., ren. Ulcera tbc. chr. intest. Lymphadenitis caseosa gl. peribr.*

Tarczycy i parathyr. bardzo duże.

Zwapnienia w ognisku szczytowem; zwapniałe obustronnie I żebro.

Przytarczycy: Budowa zrazowata wyraźna, ukrwienie słabe. Tkanki tłuszczowej dosyć dużo; kolosalnie wielka ilość komórek oksyfilnych; leżą one w dużych grupach, czasem po kilkadziesiąt (30—50) komórek razem, są przeważnie wielkie (14,5—16 μ), jasne, drobnociarniste, niektóre z nich barwią się bardzo silnie. Komórek ciemno barwiących się, o jednostajnej pierwowzrosty, mniej, ale także dużo. Grupy komórek oksyfilnych jasnych leżą częściowo na obwodzie, częściowo zaś w środku gruczołu. Kilkakrotnie spotkano kilka komórek oksyfilnych, tworzących jak gdyby pęcherzyk, zawiera-

jący w środku kolloid oksyfilny. Kolloidu wogóle bardzo dużo, przeważnie leży wśród pęcherzyków rzekomych, miejscami zaś wolno między komórkami.

W gruczole znaleziono także twory gruczołowe, wielkości 312 μ , złożone z komórek jasnych, ostro od otoczenia odcinające się. W tworach tych komórek kwasochłonnych jest bardzo mało.

Nadnercza: Szerokość korowej 937,50 do 1250 μ .

Szerokość rdzennej 625 μ .

Istota chromochłonna rozmieszczona grupami, miejscami rozłożona jednostajnie, w postaci komórek ułożonych w sznury. Ilość jej mierna, zabarwienie miernie silne. W każdym skrawku po 3—4 komórki sympatyczne zwojowe.

Uwaga: Gruczoł bardzo wybitnie czynny. Wobec wąskiej istoty rdzennej nadnerczy i wskutek tego słabego działania antagonistycznego, byłby z jednej strony niepotrzebny zbytni wysiłek gruczołów przytarczowych, z drugiej jednak strony istnieje demineralizujący wpływ gruczołowej znacznej stopnia; zwapnienia są mimo to dosyć znaczne.

2) Mężczyzna 53 l. — 7 godz. po śmierci. *Atheroscl. univers; sepsis.*

Silne zwapnienie I-go żebra; obustronnie zwapnienia chrząstek żebrowych, mocne zwapnienia w tętnicach.

Kliniczne rozpoznanie: *diabetes mellitus.*

Przytarczycy: Dużo tkanki tłuszczowej wśródzrazikowej. Kontury komórek głównych niewyraźne. Bardzo liczne komórki kwasochłonne, leżące przeważnie pojedynczo, porzucane, rzadziej w grupach. Grupy złożone się z kilkunastu komórek, wszystkie drobnociarniste. Dosyć liczne pęcherzyki, zawierające kolloid eozynochłonny lub amfochłonny.

Tu i ówdzie małe ogniska syncytialne.

Nadnercza: Korowa 1260, rdzenna 1260, dochodzą do 1562,5 μ .

Chromochłonnej istoty niezbyt dużo.

Uwaga: Gruczoł bardzo wybitnie czynny; z jednej bowiem strony rdzenna istota nadnerczy jest bardzo szeroka (a więc silne działanie antagonistyczne), a mimo to zwapnienia są dosyć znaczne.

3) Kobieta 50 l. — 9 godzin po śmierci. *Endocard. ulcer., embolia art. fossae Sylvii. Bronchopneum. dispersa.*

Sredni wzrost, klatka miarowa, kąt ostry; prawie wszystkie chrząstki żebrowe zwapniałe. Tarczycy i przytarczycy dosyć duże. W tarczycy miejscami torbiele kolloidowe.

Przytarczycy: Budowa wyraźnie zrazowata, ukrwienie mierne; tkanki łącznej ilość mierna. Komórki kwasochłonne bardzo liczne, o dwójakim typie: jedne duże, o średnicy od 11,25 do 13,2 μ , pierwowzrosty drobnociarnistej, jasnej. Miejscami tworzą duże grupy, złożone z kilkunastu (do 30-tu) komórek. W każdym preparacie 2—3 takie grupy. Mniej liczne są komórki kwasochłonne małe, średnicy 7,5—9,37 μ , o pierwowzrosty jednolitej, ciemnej. Komórki te leżą pojedynczo, rzadziej 2—3 razem. Dosyć dużo spotyka się tworów cewkowatych, wypełnionych kolloidem kwasochłonnym, jasno różowym; niektóre z nich bardzo duże, średnicy 1250 μ . Nabłonek w tych tworach cewkowatych miejscami o charakterze endotelial-

nym, miejscami o charakterze komórek kubkowych.

Nadnercza: Kora szerokości przeciętnie 1250 μ , istota rdzenna 312,5 μ ; istoty rdzennej jest naogół mało. Komórki chromochłonne, dosyć jednak liczne, barwią się dobrze, choć w wielu z nich wyraźna wakuolizacja. Przekrwienie w istocie siatkowej.

W każdym skrawku znaleziono przeciętnie po 2—3 komórki zwojowych.

Uwaga: Gruczoł uważać należy za bardzo wybitnie czynny; rdzenna istota nadnerczy jest wprawdzie wązka, ale zwapnienia są bardzo znaczne.

4) Mężczyzna 56 l. — 31 godz. po śmierci. *Atherosclerosis aortae praecip. thorac. et universalis*; miejscami wybitne zwapnienia.

Przytarczycy: Budowa zrazowata, ukrwienie mierne, tkanki tłuszczowej ilość mierna. Komórki główne lekko różowe, wyraźnie konturowane. Miejscami tworzą one jakby cewki, przeważnie małe, złożone z kilku komórek, wypełnione koloidem kwasochłonnym.

Komórek kwasochłonnych jest bardzo dużo, przeważnie są one duże, ziarniste (14,5—16 μ), leżą rzadko pojedynczo, przeważnie zaś w grupach, częścią na obwodzie, częścią wewnątrz gruczołu. Niektóre grupy są bardzo wielkie, złożone z kilkudziesięciu komórek. Komórki te tu i ówdzie tworzą także twory cewkowate, złożone z 4 do 5-ciu komórek, wypełnione koloidem. Komórek kwasochłonnych, o pierwoszczy jednostajnej, jest niewiele, jednak tu i ówdzie tworzą nawet grupki. Spotkano kilkakrotnie twory adenoidalne o średnicy 330 μ , z bardzo nielicznymi komórkami kwasochłonnymi.

Nadnercza: Istota korowa dobrze odcina się od rdzennej.

Szerokość istoty korowej waha się od 1250 — 1562 μ , rdzenna w niektórych miejscach dochodzi do 1562 μ .

Komórki chromochłonne bardzo liczne, częściowo wakuolizowane, barwią się ciemno.

Lipoidów dużo, głównie w warstwie kłębkowej, tworzą kulki duże. W preparatach barwionych metodą Nissla po 8—10 komórek zwojowych.

Uwaga: Gruczoł wybitnie czynny; rdzenna istota nadnerczy szeroka, zwapnienie zaś aorty znacznego stopnia.

5) Mężczyzna l. 60 — 18 godz. po śmierci. *Cirrhosis hepatis atrophica. Tumor lienis chr. Gastroenter. chron. Hyperaemia renum.*

Zwapnienia chrząstek żebrowych, zwapniała chrząstka tarczowa.

Przytarczycy: Budowa zrazowata, ukrwienie bardzo silne (przekrwienie), tkanki łącznej ilość mierna, tkanki tłuszczowej mało. Komórki podstawowe przeważnie blade różowo barwiące się, wyraźnie konturowane. Bardzo wielka ilość komórek kwasochłonnych, dużych (14—17 μ), drobno ziarnistych, barwiących się eozyną blade lub wybitnie. Ułożone są one przeważnie w grupach.

Nieraz w małym p.łu widzenia po kilka takich grup.

Miejscami (dosyć często) tworzą bardzo wielkie gniazda, odcinające się ostro od otoczenia, jak gdyby twory gruczołowate, miejscami tworzą cały zrazik. Gniazda leżą na obwodzie lub też we-

wnątrz gruczołu. Komórek małych, o jednostajnie barwiącej się pierwoszczy, niema.

W partyach obwodowych dosyć dużo koloidu kwasochłonnego, częścią w postaci większych mas, częścią w postaci drobnych kulek, zamkniętych między kilku komórkami.

Nadnercza: Torebka wybitnie zgrubiała, miejscami szerokości 312,5 μ . Istota korowa prawie wszędzie szerokości 1250 μ ; rdzenna naogół wązka, lecz miejscami dochodzi 1250 μ . Komórki chromochłonne barwią się bardzo wyraźnie, ciemno brunatno. W istocie siatkowej naczynia silnie rozszerzone.

Lipoidy znajdują się głównie w warstwie kłębkowej i zewnętrznej połowie pasmowatej; naogół jest ich tu dużo, w innych miejscach mało. Gdzieś tam w korze, w warstwach zewnętrznych, tworzy gruczołowate z dużą ilością lipoidów. W preparatach Nissla po 3—5 komórek zwojowych.

Uwaga: Gruczoł wybitnie czynny, gdyż rdzenna istota nadnerczy jest dosyć szeroka, a zwapnienia są znaczne.

6) Kobieta l. 32 — 9 g. po śmierci. *Endometritis septica. Tbc. chronica lobi sup. dextr. Emph. pulmon. Pleuritis adhaesiva.*

Przytarczycy są duże. Zwapnienia w ogniskach szczytowych.

Przytarczycy: Budowa zrazowata, ukrwienie silne; znaczny naciek gruczołu komórkami tłuszczowymi, tak że miejscami komórki gruczołu tworzą wyspy pośród komórek tłuszczowych. Bardzo dużo tworów pseudopęcherzykowych, przeważnie małych, utworzonych przez kilka komórek, wypełnionych koloidem kwasochłonnym. Koloidu wogóle bardzo dużo. Komórki główne różowe, wyraźnie konturowane.

Komórek kwasochłonnych stosunkowo dosyć dużo, przeważnie małe, o jednostajnej pierwoszczy; mniej komórek większych, o typie ziarnistym. Te ostatnie w kilku tylko miejscach tworzą skupienia większe, złożone z kilkunastu komórek, zresztą podobnie, jak komórki małe, leżą pojedynczo lub po dwie razem.

Nadnercza: Szerokość kory 937,50 — 1562,50 μ , przeważnie jednak 937,50 μ . Istota rdzenna w najszerszych miejscach dochodzi do 781,25 μ . Stosunkowo mało komórek rdzennych wykazuje odczyn chromochłonny.

Lipoidów dosyć dużo, przeważnie znajdują się w warstwie kłębkowej, lecz także i w warstwie pasmowej; kulki są duże.

W każdym skrawku znaleziono przeciętnie po 2 komórki zwojowe.

