



Nº 18.

Warszawa, d. 3 Maja 1919.

Rok LIII.

AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘC-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru № 2787.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

== DUR WYSYPKOWY ==

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

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

„MOTOFER“

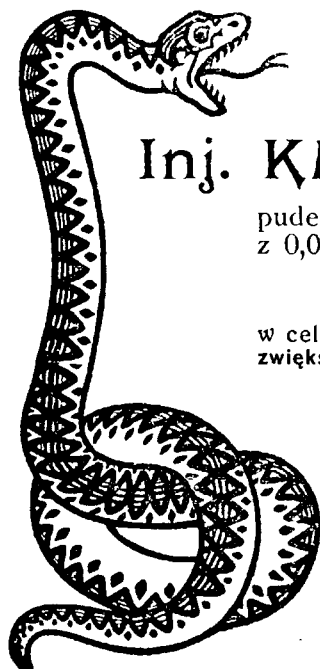
jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp.
lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

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

Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.



AMPULAE STERELIS. VITR.

Inj. KAKODYLOPHAG GESSNER

pudełko zawiera 36 iniekcyi w dawkach po 3 ampułki
z 0,03—0,05—0,06—0,075—0,09—0,10—0,11—0,125—0,17
—0,18—0,20

NATR. KAKODYLICUM GALLICUM

w celu racjonalnego przeprowadzenia kuracyi drogą stopniowego
zwiększania, a następnie zmniejszania dawek arsenu dla wprowa-
dzenia do organizmu 4 gramów Natr. kakodylicum

POLECA

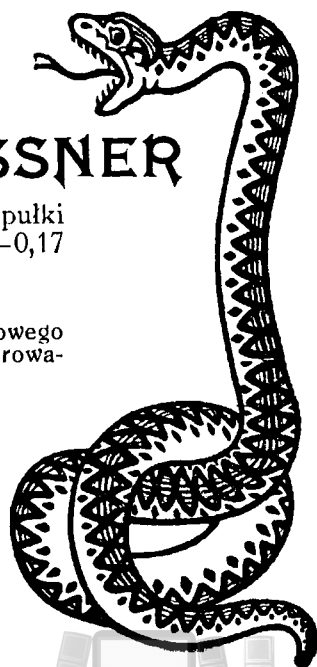
Mag. Farm. JAN GESSNER

dawniej E. GESSNER

APTEKA I LABORATORYUM FARMACEUT.-CHEMICZNE

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.



KRZYWNICA

„JAGIELONKA“ i dépendance „GRUNWALD“
 Drowej JANOWEJ FRĄCZKIEWICZOWEJ
 pierwszorzędny pensjonat otwarty od 15 maja.

MIKROSKOPY C. Reicherta, LAMPY KWARCOWE

WYSYŁA

DROBNER—KRAKÓW.

Kosztorysy na żądanie.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuski oraz przepisywanie na maszynie przyjmuje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

Warszawa, Marszałkowska 139, wprost bramy, I-sze piętro.

Poleca: wszelkie narzędzia lekarskie, szpryce, igły do szpryc i chirurg., termometry i t. p.

Dokładna reparacja i odnawianie tychże. Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla celów medycznych R. GRAF et C-o, Norymberga.

Catgut z najlepszych i zdrowych kiszeczek; zupełnie gotowy do użytku (jałowy) na gwiazdkach.

Catgut surowy w motkach i kłębkach, lecz wewnątrz nici jałowy.

PRACOWNIA ANALITYCZNA**D-ra R. SZERYPY**

w WARSZAWIE,

PIĘKNA 25 (róg Marszałk.).

Analizy lekarskie: bakteryologiczne, chemiczne i mikroskopowe. Serodyagnostyka kły. Szczepionki Wrighta.

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

SOLEC

Sezon od 20 maja do 20 września.

ZAKŁAD WÓD MINERALNYCH SIARCZANO-SŁONYCH

znanych ze swej skuteczności w reumatyzmie, artretyzmie, chorobach skórnych, nerwowych, przymiocie.

KĄPIELE BŁOTNE, SŁONECZNE, HYDROPATYA.

Ceny utrzymania niższe, niż w innych miejscowościach kraju. Dojazd przez St. Kielce, skąd 65 wiorst szosą samochodem i końmi, lub przez st. kolei galicyjskich Szczucin, skąd 15 wiorst do Solca.

Szczegóły i prospekty wysyła gratis Zarząd Solca, poczta Stopnica, ziemi Kieleckiej.

FABRYKA CHEMICZNA ZAKŁADÓW GAZOWYCH w Warszawie.

POLECA

ŚRODKI DEZYNFEKCYJNE

Kwas karbolowy surowy

Krezol 95/100% ciemny

„ „ jasny

Krezolan sodu (25% roztwór)

Lizol i

Kreolinę

Zamówienia przyjmują przedstawiciele:

na Łódź, ziemię Piotrkowską i Kaliską

p. ALBERT SCHUELDE, Łódź

Południowa 63.

na Warszawę i pozostałe ziemie Polskie

p. DANIEL KRAUSHAR, Warszawa

Żórawia 22.



AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 3 maja 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2787.

NAPOLEON CYBULSKI

Profesor Wszechnicy Jagiellońskiej, znakomity fizyolog i uczo-
ny polski, członek Akademii Umie-
jętności i wielu Towarzystw Na-
ukowych polskich i zagranicznych

zmarł w Krakowie d. 27 kwietnia 1919.

Z PROSEKTURY WOJSKOWEJ W KRAKOWIE (KIEROWNIK DR JAN OLBRYCHT, LEKARZ-KAPITAŃ).

Zmiany anatomopatologiczne w grypie nagminnej na podstawie 205 przypadków.

Podali

J. Olbrycht i F. Gawroński.

Współczesna epidemia grypy wybuchła z wiosną w Hiszpanii (stąd jej popularna nazwa „hiszpanki“) i w postaci pandemii posuwała się ku wschodowi. U nas pojawiła się już w lipcu, lecz gwałtowny jej wzrost datuje się dopiero od połowy września, od którego to czasu liczba sekcyi z zapaleń płuc i opłucnej w prosekturze wojskowej w Krakowie nagle bardzo się wzmogła. Stan ten, z inalemi tylko wahaniami w nasileniu, trwał do końca października, poczem liczba sekcyi z powodu zapaleń płuc powoli się zmniejszała, a w grudniu zdarzały się już tylko odosobnione przypadki.

W czasokresie od 14.IX. do 31.XII. 1918 na 580 dokonanych sekcyi mieliśmy w 254 przypadkach jako przyczynę śmierci zapalenie płuc. Jeżeli porównamy z tą liczbą liczbę zapaleń płuc z poprzednich 3 lat, to wprost rzuca się w oczy ogromny ich wzrost. I tak w roku 1915 na ogólną liczbę sekcyi, w tym samym czasie wynoszącą 291 przypadków, było tylko 8 przypadków zapaleń płuc, w roku 1916 na 249 tylko 6, a w roku 1917 na 247 tylko 6 przypadków (nie wliczone są tu, oczywiście, zapalenia płuc jako powikłania innych spraw chorobnych, np. w czerwonce, postrzałach i t. p.). A wspomnieć tu należy także o tej okoliczności, że w poprzednich latach front bojowy był bliżej i większa liczba przypadków zapaleń płuc mogła być przewieziona do Krakowa. Naturalnie, że w tych 254 przypadkach nie wszystkie przypadki należało uważać za grypowe; wszak obok grypowych mogły w tym samym czasie także i zwykłe zapalenia płuc wystąpić w większej liczbie. Chodziło zatem o znalezienie dokładnej liczby samych tylko grypowych zapaleń płuc, co nie jest tak łatwą rzeczą. Na samem tylko klinicznem rozpoznaniu nie mogliśmy się opierać. Z klinicznem rozpoznaniem „grypa—zapalenie płuc“ przysłano 165 zwłok, z tych 26 przypadków było zwolnionych od sekcyi, w 3 przypadkach klinicznego rozpoznania zapalenia grypowego płuc autopsya nie potwierdziła, a znalazła inną sprawę chorobną jako przyczynę śmierci, i na odwrót, li-

czne przypadki, w których za życia grypy nie rozpoznano, okazały się typowemi zapaleniami grypowemi z charakterystycznym obrazem anatomicznym. Także na podstawie wyników badania bakteriologicznego nie mogliśmy się oprzeć, ponieważ tylko kilkanaście pierwszych przypadków było zbadanych przez bakteriologa Appela, późniejsze nie były z powodu przeniesienia tegoż na inne miejsce służbowe bakteriologicznie badane. Na tem miejscu zaraz musimy dodać, że w tych kilkunastu przypadkach (szczegółowych notatek brak) znalazł Appel stale w śluzie tchawicy prątki Pfeiffera, natomiast w płucach znachodził je rzadko, a częściej paciorkowce lub dwóinki zapalenia płuc. Myśmy zatem do naszej statystyki wzięli tylko te przypadki zapalenia płuc, których charakterystyczny obraz anatomiczny przemawiał z wielkiem prawdopodobieństwem za ich grypowem pochodzeniem.

