

Ogólnego zbioru N^o 2775.

AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · VMIEJ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.

MINISTERSTWO ZDROWIA PUBLICZNEGO

zwraca się do lekarzy o natychmiastowe liczne zgłaszanie się na stanowi-
ska lekarzy w celu zwalczania tyfusu plamistego w kraju.

Na okres zwalczania tyfusu lekarze-epidemiolodzy stają się urzędnikami pań-
stwowymi.

Pobory do 50 Mk. dziennie i ubezpieczenie życiowe.

Kandydaci zgłaszać się winni osobiście między 11 a 12 w południe z pisemne-
mi podaniami i dokumentami do Wydziału Personelu Leczniczego Ministerstwa
Zdrowia Publicznego, Korpus Kadetów, Belwederska 27, I portal, parter na lewo.



Marka ochronna.

OSTRZEŻENIE!!

W handlu pojawiły się naśladownictwa mego wyrobu ampulek
do podskórnych wstrzykiwań:

Inj. Triplex I, II, III Gessner.

Uprzejmie proszę WW. Panów Lekarzy o łaskawe zwracanie uwagi
swym pacjentom na moją etykietę z marką ochronną w postaci stoją-
cego na jednej nodze bociana — jak wyżej.

Z poważaniem

E. GESSNER.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL'A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma
z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1.50.

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

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

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

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Romana Jasińskiego.

Cena m. 7.50.

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

Choroby serca

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

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

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

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie niższej nabywać można tylko w Administracji.



LABORATORIUM CHEMICZNE
MAGISTRA KLAWE,
10, PL. TRZECH KRZYŻY, WARSZAWA.



W myśl ustalonej w nauce zasady synergizmu leków, Laboratorium Magistra Klawe, zgodnie z życzeniem wielu lekarzy wytworzyło szereg przetworów złożonych, biorąc jako podstawę dwa leki zasadnicze:

Hemogen Mag. Klawe

Övarogen Mag. Klawe.

W grupie leków tych są następujące:

I. HEMOGEN Mag. Klawe (zawiera 0,8% **żelaza**, przeważnie w **stanie koloidalnym**, i manganu 0,1%).

Wskazania: jak dla leków żelazistych, wogóle Hemogen Klawe nie upośledza trawienia.

Dawka: Od łyżeczki do łyżki 3 razy dziennie.

II. ARSOHEMOGEN Mag. Klawe (zawiera żelaza 0,8%, manganu 0,1% i kwasu arsenowego w postaci soli 0,01%).

Wskazania: jak dla żelaza i arsenu.

Dawki: Od łyżeczki do łyżki 3 razy dziennie.

III. OVAROGEN Klawe in tabletis (każda tabletka zawiera 0,20 istoty jajnikowej świeżej i czynnej).

Wskazania: Przerwy i nieprawidłowości w miesiączkowaniu na tle patologicznem.

Niedomoga jajników i jej przejawy,

Niedorozwój jajników,

Niedokrwistość, choroba Basedowa, histerja u kobiet,

Choroby umysłowe na tle zbroceń w sferze płciowej,

Rozmiękczenie kości, plamica, wymioty ciężarnych, uwłosienie niezwykle i t. d.

IV. OVAROGEN pro injectione Mag. Klawe

(wyciąg 10% izotoniczny jałowy z istoty jajnikowej świeżej i czynnej, w ampułkach po 1 C. C.) Każda ampułka zawiera 0,1 istoty jajnikowej.

Wskazania: jak dla **Ovarogenu** Klawe w tabletkach.

Dawka: zawartość 1 do 3 ampułek pod skórę dziennie.

V. OVAROHEMOGEN Mag. Klawe (każda tabletka zawiera 0,2 istoty jajnikowej świeżej i 0,1 związku obojętnego żelaza).

Wskazania: jak dla **Ovarogenu** Klawe o ile nadto zachodzi potrzeba stosowania leku żelazistego, ogólnie przeto: niedomoga jajników i niedokrwistość.

Dawki: 3 do 10 tabletek dziennie.

VI. OVAROARSOHEMOGEN Mag. Klawe in tabletis (każda tabletka zawiera 0,2 istoty jajnikowej świeżej, 0,1 związku obojętnego żelaza i 0,01 arsenu w związku obojętnym).

Wskazania: jak dla **Ovarogenu** Klawe, związków żelaza i arsenu, ogólnie przeto: niedomoga jajników, niedokrwistość i upadek odżywiania.

Dawki: 3 do 10 tabletek dziennie.

VII. ARSOOVAROGEN Mag. Klawe pro injectione (wyciąg 10% izotoniczny jałowy z istoty jajnikowej świeżej, czynnej z dodatkiem 1% arsenianu sodowego w ampułkach po 1 C. C.). Każda ampułka zawiera 0,1 istoty jajnikowej i 0,001 natr. arsenicosi.

Wskazania przytoczone wyżej dla **Ovarogenu** Klawe, o ile stanom chorobowym towarzyszy upadek odżywiania, brak sił i t. d.

Dawki: zawartość 1 do 3 ampułek pod skórę dziennie.

Szczegółowa broszura o Hemogenie Klawe i przetworach organoterapeutycznych na żądanie.



WZGLĘD LECZNIKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

Dzień i Noc
Lecie dyugie-

Warszawa, d. 8 lutego 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2775.

O wyczerpalności odruchów ścięgowych i o odruchach wrzekomo klonicznych w chorobach zakaźnych

podał

Teofil Simchowicz

Asystent pracowni neurobiologicznej Warszawskiego Towarzystwa Naukowego.

Badając układ nerwowy w rozmaitych chorobach zakaźnych, miałem dość często możliwość obserwować niektóre objawy, które prawie nie są w piśmiennictwie znane i na które, wydaje mi się, warto zwrócić uwagę.

Znaną jest rzecz, że w chorobach zakaźnych osłabnąć, ewentualnie zniknąć mogą odruchy ścięgnowe, tutaj pragnąłbym omówić dwa objawy, towarzyszące często osłabieniu odruchów ścięgowych.

Podczas gdy u człowieka zdrowego odruchy ścięgnowe wywołać można z rzędu dowolną liczbę razy, przyczem odruchy nie znikają i nie słabną, w durze brzuszny, powrotny i plamisty, również w paratyfusie B¹⁾ dość często obserwowałem wyczerpalność odruchów ścięgowych. Objaw ten polega na tem, że po pierwszym uderzeniu młotkiem w ścięgno otrzymuje się bądź zlekka bądź znacznie osłabiony, ale w każdym razie wyraźny odruch, po kilku jednak uderzeniach odruch zaczyna słabnąć i często przy 4-em — 5-em, rzadziej już przy 3-iem uderzeniu znika zupełnie. Dopiero po pewnej

przerwie odruch powraca i znów po kilku uderzeniach słabnie, a następnie znika.

Ową wyczerpalność odruchów ścięgowych obserwowałem w 8-miu przypadkach duru brzuszego (na 70 zbadanych), w 15-tu przypadkach paratyfusu B (na 46 zbadanych) i w 1 paratyfusie A (na 3 zbadane), w 4 przypadkach duru plamistego (na 25 zbadanych) i w 13 przypadkach duru powrotnego (na 75 zbadanych). Liczby tu podane tylko w przypadkach paratyfusu A i B odpowiadają rzeczywistości, w innych zaś przypadkach są takie małe dlatego, że objaw ten spostrzegłem dopiero wówczas, gdy znaczna część materiału klinicznego była już zebrana i wobec tego oczywiście objaw ten nie wszędzie był zanotowany. Wogóle odniosłem wrażenie, że mniej więcej czwarta lub piąta część chorych tyfuszowych wykazuje ten objaw.

W przypadkach, w których opisany powyżej objaw obserwowałem, nie wszystkie odruchy ścięgnowe były jednakowo wyczerpalne. W durze brzuszny na 5 przypadków obserwowanych tylko w jednym zarówno kolanowe, jak i odruchy ze ścięgna Achillesa, wykazywały wyczerpalność, w 4 zaś przypadkach objaw ten wykazywały tylko odruchy kolanowe, przyczem odruchy ze ścięgna Achillesa były w dwóch przypadkach słabe, w dwóch zaś średnio żywe. Te same mniej więcej stosunki miały miejsce w przypadkach paratyfusu B.

¹⁾ Dur brzuszny i paratyfusy rozpoznawane były w szpitalu wojskowym, w którym pracowałem, serologicznie i bakteriologicznie, dur zaś powrotny rozpoznawany był za pomocą badania krwi na krętki Obermeyera. Badania te wykonywane były przez kol. Piotra Makowskiego, za co mu składam serdeczne podziękowanie.

W 3 przypadkach były wyczerpalne zarówno kolanowe odruchy, jak i ze ścięgna Achillesa, w innych zaś wyczerpywały się tylko odruchy kolanowe, odruchy zaś ze ścięgna Achillesa były bądź słabe, bądź średnio żywe, w jednym przypadku wyczerpywał się tylko jeden odruch kolanowy, drugi zaś kolanowy i odruchy ze ścięgna Achillesa były dość żywe.