Uwaga: Gruczoł wyraźnie czynny; działanie antagonistyczne nadnerczy jest wprawdzie słabe, bo rdzenna istota jest wązka, a zwapnienia są także niewielkie. Z drugiej jednak strony demineralizujący wpływ gruźlicy, aezkolwiek małego stopnia.

7) Kobieta l. 34. — 12 godz. 30 min. po śmierci. *Tbc. pulm. chron. exacerb. Cavern. rec. Pleur. chr. adhaes. Amyloid renum et hepatis.*

Wzrost średni, klatka dosyć długa, kąt międzyżebrowy ostry. Przytarczycy olbrzymie. Obustronne zwapnienie chrząstki I i VI żebra.

Przytarczycy: Budowa niewyraźnie zra-

zowata, ukrwienie słabe. Komórki podstawowe o granicach dobrze widocznych, przeważnie o typie komórek o pierwszocy delikatnie różowej. Pomiędzy niemi (w jednym gruczole dosyć dużo) tkanka tłuszczowa w ilości miernej.

Komórek kwasochłonnych bardzo dużo, przeważają komórki typu ziarnistego, niektóre barwiące się bardzo wybitnie, inne bledsze. Tworzą one grupy z kilku, czasem leżą pojedynczo, miejscami tworzą gniazda duże, złożone z kilkunastu komórek; gniazda te leżą przeważnie na obwodzie, ale także tu i ówdzie w środku gruczołu. Wielkość pojedynczych komórek ziarnistych dochodzi do 18 μ , średnio wynosi 12 μ . Komórki o pierwszocy jednostajnej kwasochłonnej zachodzimy także tu i ówdzie w grupach. Koloidu niewiele, pęcherzyków mało.

Nadnercza: Grasica istoty korowej i rdzennej niezbyt wyraźna. Przeciętna szerokość istoty korowej od 1250 do 1562 μ , rdzenna w najszerszych miejscach wynosi 781 μ . Komórek kwasochłonnych dosyć dużo, barwią się wyraźnie. W rdzennej i korowej nacieki limfatyczne. Komórek zwojowych przeciętnie po 2 w skrawku.

Uwaga: Gruczoł wybitnie czynny; aczkolwiek istota rdzenna nadnerczy jest wąska, to jednak dla zrównoważenia demineralizującego wpływu gruźlicy znacznego stopnia, konieczny był wysiłek przytarczycy.

8) Kobieta lat 27 — 3 g. po śmierci. Endometr. gangraenosa, fissura mucosae et submucosae vaginae. Peritonitis. Agenesia renis sin. Uterus bicornis.

10 żebro chęlboczące. Długa wąska klatka piersiowa, ostry kąt międzyżebrowy. Zaciągnięcie w szczycie płuca i duże ognisko wapniejące; w gruczołach klatki piersiowej zwapnienia.

Przytarczycy: Bardzo wyraźna zrazowata budowa, dużo tkanki łącznej międzyzrazikowej luźnej. Komórki podstawowe miejscami wodojasne. Naogół granice komórek niewyraźne. Komórek kwasochłonnych ilość miernie liczna, nie tworzą nigdzie skupień większych, przeważnie zas leżą po 2—3 razem. Przeważnie są to komórki jasne, drobnoziarniste. Dużo małych pęcherzykowatych, tworów, wypełnionych oksyfilnym koloidem; leżą one głównie na obwodzie. Tu i ówdzie kolloid zamknięty między grupą komórek podstawowych,

ułożonych w kształcie przewodu gruczołowego (3 do 5 komórek).

Nadnercza: Przeciętna szerokość istoty korowej 781,25 μ , istoty rdzennej także 781,25 μ — miejscami dochodzi do 1250 μ . Komórki chromochłonne w ilości dużej barwią się bardzo dobrze. Lipoidów ilość niewielka; rozmieszczone są przeważnie w warstwie kłębkowej i siatkowej; w zona fasciculata jest ich mniej, miejscami jednak w warstwie tej zabarwienie kulek jest jasnopomarańczowe, a więc tak, jak barwi się zwykły tłuszcz, a nie lipoidy. Wogóle wielkość kulek nieznaczna, nigdzie niema kul bardzo dużych.

Komórek sympatycznych w skrawku przeciętnie 3 do 6.

Uwaga: Gruczoł wyraźnie czynny, aczkolwiek w niezbyt wybitnym stopniu (mało komórek oksyfilnych, głównie o konturach mało wyraźnych). Wprawdzie rdzenna istota nadnerczy szeroka, brak jednak demineralizacji.

9) Mężczyzna lat 50. — 15 g. po śmierci. Endocard, chr. fibr. calcificans. Concret. circumscr. pulmon. sinistr. Pleuritis diaphragmatica circumscripta calcificans.

Przytarczycy: Budowa jednolita, tkanki łącznej, zwłaszcza tkanki tłuszczowej, bardzo mało. Komórki główne delikatnie różowo zabarwione, wyraźnie konturowane. Komórek kwasochłonnych ilość mierna; przeważają komórki duże z pierwszczą ziarnistą, ułożone pojedynczo lub po 2—3 razem. Mało gniazd większych. Na obwodzie gruczołu miernie liczne niewielkie twory cewkowate, wypełnione kwasochłonnym koloidem. Nabłonek w nich prawie kostkowy.

Nadnercza: Istota korowa przeciętnie 937,5—1562,5 μ .

Istota rdzenna stosunkowo wszędzie szeroka (625—1562,5 μ). Komórki chromochłonne obfite, wyraźnie ciemno brunatno zabarwione, wiele z nich jednak jest wakuolizowanych. Lipoidów dużo, głównie w warstwie kłębkowej. Komórek zwojowych po 10—15 przeciętnie w skrawku.

Uwaga: Gruczoł wyraźnie czynny, aczkolwiek komórek oksyfilnych jest ilość mierna, rdzenna istota nadnerczy jest bardzo szeroka, zwapnienia jednak są niewielkie.

(Dok. n.)

Notatka lekarska.

Przypadek choroby Vaqueza (Polycythaemia rubra).

Podał

Dr med. Bronisław Chrostowski

Lekarz naczelny szpitala św. Ducha.

Chory G., lat 50-ku, rzeźnik z Rypina, uskarża się na łatwe męczenie się przy chodzeniu, bóle i zawroty głowy, częste krwawienia z nosa i katar nosa oraz kaszel, poza tem uczucie palenia i swędzenia skóry twarzy i stałe bóle w lewym podżebrzu. Kaszle od lat kilku. Od 4-ku lat napa-

dy bólów podagrycznych (w paluchach); od 2-ku lat wielokrotnie kolka nerkowa prawostronna, nieraz skuteczna — z odejściem kamieni wielkości soczewicy. Przed kilku miesiącami napad kolki wątrobowej z następczą żółtaczką. Parokrotnie napady bólu w okolicy serca i bicia serca. Żonaty,

ma troje zdrowych dzieci. Dziedzicznie nie obciążony.

Chory średniego wzrostu, dobrze odżywiony. Skóra na twarzy, szczególnie na policzkach i nosie, mocno czerwona, raczej sinawowśniowa, zgrubiała, z rozszerzonymi naczyniami włoskowatymi. Również wiśniowoczerwonej barwy skóra kończyn górnych i dolnych oraz tułowia. Błona śluzowa warg i powiek czerwonosinawa.

Badanie wykazało objawy nieżyty przewlekłego nosa i gardzieli, stwardnienia wierzchołków płuc i ich rozedmę w stopniu nieznacznym. Tętno silnie napięte, pełne, zlekka przerywane, 64—84 na minutę. Wymiary serca powiększone; tony nieczyste, mocno akcentowane. Brzuch duży, wzdęty. Wątroba wyczuwa się na dwa palce niżej łuku żebrowego, twardawa, niebolesna. Śledziona silnie powiększona, przy palpacji mało bolesna, sięga ku dołowi poniżej pępka, naprawo przekracza znacznie linię środkową ciała; powierzchnia jej gładka, konsystencja twarda, brzeg okrągły, gruby. Nerki niewyczuwalne; okolica lędźwiowa prawa wrażliwa na wstrząsanie.

W układzie nerwowym zmian nie stwierdzono. Mocz c. wł. 1018, odczynu kwaśnego, białka ani cukru nie zawiera; w osadzie liczne kryształki kwasu moczowego i nieco wylugowanych czerwonych krążków krwi.

Radioskopia stwierdzono nieznaczne zgęszczenie obu wierzchołków płuc i wyraźne powiększenie gruczołów tchawiczooskrzelowych; złogów w drogach moczowych ani kamieni żółciowych nie wykryto.

Badanie krwi (18. VII. 1916) stwierdziło barwę jej ciemną, gęstość i lepkość wzmożoną. Hb. —120. Czerwonych krążków krwi 7.824.000 w 1 m. sz., wskaźnik barwikowy 0,78. Ciałek białych 21.000 w 1 m. sz., wśród nich limfocytów małych 12,57%, dużych 1,30%, postaci przejściowych 1,10%, leukocytów neutrofilowych 84,30%, eozynofiliów 0,80%. Krwinki postaci i wielkości prawidłowej, układają się w rulony normalnie; postaci jądrowych pośród nich nie znaleziono. Liczba płytek Bizzozero widocznie zmniejszona. Pasożytów zimnicy badanie krwi nie stwierdziło.

Krótkotrwałość obserwacji i warunki spostrzegania ambulatoryjnego nie pozwoliły mi dokonać bardziej szczegółowych badań uzupełniających ani sprawdzić wyników badania krwi próbą powtórna. Mimo tych braków, pozwałam sobie zanotować spostrzeżenie powyższe, jako przykład choroby u nas rzadko spotykanej, o cechach, odpowiadających obrazowi klasycznej „choroby Vaqueza”.

Jak wiadomo, stany zagęszczenia krwi pochodzenia wtórnego, nieraz nader wybitne, opisywano oddawna w następstwie różnorodnych spraw zakaźnych i toksycznych, oraz zaburzeń naczyniowych (cholera, zatrucie fosforem, zatrucie gazem świetlnym, wady serca, zwłaszcza wrodzone, rozedma płuc, polyglobulia wysokogórska i in.). Jako cierpienie samoistne — *hyperglobulia vera* — zagęszczenie krwi typu powyższego opisane zostało po raz pierwszy przez Vaqueza w r. 1902] (*Semaine Médicale, Cyanose accompagnée d'hyperglobulie excessive et persistante*). Już w r. 1906 zjawily się pierwsze spostrzeżenia tej

choroby w naszym piśmiennictwie prof. L. Renckiego (Tygodnik Lwowski № 38—43), w latach następnych parokrotnie jeszcze prace tegoż autora, oraz spostrzeżenia Szejnra, Stahra, Wł. Orłowskiego, Miesowicza, Reis i ostatnio Likiernik szczegółowo opisywali obrazy dna oka w omawianem cierpieniu (rozszerzenie naczyń siatkówki i nieprawidłowo ciemne jej zabarwienie).