Z 254 przypadków, po odliczeniu 26 nie sekcyonowanych, jako grypa klinicznie rozpoznanych przypadków, następnie po odliczeniu 12 przypadków klinicznie i anatomicznie jako zapalenie krupowe płuc rozpoznanych, tudzież 11 przypadków, sekcyą jako zwykle krupowe zapalenie płuc stwierdzonych, pozostaje 205 przypadków zapaleń grypowych. Materiał to dość duży, usprawiedliwiający jego ogłoszenie, lecz z drugiej strony jednostronny, ponieważ obejmuje tylko jedną kategorię osobników, a mianowicie ludzi wojskowych w wieku od 17 do 50 lat, podczas gdy niema w nim zupełnie kobiet ani dzieci. Jednak i ten materiał potwierdza naogół spostrzeżenia innych autorów o tegorocznej epidemii grypy.

Podnoszony we wszystkich publikacjach młody wiek zmarłych z grypy daje się także i na naszym materiale stwierdzić. Poniżej 20 roku życia było 24 zmarłych, od 21 do 25 roku — 76, od 26 do 30 roku — 46, od 31 do 35 roku—19, od 36 do 40 roku—18, od 41 do 45 roku—12, od 46 do 50 roku—5, niewiadomego wieku — 5. Jeżeli porównamy wiek zmarłych z zapalenia płuc w ostatnich

3 latach w tym samym czasie, to stwierdzimy przeciwnie starszy ich wiek, i tak w 1915 roku wynosił 18, 19, 27, 31, 36, 37, 41, 42 lat, w 1916 roku wynosił 32, 38, 39, 48, 49 lat, w roku 1917 wynosił 26, 41, 42, 43, 46 i jeden nieznanego wieku.

Ogłędzinami zewnętrznymi stwierdziliśmy, że sekcjonowane osoby były naogół dobrej budowy i odżywienia. Także plamy pośmierne były rozległe i wyraźne, co przemawiało za tem, że zmarli nie byli wyniszczeni długą chorobą. Z sekcjonowanych przez nas przypadków najkrócej trwała choroba 3 dni (przypadek z kliniki lek. Nowaczyńskiego). W stężeniu pośmiertnem nie stwierdziliśmy żadnych nieprawidłowości. Natomiast uderzającym było szybkie gnicie zwłok. W 41 przypadkach stwierdziliśmy, mimo iż sekcye były dokonywane w 20 do 48 godzin po śmierci i w porze dość chłodnej, daleko posunięte gnicie z silnie rozwiniętymi plamami dyfuzyjnymi, z brudno-zielonem zabarwieniem powłok brzusznych, a czasem i boków klatki piersiowej, z wzdęciem brzucha i worka mosznowego i t.d. Także często spostrzegaliśmy żółtaczkowe podbarwienie powłok skórnych i widocznych błon śluzowych, bo w 23 przypadkach. Oba te objawy należy uważać za objawy ciężkiego zakażenia skutkiem mikrobicy (*bacteriemia*) krwi. Jak bowiem wiadomo, zwłoki osób zmarłych na choroby zakaźne, zwłaszcza na mikrobię gniąją szybko (tak zwane wewnętrzne warunki gnicia); żółtaczkę zaś należy uważać jako następstwo większego rozkładu krwinek czerwonych. Tylko w kilku przypadkach płatowego zapalenia płuca prawego i opłucnej możnaby także równocześnie przyjąć za przyczynę żółtaczki odpadnięcie masującej funkcji przepony. W jednym przypadku stwierdziliśmy na skórze nieliczne drobne wybroczyny, zwłaszcza na bokach klatki piersiowej i kończynach. W przypadku tym stwierdziliśmy nadto ostry obrzęk śledziony miernego stopnia, przyćmienie i suchość mięśni brzucha i klatki piersiowej, tudzież nieznanego stopnia nieżyt tchawicy i grubszych oskrzeli i rozlane zapalenie ropne oskrzelików, zwłaszcza w płatach dolnych. Ponieważ w tym czasie mieliśmy także większą liczbę przypadków duru plamistego, oddaliśmy krew ze zwłok do badania bakteriologicznego (Appel), lecz odczyn Weil-Felixa wypadł ujemnie. Przypadek ten, który już w przeciągu kilku dni prowadził do zejścia śmiertelnego, tak że nie przyszło jeszcze do wytworzenia się zmian zapalnych w mięszu płucnym, prowadzi również ciężkiego zakażenia.

Przy oględzinach wewnętrznych na pierwszy plan, co także wszyscy autorowie podkreślają, wysuwają się zmiany w narządzie oddechowym. W naszym materiale w górnym odcinku dróg oddechowych nie spotykaliśmy zmian często. W gardle tylko w jednym przypadku stwierdziliśmy bardzo silne przekrwienie, obrzęk i wybroczyny w błonie śluzowej, pozatem w innych przypadkach poza nieznanem przekrwieniem gardło nie przedstawiało zmian chorobnych. Także migdałki i pierścień limfatyczny gardła były nie powiększone, bez zmian. W krtani także stosunkowo rzadko spotykaliśmy zmiany, bo tylko w 6 przypadkach mogliśmy stwierdzić ostre, o charakterze krwotocznym zapalenia, połączone z dość znacznym obrzękiem fałdów nalewkowonagłośniowych. W 1 przypadku stwierdziliśmy owrzodzenie, usadowione na więzadłach głosowych prawdziwych, posiadające charakter wrzodu zgorzeliowego; w drugim przypadku całkiem powierzchowne rozlane owrzodzenia o brzegach zatokowatych na dolnej powierzchni nagłośni.

Stale zmiany w grypie spotykaliśmy dopiero w tchawicy a zwłaszcza w jej dolnej części. Przedstawiała ona obraz ostrego nieżytu o rozmaitem nasileniu. W 140 przypadkach błona śluzowa była bardzo silnie przekrwiona, nastrzykana, rozpulchniona, od nacieku zapalnego zgrubiała z licznymi i rozległymi wybroczynami, obfitą, nieraz krwawą wydzieliną pokryta. W trzech przypadkach stwierdziliśmy na takiej błonie śluzowej błony białoszarawe, podłużnie przebiegające, dość ściśle do błony śluzowej przylegające; po zdjęciu ich powierzchnia błony śluzowej była nierówna. Zmiany te przechodziły w dwóch przypadkach także na początkowe grube oskrzela. Zmiany w oskrzelach należały również do najstarszych zmian chorobnych. W oskrzelach grubszych przeważało ostre nieżytowe zapalenie błony śluzowej podołnie jak w tchawicy, natomiast w drubniutkich oskrzelikach ropne (64) i włóknikowo ropne (11). Na przekroju płuca, zwłaszcza zaś w płatach dolnych i w częściach przykręgowych występowały nawet bez ucisku liczne drobne punkci-ki gęstej, żółtawej treści lub czopy, wypełniające światło przeciętych oskrzelików i dość trudno się zmywające. Rozszerzeń i jam oskrzelowych, tudzież owrzodzeń błony śluzowej oskrzeli nie spotykaliśmy.

Na szczególną uwagę zasługują zmiany w płucach, spotykane na stole sekcyjnym w obecnej grypie. Poza wspomnianym przypadkiem spotykaliśmy stale zmiany zapalne i

to w przeważającej liczbie w obu płucach (169); z pozostałej liczby stwierdziliśmy 20 razy zapalenie płuca lewego a 15 razy płuca prawego. Największe i najczęstsze zmiany okazywały płyty dolne.

Co się tyczy typu zapalenia grypowego płuc to najbardziej charakterystyczną cechą jest wielka różnorodność i kombinowanie się różnych postaci zapalenia płuc. W naszym materiale najczęstszą postacią było rozsiane ogniskowe zrazikowe zapalenie płuc (118 przypadków). Czasem ogniska te zlewały się i zajmowały nawet znaczną część płatu. Nierzadko posiadały one postać klinowatą; o ile leżały pod opłucną były podstawą zwrócone ku opłucnej. Wysiłek zapalny posiadał mniej lub więcej dużą ilość włókniaka i stosownie do tego była ziarnistość słabiej lub silniej zaznaczona. W ogniskach klinowatych przeważała znaczna domieszka krwi, stąd podobieństwo ich do zawałów. Stosunkowo duża liczba przypadków (86) występowała w postaci zapalenia zrazikowego, zajmującego jednostajnie całe płyty lub przeważnie części płatów, podobnie jak w zwykłych krupowych zapaleniach płuc. I te zapalenia najchętniej zajmowały dolne i tylne części płuc. Obraz anatomiczny czasem nie różnił się od obrazu zwykłego krupowego zapalenia płuc, tylko na ogół ziarnistość powierzchni przekroju była mniejsza i zajęty płat nie był tak ciężki jak w krupowym zapaleniu płuc. W przeważnej atoli liczbie przypadków zrazowego, płatowego zapalenia płuc, podobnie jak i w postaciach ogniskowych, jako bardzo charakterystyczne dla grupy, były zapalenia ropne i krwotoczne. Wśród zwątrobiałego mięszu płuc stwierdzić się dawały nieregularne pasma i ogniska żółtawe (44), w obrębie których mięsz był wiotki, zalewający się ropą. Albo też wśród zwątrobiałego mięszu były całe gromady i gniazda ropni drobnych wielkości główki od szpilki; rzadziej ropnie te występowały w postaci wielkich ognisk, dochodzących do wielkości jaja gołębiego (w dolnym płacie płuca prawego 3 razy, lewego 5 razy). Czasem ogniska ropne usadawiały się w częściach przybrzeżnych i podopłucnych i kształtem swym i położeniem, tudzież ostrym odgraniczeniem od otoczenia przypominały zupełnie sposoczałe zawały; opłucna ponad nimi ulegała na ograniczonej przestrzeni martwicy. Kiedy indziej znów wśród zwątrobiałego mięszu płucnego dawały się stwierdzić niejednostajnie rozrzucone ogniska, nieregularnego kształtu i wielkości, barwy czarnoczerwonej, nieco wyniosłe, twarde, zwykle