W durze plamistym 2 razy szybko się wyczerpywały wszystkie odruchy ścięgnowe na kończynach dolnych, w jednym wyczerpalność owa dotyczyła tylko odruchów kolanowych, w jednym zaś tylko odruchów ze ścięgna Achillesa.

W durze powrotnym najczęściej (w 10 przypadkach na 13) obserwowałem wyczerpalność wyłącznie w odruchach ze ścięgna Achillesa, rzadziej (w 3 przypadkach) zarówno kolanowe, jak i ze ścięgna Achillesa, wykazywały ten objaw.

Co się tyczy piśmiennictwa, to Bechterew¹⁾ obserwował objaw podobny w zapaleniu wielu nerwów (*polineuritis*), w pojedynczych przypadkach zapalenia rdzenia (*myelitis*), umiejscowionego w części grzbietowej oraz w zgrubieniu lędźwiowym, pozatem w najwcześniejszych okresach wiądu rdzenia. Wyczerpalność w przypadkach tych dotyczyła tylko odruchów kolanowych i bądź poprzedzała zupełne zniknięcie odruchu (*polyneuritis, tabes dorsalis*), bądź zjawiała się w okresie wyzdrawiania (*myelitis*).

Rozchodzi się tu podług Bechterewa o uszkodzenie łuku odruchowego, mniej jednak głębokie niż wówczas, gdy odruch znika zupełnie. Spostrzeżenia Bechterewa nie zostały dotychczas potwierdzone.

Wyczerpalność odruchów ścięgnowych była również obserwowana w myastenii przez Goldflama²⁾ i innych badaczy, tu jednak jest ona wyrazem apokamnozy czyli wyczerpalności mięśni.

O wyczerpalności odruchów w chorobach zakaźnych ani jednej wzmianki w piśmiennictwie nie znalazłem.

Drugi objaw, który obserwowałem, badając odruchy ścięgnowe w chorobach zakaźnych i na który pragnąłem tu zwrócić

uwagę, polega na tem, że przy uderzaniu młotkiem ścięgna rzepkowego i Achillesa otrzymuje się czasami odruch kloniczny, składający się z szeregu drobnych skurczów odpowiednich mięśni, rozmiar tych skurczów i samego odruchu jest bardzo mały i nigdy odruch nie osiąga takich rozmiarów, jak w organicznych cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego. Przy kilkakrotnym uderzeniu ścięgna znika nie tylko klonus, lecz i sam odruch, po kilku chwilach znowu można wywołać lekki klonus, który znów wraz z odruchem szybko się wyczerpuje.

Widzimy więc, że kloniczny skurcz mięśni w danym wypadku jest wskaźnikiem osłabionego, nie zaś jak zwykle wzmożonego odruchu.

Proponowałbym nazwać odruchy te pseudoklonicznymi, a dla odróżnienia od odruchów klonicznych, obserwowanych czasami w hysterii, nazwałbym obserwowany w chorobach zakaźnych klonus pseudoklonusem toksycznym.

Obserwowałem ów toksyczny pseudoklonus w 12 przypadkach, mianowicie w 4 przypadkach duru brzuszno (3 razy kolanowy i 1 raz zarówno kolanowy jak i ze ścięgna Achillesa), w 3 przypadkach duru plamistego (2 razy kolanowy i 1 raz zarówno kolanowy jak i ze ścięgna Achillesa) i w 5 przypadkach duru powrotnego (raz kolanowy i ze ścięgna Achillesa i 4 razy tylko ze ścięgna Achillesa).

We wszystkich tych przypadkach klonicznemu odruchowi towarzyszyła wyczerpalność tegoż odruchu, natomiast nie zawsze wyczerpalności odruchów towarzyszył pseudoklonus.

Wyczerpalność odruchów obserwowałem w 40 przypadkach i tylko w 12 z nich mogłem spostrzedz odruchy pseudokloniczne. Przeważnie występują one obustronnie, w 2 jednak przypadkach duru powrotnego odruch pseudokloniczny wywołać można było tylko z jednego ścięgna Achillesa, z drugiego zaś ścięgna Achillesa odruch był osłabiony, nie wykazywał jednak ani wyczerpalności ani też odcienia klonicznego.

W piśmiennictwie o pisany tu objawie nic nie mogłem znaleźć.

Objaw ten, zarówno jak i wyczerpalność odruchów, obserwowałem w chorobach zakaźnych zwykle podczas największego napięcia choroby, trwają one czasami jeszcze przez pewien czas i po spadku gorączki, następnie znikają, przyczem odruch staje się normalnym, czasami zaś, zwłaszcza po durze plamistym

¹⁾ W. Bechterew Ueber Ermüdung der Sehnenreflexe und die diagnostische Bedeutung dieses Symptoms bei nervösen Erkrankungen. Neurologisches Centralblatt 1902.

²⁾ S. Goldflam. Weiteres über die asthenische Lähmung, nebst einem Obductionsbefund (Dr. E. Flatau). Neurologisches Centralblatt 1902.

wzmocnionym, i wówczas na miejsce odruchów wyczerpujących się i wrzekomo klonicznych zjawiają się na pewien czas prawdziwe odruchy kloniczne, stale wzmożone i nie wyczerpujące się wcale.

W innej pracy, w której dokładnie opiszę zmiany w odruchach w rozmaitych cho-

robach zakaźnych, omówię bardziej szczegółowo i opisane tu objawy, obecnie zaś ograniczam się do tej krótkiej wzmianki, którą podaję wcześniej, aby dać możliwość kolegom, pracującym w szpitalach zakaźnych, natychmiast sprawdzić moje obserwacje.

Tyreotuberkuloza, czyli o postaci rzekomobazedowicznej gruźlicy płuc.

Podat

Władysław Janowski. (Warszawa).

(Ciąg dalszy—patrz № 5).

3. Drugim narządem, który zwraca tu od razu uwagę lekarza, są oczy. Rozszerzenie szczeliny ocznej, często wilgotne łącznice, znaczne, choć nie stałe, rozszerzenie źrenic, wybitny blask rogówek, nadający oczom rodzaj jakiegoś błysku oraz wyraz obawy, przerażenia, niepokoju, oczywiście w bardzo niejednakowym stopniu w różnych przypadkach, są właśnie tymi objawami ocznymi, które przykuwają do siebie uwagę lekarza od pierwszego spojrzenia na chorego i podpowiadają mu konieczność doszukiwania się innych objawów tyreozы w wywiadach i przy badaniu przedmiotowym. Osobiście nie zapominam nigdy dokładnie zbadać oczów we wszystkich typowych dla basedowizmu kierunkach. Co się tyczy przede wszystkim wytrzeszczu, to ten wydaje się często na pozór większym, niż się to okazuje przy bliższym badaniu chorego. Dotyczy to zwłaszcza chorych w stanie nadpobudliwości, którzy trzymają zazwyczaj powieki szeroko rozwartymi. Przeciwnie, w innej części przypadków uchodzi on naszego wzroku na razie, podczas gdy następne uważne zbadanie oczów istnienie jego, oczywiście w stopniu nieznanym, wykrywa, jak na to słusznie zwracają uwagę Białokur, Hufnagel, Zajdner oraz inni. W innych przypadkach dokładniejsze badanie wykazuje, że wrażenie wytrzeszczu otrzymujemy u tego rodzaju chorego dlatego, że gałka oczna, która nie jest wysunięta ku przodowi, jest jakby uniesiona ku górze. Wskutek tego otrzymujemy powiększenie szpary między rogówką i powieką dolną, symulujące na pierwszy rzut oka wytrzeszcz. Niektóre chore dobrze same o tem wiedzą i mówiły do mnie, że mają oczy jakby „zatoczone“ ku górze. Parę z moich chorych mówiło mi, iż mają wrażenie, że podczas snu rogówka zatacza się

im aż pod górne sklepienie oczodołu, wskutek czego boją się otworzyć oczy w leżącej pozycji z obawy, że nic by przez nie widziały. To właśnie „zatoczenie się“ gałki ocznej ku górze wydaje mi się powodem, dla którego w przypadkach tyreozы, towarzyszącej gruźlicy płucnej, spostrzegałem objaw Graefego bardzo rzadko, i to nawet w przypadkach, w których pierwsze wrażenie oczów chorego kazało przypuszczać, iż objaw Graefego da się stwierdzić napewno. Objaw Moebiusa również spostrzegałem zaledwie kilka razy. Przeciwnie, objaw Jellineka, polegający na ciemniejszym zabarwieniu powiek, oraz objaw Stellwaga, t. j. rzadkie mruganie powiek przy szerokim ich rozwarciu, spotykam często. Zachodzą pod tym względem dość znaczne różnice w materiale z różnych miejsc. Naprz. w Warszawie przywykłem uważać objaw Stellwaga w tyreozie, towarzyszącej gruźlicy, za zdarzający się mniej więcej w 10% przypadków. Przeciwnie zaś, w materiale Piotrogrodzkim i Kisłowodskim widywałem go mniej więcej u 30% odnośnych chorych. Sądzę, że właśnie niezmiernie rzadkie mruganie oczami i trzymanie przez to oczów w stanie bardziej stałego rozwarcia jest powodem, dla którego tego rodzaju chorzy sprawiają na pierwsze wejrzenie uludne wrażenie, że ich szczelina oczna jest rozszerzona, względnie gałka oczna powiększona, które to wrażenie przy bliższym zbadaniu oczu okazuje się, jak to wyżej zazaczyłem, mylnem.

