



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.

Ogólnego zbioru N^o 2774.

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

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

== DUR WYSYPKOWY ==

(tyfus plamisty).

Stron 250, 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.

„Zadanie racjonalnego leczenia fosforem rozstrzygnięte zostało dopiero z wykryciem phytiny“

Prof. Gilbert.

PHYTINA

wydzielony z nasion pierwiastek fosforowy, zawierający w przybliżeniu 22% zupełnie przyswajalnego, nieszkodliwego fosforu w związku organicznym. Główny materiał rezerwowy roślin. Pobudza łaknienie, polepsza stan krwiobiegu, zwiększa wagę ciała.

W wysokim stopniu pobudza wymianę materji.



Znak ochronny.

WSKAZANIA:

Upośledzone odżywianie, zoty, krzywica, gruźlica, blednica, niedokrwistość. Choroby nerwów. Bezsenność nerwowa neurastenia (m. i. neurastenia płciowa). Rekonwalescencya, karmienie piersią. Upośledzony lub nadmierny rozwój dzieci.
Rp. Phytini scat. orig. unam. (Pud. org. zawiera 40 kaps.).



Dla chorych niezamożnych, szpitali etc. poleca się

PHYTINUM LIQUIDUM Rp. *Phytini liquidi lag. orig.*

Zawartość flakonu wystarcza w przybliżeniu na 6-dniowe leczenie dorosłego.

Pabianickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego
w Pabianicach, ziemi Piotrkowskiej.

Próby na każde żądanie gratis i franko.

Algorhin Spiess

(Antiseptic. ad. tract respirator.).

Skład: Chloreton, kamfora, mentol, olej cynamonowy i płynna parafina.

Sposób użycia: Smarować lub wkraplać, a najlepiej zapomocą rozpylacza do płynów tłuszczowych wdmuchiwać w nos i w krtań kilka razy dziennie.

Pojemność flakonu 50 gram.

Ferrosan Spiess. Ferrosan-Arsen Spiess

Złożona nalewka żelaza.

Złożona nalewka żelaza z arsenem

Łatwo strawny preparat żelaza, o smaku przyjemnym, bez wpływów ubocznych, zalecany w blednicy, niedokrwistości i t. p.

Sposób użycia: przed lub po jedzeniu dla dorosłych 3-4 razy dziennie po łyżce stołowej i dla dzieci odpowiednio do wieku od 1/2 łyżeczki tyleż razy dziennie.

Pojemność flakonu około 250 gr.

Remedium Sedativum Spiess

(Extract. viburni compositum).

Środek przeciwkrwotoczny z działaniem kojącym bez objawów ubocznych. (tańszy od Extr. hydrastis canad. fluid).

Skład: Hydrastinin. hydrochloric. synthetic., Extract. viburni prunifol. fluid., Extr. piscid. erythr. fluid.

Sposób użycia: zadaje się do wewnątrz w dawkach po 10 - 20 - 40 kropel 3 - 4 razy dziennie.

Pojemność flakonu 20 gram.

Cystosan Spiess

(Species diureticae).

Skład: Fol uvae ursi, Rad. ononidis, Lignum sassafras, Herba herniariae, Fruct. petroselini, Fol. menthae pip., Fruct. cubebae.

Sposób użycia: łyżkę na szklankę wody gorącej do zaparzenia po 2-3 razy dziennie.

Pojemność pudełka 50 gram.

Ferrum carbonicum Spiess Tabulettae

in massa sacchar. obduct.

Każda tabletką zawiera: Ferri sulfurici 0,10 gr., Kali carbonici 0,05 gr., Natri bicarbonici 0,05 gr.

Ferrum carbonicum cum acid. arsenicos. Spiess Tabulettae

in massa cacaotin obduct.

Każda tabletką zawiera: Ferri sulfurici 0,10 gr., Kali carbonici 0,05 gr., Natri bicarbonici 0,05 gr., Acid. arsenicosi 0,001 g.

W tabletkach naszych węglan żelaza wytwarza się dopiero po wprowadzeniu tabletki do organizmu; tym sposobem więc mamy w preparacie naszym ferrum carbonicum in statu nascendi, do czego jak wiadomo przy leczeniu węglanem żelaza dążyć należy.

Flakon zawiera 100 tabletek.

Prurigol Spiess

(Unguentum contra scabiem).

Maść od swierzby, nie plamiąca bielizny, nie posiadająca przykrego zapachu i łatwo odmywająca się wodą.

Pojemność słoika 100 gramów. Opakowanie szpitalne 1 kilogram.

Mesolament Spiess

(Ungt. mesotani cum mentholo).

Maść stosowana w cierpieniach artretycznych i reumatycznych wzamian wewnętrznych preparatów salicylowych.

Skład: mezotan, lanolina, mentol. Sposób użycia: w miejsca bolące wcierać ilości odpowiadające 1-2 łyżeczek od herbaty, co odpowiada 1-2 gr. kwasu salicylowego.

Pojemność tuby około 40 gr.

Digitol Spiess

(Essentia digitalis titrata).

Standardyzowana esencja naparstnicy, posiadająca pewne działanie.

Sposób użycia: dla dorosłych po 15-30 kropli 3 razy dziennie. Pojemność flakonu—15 gr.

Libophan Spiess

(Lithium borotophanicum).

Środek przeciw-dnie oraz ostrym i chronicznym przypadkom goścca stawowego.

Sposób użycia: 4-6 tabletek dziennie. Pojemność rurki 20 tabletek 0,5 gramowych.



WIADOMOŚCI LECZNIKOWE

• PISMO TYGODNIOWE •

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJĘ-
TNOŚCI LEKARSKICH.

Dziesiąty
Lecie drugie.

Ogólnego zbioru № 2774.

Warszawa, d. 1 lutego 1919 r.

Tyreotuberkuloza, czyli o postaci rzekomobazedowicznej gruźlicy płuc.

Podał

Władysław Janowski. (Warszawa).

I. Wiadomo, z jakimi trudnościami wypadła czasem walczyć w celu trafnego i szybkiego rozpoznania początkowych okresów gruźlicy płucnej. Te właśnie trudności są powodem uciekania się w wątpliwych przypadkach do całego szeregu t. zw. pracownianych sposobów pomocniczych rozpoznawania gruźlicy płucnej, jakoto: rozmaite ulepszone sposoby badania płwociny na laseczniki gruźlicze, badania krwi na ich zawartość, badanie składu morfologicznego krwi, różne próby tuberkulinowe, prześwietlanie zapomocą promieni X i t. d. Przenikliwość lekarza polega właśnie na tem, by, obok pedantycznego badania płuc, umiał w porę zestawić trafnie wyniki wszystkich sposobów badania w każdym przypadku, podejrzanym o najwcześniejszy okres gruźliczego cierpienia płuc. Przenikliwość ta winna być zaostrzona w przypadkach, w których objawy kliniczne kojarzą się w sposób, symulujący mniej lub więcej udalnie to lub inne cierpienie, odsuwające pozornie na plan drugi podejrzenie gruźlicy płuc. W ten tylko sposób dochodzi się do wprawy we wczesnem rozpoznawaniu t. zw. skrytych suchot płucnych. Nie wdając się na razie w krytykę słuszności ostatniego rodzaju nazwy, przypominam, że sprawę skrytych postaci suchot płucnych poruszył w naszym piśmiennictwie w roku 1890-tym Sokołowski, który opisał 9 jej postaci, a mianowicie: rzekomo blednicową, sercową, żółzową, zimniczą, żółdkowokiszkową, krtaniową, opłucno-

wą, rzekomo-krupową i rzekomą rozedmę płuc. Opisując w roku 1906 zaburzenia żółdkowe i kiszki w najpierwszych okresach gruźlicy płucnej na zasadzie własnych 700 spostrzeżeń ostatniego rodzaju, zwróciłem wtedy uwagę, że, poza wymienionymi przez Sokołowskiego 9-cio obrazami klinicznymi, należy mieć zawsze w pamięci jeszcze obraz 10-ty i 11-ty, a mianowicie: przypadki najwcześniejszych okresów zachorowania płuc, przebiegające, jako rzekoma influenza, lub też pod postacią rzekomej neurastenii. Często bowiem zdarza się, że u osobników, których skargi ludząco naśladują ciężką neurastenię, dokładne zbadanie płuc wykrywa w nich mniej lub więcej znaczne zmiany gruźlicze, będące podkładem całego obrazu klinicznego, i to nie tylko podmiotowego, ale i przedmiotowego. Przypadki takie, leczone w ciągu miesięcy, a czasem nawet lat, bez żadnego skutku, jako zwykła neurastenia, udaje się poprawić, a nawet trwale wyleczyć, po dłuższem stosowaniu zwykłych sposobów leczenia wczesnych okresów gruźlicy płucnej. Już wtedy, t. j. w roku 1906-tym, zaznaczyłem (11—12), że takie rzekomo neurasteniczne postaci gruźlicy płucnej zależą od wpływów naczynioruchowych na żywe wahania w ukrwieniu mózgu, powstające pod działaniem jadu gruźliczego. Do bliższego opisu rzekomo neurastenicznych postaci gruźlicy płucnej i do omówienia niezmiernie praktycznej wagi trafnego rozpoznania tego rodzaju