dość ostro odgraniczające się od otoczenia (10 przypadków). Czasem ogniska te krwotoczne i ropne występowały równocześnie i kombinowały się ze sobą (11 przypadków). Jeżeli do tego dodamy obraz licznych punkcików żółtawych treści ropnej, wydostającej się z przeciętych oskrzelików, czerwone lub szare zabarwienie mięszu, stosownie do okresu zwątrobienia płuca, powstawał w ten sposób mozaikowy obraz przekroju płuca, bardzo znamienny dla grypy.

Natomiast nie nasunął się nam ani razu przypadek zapalenia ropnego międzyzrazikowego, powstającego przez naciek ropny tkanki międzyzrazikowej i szerzenie się ropienia drogą naczyń limfatycznych, o którego występowaniu w grypie wspominają autorowie.

Ze zmianami zapalnymi mięszu płucnego łączyły się prawie stale jedno- lub obustronne zmiany zapalne opłucnej. Z reguły była tylko skąpa wypocina włóknikowa na opłucnej, a ta ostatnia była pokryta licznymi wybroczynkami. W 5 przypadkach stwierdziliśmy bardzo gruby pokład włókniaka, w 39 przypadkach—obfitą wypocinę surowiczowłóknikową, a w 7 przypadkach—ropną. W 3 przypadkach powstał ropniak opłucnej z przebiccia ropnia płuc. Wysięki płynne posiadały nierzadko domieszkę krwawą.

W 3 przypadkach z opłucnej lewej przeszło zapalenie ropne na osierdzie i śródpiersie przednie, wywołując ich ropne zapalenie. W przypadkach tych były także gruczoły chłonne oskrzelowe i śródpiersiowe bardzo znacznie powiększone, soczyste, miękkie, różowowiśniowe, a w jednym przypadku ropiało nacieczone. Pozatem z obrzękiem ostrym gruczołów zresztą miernego stopnia spotykaliśmy się rzadko, może tylko w $\frac{1}{3}$ przypadków.

Zresztą z przerzutami ropnemi sprawami w odleglejszych narządach nie spotkaliśmy się, z wyjątkiem jednego przypadku licznych ropni w nerkach, dla których innego punktu wyjścia nie można było znaleźć poza sprawą ropną w płucach.

Co się tyczy zmian w innych narządach, to należy przede wszystkim wspomnieć o zwyrodnieniach narządów mięszowych. W mięśniu sercowym stwierdziliśmy 14 razy zwyrodnienie cme, 73 razy tłuszczowe, 4 razy ostre zapalenie mięśnia sercowego; w reszcie przypadków makroskopowo żadnych zmian. W wątrobie 22 razy zwyrodnienie cme, a 114 razy tłuszczowe. W nerkach 15 razy zwyrodnienie cme, 51 razy zwyrodnienie tłuszczowe, 17 razy świeże ostre zapalenie. Wybroczyny w błonie śluzowej miedniczek i kielichów ner-

kowych, uważane za charakterystyczne dla grypy, stwierdziliśmy tylko 2 razy; możliwe jednak, że zmiana ta była częstsza, lecz stosunkowo późno zwróciliśmy na ten szczegół uwagę. W drogach żółciowych i moczopłciowych nie stwierdziliśmy żadnych zmian.

Śledziona w znacznej większości przypadków była nie powiększona; w 39 przypadkach stwierdziliśmy nieznaczne jej powiększenie, a tylko w 2-ch przypadkach powiększenie znacznego stopnia, dochodzące do podwójnej jej wielkości. Na przekroju śledziona była zwykle bladowiśniowa, gładka, miernie krucha. Nie wliczamy tutaj naturalnie 6 śledzion osób, które przechodziły kiedyś zimnicę, a później zmarły z powodu grypy, w których to przypadkach stwierdziliśmy przewłoczną obrzęk śledziony znacznego stopnia wraz z melanozą.

W naszym materiale sekcyjnym nie spotkaliśmy się ani razu ze zmianami w przewodzie pokarmowym, co by się zgadzało z klinicznymi spostrzeżeniami, że obecna epidemia grypy prawie nie występowała w postaci żołądkowojelitowej, lecz głównie w postaci oskrzelowopłucnej.

Ze zmian w układzie nerwowym spotkaliśmy 2 razy bardzo liczne wybroczyny w mózgu, czyli tak zwaną plamicę mózgu; poza tym, z wyjątkiem dość stałego przekrwienia mózgu, nie stwierdziliśmy innych makroskopowych zmian chorobnych. Rdzenia tużdzież układu nerwowego obwodowego nie badaliśmy.

Natomiast w naszym materiale bardzo częstą zmianą była martwica woskowa Zenkera w mięśniach prostych brzucha i w mięśniu piersiowym większym. Zmianę tę w wybitnym stopniu wraz z pęknięciem mięśni i

następowym krwotokiem spotkaliśmy 21 razy. O wiele częściej stwierdzaliśmy suchość, matowość i ciemne zabarwienie mięśni tułowia i kończyn. Zresztą w narządzie ruchowym innych zmian nie widzieliśmy. Martwica Zenkerowska, występująca, jak wiadomo, w ciężkich zakażeniach, jak np. durze brzuszny i t. p., świadczy również o ciężkości zakażenia w grypie.

W narządach wewnętrznego wydzielania nie stwierdziliśmy makroskopowo zmian chorobnych.

Uderzającym także jest w naszym materiale występowanie grypy u osobników zdrowych, które nie wykazywały innych zmian chorobnych. Zwłaszcza w tak obfitym u nas materiale gruźliczym zwraca uwagę prawie że brak zmian gruźliczych. Tylko w 6 przypadkach mogliśmy stwierdzić równocześnie rozleglejsze zmiany gruźlicze u osób zmarłych z zapalenia grypowego płuc, a u 6 innych osób były to tylko całkiem nieznaczne zmiany w szczytach. Nadto stwierdziliśmy w dwóch przypadkach wady zastawkowe, a w 6 przypadkach przebytą zimnicę.

Jeżeli zatem zreasumujemy wszystko, cośmy powyżej powiedzieli, to materiał nasz wykazuje, że obecna grypa nagminna cechuje się z jednej strony zmianami miejscowymi w narządzie oddechowym, charakteryzującymi się różnorodnością obrazu anatomicznego z predylekcyą do zapaleń krwotocznych i do ropienia, z drugiej zaś strony występują w niej zmiany, jak zwyrodnienie narządów i mięśni, żółtaczką, szybkie gnicie, przemawiające za ciężką mikrobicą krwi.

ODCINEK.

O znaczeniu sanatoryjów i szpitali w walce z gruźlicą.

Podał

Dr Mieczysław Gantz.

(Dokończenie—patrz № 17).

Lecz Hewelke, który uważa już obecnie sprawę „nieudolności leczniczej metody sanatoryjnej” za fakt przesadzony (str. 10), twierdzi, „że krytyka, odmawiająca wartości systemowi sanatoryjnemu pod każdym względem, a mianowicie leczniczemu, ekonomicznemu... a jednocześnie druzgocąca nadzieję ogro-

mnych rzesz chorych i wytrącająca z rąk lekarzy środek, uważany niejako za specyficzny w chorobie, wobec której staną bezradni i bezsilni, krytyka ta nie jest jednak tylko burzycielką”, gdyż „wzmacnianie obalonych złudzeń daje nowe obietnice, poleca inny środek do walki z silnym przekonaniem i