4. Z innych objawów tyreozы, towarzyszącej gruźlicy płuc, wysuwają się na pierwsze miejsce zaburzenia ze strony narządów krążenia.

a) Co się tyczy przede wszystkim serca, chorzy skarżą się często na jego bicie oraz pobudliwość, którym towarzyszy często uczu-

cie strachu, duszność i potrzeba głębokich westchnień. Są to objawy, na które odnośni chorzy kładą największy nacisk w swych żywych i barwnych opowiadaniach. One to właśnie skłoniły po raz pierwszy Białokura do szukania związku między gruźlicą i tyreozą i doprowadziły go stopniowo do stworzenia całego obrazu klinicznego. Jak wiadomo, bicie serca i łatwa jego pobudliwość zdarzają się w niektórych przypadkach postaci zwykłej gruźlicy płucnej ze znacznym stopniem osłabienia chorych oraz w zwykłej neurastenii. Słusznie jednak zaznacza Saathoff, że, podczas gdy w tych stanach bicie serca i jego niepokój oraz uczucie strachu stanowią rzadkość i występują głównie po wysiłku fizycznym lub duchowym, to dla przebiegu przypadków gruźlicy, powikłanych tyreozą, objawy te stanowią zjawisko nietylko prawie normalne, lecz nawet wysuwające się na miejsce naczelnie. Spostrzegana przy tem zmienność tętna może być nadzwyczajna, tak że u tego samego chorego udaje się czasem stwierdzić jego wahania w granicach od 90—160 uderzeń na minutę. Nie potrzeba do tego żadnego zmęczenia fizycznego. Wystarczy drobne przerażenie, znaczniejsze napięcie uwagi lub nawet zniecierpliwienie przez dłuższe oczekiwanie i t. p. Pobudliwość serca jest u takich chorych tak znaczna, iż dość często występują u nich przemijające skurcze dodatkowe. Najczęściej chorzy czują ich występowanie i zwracają na nie uwagę lekarza. W innych przypadkach chorzy nie wiedzą o tym swoim objawie nadpobudliwości serca, tak że lekarz stwierdza skurcze dodatkowe serca zupełnie przypadkowo podczas wysłuchiwania, najczęściej w leżącym położeniu chorego. U pewnej, co prawda wyjątkowej, części tego rodzaju chorych zdarza się nawet często skurcz serca napadowy, zwany inaczej cwałowaniem serca (*tachycardia paroxysmalis*). Taki stan serca spostrzegałem u trzech odnośnych chorych, przyczem u jednej z nich powtórzył się on w ciągu roku trzykrotnie i trwał za każdym razem przeszło dobę. Podobne napady zdarzają się i w prawdziwym Basedowie (Puławski). Są to jednak wyjątki. Naogół zaś uczuciu gwałtownej pracy serca i silnego jego bicia wynik badania przedmiotowego nie odpowiada. Wykrywa ono bowiem zazwyczaj tętno przyspieszone, ale co do miarowości prawidłowe. Prawdopodobnie odnośne wrażenie chorych zależy w znacznym stopniu od niskiego stanu ich ciśnienia krwi. Na ostatni objaw, jako na charakterystyczny dla gruźlicy płucnej

wogóle, obok innych autorów, zwracałem był uwagę już w roku 1907 (13). W znacznym stopniu przyczynia się też do tego niewątpliwie i zmienny stopień napięcia tętna u omawianego tu rodzaju chorych. Podobna zmienność w napięciu ścian naczyńiowych, zdarza się, jak wiadomo, i w zwykłym przebiegu gruźlicy płucnej wskutek zbyt żywej gry nerwów naczynioruchowych: stąd ich skłonność do łatwego rumienienia się lub blednięcia i do łatwego zaziębienia się. To samo ma miejsce w czystej chorobie Basedowa wskutek hyper- czy dystyreozy. Nic więc dziwnego że w tyreotuberkulozie, w której zbiegają się obadwa czynniki, szczególnie drażniące nerwy naczynioruchowe, wahania w napięciu układu naczyniowego są szczególnie żywe. Serce pracować musi szczególnie czujnie nad podtrzymaniem ciśnienia krwi na wysokości należytej; to zaś powoduje tak niemiłe odczucia ze strony serca, prowadzące do odnośnych skarg podmiotowych ze strony chorych.

Co się tyczy wyniku przedmiotowego badania serca, to niektórzy autorowie twierdzą, że wymiary jego są w omawianych tu przypadkach stale powiększone. Osobiste moje spostrzeżenia, dotyczące, bądź co bądź, przeszło 500 osobników, zmuszają mnie do twierdzenia, że stanom hypertyreozy w gruźlicy płucnej, nie powikłanym przez inne cierpienia serca, nie towarzyszy powiększenie jego wymiarów. Wysłuchiwanie serca wykazuje w połowie przypadków tony czyste. W drugiej jednak ich połowie, dotyczącej osobników z tętnem około 120 i powyżej i z mniej lub więcej znacznym upadkiem odżywiania słychać t. zw. szmery anemiczne, a więc telesystoliczne u samej tętnicy płucnej lub u niej i u wierzchołka serca, lub wreszcie u wszystkich miejsc jego wysłuchiwania. Nadto zdarzają się też u tego rodzaju chorych szmery czynnościowe rozkurczowe u lewego lub prawego ujścia żylnego, oraz u tętnicy płucnej. Z nich pierwsze mają charakter stałszy, ostatni zaś jest zwykle przemijający. Odnośne szczegóły omówiłem dokładniej w swej pracy „O prawidłowej nazwie szmerów serca w różnych stanach chorobnych“ (14). W miarę poprawy chorych, tego rodzaju szmery znikają stopniowo, ale często na czas długi, lub nawet na stałe. Wogóle w przypadkach tyreotuberkulozy, niepowikłanych przez żadne cierpienie organiczne serca, zorientowanie się w wartości skarg sercowych chorego nie przedstawia trudności. Zdarzyło mi się jednak spostrzegać gwałtowny wybuch hypertyreozy

bezpośrednio lub wkrótce po operacji u tego rodzaju chorych, dotkniętych organiczną wadą serca, np. zwężeniem lewego ujścia żylnego lub niedostatecznością zastawek tętnicy głównej. W dwóch tego rodzaju przypadkach obraz kliniczny działalności serca był tak ciężki i tak powikłany, iż nie można było w ciągu paru miesięcy orzec, jaka część objawów sercowych zależała od cierpienia organicznego serca, a jaka od czasowego przedrażnienia toksycznego nerwów naczynioruchowych. Na szczęście, w obydwu przypadkach chore, po dłuższym stosowaniu spokoju i leczenia klimatycznego, obok innego, zupełnie się poprawiły; objawy obostrzonej tyreozы po roku ustąpiły zupełnie, tak że pozostały tylko objawy wyrównanej organicznej wady serca.

b) Co się tyczy tętna w tyreotuberkulozie, to jest ono, jak wynika z powyższego, zawsze przyspieszone, zmienne co do częstości i co do swego napięcia. Niektórzy autorowie uważali to za wynik porażenia nerwu błędnego przez uciskającą na niego tarczycę. Słusznie jednak Cornet oraz Białokur twierdzą, że podobny ucisk na nerw błędny powinienby raczej wywoływać tętno rzadkie. Dla mnie osobiście nie ulega wątpliwości, że przyspieszenie tętna w omawianych tu przypadkach zależy od połączonego działania trującego na ośrodki naczynioruchowe i na nerwy naczynioruchowe obwodowe jadu gruczłowego oraz nadmiernej wydzieliny z przedrażnionej tarczycy. Stoi to w związku z przytoczonym poniżej moim poglądem na patogenezę tyreozы w przebiegu gruczycy płuc. Uważając 90 uderzeń na minutę za tętno przyspieszone, wyrażam się stale, że tyreotuberkulozie towarzyszy prawie stale przyspieszona czynność serca. Jeżeli jednak stać na nieuzasadnionem stanowisku Zajdnéra, że za tętno charakterystyczne dla tyreozы w gruczycy należy uważać dopiero 120 uderzeń na minutę, w takim razie wypadłoby twierdzić, że tylko około 40% odnośnych chorych ma tętno charakterystyczne, t. j. stale powyżej 120 na minutę.