przypadków mam zamiar powrócić w przyszłości. Obecnie zaś pragnę tu omówić tylko tę grupę przypadków gruźlicy płucnej, którą, przy powierzchownym badaniu chorego, możnaby zaliczyć do rzekomo neurastenicznych, która ma jednak tak znamienne cechy kliniczne, zależne od podrażnienia gruczolu tarczowego, że musi być wydzielona w oddzielną postać kliniczną początkowych okresów gruźlicy płucnej, a mianowicie, w postać tarczycową. Jeżeli objawy podrażnienia tarczycy nie są jeszcze zbyt wydatne, wtedy tego rodzaju chorzy skarżą się na pospolite, mniej lub więcej wydatne objawy neurasteniczne, wskutek czego odnośne przypadki możnaby jeszcze zaliczyć do rzekomo neurastenicznych postaci gruźlicy płucnej. Gdy jednak dochodzą one do pewnego natężenia, występuje szereg objawów, mniej lub więcej łudząco naśladujących chorobę Basedowa, za którą też nieraz są brane. Są to więc, mówiąc zgruba, rzekomo basedowiczne postaci gruźlicy płucnej, stanowiące w ten sposób 12-ty obraz kliniczny t. zw. skrytych suchot płucnych u osobników dorosłych. U dzieci spotykamy się tylko z 9-ma tego rodzaju postaciami klinicznymi gruźlicy, gdyż postaci rozedmowa, sercowa i krtaniowa u nich się nie zdarzają.

II. Związek wzajemny między gruźlicą płucną i tyreozą jest tak częsty, że wydać się musi dziwnym, dlaczego tak długo nie był poruszany w piśmiennictwie. O ile wiem, Woskresienski był pierwszym autorem, który w ciekawym swym artykule wspomniał, co prawda, przelotnie, ale wyraźnie, o tem, że objawy nerwowe mogą w przebiegu gruźlicy płucnej ułożyć się w ten sposób, że odnośni chorzy są uważani za cierpiących na chorobę Basedowa. Następnie Vitry i Giraud oraz Poncet i Leriche zwrócili uwagę na wzajemny stosunek gruźlicy i zmian, spostrzeganych w gruczole tarczycowym, zarówno pod względem budowy jego anatomicznej, jak i procentowej zawartości w nim jodu. Ramond i Bloch przytoczyli w roku 1909 przypadek, w którym spostrzegali rozrost tarczycy i wytrzeszcz w początkowym spokojnym przebiegu gruźlicy płucnej. Pierwszym jednak autorem, który kategorycznie wypowiedział się za tem, że objawy choroby Basedowa są często oznaką zakażenia gruźliczego, był rodak nasz Franciszek Białokur. Autor ten w szeregu swoich prac, ogłaszanych po polsku, rosyjsku i po niemiecku, naszkicował bardzo trafnie obraz kliniczny osobników gruźliczych z objawami choroby Basedowa i we wnioskach swo-

ich wypowiedział się stanowczo za tem, że objawy choroby Basedowa są bardzo często wyrazem zakażenia gruźliczego, wskutek czego objawy basedowizmu mogą często wskazywać skrycie przebiegającą gruźlicę płuc, na której przebieg kładą swoisty odcień. Na Białokura więc spada prawdziwa i trwała zasługa skutecznego poruszenia w piśmiennictwie interesującej nas tu sprawy. Po nim ogłosili swoje odnośne spostrzeżenia Hufnagel, Jadwiga v. Brandenstein, Tytuszkina, Zajdner, Hollos, Menzer oraz inni, z których spostrzeżenia Saathoffa uważać należy za najtrafniejsze i najbardziej oświeclające sprawę. Po dokładniejsze piśmiennictwo odsyłam czytelnika do najnowszej pracy Białokura (4). Pragnę tu tylko zaznaczyć, że z autorów polskich poruszał tę sprawę pośrednio, a częściowo i bezpośrednio, w swych pracach o chorobie Basedowa A. Puławski (20, 21, 21a).

Przechodząc zaś do omówienia materiału własnego, dotyczącego stosunku tyreozy do gruźlicy, pragnę zaznaczyć na wstępie, że sprawą tą interesuję się od lat przeszło 13-tu. Z ogłoszeniem swych poglądów czekałem jednak aż do zebrania znacznej liczby spostrzeżeń. Podobną ostrożność uważam, z łatwo zrozumiałych powodów, za szczególnie niezbędną, gdy chodzi o wyodrębnienie pewnych postaci chorobnych jedynie na zasadzie spostrzeżeń klinicznych. Kierowany tą zasadą, ogłaszałem swego czasu swoje spostrzeżenia o nerwobólach, o zaburzeniach żołądkowo-kiszczkowych w początkowych okresach gruźlicy płucnej oraz o wartości klinicznej badania ciśnienia krwi w różnych stanach chorobnych dopiero po zdobyciu materiału, przekraczającego 300 spostrzeżeń. Doszedłem bowiem empirycznie do wniosku, że dopiero czwarta i następne setki spostrzeżeń przestają wносить do zdobywanego materiału zasadniczo nowe rysy lub większe wahania w ewent. potrzebnych obliczeniach odsetkowych. Dążenie do zebrania szczególnie znacznego materiału, który pozwoliłby mi omówić stosunek tyreozy do gruźlicy płucnej, uważałem za konieczne z kilku powodów. Przedewszystkiem, zarówno rozpoznanie stanów tyreozy, jak i początkowych okresów gruźlicy płucnej, opiera się często na szeregu objawów, z których każdy pojedynczo nie ma na pozór zasadniczego znaczenia, podczas gdy szereg tych minimalnych objawów chorobnych, umiejętnie w każdym przypadku zgrupowany i zestawiony, nabiera często znaczenia rozstrzygającego. Następnie, dopiero wprawa w robieniu odnośnych spostrzeżeń, nabywana po zbadaniu

pierwszych kilkuset przypadków, uzasadnia pewną śmiałość we wnioskowaniu co do dalszego szeregu spostrzeżeń. Wreszcie, na zasadzie materiału własnego oraz znanego mi z piśmiennictwa, zdawałem sobie sprawę, że w badaniu stosunku tyreozu do gruźlicy ma szczególną wagę rodzaj spostrzeganego materiału, zależny od wieku i płci chorych, od miejsca ich zamieszkiwania oraz od różnych warunków ich spostrzegania, jako to: w szpitalach, różnego rodzaju uzdrowiskach, w różnych miejscach kąpielowych i t. d., o czym pomówię niżej. Okoliczności życia mego osobistego postawiły mię dopiero od r. 1915-go w tych właśnie warunkach, że do posiadanego do tego czasu doświadczenia osobistego na zasadzie materiału, zbieranego w Warszawie na chorych miejscowych i z wielu okolic całej dawnej Rzeczypospolitej, mogłem też dodać zupełnie odmienny obfity odnośny materiał, spostrzegany w ciągu lat dwóch w Piotrogradzie oraz w Kisłowodzku i w Essentukach. Okoliczność ta wpłynęła na przyśpieszenie opracowania mego materiału. Chcąc być szczególnie ostrożnym we wnioskowaniu, opierałem się przy skreśleniu niniejszej pracy nie na całym posiadanym przezemnie materiale, dotyczącym początkowych okresów gruźlicy płucnej, lecz jedynie na ostatnich 3000 odnośnych spostrzeżeń pozaszpitalnych. Mam bowiem to przekonanie, że w dawniejszych swych spostrzeżeniach, dotyczących postaci początkowych gruźlicy płucnej, niewątpliwie przeoczyłem niejedną szczegół, wskazujący, że miałem być w nich do czynienia jednocześnie z mniej lub więcej wyraźnymi objawami tyreozu. Dopiero korzystanie z tak dużego materiału, opartego na notatkach, robionych w czasie, kiedy mogłem już posiadać dostateczne w tej mierze doświadczenie, uprawnia mnie, sądzę, do wypowiedzania się w sposób zupełnie określony w sprawie niektórych spornych w tej kwestyi szczegółów. Zdołałem bowiem w ten sposób zebrać 526 przypadków tyreotuberkulozy. Podawać je jednak będę poniżej stale, jako 510. Nie wpłynie to bowiem w niczem na moje wnioski, a uprosi znakomicie poniżej podawane obliczenia odsetkowe.