wiara, że odpowie on zadaniu". Tym środkiem a właściwie tymi środkami, mówiąc krótko, ma być tuberkulina i środek Spenglera, t. zw. I. K. (Immunkörper). Nie wiem wprawdzie, dlaczego przeciętny lekarz ma więcej wierzyć danym liczbowym, przytaczanym przez Wilkinsona lub panią Wolfring niż, dajmy na to, cyfrom Schrödera, Köhlera, Banga i wielu, wielu innych. Ale zjawia się pytanie, który z tych dwóch środków ma być tem zbawiennym panaceum dla wszystkich przypadków gruźlicy, mającem w zupełności zastąpić leczenie klimatyczne etc., jeśli już nie robić różnicy śród, zdaje się, 45 preparatów tuberkuliny lub nie wspominać o próbach leczenia według Mucha i Deyckego lub Rucka. Dodać muszę że pani Fuchs-Wolfring uznaje skuteczność jedynie środka Karola Spenglera, zaś Wilkinson jest zwolennikiem tuberkuliny Kocha. I pod tym względem pozwoliłbym sobie nie zgodzić się ze zdaniem Hewelkego, który, o ile rozumiem, uważa sprawę leczenia swoistego za rozstrzygniętą ostatecznie w sensie dodatnim. Doświadczenie osobiste, oparte na stosowaniu rozmaitych preparatów tuberkuliny a także i I. K. (Medyc. i Kron. Lek. 1910 r.) i dość dokładna znajomość literatury odpowiedniej zmuszają mnie do zajęcia co najmniej bardzo powściągliwego stanowiska, co zresztą wypowiedziałem już kilkakrotnie i w dyskusji w Tow. Lek. i w piśmiennictwie lekarskim. Mimo że przyznaję swoiste własności tuberkulinie, nie mogłem dotąd przekonać się o wybitnem jej działaniu leczniczem. To jednak bynajmniej nie znaczy, iżbym nie był zdania, że preparaty tuberkuliny stosować należy z pewnemi ostrożnościami i nadal w celu wypróbowania wszelkich możliwych sposobów w walce z gruźlicą, o czem jeszcze zresztą powiem słów kilka niżej. Co do I. K. mam, jak dotąd, doświadczenie wręcz negatywne.

Rozpatrywanie wartości leczniczej środków swoistych zaprowadziłoby mnie tu zbyt daleko, muszę je więc przerwać, ile że ma być przedmiotem innej mej pracy. Chcę jeszcze zaznaczyć, że same tylko względy ekonomiczne, wobec bądź co bądź nieustalonej jeszcze wartości leczniczej środków swoistych we wszelkich postaciach gruźlicy, nie mogą być powodem zupełnego zanulowania sprawy sanatoryjnej i zaniechania budowania sanatoryów ludowych. I dla środków swoistych musi się, zdaniem mem, znaleźć miejsce w leczeniu chorych gruźliczych, zarówno w przychodniach, szpitalach i sanatoryach, w obecnej jednak fazie rozwoju leczenia swoistego uważam je za jeden ze środków, który stosować należy tylko ostrożnie i bynajmniej nie *largam manu* ambulatoryjnie, zwłaszcza śród sfer pracujących, przebywających w zwykłych warunkach.

Jeśli wreszcie Hewelke dziwi się, że lekarze między innymi i nasi (Dłuski, Dębiński i inni) dotąd nie porzucają wiary w skuteczność leczenia sanatoryjnego, i objaśnia to sobie jedynie „sugestią” (str. 16), to sądzę, że tłumaczy się to najprawdopodobniej tem,

że widywali właśnie dobre skutki leczenia sanatoryjnego, a niebardzo przekonani są o bezwzględnej racjonalności stosowania tuberkuliny. Że sanacja zapomocą tuberkuliny według Petruschky'ego (leczenie zapobiegawcze przypadków gruźlicy zamkniętej i zołzów) może dać bardzo dobre wyniki, w to mogę wierzyć i chciałbym się przekonać na większym materiale; że przypadki takie nie wymagają leczenia ściśle sanatoryjnego, o tem piszę, proponując niżej dokładne wybieranie materiału do sanatoryów, że jednak „ani sanatoria, ani uzdrowiska, zakłady lecznicze i t. d. nie są w stanie powstrzymać ani wyleczyć gruźlicy — same przez się” i że „dobre usługi mogą oddawać tylko w kombinacji z leczeniem specyjalnem tuberkuliną”, jak chce, według Hewelkego (str. 2), Petruschky — z tem chyba nie zgodzi się żaden lekarz, mający do czynienia z chorymi gruźliczymi.

Sądzę zresztą, że, jak zwykle, tak i w sprawie obu kierunków omawianych — z których jeden (dotąd niemieckim zwany) widzi jedyny ratunek w sanatoryach, drugi zaś zupełnie gotów odrzucić sanatoria, jako coś kosztownego i żadnej korzyści nie przynoszącego, polecając natomiast ambulatoryjne stosowanie środków swoistych — prawda leży pośrodku. Leczenie gruźlicy składa się, zdaniem mem, z całego szeregu środków natury zapobiegawczej i ściśle leczniczej, śród których, jak dotąd, ciągle jeszcze jedno z pierwszych miejsc zajmuje leczenie klimatycznodyetetyczne, leczenie zaś swoiste jeszcze nie zdołało wywalczyć sobie bezwzględnego prawa obywatelstwa, choć w fazach początkowych cierpienia może i oddaje spore usługi.

Należy się tylko zastanowić nad tem, w jaki sposób osiągnąć z sanatoryów maximum korzyści przy minimum wydatków, nie odrzucać, a nawet przeciwnie powoływać do życia wszelkie urządzenia pomocnicze, zdążające do odciążenia pewnej liczby chorych od sanatoryów, a może wtedy nareszcie sanatoria będą wypełniały właściwe sobie zadanie, ekonomiczna zaś strona tego rodzaju leczenia nie będzie już powodem zupełnego negowania korzyści społecznej sanatoryów.

I oto zjawia się wnet na pierwszym miejscu pytanie, jakich chorych należy skierowywać do sanatoryów ludowych. Czy leczeniu sanatoryjnemu winni podlegać tylko chorzy ze zmianami początkowymi, czy też i z bardzo posuniętą gruźlicą, czy chorzy tylko z obecnością łaseczników Kocha w płwocinie, czy też bez nich. Zdania co do tego są bardzo podzielone. Niema jedynie różnicy zdań co do jednego punktu, a mianowicie, że chorzy, mało rokujący nadziei na poprawę, bezwarunkowo do zakładów skierowywani być nie powinni. Podobnie nie może być dwóch zdań co do tego, że nie powinni zajmować miejsc w sanatoryach gruźliczych chorzy, którzy, jak późniejsza obserwacja wykazuje, nie mają wcale gruźlicy. Wprawdzie odsetek ten nie jest zbyt wielki (w sanatoryach duńskich około 2%), a jednak jest to krzy-

wda dla istotnie chorych i strata pieniędzy. Roepke¹⁾ radzi uciekać się w tego rodzaju wypadkach do stosowania tuberkuliny. Kutschera²⁾ idzie jeszcze dalej, żądając, by sanatoria przeznaczone były tylko dla chorych w okresie 2-im i 3-im z obecnością laseczników w płwocinie. Zdaniem jego dla chorych, podejrzanych o gruźlicę, znajdujących się w 1-ym okresie bez laseczników w płwocinie, i wogóle dla chorych z gruźlicą zamkniętą są zbyt drogie sanatoria. Tych ostatnich winno się, według Kutschery, leczyć w przychodniach. Tego samego zdania jest i Hartman³⁾, który wraz z usunięciem chorych niegruźliczych i przypadków gruźlicy nieczynnej, żąda przyjmowania przypadków bardziej posuniętych do sanatoryów i przedłużenia ich pobytu, jeżeli przez to można liczyć na osiągnięcie zdolności do pracy. To samo na ogół powiadają obecnie francuscy i angielscy autorowie. Walker⁴⁾ np. dzieli gruźliczych na 3 kategorie: wczesne przypadki należą do kolonii, stojących w związku z przychodniami, średnie — do sanatoryów, skąd po poprawie do kolonii, ciężkie i nieuleczalne — do oddziałów szpitalnych. Nasi autorowie (Sokołowski, Dłuski i inni) są przede wszystkim przeciwnikami wysyłania do zakładów chorych, mało nadziei rokujących, nie wypowiadając się, o ile mi wiadomo, wyraźnie w sprawie wskazań ściślejszych, w stosunku do sanatoryów ludowych — pod kątem widzenia największej celowości. Sokołowski⁵⁾, który ujmuje sprawę wskazań do leczenia sanatoryjnego słowami: „w zasadzie wszystkie formy i okresy suchot najwłaściwiej i najstosowniej w zakładach leczonymi być powinny“, rozpatruje tę sprawę bardziej z punktu widzenia chorych zamożniejszych. Brak sanatoryów ludowych u nas jest zapewne przyczyną niewypowiedzenia się wyraźniejszego w tej kwestii naszych klinicystów-fizjoterapeutów.

Zdaniem mem, sprawa skierowywania i przyjmowania tych lub innych chorych gruźliczych do sanatoryów ludowych może być rozstrzygnięta jedynie na drodze, na którą ostatnio wstąpiły niemieckie towarzystwa ubezpieczeń t. j. na drodze obserwacji uprzedniej. Jeśli postawić tezę, na którą się niewątpliwie zgodzą wszyscy, że do sanatoryów ludowych nadają się wszyscy ci chorzy, u których obserwacja uprzednia pozwala wnioskować, że tylko klimatycznodyetetyczne leczenie w sanatorium doprowadzi najszybciej do istotnej zdolności do pracy, — jako wskazówkę przy przyjmowaniu chorych do sanatoryów, to zdaje mi się, kwestya znacznie się uprości. Odpadają bowiem tu przede wszystkim przypadki rozpaczliwe, wyklu-

czone zostają przypadki wątpliwe pod względem rozpoznania (lub też omyłka zostaje spowodowana do minimum), a także przypadki z gruźlicą t. zw. nieczynną, mogą być wreszcie wyeliminowane przypadki, które poprawiają się i bez sanatoryów. Co więcej, odpada sprawa nieuchwytnych różnic co do podziału na okresy, a także droga do nieporozumień co do tego, co kto uważa za zmiany mniej lub więcej posunięte. Pozostaje jedynie do omówienia pytanie, gdzie, jak i przez kogo ma być dokonywana owa obserwacja.