c) Ażeby skończyć z układem krążenia, pragnę zaznaczyć, że w ciągu pierwszych lat kilku badałem w swoich spostrzeżeniach kręw na limfocytozę. Nie udało mi się jednak przytem znaleźć wybitnej leukopenii albo limfocytozy ponad 35%. Podobny wynik badania nie stoi w sprzeczności z nagromadzoną w piśmiennictwie materią, z którego wynika, że wprawdzie limfocytoza może w przypadkach tyreozы, towarzyszącej gruczycy, dosięgać 40%, a nawet 57% ogólnych

ciałek krwi, to jednak zdarza się to w mniejszości odnośnych przypadków (38% Brandenstein), podczas gdy w znacznej jej większości ani leukopenia, ani limfocytoza wybitnie nie występują. Dalsze badania krwi w tego rodzaju przypadkach zarzuciłem, gdyż od lat kilku stoję osobiście na stanowisku, wynikiem z badania wielu innych stanów chorobnych, a słusznie wypowiedzianem ostatnio przez Moewesa, że limfocytoza jest wogóle objawem osłabienia konstytucji ogólnej organizmu. Jest ona zarówno cechującą dla różnych stopni zwyrodnienia duchowego i nerwowego, jak i dla zatrucia gruczołem tarczowym, jadem gruczłowym i t. d. Gdy więc mamy do czynienia z jednoczesnem działaniem dwóch tego rodzaju czynników, samo badanie krwi nie jest w stanie rozstrzygnąć, co w jej obrazie zależy od działania gruczołu tarczowego, a co od jadu gruczłowego.

5. W p ł u c a c h stwierdzamy zazwyczaj zmiany nieznaczne, a mianowicie: mniej lub więcej wyraźne stłumienie nad jednym z wierzchołków, różny stopień osłabienia szmeru oddechowego w jednym ze szczytów, czasem zaś wyraźne wydłużenie i zaostrenie wydechu w jednym z wierzchołków płucnych. W połowie przypadków stwierdzamy nieznaczną ilość wilgotnych rżężeń w jednym ze szczytów płucnych, i to występujących czasem dopiero po kaszlu. Drżenie głosowe bywa nad chorym szczytem często znacznie wzmożone, zazwyczaj wyraźniej z przodu, niż z tyłu. Badanie zapomocą promieni X wykrywa w przypadkach świeższych zmiany w gruczołach okołoskrzelowych i smugi Stürtzta; w przypadkach bardziej zastarzałych widać mniej lub więcej znaczne zgęszczenie jednego lub obydwóch wierzchołków. Poszukiwanie laseczników gruczłowych daje wynik dodatni w nieznacznej części tego rodzaju przypadków. Przypadki tyreozы u chorych z daleko posuniętymi zmianami w szczytach należą do rzadkości. Stąd prawie zupełnie jej brak w materiale szpitalnym. Z powyższego wynika, że badanie tego rodzaju przypadków wymaga jedynie należytej wprawy w trafnej ocenie początkowych objawów przedmiotowych, stwierdzanych w szczytach płucnych, czyli że w ten sposób zarówno w omawianej tu postaci gruczycy płucnej, jak i w innych, wymienionych na wstępie, o żadnej „skrytości“ właściwie mowy nie ma.

6. Ze strony jamy brzusznej uderza często brzuch zapadnięty i opuszczenie trzewi. Względnie często zdarza się u takich chorych

zapalenie wyrostka robaczkowego, co słusznie podkreślił Białokur.

7. Do względnie częstych objawów należy w tych przypadkach *drżenie w kończynach górnych i dolnych*. Spostrzegalem je naogół w 20% swojego materiału, i to od stopni tak nieznacznych, że trzeba było starannie się go doszukiwać, aż do takich, że chore same zwracały moją uwagę na pewną trudność podnoszenia się z krzesła, ze względu na drżenie nóg. Wreszcie pewna część chorych twierdzi, że drżenie w nogach występuje u nich dopiero po dłuższym staniu.

8. Przedrażnienie nerwowe takich chorych jest też powodem znacznego *wzmoczenia wszystkich odruchów ścięgowych i skórnych*. Upadek zaś odżywiania, którego bez odnośnego leczenia nie jest w stanie powstrzymać nawet forsowne karmienie chorych, jest powodem, dla którego znaczna ich większość szybko traci włosy.

9. Co się tyczy wreszcie *czynności płciowych*, to Białokur zwraca w swojej pierwszej pracy uwagę, że znaczna większość jego chorych odznaczała się wielką płodnością i częstymi obfitymi peryodami. W ostatniej zaś swojej pracy pisze on słusznie, że część takich chorych miewa peryody bardzo rzadkie i skąpe. Istotnie, zarówno jedno jak i drugie miewa w tego rodzaju przypadkach miejsce, przyczem, według moich spostrzeżeń, przypadki o średnim natężeniu odznaczają się nadmiernymi peryodami, najcięższym zaś towarzyszą peryody skąpe, względnie występujące co parę miesięcy. Pobudliwość płciowa tego rodzaju chorych jest również nienormalna. Znaczna większość mężczyzn twierdzi, że posiada w tym kierunku pobudliwość nadmierną. Zaspokojenie jej jednak niezwykle ich wyczerpuje. Z kobiet znaczna część, pomimo pozornie wulkanicznego wyglądu, twierdzi, iż nie ma najmniejszych potrzeb płciowych, lub czuje ich występowanie niezmiernie gwałtowne na czas bardzo krótki i z fatalnem czuciem się podmiotowem, o ile z popędu tego korzystają.

V. Po omówieniu powyższych objawów tyreozы wypada mi wypowiedzieć się, jaki jest stosunek tyreozы do gruźlicы płucnej. Że związek między tymi dwoma obrazami klinicznymi zachodzi, to nie może ulegać wątpliwości obecnie, gdy Białokur tak trafnie na niego zwrócił uwagę, cały szereg wyżej wymienionych autorów istnienie tego związku na zasadzie swego materiału potwierdził, a nikt mu jeszcze nie zaprzeczył. Nagromadził się nadto w piśmiennictwie materiał, dowodzący, że nawet typowa choroba

Basedowa stoi w dość ścisłym związku z gruźlicą. Już sam Basedow zwracał uwagę na związek między opisywaną przez niego chorobą a zółtami. Następnie w kilku przypadkach choroby Basedowa udaje się stwierdzić w wywiadach gruźlicę u rodziców, na co słusznie zwrócił uwagę Tytuszkın. Wreszcie każdy doświadczony klinicysta poprzeć może przytaczaną przez Białokura opinię Chaparda, że dzieci basedowików często zapadają na gruźlicę. Opisane w niniejszej pracy objawy, które nie przedstawiają jeszcze kompletnego obrazu choroby Basedowa, lecz w szczegółach ją przypominają, winny się klinicznie nazywać basedowizmem, lub, jak inni je nazywają, objawami tyreozы. Otóż związek takiej tyreozы z gruźlicą jest niezmiernie ścisły. Ten swój sąd opieram na spostrzeganiu 510 thyreoidyków pośród ogólnej liczby 3000 chorych gruźliczych. W materiale tym 80% przypadków tyreozы spostrzegalem u chorych, których badanie obiektywne płuc wykrywało już za pierwszym razem początkowy okres gruźlicы płucnej. W 10% przypadków objawy tyreozы poprzedzały o kilka miesięcy, a nawet o lat dwa, objawy wysłuchowe lub nawet wypukowe w płucach, przyczem jednak badanie promieniami X wykazywało w połowie tych przypadków znaczne obrzmienie gruczołów oskrzelowych i charakterystyczne dla gruźlicы smugi w płucach. Wreszcie, w ostatniej grupie przypadków, obejmujących niespełna 10% moich spostrzeżeń, zmiany w płucach były już przy pierwszym badaniu chorych mniej lub więcej znaczne, wywiady zaś wykazywały, że u chorych tych gruźlica przebiegała przez szereg lat spokojnie. Dopiero przebyte zmartwienie, ciężkie zapalenie gardła, długotrwały wysilek podczas pochodów wojennych, lub przebyta operacja powodowały u tych chorych wybuch objawów tyreozы, pod której wpływem pogarszał się znacznie stan ogólny i posuwały się naprzód zmiany w płucach.