Jako objaw zewnętrznie najbardziej uderzający w chorobie Vaqueza ustalono charakterystyczną sinicę — zabarwienie ciemnowiśniowe skóry i błon śluzowych. Należy zastrzedz, że objaw ten nie jest stałym i że stwierdzano polyglobulię wysokiego stopnia przy skórze bladej chorych.

Objaw może najpewniejszy (obok zasadniczego obrazu krwi) stanowi powiększenie śledziony; jednakże w szeregu spostrzeżeń (Cabot, Calin, Kikuchi, Orłowski) i tego objawu nie stwierdzono. Powiększenie wątroby jest częste, lecz bynajmniej nie stałe (Rendu, Vidal, Moutard - Mahin, Lefas). Znajdywano często zwiększenie w moczu zawartości kwasu moczowego i urobiliny. Z objawów podmiotowych wysuwano, jako najczęstsze, bóle i zawroty głowy, nieraz z mdłościami i wymiotami, podniecenie nerwowe, to znów osłabienie i senność; w razie powiększenia śledziony bóle w lewym podżebrzu, trwające nieraz całymi latami, jako jedyne zaburzenia podmiotowe. Anatomiczne zmiany w narządach krwiotwórczych stwierdzano nie we wszystkich przypadkach polycytemii. W śledzionie znajdowano objawy przeistoczenia szpikowego, niekiedy tylko przerost substancji łącznotkankowej i zanik miąższu (Cominotti). Zasługują na uwagę spostrzeżenia (przedewszystkiem autorów francuskich—Rendu, Vidal, Lefas), w których badanie pośmiertne wykryło gruzlicę śledziony. W przypadku Türcka znaleziono marskość wątroby i zwyrodnienie gruczołakowe. W szpiku kostnym spostrzegano objawy wzmożonej czynności (szpik czerwony, obfitość erytroblastów i leukoblastów).

Zasadniczy objaw choroby — charakterystyczny obraz krwi — ustalono jednolicie w szeregu spostrzeżeń. Ilość hemoglobiny sięga powyżej 120%, najczęściej 150%. Rosengart opisał przypadek, w którym ilość Hb. dosięgała 200%! Liczba krążków czerwonych przewyższa 5—6 milionów i dochodzi do 10—12 milionów w 1 m. sz.

Według Vaqueza, charakterystyczną dla *hyperglobulia vera* ma być prawidłowa wielkość czerwonych krążków, w przeciwieństwie do jej zmniejszenia w polyglobulii wysokogórskiej, oraz zwiększenia w stanach dusznościowych (wady serca, choroby płuc). Pospolicie znajdowano ciała jądrowe — normoblasty. Częstym objawem ma być polichromatofilia. Liczba ciałek białych waha się zwykle od 8 tys.—36000 w 1 m. sz., najczęściej sięga 15.000. Spostrzegano przed śmiercią chorych zmniejszenie liczby białych ciałek do 2500 w 1 m. sz. Pośród ciałek białych zwiększona bywa odsetka wielojądrowych neutro-

filów i eozynofilów; często znajdowano komórki tuczne i myelocyty. Płytki Bizzozero znajdowano w liczbie zwiększonej. W osoczu krwi stwierdzano *hypalbumosis*.

Przyczynę choroby Vaqueza upatrywano najchętniej w zaburzeniach szpiku kostnego i mianowicie we wzmożeniu jego czynności pod wpływem czynników infekcyjnotoksycznych (Park, Weber, Watson, Hutchison, Miller, Hirschfeld, Lomel, Glaessner, Rencki). W zakończeniu przytoczę podział postaci klinicznych, jaki podaje ostatnio, w związku z pracami nad *hyperglobulia vera*, Aubertin (*Folia Haematologia, 1913, Tom IV, str. 273*):

1-o Rzekome zgęszczenia krwi wskutek utraty płynów ustroju (Cholera, etc.).

2-o Polyglobulia istotna:

- a) Erythraemia jako choroba Vaqueza.
- b) Polyglobulia reaktywna i kompensacyjna.
- c) Polyglobulia wskutek t. zw. cyanozy wrodzonej.
- d) Polyglobulia wskutek chorób serca.
- e) Polyglobulia wskutek chorób dróg oddechowych.
- f) Polyglobulia starcza.

g) Polyglobulia toksyczna (fosfor, arszenik etc.).

h) Polyglobulia w cierpieniach układu nerwowego.

i) Polyglobulia wskutek cierpienia śledziony.

3-o Wskutek *amenorrhea* (Sabrazès).

Klinicznie choroba Vaqueza ma przebieg przewlekły i zawsze prowadzi do śmierci, najczęściej wskutek nieoczekiwanych powikłań ze strony innych organów. Zauważono większą częstość jej u żydów (jak zresztą wiele chorób konstytucyjnych), oraz u mężczyzn, w zestawieniu z kobietami. Wpływów dziedziczności nie stwierdzano. W leczeniu najlepsze wyniki widywano po stosowaniu dużych dawek arszeniku (do 30 kropel liq. Fowleri-Türck). Wycięcie śledziony w jednym przypadku (Błada) spowodowało śmierć, w innych (Türck, Rydygier, Schneider) — pozostało bez rezultatu. Benne i Koranyi oceniają przychylnie działanie tlenu. O naświetlaniu promieniami Rentgena nic pozytywnego dotąd powiedzieć nie można, raczej stwierdzić można brak oddziaływania pomyslnego. Stosowano wreszcie upusty krwi oraz dyetę t. zw. przeciwartrytyczną, oraz ubogą w żelazo.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Wzmożenie przeciwciał w surowicy w zastosowaniu do odczynów Widala i Wassermanna.

Ujemne wyniki aglutynacji w pierwszym okresie duru brzuszego, w gruźlicy i in. sprawach, jakoteż ujemne wyniki reakcji Wassermanna w wielu przypadkach syfilisu nasunęły autorom myśl o konieczności stężenia przeciwciał w surowicy chorych. Ponieważ okazało się niemożliwym zastosowanie stężenia przeciwciał do celów analitycznych, jak to ma miejsce w surowicach antytoksycznych do celów leczniczych, autorzy zastosowali zwiększenie objętości surowic, wychodząc z założenia, że na wynik serodyagnostyki wywiera wpływ nie tylko stopień rozcieńczenia surowicy, lecz również absolutna jej objętość, gdyż zwiększonej objętości odpowiada wzmożenie jej przeciwciał.

I. Z doświadczeń, wykonanych przez Serkowskiego, wynika, że przy połączeniu surowicy chorych, zarówno jak surowicy zwierząt uodpornionych, z odpowiednią zawiesiną bakteryjną odbywają się równocześnie dwa zjawiska, mianowicie opady, otrzymane jako opady aglutynacyjne, zawierają nie tylko ciała bakteryjne, lecz i związki globulinowe, czyli odbywa się oprócz aglutynacji także precypitacja. Miano aglutynacji jest przytem nieco wyższe od precypitacyjnego, i dlatego w najwyższych rozcieńczeniach otrzymuje się małe opady bakteryjne (aglut. $\pm$), w niższych prócz nich i opady globulinowe (aglut. $+$ precypitacja $++$ czyli wybitna aglut.). Cel

tych badań polegał na stwierdzeniu, czy byłaby możliwą taka zmiana metodyki badania, która umożliwiła by otrzymanie wyników dodatnich nawet wtedy, gdy zawartość przeciwciał jest bardzo mała, odpowiadająca zawartości ich „powyżej miana” (t. j. w tych rozcieńczeniach *serum*, w których nie otrzymuje się aglutynacji). Chodziło autorowi o te stany, jak I okres w durze brzuszny, wydzieliny chorych, pokarm i t. d., — w których ujemny wynik objaśnia się małą zawartością przeciwciał. Zastosowana przez autora metoda wielokrotnych dawek (multiplikacyjna) umożliwia wykrycie przeciwciał tam, gdzie jest ich mało (powyżej miana).

Zwykle stosowany sposób oznaczania wyników aglutynacji cyfrą rozcieńczenia surowicy nie jest dostateczny, ponieważ na wynik aglutynacji wpływają jeszcze dwa inne czynniki — ilość surowicy i stopień oddziaływania podłoża, z którego wykonano zawiesinę. I dlatego autor radzi oznaczać wynik trzema cyframi.

Z pośród różnych sposobów mianowania podłoż bakteryjnych znaleźć winien wielkie zastosowanie sposób Madsena, który polega na tem, że każde podłoże winno być uprzednio zneutralizowane do 0 i alkalizowane normalnym roztworem ługu, ilość użytych ctm. sz. ostatniego odpowiada t. zw. stopniom Ma-

dsena; podłoża kwaśne oznaczamy znakiem +, zasadowe —

Aglutynację dodatnią powyżej miana można uzyskać przez zastosowanie większych objętości mieszaniny surowicy z zawiesiną (z zachowaniem stopnia rozcieńczenia surowicy), minimalnego dodatku kwasu octowego i hodowania bakterii, z których ma być wykonana zawiesina, na podłożach — 20° i + 20° według skali Madsena. Zdaniem autora, niewystarcza oznaczanie następujące: „aglutynacja ujemna w rozc. surowicy 1 : 100“, lecz prócz tego należy dodać dwie cyfry, z których jedna oznacza objętość mieszaniny w próbie aglut. (np. 1—2—5 ctm. sz.), a druga stopnie Madsena podłoża, z którego wykonano zawiesinę (np. + 20° M). Wynik aglutynacji przy 1 ctm. sz. i — 60° M jest zupełnie inny, niż przy zastosowaniu 5 ctm. sz. i + 20° M. Wyjaśniają to następujące doświadczenia.

Surowica chorego na dur brzuszny aglutynuje w rozc. 1 : 250 (objętość mieszaniny 1 ctm. sz.) i nie aglutynuje przy wyższych rozcieńczeniach (na 1 ctm. sz.), np. 1 : 1000. Jeżeli ustawimy szereg probówek 6 do 8 i zmieszamy surowicę powyżej miana (1 : 1000) z zawiesiną bakteryjną w ten sposób, aby w każdej następnej probówce równolegle zwiększona była ilość obydwóch substancji i ze stałym zachowaniem stopnia rozcieńczenia surowicy w 1-ej probówce: 1) 1 ctm. sz. zawiesiny bakterii + 1 kropla rozcieńczonej surowicy, 2) 2 ctm. zawiesiny + 2 krople rozcieńczonej surowicy, w 3) 3 ctm. sz. zawiesiny + 3 krople i t. d., to wynik pozytywny otrzymamy, poczynając od 3 lub 4 probówki, a pierwsze dwie pozostaną ujemne:

Zawiesina bakter.	1	2	3	4	5	6
+ surowica chorego	—	—	±	+	++	+++
(rozc. 1 : 1000)						

czyli: Jeżeli surowica chorego nie aglutynuje przy zwykłej metodzie (rozc. 1 : 25 — 200 i 1 lub 2 ctm.³ mieszaniny), należy aglutynację powtórzyć za pomocą metody wielokrotnej, zwiększając dawki obydwóch substancji (surowicy i zawiesiny) 5, 6, 8-krotnie z odpowiednimi kontrolami.