III. O przypadkach typowych, że tak powiem, klasycznych, thyreozu w przebiegu gruźlicy można powiedzieć bez wielkiej przesady, że rozpoznanie ich jest czasem możliwe od pierwszego rzutu oka na chorego, a właściwie na chorą, gdyż, jak to niżej zaznaczę, odnośne spostrzeżenia dotyczą najczęściej kobiet.

Zacznijmy od wywiadów. Grają one szczególnie ważną rolę w sprawie rozpoznawania omawianego tu cierpienia przez charakterystyczność w swej części, dotyczącej skarg nerwowych i duchowych z jednej strony, z drugiej zaś — przez skargi chorych na poty, dreszyczki, względne wahania ciepłoty, łatwe zaziębianie się, kaszel, zaburzenia w trawieniu i t. d. Z tego powodu postaramy się przedstawić tę stronę obrazu klinicznego ze szczególną wypukłością. Okaże się wtedy, że druga połowa skarg chorego, przez istotę swej treści, winna skierować szczególną uwagę lekarza na dokładne zbadanie szczytów płucnych.

1) Już przy wejściu do pokoju typowej chorej widać, że wszystkie jej ruchy nacechowane są nadzwyczajnym pośpiechem, a już pierwsze słowa opowiadania wskazują nadzwyczajne pobudzenie. Wskutek tego pobudzenia nawet kilkuminutowe przebywanie chorych w poczekalni niesłychanie je drażni. Dlatego już przy zamawianiu sobie telefonem kolei, takie chore często upewniają się z naciskiem, czy doprawdy czekać nie będą, twierdząc, że czekania absolutnie nie znoszą. Poproszone do gabinetu, podobne chore często prawie wbiegają do niego. Opowiadanie zaczynają, zanim zdołają usiąść i wymienić swoje nazwisko. Rozpoczynają często od zastrzeżenia, że są wyjątkowo ciężko chore i dlatego proszą o zwrócenie na nie szczególnej uwagi; że nie wiedzą, czy zdołam je wysłuchać z należytem współczuciem i cierpliwością, i czy potrafię ich cierpienia zrozumieć i wyrozumieć. Zapytane o nazwisko, szybko je wymawiają w sposób, kryjący w sobie wymówkę, że odwracam przez to uwagę od ciągłości opowiadania, które pragnęłyby wyrzucić z siebie niejako jednym tchem, gdyż oczywiście, treść jego rozsądza im piersi. Chore takie mówią głośno, wiele i niezmiernie prędko, tak, że często gubią wątek myśli. Podczas rozmowy często głęboko wzdychają i zachowują się tak niespokojnie, jak gdyby cierpiały na duszność. Jeżeli chorej takiej pozwolić swobodnie mówić, co zawsze robię, wtedy cała treść jej opowiadania, powtarzającego w kółko to samo, lecz w coraz innych słowach, obraca się około skargi na niesłuchany stopień zmęczenia, bicia serca i jakiejś trawiącej ją obawy względnie niepokoju lub nawet strachu. Mówiąc nadzwyczaj niespokojnie, chora często drży cała ze strachu, czy zdąży wszystko opowiedzieć z taką wyrazistością, by lekarz został dostatecznie przerażony stopniem jej cierpienia, i czy może on odczuć

jej ciągłą rozpacz oraz trawiącą ją niewiarę w możliwość trafnego rozpoznania jej stanu i przyniesienia jakiegokolwiek ulgi jej cierpieniu. Podczas całego tego opowiadania chora rumieni się, blednie, na twarzy ma nieschodzący wyraz strachu i przerażenia, który wogóle tego rodzaju osobników cechuje. Bardzo często chora wybucha też bez przyczyny płaczem. Zwykle podobne chore zaczynają płakać w ciągu swego opowiadania, pobudzone do tego jego treścią. Jeżeli jednak tego rodzaju chorej wypadnie nieco dłużej czekać w poczekalni, wtedy czasem już sama myśl o treści zamierzonego przez nie opowiadania tak je pobudza, że wchodzą do gabinetu z chustką przy łzawiących oczach i całe swoje wulkaniczne opowiadanie rozpoczynają dopiero po uspokojeniu pierwszego wybuchu płaczu. Lekarza uderza przytem niezmierny blask niespokojnych, a jednak żywo w niego wpatrzonych oczu chorej, wyrażających jednocześnie strach i zdziwienie, żywość opowiadania i akcentowania szczegółów oraz energia towarzyszących całemu opowiadaniu ruchów. Wszystko to dziwnie odbija od twarzy, zdradzającej wielkie przemęczenie, i całej postaci, uderzającej swoją bladością, wychudzeniem i wogóle wiotkością. Wydaje się, że mamy przed sobą jakiś niespokojny, chwilami wulkanicznie wybuchający duch, więziony jednak w pajęczych powłokach.—Takim jest typ zachowania się nadpobudliwych gruźliczych chorych, cierpiących jednocześnie na thyreozę, o ile skutki trwania tego skojarzenia przyczyniły się już położyć na obrazie klinicznym swe piętno w należytych stopniu, a właściwie napięciu. Rozumie się, że od tego typowego obrazu spotyka się liczne i znaczne odchylenia, zależne od społecznego stanowiska osobnika, od stopnia jego dotknięcia thyreozą, a przede wszystkim od czasu trwania cierpienia. Ogólny jednak typ zachowania się tego rodzaju chorych zdradza, jak powiedziałem, zawsze wyżej nakreślony obraz strachu i zderzenia o cechach wielkiego niepokoju, gniewu i pewnej irytacji, które jednak ustępują, gdy tylko choremu pozwolić się wypowiedzieć. Zadaniem lekarza wprawno jest zorientować się już z pierwszych kilku słów chorego, z kim ma doczynienia. Kilka pytań, trafnie w takim razie rzuconych, albo kilka zdań, dopowiadających myśl chorego, gdy ją z powodu roztargnienia lub płaczu przerywa, ma tu wtedy to znaczenie moralne suggestyjne, że zrozpaczony chory nabiera do lekarza tego stopnia zaufania, który, jak to omówię w końcu, stanowi pierwszy i zupełnie niezbe-

dy warunek skutecznego leczenia, ze względu na to, że musi ono być prowadzone przez czas dłuższy i z dokładnie wytkniętym planem.

Jest to najczęstszy typ zachowania się tego rodzaju chorych w Rosyi, gdyż stanowi tam z górą $\frac{3}{4}$ spostrzeganego tego rodzaju materiału.

2) Przeciwnie, inni tego rodzaju chorzy zjawiają się do lekarza w znacznym stopniu apatii. Często siedzą w poczekalni prawie drzemający. Niektóre chore są tak wyczerpane, że przyprowadzają kogoś, by za nie ich skargi wypowiedział. Siedzą zgięte pałkowato. Na pytania odpowiadają apatycznie, powoli, cicho. Po kilku pytaniach wybuchają płaczem, zakończonym twierdzeniem, że nie są w stanie nic powiedzieć, o niczem myśleć, nic robić, a nawet poruszać się, gdyż dostają przytem bicia serca i jakiegoś jego pociągania. Wszystkie twierdzą, że są tak wyczerpane, że „umierają“ ze zmęczenia. Udaje się czasem przytem ustalić, że z powodu uczucia strasznego przemęczenia i wyczerpania takie chore nie są w stanie stać nawet jakichś pięciu minut z rzędu, np. u krawcowej przy przymierzaniu ubrania lub podczas badania u lekarza. Niektóre z nich dostają nawet przy tak drobnym wysiłku fizycznym lekkiego zawrotu głowy i lekkiego omdlenia. Oczy takich chorych są prawie bez blasku życia i przytem widocznie spłowiałe, jakby „wymoczone“. Rzuca się to klinicyście w oczy najczęściej odrazu; czasem jednak stwierdzić to można dopiero po rozmowie z chorą. Nawet krótka bowiem rozmowa niezmiernie męczy ten typ chorych, co odbija się czasem na szybkim spłowieniu oczu. O ile pierwszy rodzaj chorych skarży się często na bezsenność lub na niespokojne sny, podczas których chorzy zrywają się czasem z krzykiem, o tyle chore ze stanem przygnębienia podkreślają najczęściej nawet bez pytania, że są tak zmęczone, iż wiecznie by spały.—Rzecz prosta, iż w naszkicowanym tutaj obrazie przemęczonego tyreotuberkulika spotykają się różne stopniowania. Cecha jednak ogólna odnośnego zachowania się tego typu chorych przygnębionych, stanowiącego ogółem 22% mego materiału tyreotuberkulików w Rosyi i przeszło połowę z materiału, zebranego przeze mnie w Polsce, da się zamknąć w wyrazach: rozpaczliwa apatia i przemęczenie z decyzją na wszystko, byle poczuć jakikolwiek dopływ gasnących sił.