Odnosny więc swój pogląd co do związku między tyreozą i gruźlicą streściłbym, na zasadzie swoich spostrzeżeń, w sposób następujący. Zakażenie gruźlicze, nawet tak nieznaczne, że rozpoznanie jego i umiejscowienie odnośnych zmian swoistych napotykać może przez czas dłuższy na trudności, bardzo uczuła układ nerwowy i prowadzić może, jak to słusznie powiedzieli Woskresienski i Tytuszkın, do powstawania różnych „nerwic”. Obraz tych ostatnich zależy od tego, jaki z narządów ośrodkowych wogóle, a z gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem w szczegól-

ności, uległ przytem szczególnemu podrażnieniu. W przypadkach wyjątkowych zachorowuje przytem szereg gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Rozwija się przytem obraz niedostateczności wielogruczowej z raziącym upadkiem odżywiania ogólnego i szeregiem objawów dystroficznych nerwowych, względnie nawet duchowych. Trzy tego rodzaju przypadki, powstałe w okresie rozwoju płciowego, spostrzegalem osobiście. Są to jednak rzadkie wyjątki. Przeciwnie, stosunkowo często, gdyż w 17% mojego materiału, dotyczącego początkowych okresów gruźlicy płucnej, takiemu szczególnemu podrażnieniu ulega gruczoł tarczowy. Powstają wtedy wyżej opisane objawy tyreozы. W pewnej części tych przypadków (jak u mnie, w 10%) te objawy tyreozы występują na czas pewien przed tem, niż zwykłe jednorazowe badanie kliniczne zdoła wykryć zajęcie płuc przez sprawę gruźliczą. Odsuwa to na czas pewien, zazwyczaj jednak krótki, możność zorientowania się w prawdziwej przyczynie spostrzeganej tyreozы. W znacznej jednak większości (przeszło 80% w moim materiale) przypadków gruźlica płuc rozwija się powoli i spokojnie przez czas dłuższy, najczęściej w ciągu mniej więcej lat dwóch i daje w ogólnym wyniku zaledwie nieznaczne objawy przedmiotowe ze strony szczytów. Dopiero przebyty znaczniejszy wysilek, wielkie wzruszenie, przepracowywanie się, jakieś przebyte zakażenie, porody lub poronienia, sprawiają, że po tym czasie ulega nagle podrażnieniu gruczoł tarczowy. Rozwijają się wtedy objawy tyreozы, których różne nasilenie zależy od różnego stopnia jadowitości zarazka, od różnie w stopniu podrażnienia gruczołu tarczowego i od różnej też wrażliwości ogólnej układu nerwowego danego osobnika. Słowem, w olbrzymiej większości przypadków (jak w moim materiale, w 80 proc.) tyreozа wika spokojny przebieg początkowego okresu gruźlicy płucnej.

Objawy hipertyreozы układają się przytem i kombinują rozmaicie w sposób, podany w powyżej przytoczonym opisie. Stany te odróżnić można od typowej samoistnej choroby Basedowa raz z powodu, że w poszczególnych przypadkach występują z należyta wypukłością tylko te lub inne z pomiędzy tych objawów, nie tworząc nigdy obrazu dość jednolitego i nasilonego, by upoważnić do rozpoznania choroby Basedowa, a po drugie dla tego, że towarzyszy im wyżej przytoczony szereg objawów przedmiotowych gruźlicy płucnej oraz charakterystyczne dla tej osta-

tniej wywiady. Możemy więc tu mówić tylko o *thyreotoxicosis in tuberculosis pulmonum incipiente*, albo, krótko, o *thyreo-tuberculosis s. tuberculosis pulmonum pseudo-Basedowica* — o postaci rzekomo-Basedowicznej gruźlicy płuc, czyli o gruźlicy płuc z przedrażnieniem tarczycy.

Powstające przytem objawy ogólne znakomicie zmniejszają odporność organizmu względem zarazka gruźliczego. Wskutek tego obraz chorobny gruźlicy płucnej staje się ze spokojnego mniej lub więcej ciężkim, co prawda, głównie podmiotowo. Nie mogę się zgodzić ze zdaniem niektórych autorów, że dopiero wybuchająca tyreozа robi w tych przypadkach czynną gruźlicę, która dotąd klinicznie niczem się nie przejawiała. Dokładne bowiem wywiady, z należytem zwróceniem uwagi na pocenie się takich chorych, na zachodzące u nich wahania ciepłoty oraz możność rzeczowego stwierdzenia zmian w płucach już przy pierwszym ich badaniu, dowodzą, że mamy tu, przeciwnie, do czynienia z gruźlicą czynną od dłuższego czasu, zazwyczaj od roku do trzech lat. Gdy po tym czasie wybuchają objawy tyreozы, które zmuszają takie chore do zasięgnięcia porady lekarskiej, przyczynia się to tylko do należytego zbadania płuc i stwierdzenia w nich dawniejszej sprawy gruźliczej, dotąd z powodu swego łagodnego przebiegu przez samego pacjenta przeoczonej. Przypuszczenie, że dopiero tyreozа aktywuje gruźlicę, która była przez czas dłuższy nieczynną, nie da się uzasadnić nawet w stosunku do tych 10% przypadków tyreotuberkulozy, w których zwykłe badanie kliniczne nie wykrywa od pierwszego razu zmian w szczytach płucnych. Jak bowiem powyżej zaznaczyłem, w polowie takich przypadków badanie radiologiczne wykazuje zmiany w nieskamieniałych jeszcze gruczołach płucnych oraz smugi Stürtzta w tkance płucnej. Te okoliczności, łącznie z drobnymi wahaniami ciepłoty od dłuższego czasu, nie pozwalają na twierdzenie, że dopiero tyreozа zrobiła gruźlicę czynną. Po prostu mamy i w tych przypadkach do czynienia z gruźlicą czynną, ale w tak wczesnym okresie, że wykrycie jej wymaga pewnego czasu, a czasem i użycia pomocniczych sposobów badania, jako to: badań radiologicznych, prób tuberkulinowych i t. p. Jednakże krążący we krwi zarazek jest wtedy o tyle czynny, że może umiejscowić się w gruczole tarczowym i spowodować rozwijanie się objawów tyreozы. Tyreozа zaś, jak powiedziałem, przyczynia się niewątpliwie do nasilenia

różnych objawów ogólnych gruźlicy, a czasem i miejscowych. Stwarza się więc w ten sposób błędne koło, polegające na tem, że gruźlica prowadzi do wybuchu tyreozы, tyreozа zaś podkopuje stan ogólny organizmu i wpływa przez to w znacznej części przypadków na gwałtowne pogorszenie się objawów ogólnych, a nawet miejscowych gruźlicy płucnej. Gdy pod wpływem leczenia uspokajają się objawy tyreozы, w ciągu następnych miesięcy słabną też i przedmiotowe objawy gruźlicy płucnej. I odwrotnie: jak tylko te ostatnie się uspokajają, znika niebezpieczeństwo nowego nasilenia się objawów tyreozы, grożących nowem zmniejszeniem odporności organizmu na działanie znajdującego się w płucach, względnie czasem i krążącego we krwi, zarazka gruźliczego. By zachować się należyście w każdym odnośnym przypadku, należy trzymać się zasady, słusznie zredagowanej przez Saathoffa, żeby każdy przypadek gruźlicy płucnej badać starannie na objawy tyreozы i, odwrotnie, każdy przypadek tyreozы zbadać z całym pedantyzmem zapomocą wszystkich znanych nam sposobów na gruźlicę płucną. Tylko trzymanie się takiej zasady uchronić może liczne zastępy chorych w początkowych okresach gruźlicy płucnej od traktowania ich przez specjalistów nerwowych, jako zwykłych neurasteników, lub jako cierpiących na chorobę Basedowa. Z osobistego doświadczenia wiem, że stare przypadki spokojnie przebiegającej choroby Basedowa nasilają się niewątpliwie w swoim przebiegu przy wy-

buchu lub pogorszeniu się gruźlicy płucnej i że przebieg ich można znowu na czas pewien uspokoić przez należyte leczenie gruźlicy płucnej. W podobnych przypadkach zachodzi nawet dla mnie bardzo często pytanie zasadnicze, czy owe objawy choroby Basedowa, które rozwinęły się były przed laty i przez dłuższy czas niepokoiły chorego, a potem nagle znowu pod wpływem rozwinięcia się gruźlicy płucnej wybuchły, nie rozwinęły się byłyswego czasu odrazu na tle przeoczonej gruźlicy. Powtarzam więc, że w każdym przypadku tyreozы wogóle, a nawet zupełnie wykształconego Basedowa, należy doszukiwać się gruźlicy płucnej, a w każdym przypadku gruźlicy płucnej należy doszukiwać się tyreozы. Jest to rzecz wagi nie akademickiej, lecz pierwszorzędnej praktycznej. Wykształcony bowiem obraz choroby Basedowa, bez wyraźnych zmian gruźliczych w płucach, wymaga, w interesie chorego, względnie często zdecydowania się na leczenie chirurgiczne. Przeciwnie zaś, symulujący chorobę Basedowa wybuch tyreozы w gruźlicy płucnej wymaga leczenia chirurgicznego w przypadkach zupełnie wyjątkowych. Przynajmniej ze swoich odnośnych chorych musiałem poddać operacji wycięcia powiększonej tarczycy zaledwie trzy przypadki, w których nasilenie się objawów tyreozы, ze stanem nadzwyczajnego przygnębienia, trwało bardzo długo przed poznaniem ich przezemnie.

(dok. n.).

ODCINEK.

W sprawie organizacyi zarządu szpitali prowincjonalnych.

Napisal

Stefan Rechniowski,

lekarz naczelny szpitala św. Trójcy w Piotrkowie.

(Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Piotrkowskiego w d. 29 listopada 1918 r.).