Drugi sposób wzmoczenia miana polega na minimalnym dodatku kwasu octowego (naprz. 1 kropla 5% roztworu na 3 ctm.³ mieszaniny — kontrola bez serum!): z doświadczeń Serkowskiego okazało się, że ten dodatek sprzyja wzrostowi miana precypitacyjno-aglutynacyjnego „pa“, o ile koncentracja NaCl w zawieszynie odpowiada fizyologicznemu roztworowi (0.85) lub podwójnej i potrójnej koncentracji (2.55%); natomiast minimalny dodatek kwasu octowego do bardziej stężonych roztworów soli hamuje zjawisko i zmniejsza miano. Zależność precypitatu od większej lub mniejszej ilości dodanego kwasu octowego objaśnia autor własnościami elektrolitów. Sole alkali i magnezu, dodane w większej ilości, strącają białko surowicze; wypadanie białka zależy od anionów. Jeżeli weźmiemy naprz. sole sodowe różnych kwasów, to działanie strącające zależne jest

tylko od kwasu i postępuje w nast. porządku: najsilniej działa cytrynian > winian > siarczan > octan > chlorek > azotan > jodek i > rodanek. Octan działa silniej, niż chlorek: wprowadzając więc jony kwasu octowego do środowiska, zawierającego tylko jony chloru, zwiększamy zdolność precypitacyjną, po nadmiernym zaś nasyceniu wpływ CH₃. COOH paraliżowany jest nadmiarem jonów chloru. Uczulenie bakterii zapomocą kwasu octowego więcej wpływa na bakterie tyfusowe, aniżeli na wiriony choleryczne.

Bardzo wybitny wzrost miana „pa“ uzyskać można trzecią metodą, przez hodowanie bakterii, zwłaszcza tyfusowych, na podłożach — 20° i + 20° Madsena; należy ściśle oznaczać stopień kwasowości lub zasadowości podłoża: nie wystarcza wyrażenie „kwaśne“ lub „alkaliczne“. Naprz. przy jednakowej objętości (1 ctm.³) uzyskać można aglutynację tyfusową dodatnią w stopniach Madsena: emulsja z podłoż — 105 — 60 — 20 + 20 „pa“ dodatnia w rozc.

serum: 500 2.000 10.000 200.000

Aby uniknąć mylnych wniosków i mieć możność stwierdzenia, czy otrzymany opad jest swoisty, równocześnie wykonać trzeba kontrole — w jednej mieszając surowicę z heterologiczną zawiesiną, w drugiej samą zawiesinę bez surowicy; nie można zwiększać koncentracji kwasu octowego, ani łączyć dwóch metod w dążeniu do uzyskania jaknajwyższego miana, ponieważ mogą wypaść samoistne opady rzekome. Te badania autor pogłębił przez oznaczenie przewodnictwa elektrycznego i reakcji meiotagminowej Ascoli w celu wyjaśnienia tych zjawisk.

II. Istnieje modyfikacja Kromayer-Trinchese reakcji Wassermanna. Pierwsze publikacje o tej próbie dał w r. 1913 Leder-mann, w bieżącym r. B. Fischer. Pierwszy, jak i drugi z tych autorów potwierdzili doniosłość tej próby. Zdaniem Fischera, w wielu przypadkach syfilisu ujemny odczyn Wassermanna (0.1 ctm.³ serum) zamienia się na wybitnie dodatni przy zastosowaniu modyfikacji Kromayer-Trinchese (0.4 serum) Ta ostatnia — zdaniem F. „jest zasadniczym wskaźnikiem do leczenia, i mianowicie w świeżych przypadkach terapia możliwie dopiero wtedy powinna być zakończona, gdy próba Kr.-Tr. wypadnie ujemnie. Powstrzymanie hemolizy w razie użycia 0.4 serum można uważać jako swoiste.

Fischer zbadał 1300 prób krwi według obydwóch metod, z nich 254 dały wynik dodatni, 1046 ujemny zarówno z 0.1 jak z 0.4 surowicy. Z pośród 254 dodatnich w 167 przypadkach powstrzymanie hemolizy było jednakowe przy 0.1 jak i 0.4 serum, w 6-u była w obydwóch próbach hemoliza częściowa, a w 81 przyp. zjawyły się różnice dość znaczne, i mianowicie próba Kromayer-Trinchese dawała wyraźniejsze powstrzymanie hemolizy od r. Wassermanna (77 przyp.); tylko w 4 próbach dawki 0.1 serum spowodowały powstrzymanie hemolizy w silniejszym stopniu od poczwórnych dawek. Z pośród 77 przypadków z wyraźną różnicą stwierdzono: 4 prz. wrzodów pierw-

tnych, 30 prz. objawów drugorzędowych, 30 trzeciorzędowych, 11 tabes i 2 razy syfilis dziedziczny.

Co do różnicy w wynikach według obydwóch reakcyi, to w jednych próbach (9 przypadków) otrzymano ujemny wynik próby Wassermanna (0.1) i wybitnie dodatni Kromayer-Trinchese (0.4), w innych powstrzymanie hemolizy pod wpływem 0.1 *serum* było znacznie słabsze, aniżeli pod wpływem poczwórnej dawki surowicy — do tej kategorii autor zaliczył 20 przypadków; w pozostałych różnica była mniej wybitna. Jednem słowem więcej, niż w 29 przypadkach, rozpoznanie ustalono tylko dzięki modyfikacyi Kromayer-Trinchese, podczas gdy reakcyja Wassermanna dała wynik ujemny, lub bardzo słaby, niewyraźny. Jest to sprawa tem bardziej ważna, że słabe zahamowanie w reakcyi Wassermanna powszechnie uważa się za wynik ujemny. Z badań autora wynika, że we wcześniejszych okresach drugorzędowych w miarę postępów leczenia różnicy prawie niema przy stosowaniu 0.1 czy też 0.4 *serum*. Ale wy-

bitniej ta różnica występuje (na korzyść modyfikacyi Kr.-Tr.) w późniejszych okresach 2 i 3-orzędowych oraz w stanach metaluetycznych. W wielu przypadkach wiadu rdzenia w początku leczenia kombinowanego (salwarsan i rtęć) 0.1 *serum* dawało wynik wyraźnie dodatni, a po zabiegach leczniczych 0.1 ujemny, 0.4 dodatni. I dopiero po dłuższej kuracyi i 0.4 też daje reakcyę ujemną. Autor zaleca gorąco próbę Kromayer-Trinchese. Nic nie wspomina jednak autor, że zarówno reakcyja Wassermanna, jak tem bardziej próba Kromayer-Trinchese wymaga kontroli na własności antyhemolityczne samej surowicy. Pozatem należy zwrócić uwagę, że próba moltiplikacyjna Serkowskiego zwiększa równomiernie wszystkie składniki w reakcyi Widala, więc surowicę w tymże stopniu, co zawiesinę; natomiast w próbie Kromayera w zastosowaniu do reakcyi Wassermanna, ma miejsce zwiększenie tylko jednego ze składników, mianowicie surowicy.

F. M.

PIŚMIENNICTWO.

1. S. Serkowski. Wpływ niektórych czynników fiz.-chem. na zjawisko precypitacyi i aglutynacyi. (Spraw. z pos. War. Tow. Nauk. 2 XII. 1915 r., druk. 1916, VIII. str. 721). 2. Tenże. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh. 1916, 82

t. str. 155. 3. B. Fischer. Ueber den Ausfall der Wassermann. Reaktion bei Verwendung grosserer Serumengen. Deut. Mediz. Woch. 1916, № 5 str. 135.

ODCINEK.

O potrzebie zbierania statystyki zawodowej lekarskiej.

podał

Stanisław Kopczyński.

Poznanie wszechstronne pewnych typów zawodowych jest rzeczą niezmiernie interesującą i praktycznie ważną.

Kiedy w literaturze zachodnioeuropejskiej i amerykańskiej oddawna, jako poddział higieny społecznej, rozwinęła się higiena zawodowa, opracowująca na podstawie obszernej statystyki typy psychologiczne i antropologiczne w różnych zawodach, warunki ich pracy, środki, zmierzające do zwiększenia *ad maximum* jej wydajności przy minimalnem zużyciu energii i t. p., u nas w tym zakresie nic się prawie nie robi. Mało również zapisaną kartę stanowi u nas statystyka, dotycząca zawodu lekarskiego.

Przed ćwierć wiekiem wydany Słownik lekarzy polskich Kościńskiego zajmuje się głównie datą i miejscem urodzin, miejscem studiów lekarskich i przytoczeniem możliwie szczegółowem prac danego lekarza-polaka. Natomiast cały szereg kwestyi, związanych z jego życiem zawodowem, zostało pominiętych.

Uzupełnienie tego Słownika, na które

od szeregu lat czekamy, zapewne również dotyczyć będzie tylko niektórych stron życia zawodowego lekarzy naszych, zajmie się zapewne również przede wszystkim ich plonem naukowym. Wiadomo, że każdy z lekarzy podawał swój życiorys nie podług jakiegoś kwestyonaryusza, lecz podług tego, co uważał w swem życiu za godniejsze do zanotowania.

W r. 1904 Bronowski zainicjował wśród lekarzy polskich ankietę w sprawie ich bytu materialnego. Wyniki bardzo interesujących danych, zebranych tą drogą, przedstawił na I Zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Łodzi w r. 1911. Poruszył on jednak jedną tylko, choć bardzo ważną, stronę omawianej przez nas kwestyi.

W życiorysach jubileuszowych, w nekrologach poszczególnych lekarzy, zwłaszcza wybitniejszych, różni autorowie usiłowali podać możliwie obszerną charakterystykę danego lekarza, również jednak dla braku wzorów wiele stron ich życia, nieraz bardzo ciekawych, zostało pominiętych.

Sekretarz stały Towarzystwa Lekarskie-

go naszego, z urzędu odczytujący nekrologi zmarłych członków, biedzi się nad zebraniem materiału do życiorysu nieboszczyka. Nawiasem dodamy, że w ostatnich latach słyszeliśmy życiorysy te bardzo obszerne i pogłębione.

A tymczasem szczegółowa charakterystyka lekarza-polaka, jego stosunek do siebie samego, do rodziny, kolegów, społeczeństwa, to rzecz bardzo ciekawa i pouczająca. Zwłaszcza, skoro po latach nagromadzi się odpowiedni materiał statystyczny na większą skalę, skoro przeciętna będzie bardziej zbliżona do prawdy, wtedy okaże się on bardzo cennym i pozwoli wysnuć odpowiednie wnioski praktyczne.

Weźmy dla przykładu sprawę pochodzenia społecznego lekarzy naszych.

Zdaje nam się, że w znacznej mierze pochodzeniem naszych lekarzy w dużej liczbie ze sfer mniej zamożnych, sporym odsetkiem lekarzy ze sfer ludowych, którzy z natury rzeczy żywiej i głębiej odczuwają potrzeby warstw upośledzonych, objaśnić możemy stosunkowo duże uspołecznienie naszych lekarzy, ich dużą w miarę sił i możliwości ofiarność na cele publiczne.