I znów zdaje mi się, że jedynym racjonalnym sposobem w tym względzie, przynajmniej na razie, do czasu, gdy rozwinię się więcej instytucji przeciwgruźliczych, jest sposób, zastosowany przez wydział szpitalnictwa co do szpitala w Otwocku, a mianowicie, by wszyscy kandydaci do sanatorium ludowego zmuszeni byli przechodzić przez szpital. Ponieważ zaś sprawa ta łączy się ściśle, według mnie, ze sprawą umieszczania chorych, nie nadających się do sanatoryów, chcę więc je obie omówić wspólnie.

Pytanie, co robić z chorymi, mało dającymi nadziei na poprawę, dawno już zaprzętało umysł lekarzy. Chorzy ci bowiem są niewątpliwie jednym z głównych źródeł zaraży, zwłaszcza wśród sfer uboższych. Materiał nasz szpitalny w oddziałach wewnętrznych w znacznym stopniu składa się z tego rodzaju chorych, nie obejmuje jednak, rzecz jasna, nawet większości takich pacjentów w mieście. Zarówno ze względu na niezbędną wprost izolację takich chorych i usunięcie ich ze środowiska rodzinnego, jak i z tego powodu, że, zapełniając łóżka, przeznaczone dla chorych wewnętrznych, utrudniają dostęp innym chorym, dla których pobyt w szpitalu mógłby być o wiele korzystniejszy — zjawiała się propozycja otwierania dla chorych bezradziejnych specjalnych przytułków, tak, jak to ma miejsce dla chorych rakowatych, starców i kalek nieuleczalnych. Myśl ta dawno już została wprowadzona w czyn w Europie Zachodniej, a i w Ameryce. Odrzuca jednak rzecz należy, że przytułki omawiane zaledwie w części niewielkiej rozwiązują sprawę izolowania chorych gruźliczych ze zmianami nieuleczalnymi. Pomijam tu kwestję bezapelacyjnego rozstrzygnięcia pojęcia „nieuleczalności gruźlicy“, swego czasu między innymi ilustrowanej przez Sokołowskiego w „Leczeniu klimatycznym suchot płucnych“ — chcę tylko zwrócić uwagę na zrozumiałą zupełnie niechęć chorych i otoczenia udawania się do przytułków, które uważają za „umieralnie“. O tem, by chorych omawianych siłą zmuszać do wstępowania lub otoczenie ich do oddawania do przytułków — nie może być długo jeszcze mowy, — dowodem czego są prawodawstwa niemieckie, francuskie, angielskie, a poniekąd i amerykańskie, które, mimo żądania niektórych wybitnych klinicystów, nie śmiały dotąd wprowadzić podobnego prawa drakońskiego. Nie miejsce tu zastanawiać się nad celowością i możliwością wprowadzenia po-

¹⁾ Z. f. Tub. t. 23 s. 1.

²⁾ Tuberculosis 1916—Int. Centr. t. XI N. 3.

³⁾ Z. f. Tub. 25 z. 6.

⁴⁾ Brit. Journ. of Tuberc. 1916—Int. Centr 1916 N. 3.

⁵⁾ Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych.

dobnego prawa, to też chcę tylko zaznaczyć, że do przytułków, w mowie będących, udaje się — i u nas udawały się zaledwie niewielka część chorych odpowiednich. Większa zaś część ich i nadal zapełniać będzie sale szpitalne i mieszkania sfer pracujących. Sprawa przyjmowania tych chorych na sale ogólne ma jednak jeszcze i tę stronę ujemną, że brak odpowiednio wyszkolonego personelu szpitalnego i niedostateczne przestrzeganie środków ostrożności sprzyjają szerzeniu się gruźlicy. Wszystkie te motywy doprowadziły do przeznaczania dla chorych z gruźlicą posuniętą oddzielnych sal, — co też już od szeregu lat zostało wprowadzone w czyn prawie wszędzie. W naszym mieście wprowadzono to zarządzenie w czyn w lecie ubiegłym. Miałem tedy możność naocznie stwierdzić to, co zresztą na mocy doświadczenia wieloletniego szpitalnego można było z góry przewidzieć. Krótko mówiąc, oddziały te szybko nabierają wszystkich cech przytułków dla gruźliczych nieuleczalnych, innymi słowy, z punktu widzenia chorych, przedśionków cmentarnych. Częste i nawet niepojedyncze w ciągu dnia przypadki śmierci, częsta zmiana sąsiedztwa, do którego nawet przyzwyczaić się nie można, ciągły kaszel w dzień i w nocy, nie dający spokoju, jęki przedśmiertne, ciągły widok objawów, towarzyszących śmierci, przy naszych dużych salach szpitalnych i niedostatecznej, wiele do życzenia pozostawiającej służbie szpitalnej — wszystko to nad wyraz deprymująco wpływa na chorych i zmusza wprost do ucieczki, byleby tylko nie patrzeć na to ciągle memento szybkiego zgonu. Kto choć czas pewien pracował na takim oddziale, kto przyjrzał się tym wiecznie przerażonym oczom chorych, ze strachem wpatrujących się w badającego ich lekarza, czy czasem nie wyczytają wyroku dla siebie, kto zauważył tę chorobliwą wprost podejrzliwość, z jaką odnoszą się do każdego nowego zarządzenia, kto słyszał te usilne błagania ze strony chorych umierających, by ich jak najprędzej wypisać z oddziału, kto wreszcie zmuszony był nieraz czynić zadość tym życzeniom — ten chyba nigdy nie będzie popierał otwierania oddziałów dla chorych gruźliczych z bardzo posuniętymi zmianami. Jasne, że oddział taki szybko nabiera znacznego rozgłosu wśród chorych szpitalnych, którzy w innych salach drżą na myśl o możliwości przejścia na oddział wzmiankowany, bronią się przed tem wszystkimi możliwymi sposobami i wolą opuścić szpital, niż iść na oddział „wymierających“. A w jakim położeniu znajdują się lekarze danego oddziału, którzy nawet przy najszczerszych chęciach nic zdziałać nie mogą, gdy o jakimś szczególnym odżywianiu lub leczeniu mowy być nie może, bo i czy warto ponosić w tych warunkach większe wydatki? Przytem i sama praca na oddziale takim staje się wprost uciążliwą, ile że pracują na nim zazwyczaj lekarze interniści, nie zdradzający specjalnego zainteresowania tylko do gruźlicy.

Oddziały więc dla gruźliczych w szpita-

lach miejskich mogą mieć rację bytu jedynie wtedy, gdy 1) będą przeznaczone dla chorych gruźliczych wszelkich okresów, a nie tylko dla beznadziejnych przypadków¹⁾, wtedy bowiem śmiertelność na oddziałach tych nie będzie tak przerażająca, a przypadki z poprawą będą zachęcały do wstępowania na oddział, w którym nie grozi pewna śmierć, a jest nadzieja na leczenie i poprawę; 2) gdy będą odpowiednio urządzone pod względem technicznym, by możliwie odpowiadać wymaganiom współczesnym leczenia chorych gruźliczych; 3) gdy chorzy, znajdujący się w oddziałach omawianych będą mogli być specjalnie odżywiani; 4) jeżeli personel służbowy, zajęty na oddziałach gruźliczych, będzie odpowiednio do tego zajęcia wyszkolony i dobrany, pielęgnowanie bowiem chorych gruźliczych wymaga nie tylko specjalnej znajomości rzeczy, lecz nawet właściwości charakteru; 5) jeżeli wreszcie lekarze, którym ma być poruczona sprawa opiekowania się tego rodzaju chorymi, oddają się z zamiłowaniem tej właśnie gałęzi wiedzy lekarskiej, posiadając odpowiednie w tym względzie przygotowanie (leczenie tuberkuliną i t. p.).

Są to warunki, zdaniem mem, niezbędne, jeśli chcemy, by oddziały dla gruźliczych spełniły zadania społeczne: 1) izolowania chorych ciężkich nie drogą przymusu; 2) leczenia chorych, nadających się do leczenia w szpitalach, i 3) odegrania roli filtrów, przez które mają przesączać się chorzy w drodze do sanatoriów ludowych.