Skoro tylko wśród krwawych zapasów świata stało się widocznem, że naród polski będzie powołany do samodzielnego urzędowania i uregulowania wszystkich swoich spraw społeczno-gospodarczych, a więc i spraw zdrowia publicznego, rozpoczęła się zarówno w prasie lekarskiej polskiej, jak i na zebraniach organizacyi lekarskich żywa dyskusya co do przyszłych urzędów sanitarnych w Polsce. Między innemi i sprawa organizacyi szpitalnictwa w kraju zaprzątęła żywo umysły lekarzy polskich, co doprowadziło w wyniku do opracowania projektu nowej normalnej ustawy szpitalnej przez dra Orłowskiego dla szpi-

tali wielkomiejskich i przez dra Leśniowskiego dla szpitali prowincjonalnych. Projekt ten, być może, mógłby być z korzyścią zastosowany w środowisku wielkomiejskiem, wśród którego pracują jego autorowie, ma on jednak tę wadę zasadniczą, że zdradza niedostateczną znajomość stosunków prowincjonalnych i wcielenie go w życie w tej dziedzinie dla rozwoju szpitalnictwa prowincjonalnego, korzystnem być nie może. Tą myślą powodowany, ośmielał się, jako—być może—lepszy znawca warunków istnienia przeciętnego szpitala prowincjonalnego, rzucić poniżej garść uwag, ilustrujących, jaką, zdaniem mojem, winna być

organizacya zarządu szpitali prowincjonalnych, aby te odpowiedziały swojemu zadaniu.

Przedewszystkiem mam wrażenie, że dotychczasowe prace polskie w zakresie szpitalnictwa krajowego za mało podkreślają jeden rys zasadniczy szpitali współczesnych, a mianowicie ich specyjalnie leczniczy, a nie przytulkowy charakter, a raczej — może za mało wyciągają stąd wniosków praktycznych co do organizacyi ich zarządu. Jeżeli bowiem uprzedmiotnimy sobie, że szpital współczesny z całym swym arsenałem fizycznych środków leczniczych prędzej dalby się porównać z zakładem przemysłowym, niż z instytucją dobroczynną, przytulającą biednych starców i kaleki, to pierwszą myślą być musi oddanie kierownictwa takiego zakładu w ręce fachowe, podobnie jak w fachowe ręce oddaje się kierownictwo wszelkich innych zakładów przemysłowych. Jest to kwestyą zasadniczą, podstawą wszelkiej organizacyi zarządu szpitalami. Wobec niej schodzą na plan drugi inne względy, które, zdaniem niektórych autorów, winny być tutaj wzięte pod uwagę, jak mianowicie z jednej strony oparcie ustroju i zarządu szpitalami na podstawach, uświęconych tradycyą polską, a z drugiej — dopuszczenie szerokich warstw społeczeństwa do współpracy w dziedzinie szpitalnictwa. Pierwszy z tych postulatów dotyczy poddania szpitali pod zarząd ciał komunalnych, podobnie jak w dawnej Polsce, gdzie szpitalami w miastach rządziło dwóch prowizorów z ramienia organów samorządu miejskiego, drugi — nie potrzebuje kometarzy.

Otóż właśnie tutaj zachodzi potrzeba rewizyi dawnych poglądów i dostosowania ich do warunków współczesnych. Jeżeli bowiem w czasach dawnych ciała samorządowe mogły z korzyścią zarządzać szpitalami-przytułkami, gdyż chodziło tutaj o prowadzenie najwykleszego pod słońcem gospodarstwa domowego, na którym się znał każdy przeciętny obywatel niefachowiec, to nie można tego samego powiedzieć w odniesieniu do nadzwyczaj skomplikowanego mechanizmu szpitala współczesnego. Tutaj nie wystarcza już zdawkowa znajomość buchalteryi i rachunkowości, jak nie wystarcza ona do kierowania pracą w kopalni węgla lub przy budowie mostu albo tunelu. I tu i tam jest niezbędny specjalista fachowiec, a więc w odniesieniu do szpitala — lekarz. Bo przecież działalność ściśle lecznicza stanowi główny cel i zadanie każdego szpitala, oś, około której obraca się całe życie szpitalne; tej działalności służą wszystkie inne dziedziny życia szpitalnego, jej są podporządkowane. Ciała samorządowe nie mogą więc w czasach obecnych stanowić czynnika decydującego w zarządzie szpitalami. To samo *mutatis mutandis* da się powiedzieć o postulatcie drugim, mianowicie o dopuszczeniu szerokich warstw społeczeństwa do współudziału w zarządzie szpitalem. Ma to mieć na celu zainteresowanie społeczeństwa sprawami szpitalnictwa i rozbudzenie ofiarności publicznej na szpitale. Mogło być to zupełnie na miejscu w czasach dawnych, a nawet w okresie działalności rad opiekuńczych (1832—1870),

gdy szpitale-przytułki, jako zakłady dobroczynne, utrzymywały się z żebraniiny. Natomiast nie może to mieć zastosowania obecnie, gdy szeroko w sferach lekarskich polskich rozbrzmiewa hasło wyrwania szpitalnictwa naszego z objęć przypadkowej dobroczynności i uczynienia szpitali państwowo-społecznymi zakładami użyteczności publicznej, na które zarówno państwo, jak społeczeństwo będą musiałyłożyć odpowiednie sumy.

Nie powinna więc ani tradycya, ani fałszywie rozumiana ofiarna pomoc społeczeństwa stawiać wpoprzek koniecznej i zupełnie naturalnej ewolucyi szpitalnictwa naszego w kierunku złożenia faktycznej decydującej władzy nad szpitalami w ręce fachowolekarskie.

Nie jest to bynajmniej równoznaczne z zupełnem usunięciem czynnika społecznoobywatelskiego od udziału w zarządzie szpitalem. Przeciwnie, czynnik ten jest tutaj nie tylko pożądanym, lecz nawet koniecznym, ale nie może on odgrywać roli decydującej, którą to rolę przyznają mu dotychczasowe projekty ustawy szpitalnej. Ma on natomiast zgola inne zadanie do spełnienia, a mianowicie opiekę i kontrolę nad prawidłowym biegiem życia szpitalnego, w co wchodzi również opieka nad funduszami szpitalnymi.

Stanąwszy na stanowisku, że faktyczne kierownictwo szpitalem znajdować się winno całkowicie w rękach lekarzy, musimy następnie zadać sobie pytanie, czy kierownictwo to ma być ześrodkowane w jednym centralnym organie, czy też takiego centralnego organu nie potrzeba. Jeżeli głębiej wejrzymy w tę sprawę, to musimy dojść do wniosku, że zadawanie pytania podobnego staje się zbędne, gdyż samo przyjęcie zasady ściśle fachowolekarskiego zarządu szpitalami w kraju przesądza już rzecz całą w sensie dodatnim, gdyż zarząd taki nie da się wogóle pomyśleć bez organu centralnego, złożonego z ludzi fachowych. Jednak, pominąwszy nawet tę okoliczność, musimy przyznać, że stworzenie szpitalnictwa krajowego, jako zanikniętego w sobie harmonijnego systemu, może uskutecznić tylko pewne ciało centralne.

Wreszcie potrzeby ciała takiego dowodzi i praktyka przeszłości, wskazująca, że najpiękniejszy rozwój szpitalnictwa naszego przypadł właśnie na czas działalności takiego organu centralnego, noszącego wtedy nazwę rady opiekuńczej głównej. Organ taki musi być organem państwowym, a nie, jak chcą niektórzy, samorządowym, gdyż ten ostatni powstał drogą wyboru i odpowiedzialny przed niefachowymi wyborcami, nie może zapewnić tego, co jest rzeczą zasadniczą, t. j. decydującego znaczenia czynników fachowych. Rzeczą jest jasną, że takim centralnym fachowym organem państwowym może być tylko Ministerstwo zdrowia publicznego, a właściwie jego wydział szpitalny, oczywiście kierowany przez lekarza, dobrze obznajmionego ze szpitalnictwem.

Zadaniem wydziału szpitalnego Ministerstwa zdrowia publicznego będzie w pierwszym rzędzie organizacya szpitalnictwa krajowego

zgodnie z istotnymi potrzebami kraju, w drugim—utrzymywanie szpitalnictwa na poziomie współczesnych wymagań medycyny i higieny. Pod tym względem wydział szpitalny winien posiadać pełną swobodę inicjatywy zarówno własnej, jak i popierania inicjatywy innych organizacji osób, a także swobodę stosowania środków przymusu państwowego w wykonywaniu odnośnych swoich zarządzeń. Wreszcie do zadań wydziału szpitalnego będzie należało również udzielanie pomocy pieniężnej szpitalom i to zarówno na ich budowę, jak i na ich utrzymanie, a także zmuszanie do pomocy takiej ciał samorządowych. To wszystko będzie stanowiło zakres działania zarządu ogólnego szpitalnictwem krajowym, ześrodkowanego w rękach Ministerstwa zdrowia publicznego.