Z drugiej strony ciężkie warunki materialne, w jakich znaczna część lekarzy naszych wyrosła, borykanie się z losem, konieczność zarabkowania w celu przeprowadzenia studiów zawodowych, wczesne zawiązywanie rodziny i utrzymywanie jej często jedynie z pracy własnej czyni to, że lekarz polski więcej np. niż francuski, a zwłaszcza angielski, zużywa się w ciężkiej codziennej pracy zarobkowej, nie ma możliwości pogłębiać swej wiedzy zawodowej i pracować naukowo. Stąd szczupły plon prac naukowych lekarskich polskich.

Czy tak jest istotnie, statystyka zawodowa nas o tem przekona.

Weźmy dalej sprawę ubocznych zajęć lekarza.

Są np. lekarze, poświęcający się z wielkim zamiłowaniem historii, naukom społecznym, dziennikarstwu. Statystyka powie nam, jaki odsetek lekarzy przypadkowo się znalazł w tym fachu, poszedłszy na medycynę za czyjąś namową, wbrew wrodzonym skłonnościom. Być może, pewne ukojenie w tej rozterce duchowej znajdują oni w zajęciach ubocznych.

Ciekawą rzeczą będzie dowiedzieć się, jaki odsetek lekarzy, zadowolonych ze swego zawodu, chciał i zdołał „zachęcić” swych synów do poświęcenia się medycynie.

Statystyka powie nam również, gdzie lekarz pracował po ukończeniu studiów, czy pracował w szpitalach, w klinikach, i jak się to odbiło na jego czynnym udziale w życiu naukowym lekarskim.

Weźmy znów kwestię zdrowia fizycznego lekarzy naszych, co się wiąże z długością ich życia, z przyczyną śmierci. Pod tym względem statystyka również nam dużo powie i wykaże, czy istotnie przeciętny wiek lekarski, jak utrzymują niektórzy, o ile lekarz

nie pada wcześniej ofiarą swego zawodu, jest dość wysoki.

Ciekawe dane przytoczy nam statystyka w sprawie bytu materialnego lekarzy i, zdaje się, liczbami potwierdzi, a w ankiecie Brónowskiego już potwierdziła znane orzeczenie francuskie, że zawód lekarski to *sublime profession, mais triste métier*. Położenie np. lekarzy wiejskich lub lekarzy początkujących w dużym mieście jest bardzo ciężkie.

Warunki materialne lekarzy wielkomiejskich i gdzieindziej są nie do pozazdroszczenia. Ankieta np., przeprowadzona przed kilku laty w Berlinie, wykazała, że blisko połowa lekarzy berlińskich nie zarabia 3000 marek rocznie. Zaczęto wołać na alarm z powodu hyperprodukcji lekarzy. Jakiś czas, dzięki temu, liczba nowych adeptów medycyny była mniejsza od lat poprzednich. U nas hyperprodukcji lekarzy niema, lecz położenie materialne sporej ich liczby jest ciężkie. Z ankiety Brónowskiego np. wynika, że na prowincji połowa lekarzy nie robi żadnych oszczędności, nie ubezpiecza się na wypadek śmierci w towarzystwach ubezpieczeń i ledwo może podoląć wydatkom rodzinnym. W Warszawie 40% lekarzy nie robi żadnych oszczędności i nie ubezpiecza się. Są to cyfry wielce wymowne. Dane, otrzymane drogą podobnych statystyk, posłużyć mogą za podstawę do akcji szerszej i agitacji w sprawie ubezpieczeń lekarzy wogóle, a także w sprawie ubezpieczeń lekarzy szpitalnych, sanitarnych przez gminy, miasta lub państwo.

Te i tym podobne kwestye, oświetlone za pomocą danych, zebranych z dużej liczby kwestyjonaryuszów, pouczyć nas mogą bardzo wiele, zwłaszcza jeśli będą zebrane po śmierci lekarza, kiedy na wszystkie niemal pytania można będzie otrzymać odpowiedź (długość życia, przyczyna śmierci, warunki, w jakich umarł, darowizny i zapisy na cele publiczne i t. p.).

Podnosząc doniosłość poruszonej kwestyi, wyżej podpisany zwrócił się w maju r. b. na Zebraniu Ogólnem Stowarzyszenia Lekarzy polskich pod adresem Zarządu z propozycją zajęcia się tą sprawą i ujęcia w swoje ręce sprawy zbierania odpowiedniej statystyki. Zarząd wyłonił w tym celu komisję, w skład której weszli, oprócz wnioskodawcy, A. Puławski i J. Koelichen, i polecił jej przedstawić sobie projekt kwestyjonaryusza. Komisja przyjęła z małemi zmianami projekt, zaproponowany przez wnioskodawcę i zaproponowała, by w przypadku śmierci lekarza-polaka Zarząd Stowarzyszenia lub osoba do tego upoważniona zwracała się do pozostałej rodziny zmarłego z odpowiednim listem i kwestyjonaryuszem z prośbą o wypełnienie tegoż.

W liście, którego wzór komisja przedstawiła, ma być wykazana doniosłość podobnej statystyki i zapewnienie, że materiał otrzymany nigdy nie zostanie opublikowany imiennie i tylko po pewnym czasie wszystkie

odpowiedzi zostaną opracowane ryczałtem, w celu wytworzenia jaknajbardziej wszechstronnej charakterystyki lekarza-polaka.

Wobec zwiększonej śmiertelności lekarzy w okresie wielkiej wojny europejskiej, komisya postanowiła statystykę tę zbierać od dnia wybuchu tej wojny, t. j. od dnia 1 sierpnia r. 1914.

Kwestyonaryusz ten brzmi, jak następuje:

Imię i nazwisko. Wyznanie. Ile lat żył? Czy był żonatym, wdowcem, rozwiedzionym lub kawalerem? W jakim wieku się ożenił? Czy zostawił dzieci i ile (synów, córek)? Miejsce i czas urodzenia. Z jakiej sfery społecznej (włościańskiej, mieszczańskiej, szlacheckiej) pochodził? Czy nie był synem lub wnukiem lekarza? Czy, studyując, miał byt zabezpieczony, czy też wybijał się o własnych siłach? Gdzie pobierał nauki średnie? Gdzie pobierał nauki wyższe? Czy uzupełniał wykształcenie zawodowe w uniwersytetach innych i gdzie mianowicie? Czy dokonał tego zaraz po ukończeniu uniwersytetu, czy też w czasie późniejszym? W ile lat po ukończeniu uniwersytetu rozpoczął praktykę, jako pracę zarobkową? Gdzie praktykował (w mieście, na wsi) i jak długo? Czy był lekarzem szpitalnym i na jakim stanowisku? W jakiej specjalności praktykował? Na ile lat przed śmiercią przestał praktykować? Czy pracował

naukowo i w jakim kierunku (prace laboratoryjne, prace kliniczne i t. p.)? Czy należał do zrzeszeń lekarskich (towarzystw, stowarzyszeń, związków) i jakich? Czy oprócz medycyny nie poświęcał się innym zawodom i naukom (nauki historyczne, społeczne, dziennikarstwo, bibliotekarstwo i t. p.)? Czy pracował w instytucjach społecznych (samorząd, instytucje oświatowe, ekonomiczne i t. p.)? Czy zajmował się czynnie polityką i czy cierpiał za przekonania polityczne? Czy uprawiał sporty (wiosłowanie, myśliwstwo, gimnastykę i t. p.)? Czy poza zawodem oddawał się sztukom pięknym (malarstwo, muzyka i t. p.)? Czy kolekcjonował i co mianowicie? Czy pił (dużo, średnio, mało, wcale)? Czy palił (dużo, średnio, mało, wcale)? Czy grał w karty (dużo, średnio, mało, wcale)? Czy obok praktyki zajmował posady płatne i jakie? Ile przypuszczalnie rocznie zarabiał na szczycie praktyki? W jakim stosunku dochody jego rosły i malały? Czy był ubezpieczony? Czy, umierając, zostawił rodzinie majątek, zdobyty praktyką (duży, mały, nic nie zostawił)? Czy obdarował za życia darowiznami instytucje społeczne i czy po śmierci zostawił zapisy na cele publiczne i jakie? Jakiego był zdrowia? Czy często zaprzestawał praktyki z powodu choroby? Na co przypuszczalnie zmarł? Czy nie padł ofiarą zawodu? Uwagi.

Przegląd bibliograficzny.

1. Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia publicznego i Urzędu Zdrowia Zarządu m. stoł. Warszawy w czasie od 1 stycznia do 1 lipca r. 1916. str. 60.

Wydział zdrowia publicznego składał się z Prezydium¹⁾ i Rady, do której weszli przedstawiciele różnych instytucji społecznych w ogólnej liczbie 32 osób. Rada w pełnym składzie odbyła 5 posiedzeń, na których przewodniczący informował członków o stanie sanitarnym miasta oraz przewodniczący sekcji, utworzonych przez wydział, zdawali sprawę i przedstawiali wnioski w kwestiach odnośnych. Komisye te były następujące: obywatelskich opiek sanitarnych, badania chleba, wody, mleka, warunków szerzenia się tyfusu brzuszego, rozpowszechnienia wskazań zdrowotnych. Prezydium wydziału odbywało posiedzenia codziennie lub po kilka razy na tydzień, decydując sprawy, dotyczące gospodarki zakładów do Wydziału należących, budżetu, sprawozdań i zapomóg personelowi oraz wogóle sprawy, przedstawiane Zarządowi miasta do decyzji. Nadto prezydium Wydziału łącznie z przewodniczącym komisji obyw. opiek sanitarn. i przewodniczącym komisji higieny przedmieść, odby-

wało od czasu do czasu objazdy okręgów podmiejskich. Sprawy nadzoru sanitarnego w mieście koncentrowały się w Urzędzie Zdrowia, który działał w stałej łączności z prezydium wydziału.

Skład Urzędu Zdrowia był następujący: przewodniczący-inspektor Urzędu Zdrowia dr J. Polak, prezydium wydziału zdrowia oraz asesor farmacji, inspektor weterynaryi, przedstawiciele komisji opiek sanitarnych, komisji zdrowia na prawym brzegu Wisły i przedmieść i Milicyi. Urząd Zdrowia odbył 23 posiedzenia, na których ogółem zdecydowano 1247 spraw. Znaczna większość spraw odnosiła się do wykroczeń sanitarnych. Ale niezależnie od tego załatwiono znaczną liczbę spraw ogólnych, tyczących się walki z chorobami zakaźnymi, nadzoru nad produktami spożywczymi i t. d.

W ubiegłym półroczu wydatkowano na potrzeby bieżące Wydziału zdrowia publicznego i podległych mu instytucji 50773 rb., a na utrzymanie personelu służbowego 76801 rb. Odezów wraz z protokołami wpłynęło do biura wydziału 4180, wyszło z biura 5463. Zarząd miasta rozpatrzył na swych posiedzeniach w okresie sprawozdawczym spraw 307.