Zdaje sobie najzupełniej sprawę z tego, że warunki, wymienione przeze mnie powyżej, bynajmniej nie są łatwe do urzeczywistnienia w czasach obecnych. Jeszcze gorzej przedstawia się sytuacja, jeśli dodam, że dla chorych gruźliczych nie nadają się sale wielkie na 20—40 łózek (sale takie muszą być przeznaczone dla chorych początkujących lub nie zakłócających spokoju sąsiadom). Kaszel, tak często męczący niektórych chorych w dzień i w nocy, krwotoki, złe oddziaływające na otoczenie, szereg innych objawów, zmuszający do odosobnienia niektórych kategorii chorych, i t. p. powody zmuszają do trzymania się w takich oddziałach sal mniejszych, na równi z pokojami na 1, 2 lub 4 łóżka, a jednocześnie, rzecz naturalna, widnych, przestronnych i wysokich. Nie trzeba przy tem zapominać i o tem, że powinien być zachowany podział na chorych z gruźlicą otwartą i zamkniętą, co jeszcze bardziej komplikuje położenie.

To też właściwem wyjściem z sytuacji, dla nas, może na razie, nie osiągalnem, jest otwieranie we wszystkich większych miastach i miasteczkach oddzielnych szpitali dla chorych gruźliczych tak, jak to dawno już ma miejsce w Anglii, Ameryce, a ostatnio coraz częściej znajduje zastosowanie w Niemczech. W stanie Massachusetts istniało np. w r. 1915

¹⁾ Do tego dążą u nas Sokołowski, Sterling, którzy już lat 18 temu starali się wprowadzić w czyn myśl o oddziałach gruźliczych.

—18 szpitali specjalnych. Konieczność otwierania szpitali takich dawno już uzasadniali Koch, Fränklowie, Senator, Heubner, Brauer i wielu innych, u nas Baranowski, Sokołowski, Sterling, Dębiński i inni.

Gdy jednak przeważnie autorowie nasi polecają otwieranie ich poza miastem, ja sądzę, że szpital taki powinien przede wszystkim znajdować się w mieście, ewentualnie na jego krańcach i powinien posiadać w tym ostatnim wypadku dobrą komunikację z resztą miasta. Ma to na celu udostępnienie rodzinie i otoczeniu chorych, mieszcących się w szpitalu, kontaktu z chorymi członkami rodziny, co znów ma szereg stron dobrych: jak dobry wpływ na psychikę chorych, nie czujących tak dotkliwie izolacji szpitalnej, jak dalej możność załatwiania rozmaitych spraw domowych i t.p. Z tych też powodów chorzy niechętnie się godzą na umieszczenie ich w szpitalach w dużych miastach lub na wsi, obawiając się rozłąki z rodziną, a często i niebardzo mogąc pozwolić sobie na pozostawienie rodziny bez wszelkiej opieki. Ta właśnie pozorna bliskość z domem i interesami usposabia ludność lepiej do wstępowania do szpitali, a więc umożliwia rozleglejszą izolację chorych piśsiowych. Dodać przytem należy, że stopniowe zaznajomienie się z szpitalem w mieście i widok istotnej opieki lekarskiej, łamiąc przesady, uczyni chorych, którzy przedtem nie chcieli slyszec o wyjeździe do szpitala, położonego na wsi (u nas Otwock, lub Mienia), mniej opornymi i ułatwi zadanie ogólnospołeczne przez umieszczanie chorych w szpitalach i uzdrowiskach, dla nich przeznaczonych. Ma to poza tem jeszcze i tę dobrą stronę, że, znajdując się w mieście i stając się szybko ośrodkiem, wokoło którego obracają się coraz większe masy ludności miejskiej, szpital taki odgrywa wielką rolę pedagogiczno-wychowawczą, wywierając w ten lub inny sposób wpływ nie tylko na chorych, lecz i na odwiedzających ich. Berlińska Friedrichstadt-Klinik für Lungenkranke (umyślnie tak nazwana) mieści się np. przy ulicy am Circus 9, a więc w środku miasta.

Poza czysto społecznem zadaniem ma szpital omawiany szereg zadań ściśle lekarskich, które Bandelier i Röpke wyrażają w sposób następujący: 1) klasyfikacja całego materiału klinicznego; 2) leczenie przypadków aż do oddania ich do sanatoryjów; 3) doprowadzenie przypadków ciężkich do stanu, odpowiadającego sanatoryjom; 4) leczenie bardziej posuniętych lecz zdolnych do pracy przypadków.

Żeby mózdz odpowiadać tym wszystkim zadaniom, szpital winien posiadać dwa główne oddziały: 1) dla zamkniętej, 2) dla otwartej gruźlicy. W każdym z nich winny znajdować się oddziały dla gruźlicy płuc i zewnętrznej (chirurgicznej i skórnej). Szpital musi posiadać leżalnię, gabinet laryngologiczny, salkę operacyjną z urządzeniami do zabiegów specjalnych, gabinet röntgenologiczny i do leczenia światłem, pracownię chemiczno-bakteryologiczną i anatomopatologiczną, urządzenia hydropatyczne. Nie należy zapominać o le-

czeniu słońcem, co można z łatwością uskutecznić i na leżalnicach lub też, jak to np. ma miejsce w Berlinie, na dachu, przekształconym w ogród i osłoniętym od północy i wschodu.

Pomieszczenia dla chorych z powodów, już przezemnie wspomnianych wyżej, winny składać się nie z wielkich sal, lecz z mniejszych salek i pojedynczych pokojów. W szpitalu berlińskim (otwartym w r. 1914) na salach ogólnych łóżka są oddzielone jedno od drugiego zapomocą parawanów z materiału, łatwo ulegającego odkażaniu, co daje pozór oddzielnych boksów. W razie potrzeby przegrody te można usunąć tak, że chorzy mogą ze sobą gawędzić.

Przy szpitalu berlińskim znajduje się jeszcze przychodnia dla chorych gruźliczych i specjalna instytucja doradcza (Auskunftsstelle), mająca na celu słuzenie radą pod względem ogólnospołecznym chorym i ich rodzinom, wyszukiwanie odpowiedniego zajęcia dla chorych, opuszczających zakład, opiekę nad rodziną w czasie pobytu głowy rodziny w szpitalu, umieszczanie dzieci w odpowiednich warunkach i t. p. Jest to więc instytucja o zakresie bardzo obszernym i z celami ogólnospołecznymi. Aby owocnie funkcjonować, biuro takie musi znajdować się w ścisłym kontakcie z całym szeregiem instytucyj państwowych, miejskich i filantropijnych. Że szpitale takie winny studyować leczenie swoiste, chemoterapię i wogóle traktować gruźlicę z punktu widzenia naukowego, o tem niema chyba co mówić.

Tak urządzone szpitale, wymagające bezwarunkowo mniejszych nakładów, niż sanatoria, i otwierane w miastach mniejszych i większych, są zdaniem mem, obecnie najważniejszym czynnikiem w walce z gruźlicą, który winien znaleźć najszerze urzeczywistnienie w całym kraju, a oczekiwane w niedalekiej przyszłości kasy chorych i prawie powszechne ubezpieczenie będą musiały uciec się do tego środka. Nie należy zapominać o tem, że szpitale specjalne mogą być otwierane na razie z niewielką liczbą łóżek, a w naszych warunkach częstokroć będą musiały być na początku pozbawione i niektórych bardzo cennych urządzeń pomocniczych.

Szpitaly dla gruźliczych chorych, zwane, jak np. berliński, dla uspokojenia publiczności szpitalami dla chorych płucnych, lub w zastępstwie ich do czasów lepszych oddziały specjalne w szpitalach ogólnych, możliwie do doskonałości doprowadzone, są właśnie temi instytucjami pomocniczymi, o których wspominałem powyżej, a które mają na celu ograniczenie dostępu do sanatoryjów ludowych osobnikom, nie nadającym się do leczenia sanatoryjnego. Mają to być owe stacye obserwacyjne, zwane przez Niemców Vorstationen. Ideałem postępowania byłoby, gdyby rozsiane po miastach przychodnie, poza leczeniem ambulatoryjnym, skierowywały chorych odpowiednich, potrzebujących leczenia, do szpitali *resp.* oddziałów specjalnych, stąd zaś dopiero po odpowiedniej obserwacji chorzy mogli-

by być przesyłani do sanatoryów ludowych. Miałyby to niewątpliwie zbawienno wpływ pedagogiczny na chorych, którzyby tem chętniej zgłaszali się do przychodni i szpitali, widząc ciągłość opieki nad sobą i mając nadzieję powrotu do zdrowia; zachęciłoby przypadki cięższe do szukania pomocy w szpitalach, przez co unikniętoby izolacji przymusowej, a jednocześnie uwolniłoby szereg miejsc w szpitalach ogólnych dla chorych wewnętrznych i zmniejszyłoby dopływ chorych do sanatoryów, zwiększając korzyści pod względem leczniczym tak użytecznych urządzeń, jakimi są sanatoria ludowe. Mogłoby to mieć jeszcze i ten skutek dodatni, że i pobyt chorych w sanatoriach mógłby trwać dłużej. Określenie pobytu w sanatoriach na trzy miesiące, jako przeciętne *maximum*, nie wytrzymuje krytyki nie tylko z punktu widzenia lekarskiego, lecz i ekonomicznego, korzyść, bowiem, która mogłaby być wielka przy dłuższym pobycie, może być tak nieznaczna przy pobycie 3-miesięcznym, że może nie usprawiedliwiać wogóle wydatków. Dokładniejsze segregowanie chorych, normujące dopływ do sanatoryów, da możność doprowadzania chorych do istotnego stanu poprawy lub wyleczenia.