3) Przy bliższem zbieraniu wywiadów u obydwóch typów chorych udaje się z łatwością stwierdzić u niektórych z nich okreso-

wość objawów pobudzenia lub apatii i względnie krótkiego stanu normy, alko też naprzemienność objawów nerwowych, to jest kolejne występowanie kilkodniowej zupełnej apatii przy pobudzeniu i bezsenności w ciągu pozostałego czasu, albo wreszcie króciutkie wybuchy nadpobudliwości, przerywające długie stany stałego znacznego przygnębienia. Wreszcie część chorych miewa okresy stanu normalnego, przedzielające od siebie na krótko stany pobudzenia i apatii. Słowem, całe zachowanie się omawianych tutaj obu typów chorych sprawia na niedoświadczonego lekarza mylne wrażenie, że ma do czynienia z neurastenią zwyczajną, okresową, naprzemienną lub kołową, lub z poronną formą zwykłej choroby Basedowa.

4) Tymczasem dalsze zbieranie wywiadów wykazuje, że tego rodzaju chorzy łatwo ziebna, co dotyczy zwłaszcza nóg, miewiają wahania ciepłoty, która może w jednych przypadkach dochodzić zaledwie do $37,2^{\circ}$ — $37,3^{\circ}$ po południu, w innych jednak dochodzi nawet do $37,8^{\circ}$. Od innych chorych, którzy nie zwracali dotąd uwagi na swoją ciepłotę, dowiadujemy się, że nie tylko łatwo pocą się po nieznacznych wysiłkach fizycznych, ale że nadto często pocą się w nocy, co już samo budzi podejrzenie, że odnośni chorzy mają od czasu dłuższego mniej lub więcej nienormalne wahania ciepłoty. Już te dwie okoliczności, t. j. poty i wahania temperatury w wywiadach, same przez się powinny przekonywać klinicystę, że nie ma do czynienia ani ze zwykłą neurastenią, ani ze zwykłą chorobą Basedowa w lekkim stopniu. Pozwalam sobie bowiem, na zasadzie swego doświadczenia osobistego, twierdzić, zgodnie z Białokurem, Saathoff'em oraz innymi, że w przebiegu czystej choroby Basedowa, nie powikłanej gruźlicą, nie mają miejsca ani poruszenia gorączkowe ciepłoty, ani też, zgodnie z tem, ogólne poty. Basedowicy skarżą się, przeciwnie, na nadmierne uczucie gorąca i na suchość skóry. Co do spostrzeżeń Sterna, Charcot'a i Eppingera, a z naszych autorów A. Puławskiego, którzy twierdzą, że wahania temperatury zdarzają się i w przebiegu czystej choroby Basedowa, lub podają opisy postaci poronnych tej choroby z wahaniami ciepłoty (A. Puławski), postawiłbym z naciskiem zastrzeżenie, że nie jest wiadomem, czy dłuższe spostrzeganie tych przypadków wyłączyło w nich lekką postać gruźlicy płucnej lub gruczolów oskrzelowych z należyтым stopniem dokładności. Chwalebną ostrożność w tej mierze zaleca

A. Puławski (21a) w ostatniej swej pracy, w której powiada, że w kilku przypadkach choroby Basedowa znalazł gruźlicę płuc, jako powód wahań ciepłoty. Istotnie, kto pragnie rozpoznać Basedowa, a tembardziej różne stopnie thyreozy samoistnej, nie ukształtowane jeszcze w chorobę Basedowa, albo wysoki stopień neurastenii, ten nie może nigdy i pod żadnym pozorem zaniechać dokładnego rozpytania się o poty w wywiadach, ani dokładnego mierzenia ciepłoty przynajmniej w ciągu 8-iu dni. Inaczej naraża się przytem często na przeoczenie początkowych okresów gruźlicy płucnej. U kobiet, uchodzących za cierpiące tylko na neurastenię, podobne systematyczne mierzenie ciepłoty jest szczególnie niezbędnem na kilka dni przed peryodem. Wiadomo bowiem, że w najwcześniejszych postaciach gruźlicy płucnej poruszenia gorączkowe występują czasem tylko przed peryodem. Potrzebę zachowania tej oględności podkreślam z naciskiem dlatego, że sam obraz kliniczny thyreozy wogóle, względnie choroby Basedowa, ma to do siebie, że, wskutek niezwyklej wyrazistosci objawów klinicznych podmiotowych, często ułatwiających klinicyście rozpoznanie w znacznym stopniu, nieraz skłania mniej doświadczonego lekarza do zaniedbania tego lub innego ze zwykłych sposobów badania przedmiotowego. Przyczynia się to często do zapoznania w podobnych przypadkach gruźlicy płucnej, czasami zaś i do przeoczenia współistniejącej wady serca, co wpływa w obu przypadkach na poważny błąd w rokowaniu.

5) Tak więc, jak powiedziałem, wywiady, wykazujące u omawianego tutaj typu chorych poty i wahania ciepłoty, już same przez się każą nam doszukiwać się gruźlicy, jako podkladu, na którym rozwinął się cały obraz chorobny. Dalsze wywiady wykazują przytem często, że chorzy kaszlą lub przynajmniej pokaszują, że się często zaziębiają, że często zapadają niby to na influencę, co wszystko podejrzenie co do gruźlicy umacnia. U niektórych chorych udaje się ustalić nawet nieznaczne krwioplucia w wywiadach, co, obok wahań ciepłoty, prawie przesądza sprawę w kierunku gruźlicy już na zasadzie samych wywiadów.

6) Następnie prawie od połowy tego rodzaju chorych dowiadujemy się, że cierpią oddawna i często na biegunki, występujące u nich, jak to specjalnie wykazałem dla chorych na początkowe okresy gruźlicy wogóle, bez wyraźnego związku z rodzajem spożytego pokarmu. W drugiej połowie

przypadków tego rodzaju chorzy skarżą się, przeciwnie, na nadzwyczaj uporczywe zaparcia, przerywane czasem biegunkami, występującymi bez wszelkiej przyczyny, z bólem w brzuchu lub kiszka. Co do objawów żołądkowych, to są one takie same, jak te, które w roku 1907-ym opisałem, jako charakterystyczne dla początkowych okresów gruźlicy wogóle i zdarzające się u $\frac{1}{3}$ części odnośnych chorych. Spotykamy więc skargi na brak apetytu, odbijania lub nawet zwracania pokarmów do gardła bez mdłości, wrzecie na tępe ssące lub ostre bóle w żołądku lub wogóle w brzuchu. Słowem, udaje się u tego rodzaju chorych ustalić różne postaci zaburzeń w trawieniu, z których każda poszczególnie może się zdarzać w neurastenii, a niektóre, jak mdłości i biegunka, są charakterystyczne dla samej hyperthyreozy. Jeżeli jednak objawy te towarzyszą wskazanym w wywiadach powiększonym wahaniom ciepłoty, potem, a tembardziej częstemu zaziębieniu się i pokasywaniu, w takim razie powiększają one bardzo podejrzenie gruźlicy płucnej.

7) Ażeby skończyć z wywiadami, dodać należy, że tego rodzaju chorzy sami z naciśnięciem zaznaczają, że bardzo schudli. Chudnięcie to trwa zazwyczaj od dłuższego czasu. Spadek wagi ciała może przytem wynosić 10—20—30, a nawet przeszło 40 funtów, tak, że chore same zaznaczają, że zmieniły się nie do poznania i że nie są w stanie przeciwdziałać wychudzeniu nawet przez szczególnie staranne odżywianie się.