Instytucje podległe Wydziałowi były następujące: 1) zakład dezynfekcyjny i palenia śmieci, 2) dom izolacyjny, 3) pracownia chemiczna, 4) pracownia bakteriologiczna, 5) zakład kąpielowo-dezynfekcyjny na Pradze, 6)

¹⁾ Przewodniczącym był dr W. Męczkowski, a od 17 marca J. Bączkiewicz, zastępcą inż. E. Świda, dr J. Polak—delegat zarządu miasta i p. A. Szymański, kierownik biura.

domy izolacyjne podmiejskie, 7) 12 stacyi szczepienia ospy na przedmieściach. W adneksach znajdujemy sprawozdania z poszczególnych komisji Wydziału zdrowia publicznego i instytucji jemu podległych.

Najciekawsze są dane cyfrowe, umieszczone na końcu sprawozdania. Tu się wydatnia bardzo intensywna działalność Wydziału zdrowia. Obywatelskie opieki sanitarne np. w ubiegłym półroczu dokonały oględzin sanitarnych przez swoich członków 74956, liczba domów, sklepów, zakładów spożywczych doprowadzonych do porządku na skutek żądań Opieki wynosiła 21359, liczba osób, przedstawionych do kar, była 1382.

Lekarze sanitarni dokonali oględzin 50788 razy. Pomoc dla ubogiej ludności przedstawia się w następujących cyfrach: otrzymano razem 16461 wezwań do chorych w mieście, 4702—na przedmieściach, udzielono porad 20024 w mieście, 4785 — na przedmieściach. Zakład dezynfekcyjny miejski wykonał dezynfekcyi 4071 mieszkań, złożonych z 8097 ubikacyi na przestrzeni 726420 metrów sześciennych (w r. 1915 w 1 półroczu 652991). Śmieci spalono 299090 pudów z 1963 posesyi. W domu izolacyjnym izolowano 4108 osób; przeciętna długość pobytu jednej osoby wynosiła 5,29 dni. W laboratorium chemicznym miejskiem zbadano 1613 produktów spożywczych, z których 834 uznano za niezdatne do użytku. W pracowni bakteriologicznej wykonano 278 analiz (w tem wody studziennej 213). W zakładzie kąpielowo-dezynfekcyjnym na Pradze w maju i czerwcu wydano 1055 kąpiele, oczyszczono ubrań i bielizny ze 600 osób.

W dalszym ciągu znajdujemy tablice, przedstawiające liczby przypadków zasiań na choroby zaraźliwe według okręgów, a także według wieku, płci i wyznań. Na osobnej tablicy przedstawiono stosunek liczby leczących się w szpitalach do ogólnej liczby chorych zakaźnych w mieście i na przedmieściach. Co do tyfusu plamistego, to na 2819 chorych znalazło się w szpitalach 2711; tyfusu brzuszego było 1012 przypadków wogóle a 749 w szpitalach, ospy ze 181—163 w szpitalach, szkarlatyny na 322—186 w szpitalu.

W końcu sprawozdania podano listę i adresy lekarzy sanitarnych, adresy biur i skład obywatelskich opieki sanitarnych, oraz stacye szczepienia ospy wraz z godzinami przyjęć.

Jak widzimy, działalność Wydziału zdrowia publicznego przedstawia się bardzo poważnie, dzięki dobrej organizacji, prawdziwie obywatelskiej pracy prezydentów, komisji i wszystkich funkcjonariuszów. Ujawnienie tej działalności za pomocą dobrze ułożonych sprawozdań i tablic należy powitać z uznaniem.

2. Działalność Komisji rozpowszechniania wskazań zdrowotnych Zarządu m. stoł. Warszawy za czas od dnia 20 stycznia 1915 roku do dnia 1 sierpnia 1916 z przed-

stawą Dr J. Jaworskiego. Warszawa 1916 druk. syn. St. Niemiry. Str. 70.

Powołana do życia przez Komitet Sanitarny Warszawski na początku 1915 r. Komisja rozpowszechniania wskazań zdrowotnych¹⁾ funkcjonuje dotychczas, jako jeden z organów Sekcji Zdrowia Publicznego zarządu m. stoł. Warszawy. Działalność jej szła w trzech kierunkach: 1) odczytowa, 2) wydawnicza, 3) ogólnodydaktyczna.

1. W okresie pomiędzy 1 marca a 10 maja 1915 urządzono w różnych dzielnicach 10 odczytów, mających za zadanie udzielenie wskazówek zdrowotnych i uprzystępnienie sposobów ochronienia się od chorób zakaźnych, tudzież zwalczanie tychże chorób. Ogółem odczytów słuchało 1502 osoby, z dużą przewagą kobiet (1126). We wrześniu 1915 komisja zorganizowała szereg odczytów, przeznaczonych dla opieki sanitarnych i członków komisaryatu. Były to odczyty o zwalczaniu i zapobieganiu dyzenterji i cholery (T. Korzon) o dezynfekcyi (H. Koralewski), walka z chorobami wenerycznymi (F. Malinowski). Na początku stycznia 1916 w lokalu Tow. Hygienicznego W. Knappe wygłosił 5 odczytów „O wpływie warunków wychowania na rozwój fizyczny młodzieży”. Odczyty cieszyły się dużym powodzeniem zwłaszcza u ochroniarek, które były na te odczyty przez Komisję zaproszone. W kwietniu A. Puławski wygłosił odczyt „Jak siebie i innych uchronić od tyfusu plamistego”, w czerwcu J. Bukowska „o pielęgnowaniu niemowląt”. Wejście na te odczyty było bezpłatnie.

2. W działach wydawniczym Komisja układała cały szereg (10) krótkich wskazań zdrowotnych, które w tysiącach egzemplarzy rozsyłała do opieki sanitarnych, konsystorzys wszystkich wyznań, komisaryatów milicyi, szpitali i innych instytucji obywatelskich.

Większość tych wydawnictw umieszczona została w bramach domów. Prócz tego Komisja wydała: 1) broszurę informacyjną pt. „Piecza obywatelska nad zdrowotnością publiczną w naszej stolicy”, napisaną przez pp. Wacł. Babińskiego i Fr. Nowodworskiego, 2) broszurę A. Puławskiego „Pogadanka o trzech tyfusach” i 3) zbiór obowiązujących przepisów sanitarnych.

3. Działalność ogólnodydaktyczna Komisji wyraziła się w zamieszczaniu w piśmie komunikatów o wydawnictwach z dziedziny sanitarnej (Puławskiego, Zalewskiego, Eichlera, Markiewicza, Palmirskiego, Korzona, Jaworskiego). Komisja tworzyła przy każdej opiece sanitarnej małe biblioteczki, składające się z popularnych dziełek treści sanitarnej i nabywała w tem celu po kilkadziesiąt egzemplarzy wybranych przez się książeczek.

Do broszurki dołączono aneksy, zawie-

¹⁾ Przewodniczącym Komisji był p. F. Nowodworski, a po jego wyjeździe dr J. Jaworski. Sekretarzami pp. W. Babiński i W. Mazurkiewicz, członkami ks. J. Bączkiewicz, ks. M. Godlewski, dr L. Karwacki, dr M. Roszkowski, pp. H. Kucharzewski i S. Lilpop.

rające *in extenso* wskazówki i rady, o których się wspomina w tekście.

Komisja w stopniu niemałym przyczyniła się do skutecznej walki z chorobami zakaźnymi w naszym mieście i, jak słusznie mówi Dr Jaworski w przedmowie do sprawo-

zdania, potwierdziła prawdę znanego aforyzmu Gladstona, że „Uświadamianie w sprawach sanitarnych jest ważniejsze, niż sanitarne prowadwstwo”. P.

List do Redakcji „Gazety Lekarskiej“.

Szanowny Kolego Redaktorze!

W № 14 Gazety Lekarskiej ukazała się w Wiadomościach bieżących wzmianka, dotycząca wniosku, złożonego Radzie Miejskiej przez Towarzystwo Medycyny Społecznej, w sprawie udzielania bezpłatnie ubogiej ludności m. Warszawy surowicy przeciwbłoniczej. Wzmianka ta w organie tak poważnym wydaje mi się jakimś dziwnym a szkodliwym nieporozumieniem. Szkodliwym, twierdzę, gdyż przedostała się do pism codziennych (patrz Kurjer Warszawski z d. 28 września) i wprowadza w błąd szeroką a mało uświadomioną publiczność.

We wzmiance czytamy, że wniosek ten ze stanowiska epidemiologicznego i dobra chorych Gazeta uważa za szkodliwy, gdyż „ubodzy chorzy powinni leczyć się w szpitalach, gdzie leczenie zapobiega zastrzykiwaniu niepotrzebnemu w anginach niedyferytycznych i pozwala przeprowadzać leczenie surowicą *largā manu*... Wniosek Towarzystwa, zmierzający do wyeliminowania chorych na błonicę z opieki szpitalnej przez dostarczanie im środków leczniczych do kuracji w domu, odbiega jaskrawo od elementarnych zasad profilaktyki lekarskiej.

Przedewszystkiem chodzi tu nie „o środki lecznicze” lecz o środek leczniczy, specyfik, powszechnie uznany za zbawczy w błonicę. Dalej, w istocie, chorzy na błonicę powinni leczyć się w szpitalu. Ale co robić, jeżeli chorzy nie chcą (przymus szpitalny w błonicy u nas nie istnieje) albo nie mogą (uboga matka z chorem na błonicę niemowlęciem, mająca w domu jeszcze kilkoro drobnych dzieci) leczyć się w szpitalu. Nie przypuszczam ani na chwilę, aby Redakcja uznała za możliwe pozbawiać takich chorych środka zbawczego, jakim jest surowica. Cały świat lekarski wie doskonale, że surowica przeciwbłonicza powinna być zastrzyknięta jak najwcześniej. Im później nastąpiło zastrzyknięcie, tem mniej mamy szans uratowania chorego. Według danych Brauna (Deutsche med. Woch. № 6, r. 1913) z chorych, którym zastrzyknięto surowicę po 36 godzinach umiera 60%, po 2-ch dobach — 120%, po 3-ch — 210%, po 4-ch — 280%. Każdy lekarz praktyk wie, że często błonica przebiega pod postacią zwykłej *angina lacunaris* i w razach wątpliwych, zdaniem najwybitniejszych lekarzy (Marfan), lepiej jest zastrzyknąć surowicę w anginię, aniżeli spóźnić się z zastrzy-

knięciem jej w błonicę. Cytowany Braun, nawet „natarczywie ostrzega na mocy licznych smutnych doświadczeń przed uzależnianiem zastrzykiwania surowicy od wyników badania bakteriologicznego”.