Ze względu na jaknajdłuższy i najtrwalszy wynik leczenia pożądana jest opieka nad chorymi przez czas dłuższy i po wypisaniu z sanatoryów, co do czego właściwie niema różnicy zdań w świecie lekarskim. Jasne jest, że chorzy ze sfer uboższych, pracujących, wracając do swych poprzednich warunków życia, z łatwością mogą zapaść i zapadają wkrótce powtórnie. To też dawno już starano się o to, by chorym takim, a właściwie rekonwalescentom, dostarczać odpowiedniego zajęcia. W niektórych krajach istnieje tendencja zatrudnienia, o ile tylko można, osobników takich na wsi w gospodarstwach rolnych lub ogrodnictwie. Były już propozycje otwierania kolonii rolnych dla chorych, wychodzących z sanatoryów — projekt, zdaniem mojem, trudny do przeprowadzenia na większą skalę, natomiast możliwy do zastosowania, jako dodatek do sanatoryów ludowych. Idzie tu bowiem o stałą opiekę nad tego rodzaju koloniami pod względem lekarskim, jeśli dbać o to, by fermi omawiane nie stały się rozsadanymi gruźlicy w kraju. Bezwzględnie byłbym natomiast przeciwny osadzaniu chorych gruźliczych luzem, czy też w postaci przytułków, jak w Norwegii, po wsiach, i to nie tylko z gruźlicą otwartą, lecz i zamkniętą, smutne bowiem naogół warunki higieniczne po wsiach naszych i brak ścisłego dozoru lekarskiego nad tego rodzaju chorymi może tylko wpłynąć ujemnie na stan zdrowotny naszych wsi.

Chorzy, z tych lub innych powodów wracający do miejsca swego stałego zamieszkania, powinni być skierowywani do odpowiedniej przychodni, pod której obserwacją winni się znajdować przez czas dłuższy, by w razie potrzeby mogli odbyć kurację powtórna, tak nieraz niezbędną dla niektórych

chorych, żeby ich utrzymać w sprawności, korzystnej dla społeczeństwa.

Jeżeliby udało się w miastach i miasteczkach pootwierać przychodnie i chociażby małe szpitale lub oddzielne sale (z zastrzeżeniami, wyżej wymienionemi) dla chorych gruźliczych, gdyby dalej stopniowo otwierać w całym kraju szereg sanatoryów nawet niewielkich na razie i skromnie urządzonych w niewielkiej odległości od większych skupień, nieraz wspólnymi siłami kilku sąsiednich wsi i miasteczek — sprawa leczenia gruźlicy, sądzę, znacznie posunęłaby się naprzód. Za czynnik ważny uważam niezbyt odległe ułożenie zakładu od miejsca zamieszkania chorego. W Ameryce ujmują tę sprawę podobnie, skoro dążą do otwierania w każdym stanie prócz sanatorium stanowego jeszcze szeregu okręgowych.

Wszystko powyżej powiedziane pozwoli sobie na zakończenie ująć w postaci wniosków następujących:

1. Sanatoria ludowe przedstawiają obecnie i, niewątpliwie, zawsze przedstawiać będą jedno z najważniejszych ogniw w łańcuchu środków, stosowanych w walce z gruźlicą.

2. Sanatoria ludowe będą mogły spełniać swe zadania lecznicze i pedagogiczne w całej rozciągłości, nie obarczając zbytnio pod względem materalnym społeczeństwa i państwa, jeśli chorzy skierowywani będą do nich po uprzedniej obserwacji w szpitalach specjalnych dla chorych na płuca, lub w ich następstwie, — w oddziałach, specjalnie na ten cel w szpitalach ogólnych przeznaczonych.

3. Szpitale specjalne, lub, do czasu ich otwarcia, oddziały szpitalne dla chorych gruźliczych winny być przeznaczone dla chorych wszelkich okresów, a nie tylko dla bardziej posuniętych, i posiadać możliwie wszystkie urządzenia, niezbędne dla racjonalnego leczenia chorych gruźliczych. Kierownictwo spoczywać winno w rękach lekarzy specjalistów.

4. Szpital specjalny dla chorych na płuca ze względów pedagogicznych winien znajdować się w mieście lub na krańcach miasta, lecz wtedy posiadać dobre połączenie z miastem.

5. Przy urządzeniu uzdrowiska ludowego należy kierować się tą myślą przewodnią, by możliwie największą część pracy w wszelkich dostępnych postaciach wykonywali wraz z otwarciem zakładu jego wychowawcy czy to w czasie leczenia, czy też po skończonej kuracji. Przeciwdziałałoby to przedewszystkiem rozleniwianiu i delikaceni chorych, ze sfer uboższych pochodzących, odpowiadałoby to kierunkowi, panującemu obecnie w lecznictwie co do umiarkowanego stosowania pracy u chorych gruźliczych, wreszcie mogłoby odbić się i na stronie finansowej zakładu. Tak niezbędna dla uzdrowiska ferma winna być prowadzona z biegiem czasu przez wychowawców, opuszczających zakład, przez co zapoczątkowano by rozłoczenie przez czas dłuższy lub krótszy opieki nad rekonwale-

scentami i co umożliwiłoby wielu z nich znalezienie lub zmianę zajęcia.

6. Samo uzdrowisko winno składać się z trzech części głównych: dla mężczyzn, kobiet i dzieci.

7. Każda z tych części winna się składać z oddziału dla gruźlicy otwartej i zamkniętej. W oddziale dla dzieci prawie wyłącznie znajdzie pomieszczenie gruźlica chirurgiczna (kości, gruczołów) i skóry.

8. Do budowy zakładów możnaby się posiłkować, sądzę, zwłaszcza dla przypadków gruźlicy zamkniętej, materiałem drzewnym, unikając pozatem szczególnego komfortu, lecz natomiast nie opuszczając żadnych możliwych udoskonaleń pod względem technicznym i nie krzywdząc zakładu pod względem urządzeń leczniczych. Na 5-ym zjeździe gruźliczym lekarzy austriackich (w grudniu 1916 r.) Wenkebach z Wiednia nawoływał do budowy sanatoryjów w postaci baraków z drzewa na wzór Ameryki. Ma to pod względem ekonomicznym znaczenie pierwszorzędne. Leżalnie możnaby umieszczać między innymi i na dachach baraków przy odpowiedniej ochronie przed wiatrami i deszczem.

9. Ponieważ budowa i doprowadzenie do porządku zakładów wymagać będzie pewnego czasu, należałoby bezwzględnie przy-

stąpić do wprowadzenia w czyn akcji przygotowawczej w postaci odpowiedniego rozszerzenia działalności przychodni w sensie leczniczym i w formie otwierania odpowiednich sal czy pawilonów w szpitalach ogólnych, na których należałoby stosować wszelkie sposoby leczenia gruźlicy — jeśli nie można zakrzętnąć się około otworzenia szpitala specjalnego. Jasną jest rzeczą, że akcyja ta winna znaleźć jaknajwiększe poparcie władz państwowych i całego społeczeństwa, tylko bowiem wtedy możemy istotnie coś osiągnąć, chcąc nie zapominać, na przykład, o opiece nad ozdrowieńcami gruźliczymi.

10. Urządzenia tego rodzaju, wymagające na razie mniejszych środków, winny być rozrzucone po całym kraju, ażeby możliwie skupiać chorych gruźliczych w postaci ognisk, znajdujących się pod stałą obserwacją lekarską.

Pozatem pożądanem byłoby, aby całą akcyję przeciwgruźliczą w całym państwie w celu ujednolajnienia, możliwie oszczędnego prowadzenia pod względem ekonomicznym i najbardziej planowej organizacji prowadziła instytucja, jaką winien być „Instytut dla walki z gruźlicą”, o czym pozwolę sobie powiedzieć innym razem.

Styczeń, 1919 r.

Dział sprawozdawczy.

6. A. G. Anderson. Leczenie zimnicy mózgowej podtrzęciaczkowej (*Subtertian cerebral malaria*) chininą i galyłem.

Na podstawie 7 przypadków, obserwowanych przez siebie, autor poleca śródżyłne stosowanie galyłu (0,3 — 0,4 *pro dosi*) obok chininy w tych postaciach złośliwej malarji, w których nie wystarcza ani chinina sama przez się, ani salwarsan i neosalwarsan, nader skuteczne w łagodniejszych postaciach trzęciaczki i czwartaczki. We wszystkich przypadkach z wyjątkiem jednego, zakończonego śmiercią (wskutek powikłania zapaleniem płuc) już po jednorazowej dawce galyłu występowało wybitne polepszenie stanu chorych, przytem jednocześnie od razu zauważyć można było znikanie lub znaczne zmniejszanie się liczby półksiężyców i pierścieniowych postaci pasorzyta we krwi. Podobne wyniki zdaje się dawać też stosowanie samego galyłu bez chininy, z czego jednak autor nie wnosi, żeby w podobnych razach chinina była zbytieczna.