IV. Przechodzimy do objawów przedmiotowych.

1. Co się tyczy przedewszystkiem budowy ciała tego rodzaju osobników, to jest ona w znacznej większości przypadków typowa dla gruźliczych wogóle. Uważam więc za bezcelowe podawanie odnośnego znanego obrazu, dotyczącego kośćca wogóle i klatki piersiowej w szczególności, paznogi, owłosienia, uzębienia i t. d. Pragnąłbym tylko zaznaczyć, że skojarzenie thyreozy z gruźlicą spotykałem u kobiet rozmaitego wzrostu i niezawsze o typowej płaskiej i paralitycznej klatce piersiowej, podczas gdy prawie wszyscy odnośni mężczyźni byli wysokiego wzrostu i mieli płaską, a nawet paralityczną klatkę piersiową. Ręce takich chorych są niemile w dotknięciu, gdyż są zimne i mniej lub więcej wilgotne. Całe ciało ma często charakterystyczny mniej lub więcej niemiły zapach jakby czosnku, który szerzy się po całym pokoju, gdy tylko chory zdejmie zwierzchnie ubra-

nie, a czasem nawet, gdy tylko chora zaledwie odepnie stanik.

2. Narzędem, na który należy przedewszystkiem zwrócić uwagę w przypadkach z wyżej przytoczonymi wywiadami, a który właściwie w znacznej większości przypadków sam na siebie uwagę lekarza od razu zwraca, jest gruczoł tarczowy. Okoliczność tę uwzględniają należycie w swych pracach Białokur, Vitry i Giraud, Poncet i Leriche, Penaru i Caplescu, v. Brandenstein, Hufnagel, Gilbert, Castaigne, Saathoff, Zeidner, Weitzel, Sabourin i inni. Z prac tych wynika, że wogóle gruczoł tarczowy ulega najrzadziej powiększeniu u dzieci (u których Hufnagel stwierdził jego powiększenie zaledwie 31 razy na 1247 badanych osobników żółzowatych), nieco częściej u mężczyzn (20% gruźliczych) a najczęściej (około 33%) u kobiet, u których stanowi objaw banalny (Poncet i Leriche). Ostatnią okoliczność Saathoff tłumaczy słusznie tem, że gruczoł tarczowy gra u kobiet czynniejszą rolę w sprawie regulowania krążenia wewnętrznego, niż u mężczyzn. Przemawiają za tem zmiany tarczycy, stwierdzane podczas ciąży i peryodów u kobiet klinicznie, a u zwierząt doświadczalnie.

Zdawałoby się na pozór, że niema nic prostszego, jak stwierdzenie, czy danemu przypadkowi towarzyszy powiększenie tarczycy, czy też nie. Tymczasem zorientowanie się w tym kierunku wymaga pewnej wprawy i konsekwencyi w badaniu tych chorych podczas każdego ich powrotu do lekarza. W niektórych przypadkach gruczoł tarczowy jest powiększony równomiernie tak znacznie, że dosięga wielkości pięści i więcej. Niema wtedy żadnej trudności rozpoznawczej. Jest on również bardzo widoczny, gdy powiększeniu, chociażby nieznacznemu, podlega jego część środkowa pomiędzy mięśniami tarczycowomostkowymi. Czasami gruczoł jest powiększony w ten sposób, że tworzy niejako tylko mniej lub więcej szeroką klamrę rozmaitej grubości pod chrząstką tarczycową, podczas gdy boczne części tej klamry są wąskie i o tyle cienkie, że występują wyraźniej dopiero podczas kaszlu chorego. W innych przypadkach gruczoł tarczycowy jest powiększony w ten sposób, że wypełnia tylko najniższą część szyi. Może on być przytem wielki do tego stopnia, że powoduje rozszerzenie dolnej części szyi między przyczepami obojczykowymi mięśni obojczykosutkowych, a nawet nieco nazewnątrz od nich, a pomimo to szyja wydaje się na pierwszy rzut oka w swej dolnej części spłaszczoną. Takie właśnie przy-

padki ulegają najczęściej przeoczeniu, choć liczba ich jest bardzo znaczna. Tymczasem wystarczy uważniej przyjrzeć się podobnej szyi i wymacać ją przed kaszlem i podczas kaszlu, aby przekonać się, że ma się do czynienia ze zwiększeniem gruczołu tarczowego, który zdążył był sobie stopniowo wytworzyć już tak wielkie łożysko („łożę”) ku dołowi i tyłowi, iż w ten sposób uwagi niedoświadczonego klinicysty uchodzi. W innych przypadkach powiększenie gruczołu tarczowego dotyczy wprawdzie wszystkich trzech jego zrazów, ale jest o tyle nieznaczne, że można je stwierdzić dopiero przez uważne zbadanie szyi. Wreszcie zdarza się czasem, i to bynajmniej nie rzadko, że gruczoł tarczowy powiększony, wskutek zachowania miękkiej swej konsystencji, uchodzi uwagi nie tylko chorego przez czas dłuższy, ale i lekarza, przez szereg tygodni. Tymczasem naraz, po ciężkim zmartwieniu, po znaczniejszym przemęczeniu, dłuższym niewysypianiu się, po świeżo przebytej chorobie zakaźnej lub, np., przed peryodem, albo tuż, po nim, powiększenie jego staje się tak widoczne, iż lekarz, o ile nie docenia znaczenia powyższych czynników, dziwi się sam sobie, jak mógł być poprzednio podobny stopień powiększenia tarczycy przeoczyć. Powyższe względy tłumaczą z dostateczną, sądzę, jasnością, jak starannie należy badać tarczycę w przypadkach gruźlicy płucnej z wyżej wyliczonym brzmieniem wywiadów. Jeżeli te ostatnie przemawiają za tyreozą, to niemożność stwierdzenia powiększenia tarczycy podczas jednorazowego badania chorego bynajmniej rozpoznaniu tyreozy nie przeczy, o ile przemawiają za nią inne, poniżej przytoczone objawy. Następnie pragnę zaznaczyć, że w jednych przypadkach tarczyca rozrasta się szybko, i wtedy zwraca uwagę chorego i jego otoczenia. Przeciwnie, w innych przypadkach rozrastanie się tarczycy następuje stopniowo. Towarzyszy mu stopniowe też zniekształcenie szyi, dzięki któremu ani chory ani jego otoczenie zmiany w niej nie dostrzegają, a lekarz może również w takich przypadkach powiększenie tarczycy przeoczyć. Co się tyczy wreszcie czasu od

początku zakażenia gruźliczego płuc, w ciągu którego tarczyca ulega powiększeniu, to ścisła odpowiedź na to pytanie nie jest możliwa z powodu, iż lekarz nie widzi zazwyczaj chorego od początku wystąpienia tego objawu, ani też nie może orzec z należytą dokładnością, kiedy płuca chorego uległy zakażeniu gruźliczemu. Po odpowiednim leczeniu tarczycy, nawet znacznie powiększona, może ulegać stopniowemu i trwałemu zmniejszeniu się do normy, albo tak blizkiemu normy, że trudno potem dopatrzeć się jej nawet przy uważniejszym badaniu. W jednych przypadkach potrzeba na to około dwudziestu miesięcy czasu, podczas gdy w innych następuje to już po 6 — 8 miesiącach leczenia.

Pragnę wreszcie zwrócić szczególną uwagę na tych chorych, doskonale zbudowanych i czujących się dotąd dobrze, którzy ulegają po jednym z wyżej wymienionych czynników, osłabieniu ogólnemu, połączonemu ze znacznym powiększeniem się tarczycy. Podobni chorzy brani są zawsze za czystych basedowików jedynie z powodu niezwrócenia u nich uwagi na poty i wahania ciepłoty, a przede wszystkim z powodu tak pospolitego zaniechania dokładnego zbadania ich szczytów płucnych. Jeżeli bowiem wogóle dokładne badanie szczytów nie stało się jeszcze dotychczas abecadłem klinicysty w stopniu tak należyтым, jak na to zasługuje, to uwaga ta dotyczy przede wszystkim badania szczytów u osobników o pozornie zdrowej budowie ciała, zwłaszcza zaś o konstytucji artretycznej. Spostrzegalem bowiem około 10-ciu tego rodzaju chorych, traktowanych jedynie jak neurastenników lub zapadłych na chorobę Basedowa, podczas gdy całe ich wywiady, a przede wszystkim stan fizyczny ich wierzchołków, w zestawieniu ze stopniem powiększenia gruczołu tarczowego, przemawiały za gwałtownym rozwijaniem się thyreotuberkulozy u tych niewątpliwie artretycznych osobników. Wszystkie te przypadki, odporne na inne leczenie, poprawiały się dopiero po zastosowaniu leczenia, właściwego dla thyreotuberkulozy.