Zarząd miejscowy szpitali winien obejmować 2 działy: z jednej strony zawiadywanie wewnętrznymi sprawami szpitalnymi, do których należą ściśle lekarskie, gospodarcze i administracyjne; z drugiej—opieka nad funduszami szpitala i ogólny nadzór i kontrola nad prawidłowym biegiem życia szpitalnego. O ile pierwszy z tych działów winien się znajdować w ręku czynników fachowolekarskich, o tyle drugi musi być prowadzony przez żywioły społecznoobywatelskie. Obydwaj te czynnik, t. j. fachowolekarski i społecznoobywatelski, mając ściśle rozgraniczony teren pracy, muszą być wzajemnie niezależne, a regulatorem pomiędzy nimi winno być Ministerstwo zdrowia publicznego.

Określiwszy w sposób powyższy zadania i zakres działania zarządu ogólnego i miejscowego szpitali, przystępujemy do szczegółów. A więc w myśl tego, co powiedziałem wyżej, zadaniem zarządu ogólnego, ześrodkowanego w rękach wydziału szpitalnego Ministerstwa Zdrowia Publicznego, będzie:

I. Organizacja szpitalnictwa krajowego, a więc:

1) inicjatywa w zakładaniu nowych szpitali tam, gdzie zachodzi tego potrzeba;

2) nadawanie przeznaczenia szpitalom już istniejącym lub nowo zakładanym.

W tych razach wydział szpitalny albo sam daje inicjatywę, albo też popiera inicjatywę ciał samorządowych lub innych organizacji lub osób prywatnych.

II. Utrzymywanie szpitalnictwa na poziomie współczesnych wymagań medycyny i higieny.

Aby mózdz wykonać to zadanie, wydział szpitalny musi mieć zastrzeżone dla siebie prawo:

1) wydawania obowiązujących instrukcji co do budowy i wewnętrznego urządzenia szpitali; zatwierdzania planów nowo budowanych szpitali;

2) mianowania i uwalniania lekarzy naczelnych i ordynatorów szpitali;

3) zatwierdzania rocznych sprawozdań szpitali;

4) zatwierdzania rocznych budżetów szpitali;

5) nadzoru pośredniego (przez lekarzy powiatowych) nad działalnością lekarską szpitali.

O ile przyjmujemy za zasadę, że miejsca ordynatorów szpitalnych mogą być obsadzone tylko drogą konkursu, to wydział szpitalny w każdym razie zatwierdza lekarza, który konkurs taki wytrzymał. Prawo zatwierdzania budżetów szpitalnych jest jednym z najpotężniejszych środków wpływu decydującego na wszystkie sprawy szpitalne. Do tego jednak potrzeba, żeby budżet był prawdziwym odbiciem istotnych potrzeb szpitala, poczynwszy od drobnych aż do najważniejszych. Projekt takiego budżetu, dokładnie motywowany, może być wykonany tylko przez czynniki fachowo lekarskie danego szpitala, podczas gdy czynnikiem społeczno obywatelskim winno przysługiwać jedynie prawo porobienia swoich uwag i komentarzy do projektu. Tak spreparowany projekt budżetu idzie do ostatniej decyzji wydziału szpitalnego Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

III. Udzielanie pomocy pieniężnej szpitalom:

1) bezpośrednio drogą subsydyów rządowych;

2) pośrednio — drogą nacisku na odnośne ciała samorządowe w kierunku subsydiowania szpitala.

Subsydyja rządowe i ciał samorządowych winny stanowić lwią część dochodów szpitalnych, podobnie jak się to dzieje na zachodzie. Na zasadzie zatwierdzonego corocznie budżetu wydział szpitalny będzie w stanie jasno określić, ile subsydyum w danym roku będzie wymagał dany szpital, a zarazem, ile z tego rząd będzie w stanie wziąć na swoje barki, a ile włożyć na barki ciał samorządowych.

Zarząd miejscowy szpitala obejmuje z jednej strony administrację wewnętrzną, która, jako ściśle związana ze sprawą leczenia chorych i sprawie tej służąca, winna się znajdować w rękach fachowo-lekarskich, i na czynność kontrolująco-opiekuńczą, którą pełnić winny żywioły społecznoobywatelskie.

Organem pierwszej z tych funkcji będzie lekarz naczelnny (dyrektor) szpitala, mający do pomocy radę szpitalną, organem drugiej — rada opiekuńcza szpitala.

Lekarz naczelnny winien być jedynym odpowiedzialnym kierownikiem wszystkich działów gospodarki wewnętrznej szpitala, a więc zarówno działu ściśle lekarskiego, jak gospodarczego i administracyjnego. Jako taki mianuje wszystkich kierowników poszczególnych działów gospodarki szpitalnej, jedynie tylko lekarzy-ordynatorów (kierowników oddziałowych) przedstawia do zatwierdzenia wydziałowi szpitalnemu M. Z. P. Jedynie przed wydziałem tym jest on odpowiedzialny za swoje czynności. Jest bezpośrednim kierownikiem działu lekarskiego (służba ściśle lekarska, pielęgnowanie chorych i kierownictwo apteką), działem zaś gospodarczym i administracyjnym kieruje pośrednio przez mianowanych przez siebie fachowców. Ma pra-

wo wydawać rozporządzenia w zakresie wewnętrznej gospodarki szpitalnej w ramach praw i przepisów oraz zatwierdzonego przez wydział szpitalny M. Z. P. budżetu. Powinien jednakże w razie ważniejszych zarządzeń porozumieć się poprzednio z radą szpitalną, której przewodniczy, a która składa się z przedstawicieli lekarzy-ordynatorów i asystentów szpitala oraz z kierowników działów gospodarczego i administracyjnego. Do tego dołączyć też trzeba dwóch specjalistów, budowniczego i prawnika, wzywanych na posiedzenia rady szpitalnej tylko w razie kwestyi, wymagających ich fachowej pomocy. Rada szpitalna stanowi tylko organ doradczy i pomocniczy lekarza naczelnego. Przy pomocy Rady szpitalnej lekarz naczelny opracowuje sprawozdanie roczne i działalności szpitala, możliwie dobrze motywowane. Sprawozdanie to winno być następnie zaopatrzone przez Radę opiekuńczą szpitala w odpowiednie uwagi i wyjaśnienia i potem dopiero przedstawione przez lekarza naczelnego do zatwierdzenia wydziałowi szpitalnemu M. Z. P.

Taka sama winna być procedura z budżetem szpitalnym. Układa go lekarz naczelny przy pomocy rady szpitalnej w takim zakresie, w jakim uważa za niezbędne dla sprawnego funkcjonowania szpitala, jako zakładu leczniczego, motywując przytem wszystko dokładnie. Tak zestawiony budżet idzie potem na posiedzenie Rady opiekuńczej, która nie czyniąc w nim zmian żadnych, zaopatruje go jedynie w swoje uwagi i komentarze. Wtedy dopiero budżet jest przez lekarza naczelnego przedstawiony do zatwierdzenia wydziałowi szpitalnemu M. Z. P., który jest mocen robić w nim zmiany, jakie uważa za stosowne.

Nie chcę tutaj rozwodzić się szeroko o szczegółach miejscowego zarządu szpitalem. Muszę jednak podkreślić konieczność ściślego rozgraniczenia poszczególnych działów, a to w celu uniknięcia zamieszania, jaki ma miejsce obecnie wskutek braku takiego rozgraniczenia. Głównych działów wewnętrznego zarządu szpitalem jest dwa: lekarski (służba lekarska, pielęgnarska, apteka i wszystkie urządzenia i pomoce ściśle lekarskie) i gospodarczoadministracyjny (konserwacja budynków, ogrzewanie i oświetlenie ich, dostarczanie wody i asenizacja; dalej—pościel i odzienie chorych, żywienie ich, kuchnia, spiżarnia, pralnia; wreszcie kancelarya szpitalna oraz prowadzenie ksiąg i rachunków). O ile w szpitalach małych dział administracyjno-gospodarczy może być prowadzony przez jedną osobę, o tyle w szpitalach większych muszą być przynajmniej 2 osoby, tak że npr. konserwacja budynków, instalacje, przeznaczone do ogrzewania i oświetlenia ich, dalej wodociągi, zlewy, ustępy, wreszcie czynności kancelaryjnobuchalteryjne mogą być ześrodkowane w ręku specjalnego rządcy czy intendentą; natomiast dział ściśle gospodarczy, t. j. pościel i odzienie chorych, żywienie ich, kuchnia, pralnia, spiżarnia mogą być pod zarządem specjalnej gospodyni świeckiej lub siostry miłosierdzia. Każdy z tych działów

powinien mieć swój specjalny personel służbowy. Szczególnie tyczy się to personelu gospodarczego i pielęgnarskiego, który obecnie zupełnie nie jest zróżniczkowany, co wywołuje ciągle nieporozumienia i zamieszania. W ścisłej z tem łączności jest też sprawa sióstr miłosierdzia, których stanowisko w szpitalu dotychczas nie jest ściśle określone. Przeważnie siostry miłosierdzia obejmują w zarząd dwa zupełnie różne działy, t. j. pielęgnowanie chorych i gospodarstwo szpitalne. Wywołuje to najrozmaitszego rodzaju nieporozumienia, choćby w stosunku do służby niższej, która, pracując w dziale pielęgnarskim i gospodarczym jednocześnie, ma nad sobą również jednocześnie dwie bezpośrednie władze, a mianowicie w dziale pielęgnarskim lekarza naczelnego, w dziale gospodarczym — siostrę zarządzającą tym działem. Takie stosunki są zasadniczo niedopuszczalne. Dlatego też tam, gdzie w szpitalu są siostry miłosierdzia, powinny one być zgrupowane w dwa zupełnie niezależne oddziały: ściśle pielęgnarski i gospodarczy; każdy z tych oddziałów będzie miał inną władzę bezpośrednią i oddzielną służbę niższą. O ile da się to pogodzić z regułą zakonną, skupiającą całą władzę nad siostrami w jednym ręku, nie wiem. W każdym razie przy reformie zarządu szpitalnego rzecz ta powinna być uregulowana.