(*The Lancet* 1917, 29. IX). S. T.

7. Fairley Marris. Stosowanie atropiny w celu różniczkowania tyfusu od innych chorób zakaźnych.

Autor próbował używania atropiny w celu różniczkowania schorzeń, wywoływanych przez prątki grupy tyfusu brzuszno-go, zwłaszcza *b. typhosi* oraz *paratyphosi A* i *B* od innych gorączkowych zapadnięć. Stwierdził on mianowicie, że w przypadkach tyfusu lub paratyfusu, nawet po za-

stosowaniu podskórnem względnie znacznych dawek *atropini sulfur*. ($\frac{1}{33}$ grana — (prawie 0,002) tętno nie ulega znacznieszemu przyspieszeniu, a uczucie suchości w ustach i rozszerzenie źrenicy występuje znacznie słabiej niż normalnie. Badanie wykonywa się na pacyencie, leżącym w pozycji poziomej w zupełnym spokoju nie prędzej niż w godzinę po posiłku. Atropinę w wyżej wymienionej dawce zastrzykuje się w okolicę mięśnia trójkłowego po poprzednim dokładnem ustnowieniu liczby uderzeń tętna drogą wielokrotnego liczenia w ciągu 10 minut. Po upływie 25 minut zaczyna się znowu liczyć co minutę, aż do chwili w której się przekonywujemy, że przyspieszenia nie będzie, (do czego zwykle potrzeba jeszcze 15—20 minut). Jeśli się pokaże, że liczba uderzeń po zastrzyknięciu nie przewyższa liczby otrzymanej poprzednio o więcej niż 14 uderzeń, uważa się wynik próby za dodatni, świadczący prawie na pewno, że mamy do czynienia z chorobą odnośnej grupy, o ile się ją wykonało w ciągu pierwszych 2 tygodni. Dla wyłączenia natomiast ze znaczniejszem prawdopodobieństwem tyfusu lub paratyfusu w tym samym okresie chorobnym potrzeba przynajmniej trzykrotnie otrzymać wynik ujemny. Po 2 tygodniach wynik dodatni daje prawdopodobne wskazówki dyagnostyczne, czego nie można powiedzieć o wyniku ujemnym. Metoda dała na 111 badań poprawne wyniki 104 razy (94%) w rękach autora. Zachęca on do dalszych badań w tym kierunku.

(*The Lancet*. 1917. 27. IX). S. T.

8. Sir Dawid Bruce. Przegląd przypadków tężca, leczonych w ciągu części października, w listopadzie i części grudnia 1916 r. w krajowych szpitalach wojskowych.

Wnioski, które autor wyciąga z całego szeregu obserwacji, ilustrowanych diagramami i tablicami statystycznymi, są następujące: 1) Śmiertelność z tężca w wyżej wspomnianym okresie wynosiła 31%. 2) Stosunek zapadnięć na tężec do ogólnej liczby ranionych znacznie się zmniejszył w zależności prawdopodobnie od wprowadzenia szczepień ochronnych. 3) Okres wylegania okazuje skłonność do przedłużania się (zanotowano wszystkiego 12 przypadków z okresem 10-dniowym lub krótszym). 4) Tylko w 10 przypadkach wykonano powtórne zapobiegawcze zastrzyknięcia w krajowych szpitalach. 5) Terapeutyczne działanie surowicy antytoksykcyjnej jeszcze nie daje prawa do stanowczych wniosków. 6) W tężcu ogólnym śmiertelność wynosi 34%, w częściowym—0%. Pozatem statystyka potwierdza oddawna już zauważony fakt, że długość okresu wylegania stoi w odwrotnym stosunku do wysokości odsetka śmiertelności, dając przytem nowe dowody

niezwykle długiego w niektórych razach przeciągania się okresu wylegania (25—190 dni w 16% wszystkich przypadków). Na pytanie co do skuteczności zapobiegawczych zastrzyknięć zależnie od tego, czy wykonano je natychmiast po zranieniu, czy w ciągu kilku (4 i więcej) dni następnych, statystyka autora nie daje wyraźnej odpowiedzi, podobnie jak na pytanie, czy prawdopodobieństwo zapobieżenia rozwojowi choroby zależy od zastosowania jednej ochronnej iniekcji, czy też większej ich liczby. (Z cyfr porównawczych, przytoczonych przez autora, wyciągnąć można bowiem nawet paradoksalny wniosek, że przeciwnie, zależność ta występuje w sensie zupełnie nieoczekiwanym, a mianowicie, że śmiertelność jest większa tam, gdzie właśnie robiono kilkakrotne ochronne szczepienia). Przyczyny tej niespodzianki szukać należy zapewne z jednej strony w zbytnej szczupłości odnośnego materiału statystycznego, a z drugiej—może także w tej okoliczności, że zapewne kilkakrotne zastrzykiwania zapobiegawcze stosowano w zranieniach szczególnie ciężkich i szczególnie podejrzanym o możliwość rozwinięcia się tężca.

(The Lancet. 1917. 15 września). S. T.

Wiadomości bieżące.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie z przedmieściami. Od 20. IV. 1919 r. do 26. IV. było zachorowań: na ospę 2 przypadki (w 5 i 6 okręgu po jednym), na odrę 12 (wyłącznie w dawnej Warszawie), na szkarlatynę 7 (również wyłącznie w dawnej Warszawie), dur plamisty 155 (w tem 73 mężczyzn i 82 kobiety, 127 chrześcijan i 28 żydów), dur brzuszny 2, dyfteryt 4, dyzenteryę 3 i drętwicę karku 9 (w tem 4 mężczyzn i 5 kobiet, 6 chrześcijan i 3 żydów).

Najwięcej przypadków duru plamistego było: w 26 okręgu 22, w 3 okręgu—15, w 4 i 8—po 11, w 1 i 14 okręgu—po 10, w 13—9, w 7 8, w 6—7 w 2 i 11—po 6, w pozostałych cyfry pomniejsze.

N A D E S Ł A N O

Dr Witold Ziembicki. Krajowe Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża we Lwowie. Sprawozdanie za rok 1918. Lwów 1919.

Do numeru niniejszego dołącza się ogłoszenie mag. farm. Jana Gessnera o kakodylophagu.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str
Napoleon Cybulski	203	niną i galylem	213
J. Olbrycht i F. Gawroński. Zmiany anatomopatologiczne w grypie nagminnej na podstawie 205 przypadków	204	Fairley Maris. Stosowanie atropiny w celu różniczkowania tyfusu od innych chorób zakaźnych	213
Odcinek. Mieczysław Gantz. O znaczeniu sanatoryjów i szpitali w walce z gruźlicą. (dokończenie)	207	8. Sir Dawid Bruce. Przegląd przypadków tężca, leczonych w ciągu części października, w listopadzie i części grudnia 1916 r. w krajowych szpitalach wojskowych	214
Dział sprawozdawczy. 6. A. G. Anderson. Leczenie zimnicy mózgowej podręczniczkowej (Subtertian cerebral malaria) chi-		Wiadomości bieżące	214

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

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2} do 7-ej.

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“

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, drobnym 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. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11.

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

Dostawca Klinik Uniwersytetu Jagiellońskiego i Szpitali krajowych

STANISŁAW BARAN i S-ka

MAGAZYN INSTRUMENTÓW LEKARSKO - NAUKOWYCH

Kraków, Sławkowska 6 naprzeciw Hotelu Saskiego

POLECA

INSTRUMENTY CHIRURGICZNE.

Kompletuje i urządza sale operacyjne, pokoje ordynacyjne, laboratoria bakteriologiczne. — Piece dezynfekcyjne i do spalań opatrunków etc. systemu „Kori”.

Wszelkie utensylia lekarskie w zakres higieny, zdrowia i pielęgnowania chorych wchodzące.

Mikroskopy. Aparaty Röntgena. Lampy kwarcowe.

Ceny niższe. Własny warsztat napraw. Obsługa fachowa.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworzeniowych nagminne. Tężec. Żółtyca. Zakażenie wąglikowe. Nosaczyna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

SILV-OZON „MOTOR“

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

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Administracja Gazety Lekarskiej posiada jeszcze na składzie niewielką liczbę egzemplarzy dzieł, wydanych dawniej, i odstępować je będzie wyłącznie tylko swym prenumeratorom. Są to:

NOTHNAGELA i ROSENBACHA.

FARMAKOLOGIA

(przekład z niemieckiego). Cena m. 15.

GILLES DE LA TOURETTE.

HISTERYA

w opracowaniu A. PUŁAWSKIEGO. Cena m. 8.

Do nabycia wyłącznie w Administracji Gazety Lekarskiej — Marszałkowska 73.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXII.

№ 1, 2, 3. Seweryn Sterling. Zapalenie nerek w świetle poglądów tegocześnie-nych.

№ 4, 5, 6. J. Szmurło. Gruźlica krtani, gardła i nosa w świetle własnych spostrzeżeń.

№ 7, 8, 9, 10. Władysław Janowski. Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu i w kilku innych stanach chorobnych.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.