(Dok. n.).

Notatka lekarska.

Tracheo-laryngitis fibrinosa (crouposa) pochodzenia prawdopodobnie, niebłoniczego jako powikłanie influency¹⁾.

W połowie września r. z. leczyłem całą rodzinę pp. D., której prawie wszyscy członkowie (matka i jej siostra, troje dzieci) zapadały po kolei na panującą w tym czasie influencję z wybitnymi objawami ze strony górnego odcinka dróg oddechowych — niezżytem nosa, gardzieli, krtani i tchawicy przy dość wysokiej ciepłocie (do 39,5°) i innych objawach influency (dreszcze, rozłamanie, ból kończyn i gałek ocznych i t. d.). Choroba przebiegała zresztą bez szczególnych powikłań. Ostatnią zachorowała 18-letnia Janina G., siostra pani domu. Była to osoba zupełnie zdrowa, tylko w dzieciństwie przechodziła ciężką płonicę, powikłaną błonicą gardzieli, wskutek czego miała zastrzykiwaną surowicę przeciwbłoniczą. Przebieg influency u panny G. był dość ciężki — wysoka gorączka (do 40°), osłabienie, ból głowy i t. d. Po 4 czy 5 dniach objawy te przeszły i chora wbrew memu zaleceniu zbyt prędko powróciła do zajęć biurowych. Żaraz pierwszego dnia przyszła do domu z chrypka, ale ponieważ nie miała gorączki, nie porzucała pracy. Trzeciego jednak dnia ciepłota ciała podniosła się do 40°, a wzmagająca się chrypka i ciężki stan ogólny zmusił chorą do ponownego położenia się do łóżka. Badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych zmian w gardzieli, prócz silnego zaczerwienienia. Wezwany na poradę kol. Tryjarski znalazł silne zaczerwienienie i obrzmienie nagłośni oraz nieznaczny żółtawy nalot na strunach głosowych. Trudno było zdjąć nalot do badania bakteriologicznego, ale, mając na względzie wzmagającą się chrypkę, dochodzącą do bezgłosu oraz ogólny ciężki stan chorej, podejrzewaliśmy, że mamy do czynienia z błonicą krtani i postanowiliśmy bezwzględnie zastrzyknąć surowicę przeciwbłoniczą (4000 jed.). Efekt okazał się dość słabym — ani gorączka, ani chrypka nie zmniejszyła się, tak że po 24 godzinach zastrzyknięto powtórnie taką samą dawkę surowicy.

Po 24 godzinach ciepłota nieco spadła, zjawiał się wilgotny kaszel, przyczem chora zaczęła wykrztuszać błony białe w znacznej ilości. Wśród nich uderzały błony w postaci dość szerokich i długich rurerek, posiadających na sobie wyraźne odbitki chrząstek tchawicy oraz cylindrycznych dość grubych włókien. To nas utwierdziło w przekonaniu, że mamy do

czynienia z krupem, a że stan chorej mało się poprawiał zastrzyknięto jeszcze raz 2000 jednostek surowicy.

Stan chorej poprawiał się nieznacznie i nie przestawał budzić pewnych obaw, gdyż gorączka dochodziła wieczorem do 39°, chrypka nie ustępowała, w moczu zjawiał się nieznaczny białkomocz (bez wałeczków i krwinek). Tylko badanie krtani wykazywało poprawę — błony przestały się wydzielać, nalot z tchawicy i krtani stopniowo znikał. Ku naszemu zdziwieniu kol. Mutermilch z błon danych mu do badania nie wyhodował pasorzytów Löflera, tylko na preparatach widział pneumokoki Frenkla. Zanim jeszcze to badanie było ukończone, 6-letnia córeczka pani D. dostała gorączki (do 39) a na migdałach zjawiał się żółty nalot. Nie czekając na wynik badania tego nalotu i mając niemal pewność, że mamy do czynienia z błonicą, zastrzyknęliśmy młodszej pacjentce 2000 jed. surowicy. Na drugi dzień zjawiał się żółtawy nalot na błonie śluzowej, co nas do pewnego stopnia utwierdziło w słuszności naszego rozpoznania i upoważniło do zastrzyknięcia surowicy młodszej siostrzyczce 4-letniej Janinie, która zaczęła gorączkować i uskarżać się na ból gardła choć ta nie miała nalotu; należy przytem dodać, że nie przechodziła jeszcze influency. Sama wreszcie pani D., pielęgnująca siostrę i dzieci, zaczęła gorączkować, uskarżać się na ból gardła, badanie przedmiotowe wykazało gorączkę (do 39) i nalot na obu migdałach. Tej jednak nie zastrzykiwaliśmy surowicy, poprzestając na zasypywaniu gardła jodolem.

Dla kontroli posłaliśmy do ponownego badania zarówno nalot z krtani panny G. oraz jej siostrzenicy (nalot z migdałów i nosa), jak również i pani D. Kol. Mutermilch po starannie przeprowadzonym badaniu zawiadomił nas, że w żadnym z przysłanych nalotów nie udało mu się wyhodować pasorzytów Löflera, tylko, podobnie jak w przysłanych poprzednio błonach, znalazł pneumokoki Frenkla. O ile stan chorych dziewczynek i p. D. poprawił się bardzo szybko, o tyle w stanie panny G. zjawily się dość alarmujące objawy. Mniej więcej w 5 dni po ostatnim zastrzyknięciu surowicy zjawily się dreszcze, podniesienie ciepłoty do 41° (sic!) i obrzmienie obu ślinianek przyusznych z bardzo silną bolesnością tychże, tak że byliśmy przekonani, iż mamy do czynienia z *parotitis septica duplex*; nie dość na tem, w 24 godziny potem zjawiał się obrzęk twa-

¹⁾ Komunikowane na posiedzeniu klinicznym w szpit. D. J. d. 26. X. r. z.

rzy, obu kończyn dolnych, na których skórze zjawiała się bardzo swędząca pokrzywka. W moczu, prócz nieznacznego białkomoczu żadnych zmian nie było. Wysypka, obrzęk a co dziwniejsza, obrzmienie ślinianek przyusznych zniknęły po 24 godzinach, po czym ciepłota zaczęła spadać do normy i stan chorej zaczął się dość szybko poprawiać. W obecnej chwili cała rodzina jest zupełnie zdrowa.

Przypadek powyższy, który nabawił nas — lekarzy i całą rodzinę chorych niemałego kłopotu i bardzo przykrych wzruszeń, zasługuje na uwagę z kilku względów, co zachęciło mnie właśnie do ogłoszenia go drukiem.

Włóknikowe zapalenie krtani i tchawicy a po części i oskrzeli pochodzenia niebłoniczego z tak obfitem wydzielaniem charakterystycznych błon (które kol. Tryjarski demonstrował na posiedzeniu) należy do rzadkości, jak się o tem mogłem przekonać z własnej praktyki i dostępnych mi podręczników.¹⁾

Cierpienie to w danym razie skłonny jestem uważać za powikłanie grypy. Za takie powikłanie do pewnego stopnia można uznać zapalenie gardzieli u pani D. i jej córeczki. Połączenie grypy z anginą lub występowanie tej ostatniej bezpośrednio po grypie zdarzało mi się widzieć niejednokrotnie w obecnej epidemii, jak również uporczywe i ciężkie zapalenia krtani. Powikłanie grypy zapaleniem płuc, a zwłaszcza opłucnej, spotykam obecnie bardzo często zarówno na moim oddziale szpitalnym, jak i w praktyce prywatnej. To samo słyszę od innych kolegów, chociaż nie posiadamy dotąd odpowiednich danych statystycznych.

Na uwagę zasługuje znalezienie w moich przypadkach diplokoków Frenkla, jako prawdopodobnej przyczyny opisanych objawów. Czy była to jedyna przyczyna, czy tylko domieszka zakażenia grypowego, zresztą jeszcze niezupełnie wyjaśnionego²⁾, powiedzieć trudno. W dyskusji nad moim komunikatem, kol. Mutermilch zauważył, iż zarówno on, jak i inni badacze w przypadkach powikłań grypy zapaleniem opłucnej częściej znajdowali paciorkowce, niż diplokoków.