Organem opiekuńczym i kontrolującym zarządu miejscowego szpitala będzie Rada opiekuńcza, złożona wyłącznie z żywiołów społecznoobywatelskich. W pierwszym rzędzie muszą tu znaleźć miejsce delegowani przedstawiciele ciał wykonawczych organizacji samorządowych, następnie przedstawiciele ciał prawodawczych tych organizacji, jak rady gminne, miejskie sejmiki powiatowe i t. p. Wreszcie przedstawiciele obywateli miejscowych. Rada opiekuńcza jest czynnikiem współrzednym z lekarzem naczelnym w stosunku do wydziału szpitalnego M. Z. P., to jest równie, jak lekarz naczelny, podporządkowanym temuż wydziałowi. Ma ona funkcję ściśle oznaczoną i zupełnie odrębną od funkcji lekarza naczelnego, dlatego też nie powinno być tutaj tarć wzajemnym. Główną czynnością Rady opiekuńczej będzie opieka i kontrola nad szpitalem wogóle, a specjalnie nad jego funduszami oraz troska o powiększanie ich.

Z tego względu zadaniem Rady tej będzie:

- 1) administracja majątkiem nieruchomym oraz kapitałem szpitala;
- 2) wynajdywanie nowych źródeł dochodu dla szpitala;
- 3) ściąganie z gmin wiejskich i miejskich kosztów za leczenie chorych w szpitalu;
- 4) Zawiadywanie kasą szpitalną;
- 5) nadzór i kontrola nad działalnością gospodarczoadministracyjną szpitala, kontrola ksiąg i rachunków, specjalnie pilne przestrzeganie, aby wydatki szpitalne nie przekraczały ram budżetu;
- 6) rozpatrywanie sprawozdań rocznych i budżetów szpitalnych, przedstawianych przez

lekarza naczelnego i zaopatrywanie ich w swoje komentarze;

7) opieka nad szpitalem w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, t. j. ułatwianie szpitalowi jego egzystencji i pracy, jak np. przez torowanie szpitalowi drogi do tańszego zaopatrywania się w niezbędne materiały, produkty spożywcze i t. p.

Jak powiedziano wyżej, lekarz naczelny szpitala nie jest podporządkowany jego Radzie opiekuńczej. Ta ostatnia, w razie stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości i uchybień w dziale administracyjnogospodarczym szpitala, zwraca na to najpierw uwagę lekarza naczelnego, a w razie gdy to nie skutkuje, składa raport odpowiedni wydziałowi szpitalnemu M. Z. P.

Wreszcie parę słów poświęcić należy funkcji lekarza powiatowego w stosunku do zarządu szpitalem. Otóż lekarz powiatowy winien stanowić organ kontroli wydziału szpitalnego M. Z. P. nad działem lekarskim szpitala, obowiązany szczególnie do przestrzegania, by w tej dziedzinie nie było odstępstw od obowiązujących praw i przepisów. Wobec tego lekarz powiatowy ma prawo robić rewizje odnośnie i w razie wykroczeń zwracać najpierw uwagę lekarza naczelnego, a w razie jej bezskuteczności, komunikować o tem wydziałowi szpitalnemu M. Z. P. Prócz tego lekarz powiatowy przedstawia wydziałowi

szpitalnemu M. Z. P. do zatwierdzenia kandydatów na posady lekarzy naczelnych szpitali w danym powiecie. W ogólności więc, wyłączwszy tylko funkcje opiekuńcze, lekarz powiatowy będzie takim samym organem kontrolującym w stosunku do działu lekarskiego szpitala, jakim jest Rada opiekuńcza w stosunku do działu gospodarczoadministracyjnego.

W powyższym starałem się nakreślić plan organizacji zarządu szpitali prowincjonalnych w Polsce w ogólnych tylko zarysach, nie wdając się w szczegóły co do składu ilościowego każdego z wyżej wymienionych organów kolegialnych. Głównym celem moim było przeprowadzenie dwóch zasad, a mianowicie: 1) zasady ścisłego rozdziału dziedzin pracy dla czynników fachowo-lekarskich i społeczno-obywatelskich; 2) oddanie decyzji w ręce czynników fachowo-lekarskich.

Nie wiem, czy się nie mylę, ale zdaje mi się, że głos mój jest pierwszym głosem żywiołów lekarskich prowincjonalnych w kwestyi zarządu szpitalami. Radbym, żeby głos ten wywołał dyskusję, specjalnie wśród kół lekarzy szpitali prowincjonalnych, przez co cała sprawa podległaby dokładnemu i możliwie wszechstronnemu oświeceniu, co nie będzie bez korzyści dla przyszłego ukształtowania naszych stosunków szpitalnych w kraju.

Wiadomości bieżące.

— W Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem powołani zostali na rok 1919 ponownie: na prezesa kol. Jakowski Maryan, na wiceprezesa kol. Orłowski Stanisław, na sekretarza kol. Podkóliński Feliks i na pomocnika sekretarza kol. Jonscher Karol.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie. Od 26. I. do 1. II. było: odry 10, szkarlatyny 11, duru plamistego 111, duru brzuszno 3, dyfterytu 3. Na liczbę 111 przypadków duru plamistego składa się 45 mężczyzn i 66 kobiet, 82 chrześcijan i 29 żydów.

— Z powodu notatki naszej w ostatnim numerze kol. Szmurło nadsyła sprostowanie, że odtwórka z prasy kol. Erbricha stanowi nie pierwszą, lecz drugą część dzieła zbiorowego sześciu autorów, obejmującego naukę o badaniu i rozpoznawaniu cierpień dróg oddechowych. Pierwszą część, obejmującą „Sposoby badania i rozpoznawania cho-

rób nosa i jamy nosowogardłowej“, opracował kol. Szmurło.

SPROSTOWANIE.

W N-rze 5 Gazety w tytule notatki A. Puławskiego, zamiast: „pochodzenia prawdopodobnie niebłoniczego, jako powikłanie influency“ powinno być: „pochodzenia niebłoniczego, prawdopodobnie, jako powikłanie influency.

NEKROLOGIA.

Świat nasz lekarski poniosł znów ciężką stratę. W d. 28 stycznia zmarł na tyfus plamisty, którym zaraził się od chorego, dr Stanisław Gałęcki, dyrektor sanatorium dla chorych piersiowych w Rudce. Obszerniejszą wzmiankę o działalności tego wybitnego lekarza i zastępowanego kierownika sanatorium podamy w jednym z najbliższych numerów.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Teofil Simchowicz. O wyczerpalności odruchów ścięgowych i odruchach wrzeczko klonicznych w chorobach zakaźnych	61	Odcinek. Stefan Rechniowski. W sprawie organizacji zarządu szpitali prowincjonalnych	69
Władysław Janowski. Tyreotuberkuloza, czyli o postaci rzekomobazedowicznej gruczoły płuc. (ciąg dal.)	63	Wiadomości bieżące	72
		Nekrologia. Dr Stanisław Gałęcki	72

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

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

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

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

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metz i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Wyszedł z druku Zeszyt 7. 8. 9. 10. Seryi XXII.

(Ogólnego zbioru zesz. 259, 260, 261, 262).

WŁADYSŁAW JANOWSKI.

Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu i w kilku innych stanach chorobnych.

Cena 4 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Świeżo wydano:

FELIKS ERBRICH.

Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych

ilustrowane 30 rysunkami w tekście i 7-a tablicami kolorowymi.

Cena 8 mk.

Nakład autora. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa —
Warszawa, Lublin, Łódź.

Nabywać można we wszystkich księgarniach i w Administracji Gazety
Lekarskiej.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

*w formie papierosów albo tytoniu
usuwa szybko napady duszności
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”
Zadać w aptekach i składach aptecznych.

**GONOREIN
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubabarum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

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

Tłumaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz **przepisywanie na maszynie** przyjmuje b. studentka wydz. lek.

F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

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 (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

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

„MOTO FER”

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

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor”.

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

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena m. 2.50.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N.

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.