Zresztą każdy lekarz winien mieć prawo w razach wątpliwych stwierdzić dyagnozę za pomocą badania bakteriologicznego w pracowni miejskiej, jak to się dzieje nie tylko na Zachodzie, ale i u nas w Krakowie, gdzie miejskie laboratorium wykonywa badanie bezpłatne w różnych cierpieniach zakaźnych, jak błonica, tyfus, biegunka krwawa, gruźlica i t. d.

Tymczasem lekarze szpitali dziecięcych mogliby zacytować wiele przykładów, kiedy matki zgłaszają się do szpitala z gotową dyagnozą błonicę, postawioną przed kilku godzinami, a nawet dniami przez lekarza, który nie miał surowicy pod ręką, a chorzy lub ich rodzice kupić jej nie mieli za co. Niestety często są to przypadki spóźnione, kończące się śmiercią.

W takich przypadkach zastrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej, otrzymanej bezpłatnie na koszt miasta, zastrzyknięcie dokonane w razie potrzeby *largā manu*, uratowałoby życie niejednego chorego dziecka. Nie należy zapominać i o zapobiegawczym wpływie surowicy. Surowica, zastrzyknięta osobom z otoczenia chorego, chroni od zarażenia na przeciąg czasu od 2-ch do 6 tygodni, a nawet dłużej. Takie zastrzyknięcia zapobiegawcze obficie stosują lekarze francuscy i niemieccy, a cytowany Braun przytacza pouczające dane statystyczne, stanowczo przemawiające na korzyść takiego stosowania surowicy. Jako zasadę należałoby przyjąć, że dziecku, u którego go stwierdzono błonicę, trzeba przed odesłaniem do szpitala, a żeby nie tracić drogiego czasu, zastrzyknąć w domu odpowiednią porcję surowicy.

Temi zasadami kierowało się T-wo M. S. stawiając swój wniosek; pogląd ten podzieliło Koło radnych lekarzy, w którego składzie widzimy tylko 3-ch członków T. M. S., pogląd ten podzieliли wszyscy radni miejscy, jednomyślnie uchwalając wniosek. Pogląd ten wreszcie musi podzielić każdy lekarz, który patrzył na śmierć chorych błoniczych z powodu zbyt późnego stosowania surowicy. Nawiasem nadmienię, że w wielu miastach amerykańskich ubogim chorym daje się bezpłatnie nie tylko surowicę, lecz i strzykawkę do jej zastrzyknięcia. Nie łudźmy się, że błoni-

ca u nas zdarza się rzadko i że przebiega lekko. W roczniku statystycznym W. Grabskiego znajdujemy, że w roku 1913 chorowało na błonicę przeszło 11 tysięcy, umarło zaś przeszło 2400 czyli 22%. A ile istnień ludzkich byłoby uratowanych, gdyby surowica

przeciwbłonicza była dostępniejsza i ubogim chorym już przed laty była bezpłatnie udzielana.

Racz przyjąć, Szanowny Redaktorze, wyrazy wysokiego poważania

J. Szmurło.

ODPOWIEDŹ.

Autorem wzmianki, krytykującej uchwałę Tow. Med. Sp., jestem ja, uważam przeto za słuszne wyreczyć redakcyę w odpowiedzi na list kol. Szmurły. Z przedostaniem się wzmianki tej do pisma codziennego nie mam nic wspólnego, sądę jednak, że skoro do prasy codziennej przedostają się uchwały Tow. M. Sp., to może pojawić się i krytyka tych uchwał. Od stanowiska, zajętego wobec projektu, zależy, czy w uchwale, czy w krytyce tkwi szkodliwość i wprowadzanie w błąd niedość uświadomionej publiczności. Mojem zdaniem, szkodliwość tkwi nie w krytyce.

Pozostając dalej na gruncie argumentów *ad hominem*, pozwolę sobie przeciwstawić jednomyślną uchwałę wniosku przez radnych jednomyślną krytykę projektu przez członków „Gazety Lekarskiej”.

Za wybijanie drzwi otwartych uważam znaczną część listu kol. Szmurły, mianowicie te zwroty, które starają się przekonać redakcyę, że ubogim chorym na błonicę należy zastrzykiwać surowicę wcześniej i bezpłatnie. Są to rzeczy tak znane, że aż tracą banalnością.

Na karb temperamentu polemicznego kładę nie dość ściśle cytaty z rzeczonyj wzmianki, chociaż opatrzone podkreśleniem i cudzysłowem: przez opuszczenie np. zwrotu „w opłakanych warunkach higienicznych” kol. Szmurło skaża sens całego zdania. Ktoś, kto nie czytał tej wzmianki, mógłby mieć zupełnie fałszywy sąd o jej treści istotnej.

Punktem wyjścia do moich uwag była nie chęć pozbawienia surowicy chorych, lecz 1) ochrona otoczenia od zarażenia i 2) zapewnienie chorym opieki właściwej. Obydwie te kwestye zasadnicze kol. Szmurło w liście swym pomija. Wzmianki o działaniu surowicy ochronnem nie mogę uważać chyba za argument seryo, gdyż kol. Szmurło dobrze wie, że zastrzykiwanie surowicy zdrowemu otoczeniu chorego w praktyce jest niewykonalne, a może i szkodliwe (uczulenie).

Co się tyczy leczenia w szpitalu, to kol. Szmurło uważa je teoretycznie za wskazane, ale w zastosowaniu praktycznem widzi bardzo dużo trudności. Ja osobiście jestem odmiennego zdania: szeroką popularyzację tej tezy, że tylko szpital daje gwarancję najskuteczniejszego leczenia błonicy, uważałbym za bardziej fortunną uchwałę Tow. Med. Sp., niż żądanie pieniędzy od miasta na kupno surowicy. Godzę się jednak, że w praktyce życiowej może się tak wydarzyć, iż chory żadną miarą nie może poddać się leczeniu szpitalnemu. Otóż i w tym wypadku nie mamy potrzeby rozdierać szat, ani zwracać się do miasta o kredyt specjalny, gdyż posiadamy organi-

zacje lekarzy sanitarnych, którzy dostarczają ludności ubogiej zarówno pomocy, jak i środków lekarskich, a w ich rzędzie i surowicy, bezpłatnie. Zatem albo pomoc lekarzy sanitarnych jest wadliwa, i należy ją zreformować, albo to, czego dowiedział się kol. Szmurło od lekarzy szpitali dziecięcych, pochodzi z czasów dawniejszych.

Nie będę się tu zastanawiał, czy błonica jest u nas taką plagą, jak twierdzi kol. Szmurło „na mocy danych statystycznych”; wiemy dobrze, że statystyka chorób w Warszawie zawiera dużo danych błędnych, statystyka zaś, zbierana na prowincyi, musi być z natury rzeczy bardzo daleką od rzeczywistości. Twierdząc tylko, że wzięcie w opiekę specjalną jedynej błonicy jest dziwnie jednostronne, a sposób, w jaki ta opieka ma się urzeczywistniać, jest szkodliwy, oczywiście nie przez fakt dostarczenia surowicy potrzebującemu, jak mi to imputuje kol. Szmurło, lecz przez narażanie zdrowia współmieszkańców w lokalach ciasnych, gdzie niema mowy o przestrzeganiu zasad higieny.

Jako lekarz szkolny, kol. Szmurło wie dobrze, że istnieje przymus nieuczęszczania do szkoły, stosowany zarówno względem tych, co przebyli błonicę, jak i względem otoczenia chorych. Dlaczego w danym przypadku przechodzi tak lekko nad sprawą pokrewną u dziatwy ubogiej, nie umiem sobie wytłomaczyć należycie. Prawodawstwo nasze nie zna przymusu szpitalnego, jednak w pewnej kategorii chorób zakaźnych przymus ten istnieje, tak jak wprowadzony został drogą nakazu władz okupacyjnych przymus szczepienia ospy. Osobiście jestem przeciwnikiem przymusu w sprawach leczenia się, sądę jednak, że i bez przymusu takt i perswazyja lekarza mogą skłonić matkę do oddania dziecka do szpitala, jeżeli przekona się ją, że leczenie domowe błonicy jest półśrodkiem¹⁾. Mam więc słuszne powody mniemac, że leczenie surowicą w domu będzie czynnikiem, odciągającym chorych od jedyne go miejsca dla nich właściwego, to jest od szpitala.

Stoimy więc wobec takiego faktu: miasto utrzymuje oddziały dla błonicy w szpitalach, a równocześnie, wydając pieniądze na leczenie surowicą w domu, sprzyja ponieważ temu, że chorzy z oddziałów nie korzystają, a, przebywając w domu, mogą zarażać otoczenie. Przeznaczając pewien budżet na

¹⁾ Nic wystawiam sobie jednak, aby wiele matek po zastrzyknięciu surowicy w domu zgodziło się oddać dziecko na oddział szpitalny.

środki lekarskie dla ubogiej ludności, a więc i na surowicę, miasto równocześnie stwarza kredyt specjalny na surowicę. Oczywiście, suma jest drobna, ale możnaby ją zużyć z większym pożytkiem dla biednej ludności i dla miasta,

Reasumując, pozostaje w dalszym ciągu przy zdaniu, że leczenie domowe błonicy,

odciągające chorych od szpitala, jest półśrodkiem, szkodliwym ze stanowiska epidemiologicznego.

Dewizą naszą powinno być obecnie nie tylko *salus aegroti suprema lex esto*, lecz i *salus civitatis suprema lex esto*.

Leon Karwacki.

Wiadomości bieżące.

— W Krakowie staraniem Akademii Umiejętności wydano III tom *Anatomii opisowej*, opracowany podług materiału, pozostawionego przez zmarłego prof. Bochenka. Tom ten obejmuje otrzewną i system krwionośny. Niebawem ma się rozpocząć druk nowego wydania tomu I, którego w handlu księgarskim niema już zupełnie.

— Komisja rozdziału maki i chleba nadesłała do pism codziennych komunikat, w którym zwraca się do lekarzy z prośbą o oględniejsze wydawanie świadectw na prawo otrzymywania chleba pszennego, przeznaczonego wyłącznie dla osób ciężko, obłożnie chorych, oraz osób w wieku podeszłym. Komunikat ten został wydrukowany w pismach, co będzie miało prawdopodobnie ten dobry skutek, że z jednej strony zmniejszy się niepomierne duża liczba petentów, zwracających się do lekarzy z usilnymi prośbami o wydawanie zaświadczeń, z drugiej zaś strony stanowić będzie dla lekarzy obronę przeciwko żądaniom, najczęściej nie usprawiedliwionym istotną potrzebą.

— Dowiadujemy się, iż w Zarządzie szpitali powstał zamiar powierzenia kierownictwa aptek w większych szpitalach warszawskich prowizorom farmacji, jak to już oddawna ma miejsce w szpitalu starozakonnych, w szpitalu ś-go Łazarza i w szpitalu na Pokornej. Zamiar ten ze wszech miar godzien jest uznania, ponieważ uważamy za anomalie

powierzanie obowiązków aptekarza siostrze miłosierdzia, które przecież, pomimo swych dobrych chęci, nie są o tyle wykwalifikowane, by mogły samodzielnie prowadzić apteki w sposób, odpowiadający dzisiejszym wymaganiom. Jeżeli przeprowadzenie reformy powyższej, w zasadzie niewątpliwie pożądanej, nie byłoby w warunkach dzisiejszych możliwe, to w każdym razie uważalibyśmy za jaknajbardziej wskazane zorganizowanie odpowiednich kursów farmaceutycznych uzupełniających dla siostr miłosierdzia, które dzisiaj prowadzą apteki szpitalne.