¹⁾ A. Sokołowski. Choroby tchawicy i oskrzeli. Str. 145. K. Störk Erkrankngen des Larynx T. II.

²⁾ W najnowszych spostrzeżeniach, dotyczących panującej obecnie grypy, nie znajdowano uważano dotychczas za swoisty lasecznik Pfeiffera.

W dalszym ciągu w przypadku moim muszę podkreślić bardzo ciężkie objawy posurowicze, za jakie uważam wysypkę, wysoką gorączkę, obrzmienie całego ciała i przemijające zajęcie ślinianek przyusznych, jakie widzieliśmy w przebiegu choroby panny G. Tak intensywne i tak długo trwające objawy anafilaktyczne nie należą do częstych. W najbliższej w naszym piśmiennictwie statystyce reiniekcji surowicy przeciwbłoniczej W. Puławskiego z Radziejowa¹⁾, obejmującej 60 przypadków, spostrzeganych w ciągu lat 16, podobnie ciężkich objawów nie spotykamy ani razu.

Pozostaje mi jeszcze do omówienia sprawa poniekąd drażliwa, czy byliśmy w prawie wraz z kol. Tryjarskim stosować zastrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej w przypadku niedostatecznie zbadanym pod względem bakteriologicznym? Wydaje nam się, że tak. Objawy kliniczne krupu u panny G. wydawały się nam bardzo wyraźne, sprawa ciągnęła się już 3 dni, zdjęcie nieznacznego nalotu z krtani było bardzo trudne, a oczekiwanie na wynik badania bakteriologicznego wydawało nam się zbyt długie i dla chorej szkodliwe. Sądzieliśmy, że nie mamy ani chwili do stracenia. Zjawienie się anginy u dziewczynki i jej matki zdawało się potwierdzać nasze podejrzenia co do błonicy (badanie błon nie było jeszcze ukończony). Siostrzyczce, która nie miała jeszcze nalotów, ale gorączkowała, zastrzyknięto surowicę, jako środek zapobiegawczy. Sądzieliśmy, co zresztą i inni koledzy potwierdzili, że w danym przypadku nie mieliśmy innego wyjścia.

Niemniej przeto uważaliśmy za potrzebne powtórne zbadanie nalotów dla kontroli i wyjaśnienia całej sprawy. Nie potrzebuję dodawać, że wynik tego badania podziałał w sposób dodatni na uspokojenie całej rodziny, która inaczej znajdowałaby się jeszcze długo pod grozą ciężkiej zarazy. Dwaj synowie pp. D., uczęszczający do szkół publicznych, byli odosobnieni od pierwszej chwili (przeniesieni do innego mieszkania) i są zdrowi do tego czasu.

A. Puławski.

Październik 1918.

¹⁾ W. Puławski (Radziejów). O reiniekcji surowicy przeciwbłoniczej na zasadzie danych otrzymanych w ciągu lat szesnastu z praktyki własnej. Przegl. Lek. 1911. № 31 i 32.

O D C I N E K.

O spisie umysłowo chorych w Królestwie Polskiem.

Podat

T a d e u s z G e p n e r.

Dzięki wieloletniej niewoli rosyjskiej wszystkie dziedziny życia społecznego w Królestwie Polskiem były mniej więcej upośledzone; do najbardziej jednak zaniedbanych można zaliczyć sprawę opieki nad umysłowo chorymi. Gdy w Rosyi w guberniach, posiadających ziemstwa, znajdowało się, według Kaszczenki, w 1911 r. pod opieką 17% chorych, w Królestwie Polskiem zaledwie 8% psychicznie chorych znalazło miejsce w szpitalach i przytułkach. Według Chodźki, na początku 1914 r. było w Królestwie 3000 miejsc psychiatrycznych przy ludności, obliczonej przeszło na 13 milionów. Z powodu wydarzeń wojennych liczba miejsc zmniejszyła się i obecnie wynosi 2000, z czego pewna liczba przypada na przytułki, zupełnie nie odpowiadające najelementarniejszym wymaganiom. Liczba miejsc w patronatach dla umysłowo chorych jest nadzwyczajnie mała.

Jeżeli porównamy nasz kraj z państwami Europy Zachodniej gdzie, np. w Niemczech, w r. 1907 było 131,119 łóżek dla chorych umysłowo przy 60 milionowej ludności, a w Belgii w 1909 r. — 18,182 miejsca przy siedmiu i pół milionach, lub z innymi państwami, gdzie stosunek liczby łóżek do ludności jest jeszcze wyższy, to zobaczymy, jak wielkie zadanie powstaje przed Polską w zakresie opieki nad umysłowo chorymi. Ile usiłowań i pracy trzeba włożyć, aby dorównać lub choćby zbliżyć się do tego poziomu, na jakim stanęły państwa Europy Zachodniej.

Całkowite i racjonalne rozwiązanie sprawy opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem jest obecnie niemożliwe, ale trzeba przygotować materiały, na zasadzie których można będzie opracować plan akcji, mającej zabezpieczyć potrzeby psychiatryczne ludności, aby, jak tylko zmienia się u nas polityczno-wojenne warunki życia, mógł przystąpić do realizowania zamysłonej akcji.

Szeroko, a celowo pojęta sprawa opieki nad umysłowo chorymi wyszła już z okresu, kiedy głównym zadaniem tej opieki było budowanie szpitali dla wszystkich bez różnicy chorych. Obecnie, prócz tego, jest ogólnie uznana potrzeba budowania specjalnych zakładów dla epileptyków, alkoholików i innych nałogowców, dla dzieci umysłowo chorych i upośledzonych, przytułków dla idiotów; na jednym z pierwszych miejsc stoi jednak potrzeba tworzenia zorganizowanych na szeroką skalę patronatów dla chorych umysłowo.

Patronaty zaczynają odgrywać w ostatnich czasach rolę niemniej ważną od szpitali ze względu na znacznie tańsze koszty utrzymania w nich chorych i ze względu na pożytek, jaki chorzy, przebywający w nich, okazują swą pracą. Prócz patronatów w pobliżu wielkich szpitali lub wogóle centrów, należy

pomyśleć o utworzeniu szeregu drobnych patronatów—kolonii, rozsianych po całym kraju, po jednym na powiat lub dwa powiaty. Podobna organizacja istnieje w Anglii.

W Rosyi dzięki dokonany spisom umysłowo chorych, wyjaśniło się, że z wielkich szpitali korzysta przeważnie ludność powiatów, znajdujących się w sąsiedztwie szpitala; im powiat leży dalej od szpitala, tem mniej dostarcza szpitalowi chorych. Dlatego w specjalnej prasie rosyjskiej i na zjazdach ziemstw wielokrotnie była omawiana sprawa udostępnienia ludności pomocy psychiatrycznej przez jej decentralizację, a mianowicie przez utworzenie rozsianych po całej gubernii patronatów, a dla ostrych chorych małych oddziałów psychiatrycznych w każdym powiecie. Zastrzegając się co do praktyczności i możliwości założenia takich oddziałów, sądzę, że patronaty bardzo by odpowiadały potrzebom ludności, a prócz tego znakomicie spopularyzowałyby ideę opieki nad umysłowo chorymi wśród ciemnej, mało kulturalnej ludności, zbyt oddalonej od ośrodków życia.

Prócz patronatów ważną rolę w kwestyi opieki stanowi pomoc lekarska i materyalna dla chorych umysłowo, pozostających wśród rodziny. Utworzenie rozsianych patronatów i okazywanie pomocy chorym, pozostającym wśród rodzin, będzie wymagało stworzenia instytucyi lekarzy-psychiatrów okręgowych, zależnych od władz centralnych psychiatrycznych.

Dzięki dawno rozpoczętym i stopniowym reformom, państwa Europy Zachodniej doszły pod względem opieki nad umysłowo chorymi do stanu mniej lub więcej dobrego, Królestwo Polskie zaś przedstawia obecnie prawie jałowy grunt, na którym musi powstać szereg instytucyi rozmaitego rodzaju, takich, które już istnieją gdzieindziej oddawna i takich, które są tworzone w ostatnim czasie i podlegają jeszcze ciągłemu doskonaleniu.