— Z polecenia Zarządu Cywilnego przy General-Gubernatorze rozesłał Inspektor Zdrowia do wszystkich lekarzy okolic zapytaniem, czy ktoś z nich nie życzy sobie objąć jakiejś cywilnej posady rządowej lekarskiej (np. lekarza powiatowego, miejskiego i t. p.). Dla kandydatów mają być urządzone zimą czterotygodniowe kursa przygotowawcze. Przypominamy, że sprawą tą zajmowało się przed rokiem Warsz. Towarzystwo Lekarskie, które ułożyło szczegółowy program takich kursów i oddało im do rozporządzenia swoją pracownię. Z powodu dalszych wypadków wojennych projekt ten nie mógł być urzeczywistniony.

N A D E S Ł A N O.

1. Leon Karwacki. O podziale krętków gorączki powrotnej. Odb. ze sprawozdań z pos. Towarz. nauk. warsz. Warszawa 1916.

NEKROLOGIA.

Prof. Vincenz Czerny, założyciel Heidelberskiego Instytutu do badań nad rakiem, znakomity chirurg, zmarł w Heidelbergu 3 b. m. w 74 r. życia.

TREŚĆ NUMERU.

Str.	Str.
Zdzisław Tomaszewski. Badania nad zachowaniem się przytarczyc w przypadkach powstawania złożeń wapiennych w ustroju ludzkim.	245
Notatka lekarska. Bronisław Chrostowski. Przypadek choroby Vaqueza (Polycythaemia rubra).	250
Streszczenie zbiorowe. F. M. Wzmocnienie przeciwciał w surowicy w zastosowaniu do odczynów Widala i Wassermanna.	252
Odcinek. Stanisław Kopczyński. O potrzebie zbierania statystyki zawodowej lekarskiej.	254
Przegląd bibliograficzny. 1. Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia publicznego i Urzędu zdrowia Zarządu m. stoł. Warszawy w czasie od 1 stycznia do 1 lipca r. 1916. 2. Działalność Komisji rozposzczelniania wskazań zdrowotnych Zarządu m. stoł. Warszawy za czas od dnia 20 stycznia 1915 roku do dnia 1 sierpnia 1916 z przedmową Dr J. Jaworskiego. Ocenil A. Puławski.	256
List do Redakcji „Gazety Lekarskiej”	258
Odpowiedź.	259
Wiadomości bieżące.	260
Nekrologia.	260

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

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

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”, I „ODCZYTÓW KLINICZNYCH”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincji, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2. Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz jednoszpaltowy, drobnym pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 25, na stronach wewnętrznych okładki kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metz i S-ka, Marszałkowska 130.

Administracja (Marszałkowska 73) otwarta w dni powszednie od 10^{1/2}, do 12-jej.

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

1. **Farmakologia**, przekład dzieła profesorów *Nothnagel'a i Rosenbach'a* Cena Rb. 6, z przesyłką Rb. 6 kop. 50 (wyczerpane).
2. **Choroby serca**, przez *Oskara Widmana*. Dzieło oryginalne, opatrzone licznymi drzeworytami w tekście. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
3. **Księga Pamiątkowa**, wspólnymi siłami spisana, najzacniejszemu Mistrzowi Profesorowi Doktorowi Medycyny Henrykowi Hoyerowi, dwudziestopięcioletnią rocznicę mozołnej, a użytecznej pracy obchodzącemu, w ofierze złożona przez wdzięcznych uczniów i przyjaciół Jego, współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Warszawa 1884 r. (wyczerpane).
4. **Psychiatria**, przez D-ra *Rothe'go*. Dzieło oryginalne. Cena Rb. 1 kop. 80, z przesyłką Rb. 2.
5. **Grzybki chorobotwórcze**, napisał D-r *Maryan Jakowski*. Dzieło oryginalne z 7 tablicami litografowanymi i 11 drzeworytami (wyczerpane).
6. **Terapia ogólna**, ze szczególnem uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Odczyty prof. *E. A. Hoffman'a* (wyczerpane).
7. **Nauka o chorobach narządów trawienia**, przez D-ra *Mikołaja Rajchmana*. Cena Rb. 1, z przesyłką Rb. 1 kop. 50.
8. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**. Dzieło oryginalne przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie (wyczerpane).
9. **Dyagnostyka chirurgiczna**. Dzieło oryginalne przez *Romana Jasińskiego*. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
10. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**, przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie i „**Choroby górnego odcinka dróg oddechowych**“ przez D-ra *Alfreda Sokołowskiego* ordynatora szpitala Sw. Ducha w Warszawie. Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście, ponownie przez autorów opracowane. Cena Rb. 5 kop. 50. Dla prenumeratorów Gaz. Lek. cena niższa na Rb. 2 kop. 50, z przesyłką Rb. 3.
11. **Histeria — Gilles de la Tourette** — w opracowaniu *A. Puławskiego*. Cena Rb. 2 kop. 70, z przesyłką Rb. 3.
12. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych** *Wł. Biegańskiego*. Tom pierwszy. Cena Rb. 4 kop. —, z przesyłką Rb. 4 kop. 50. Tom drugi. Cena Rb. 4 kop. 50, z przesyłką Rb. 5.
13. **Wykład chorób dróg oddechowych** przez D-ra *A. Sokołowskiego*. I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysunkami w tekście). Cena Rb. 2 kop. 40. Cena w oprawie Rb. 2 kop. 80. Przes. k. 40. II. **Choroby płuc**. Cena Rb. 3, w oprawie Rb. 3 k. 50. Przes. k. 50. III. Cz. 1. **Choroby opłucnej i śródpiersia**. Cz. 2. **Suchoty płucne**. Cena Rb. 5, w oprawie Rb. 5 kop. 60. Przes. k. 60.
14. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna** przez D-ra *Zdz. Dmochowskiego*, prosektora Uniwers. Warszawskiego. Cz. I. **Klatka piersiowa**. Cena Rb. 3, na papierze kredowanym Rb. 4. Przesyłka kop. 50.
15. **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów** — *G. Vogel'a* w tłumaczeniu polskim *Zweigbauma i Popiela*, z 214 rysunkami w tekście. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
16. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani** przez D-ra *T. Herynga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
17. **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** przez D-ra med. *H. Nusbauma*, z rysunkami w tekście. Cena rub. 2.50, z przesyłką rub. 3.
18. **Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych**. Przekład odczytu prof. *A. Dieudonné'go*. Cena kop. 60, z przesyłką kop. 75.
19. **W sprawie organizacji ogólnej Uniwersytetu, a Wydziału Lekarskiego w szczególności** przez *Józefa Brudzińskiego*. Cena kop. 80, z przesyłką rub. 1.
20. **Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych** przez prof. *Edwarda Lotha*. I. **Krtani** (z 3 rysunkami w tekście). Cena Złp. 2 gr. 20, przesyłka 20 gr. II. **Trzewa klatki piersiowej** (z 14 rysunkami w tekście) Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.
21. **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój łasieczników gruczołowych na podłożu sztucznym** przez *Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego*. Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylli Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„MOTOR“.

APTEKA K. WENDY

Surowice i Szczepionki

z Instytutu Tow. Naukowego Warszawskiego (dawniej d-ra Palmirskiego.)
Dyfterytyczna, dyzenteryjna, streptokokowa, szkarlatynowa i szcze-
pionki przeciwskarlatynowe. Podłoża dla bakterii.

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

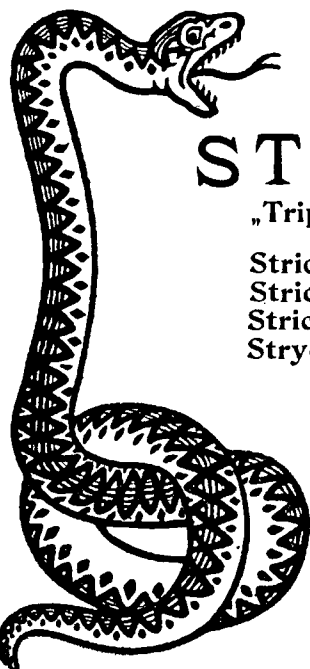
W Aptekach i Składach Aptecznych!!

PRACOWNIA STERYLIZACYJNA D - r a B O R Z Y M O W S K I E G O

wprowadziła następujące NOWOŚCI:

- 1) **Gazę** hygrosek., jodoform., wioformową, kseroform. w postaci **pasków**: 5, 8, 10 i 12 ctm. szer. i 5 m. dług. 2) **Kompresy przeciwzapalne**, nasycone płynem Burowa. z ceratką: 10, 20 i 30 ctm. kw. 3) **Tampony z lintaneli** (waty prasowanej). 4) **Laminaryę sterylizowaną** w zatopionych ampulkach po 4, 6, 8, 10 i 12 mm. średnicy. 5) **Gazę jodoformową** Dührsena (do tamponowania). 6) **Płyn do znieczulenia miejscowego** № 1 (0,3 nowokainy na 50 soli), № 2 (0,5 nowokainy na 50). 7) **2% nowokaina z adrenaliną do rwania zębów** w ampulkach po 1.0. 8) **Samomydłące poduszeczki** do mycia pola operacyjnego, położnic i do kąpieli po 10 szt. 9) **Ciepłomierze maksymalne** skontrolowane i odkażające się po użyciu automatycznie za pomocą umieszczonej w pochewce formaliny.

Składy Główne: SPIESS CENTRALNY i Zarząd Pracowni (Chmielna № 62. Telet. 106-85).



INIEKCJE STRYCHNINOWE

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.
(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strychnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.
i wiele innych.

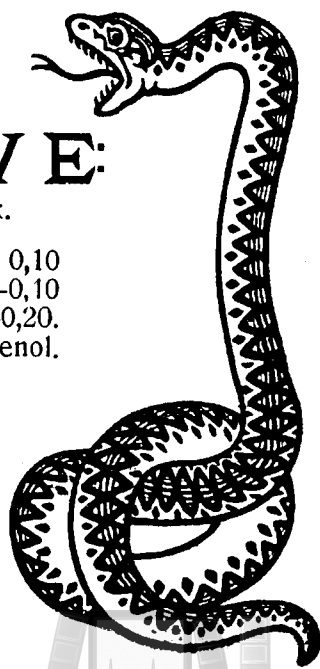
POLECA

A P T E K A

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Drukarnia W. Krawczyński, E. Egert, J. Włectawski, Żelazna 89, Telefon 188-70.

Za pozwoleniem Cenzury Niemieckiej.