Dlatego powinniśmy się zaznajomić z liczbą i jakością chorych umysłowo u nas, aby organizację opieki nad nimi postawić na poziomie, wymaganym przez współczesną naukę. A danych co do tego nie posiadamy prawie wcale. Dane urzędowe na tyle były niedokładne, że nie mogą być na seryo brane pod uwagę. Z innych obliczeń wiadomo, iż Mamonow obliczał wśród poborowych liczbę chorych umysłowo w wojsku w r. 1876, 1877 i 1878 i otrzymał dla Królestwa cyfrę 5,4—4,4 na tysiąc poborowych. W 1866 r. policzył Krasnowski ¹⁾ chorych w powiecie lipnowskim i otrzymał na 100000 ludności 67 chorych umysłowo, czyli jednego chorego na 1522 mieszkańców. Ale te dane nie wystarczają. Dla

¹⁾ Pamiętnik Tow. Lek. 1866 r.

objęcia całokształtu opieki potrzebne są dane nie tylko co do liczby chorych umysłowo, ale i co do ich jakości i określenie, jaka liczba chorych wymaga jakiego rodzaju opieki.

Takie dane można mieć tylko zapomocą przeprowadzenia spisu chorych umysłowo na podobieństwo spisów, przeprowadzonych w kilku guberniach państwa rosyjskiego.

O potrzebie spisu chorych umysłowo pisał jeszcze w 1830 roku Esquirol. Z naszych autorów proponował Chodźko¹⁾ w 1915 r. przeprowadzić spis chorych umysłowo w Warszawie przy okazji ogólnego spisu ludności. Spis, jaki miał miejsce dwukrotnie w guberniach Moskiewskiej i Petersburskiej, dał wyniki niezmiernie ciekawe naukowo, a praktycznie realne wskazówki, w jakim kierunku nadal powinna się rozwijać opieka psychiatryczna. Przeprowadzenie spisu chorych umysłowo w Królestwie Polskim jest niezbędne dla dalszej planowej akcji w zakresie opieki nad umysłowo chorymi.

Spis chorych składa się z trzech części: 1) uprzednie ułożenie prowizorycznych spisów chorych umysłowo, 2) badanie chorych na miejscu przez lekarzy specjalistów, 3) opracowanie otrzymanego materiału.

Drogą ankiety należy zebrać dane o chorych umysłowo, zamieszkujących dany okręg, od instytucji samorządowych, gmin wiejskich i magistratów po miastach, przyczem kontrola nad układaniem spisu byłaby powierzona lekarzom państwowym. W celu zdobycia powyższych danych należy otrzymać spisy chorych od miejscowego duchowieństwa, nauczycieli ludowych, gmin żydowskich, lekarzy fabrycznych, lekarzy dużych majątków ziemskich i felczerów, zajmujących się praktyką. Prócz

tego należałoby ze szpitali psychiatrycznych otrzymać wykaz chorych, którzy w ciągu ostatnich 10 lat zostali wypisani ze szpitali i wykaz chorych, którzy dla jakichkolwiek powodów nie zostali przyjęci do szpitala. Na podstawie otrzymanych danych ułożyć jeden spis chorych umysłowo według miejscowości, jakie zamieszkują. Następnie winien rozpocząć się objazd przez lekarzy psychiatrów powierzonych im okręgów i zbadanie wszystkich chorych, umieszczonych w spisie; pewnej liczby chorych, którzy umarli lub wyjechali, lekarze nie zastaną na miejscu, lecz odnajdą zato innych, nie umieszczonych w spisie.

Zadanie lekarzy polega na wypełnieniu przygotowanych druków dla każdego chorego oddzielnie. Druk winien zawierać: 1) dane co do osoby chorego, 2) stan rodzinny, 3) majątkowy, 4) anamnezę, dane co do obecnej choroby i rozpoznanie, 5) opis zachowania się chorego i stosunek do niego otoczenia, 6) warunki jego bytu, 7) dane co do tego, jaka postać opieki jest dla chorego najodpowiedniejsza.

Opracowanie zebranego materiału da wiele wskazówek do praktycznego ujęcia sprawy opieki, wiele danych naukowych ściśle psychiatrycznych i mających bardziej ogólne znaczenie, jak np. przyrost liczby umysłowo chorych w naszym społeczeństwie i wiele innych.

Spis umysłowo chorych byłby pierwszą próbą rejestracji ludzi, wymagających opieki ze strony państwa lub społeczeństwa. Po tym spisie należałoby przeprowadzić rejestrację wszystkich innych osób, potrzebujących opieki, a mianowicie: niewidomych, głuchoniemych, kałek, inwalidów, chronicznie chorych, nieuleczalnych, starców i sierot.

Wiadomości bieżące.

— Jako odbitka z pracy zbiorowej, obejmującej naukę o badaniu i rozpoznawaniu cierpień dróg oddechowych, opuściła prasę część pierwsza, opracowana przez kol. Feliksa Erbricha p. t. *Metody badania krtani, tchawicy i oskrzeli głównych.*

— Lekarze epidemiologiczni powołani zostaną z inicjatywy Ministra Zdrowia Publicznego na całym obszarze b. Królestwa Polskiego do walki z tyfusem plamistym. Lekarze ci będą dodani do pomocy lekarzom powiatowym. Wynagrodzenie dla nich wyznaczono po 1200 mk. miesięcznie. Lekarze powiatowi z powodu udziału w walce z chorobami zakaźnymi, głównie z tyfusem plamistym, otrzymają dodatki do pensyi. Na wniosek P. Ministra Doc. D-ra T. Janiszewskiego w główniejszych ogniskach tyfusu plamistego zorganizowane zostaną komisje sanitarne do organizacji walki z tyfusem, w których skład wejść mają także obywatele. Na cel walki tej p. Minister wyjednał kredyt w kwocie 5 milionów marek.

— W szpitalu Dziec. Jezus na 218 chorych, zapisanych na listy woborcze (61 mężczyzn i 157 kobiet) mogło stanąć, ze względu na stan zdrowia, do urny wyborczej 81 osób (14 mężczyzn i 67 kobiet). Chorzy pod opieką sióstr miłosierdzia i posługi szpitalnej oraz zorganizowane na prędcę pomocy z młodzieży szkolnej, udali się do biura wyborczego, położonego niedaleko szpitala (Aleja Jeruzolimska 93). Dzięki uprzejmości przewodniczącego, chorzy byli wpuszczani osobnym wejściem i załatwiani natychmiast, ażeby ich nie narażać na czekanie „w ogonku“ na mrozie.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie (z przedmieściami). Od d. 19.I. do 25.I. 1919 r. było: odry 14 przypadków, szkarlatyny—12, duru plamistego—104, duru brzuszego—5, dyzenteryi—4, dyfterytu—2. Dominuje więc jeszcze tyfus plamisty. W liczbie 104 przypadków było 62 mężczyzn i 42 kobiety — chrześcijan 79 i 25 żydów. W porównaniu z r. 1917 epidemia duru plamistego znacznie osłabła.

NADESŁANE.

1. Dr. January Zubrzycki. *Pochodne białka łożyskowego i ich działanie trujące.* Z badań nad etiologią drgawek porodowych. Kraków 1915.

¹⁾ Gazeta Lekarska 1915 r. № 38—39

NEKROLOGIA.

Dr. JAN BOGUSZEWSKI

(wspomnienie pozgonne).

Spotkałem go w życiu trzy razy.

Pierwszy raz widziałem go w mundurze legionisty na bankiecie, urządzonym na cześć gości, którzy zjechali się na II Zjazd higienistów polskich w Warszawie w czerwcu r. z. Przemawiał, jako urodzony na Litwie. Przemową swą porwał słuchaczy. Wspomniął o Wilnie, marząc o wolności, a tymczasem jęcząc pod butem bezlitośnego najeźdźcy; podnosił, że myślący i czujący po polsku Litwini z niecierpliwością oczekują chwili, by „jako wolni z wolnymi, równi z równymi, wierni tradycji złączyć się z Polską”.

Po raz drugi słyszałem go jesienią r. z. na Zjeździe w sprawie higieny małych miast i wsi, jak przemawiał z zapalem w sprawie naprawy warunków sanitarnych szkolnych w powiecie Miechowskim. Mówił ze znajomością rzeczy, podawał pomysły praktyczne. Znać, że „choć głowę trzyma w obłokach, stąpa po ziemi”.

Wreszcie trzeci i ostatni raz rozmawiałem z nim w biurze Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Tłumaczył się, dlaczego proponowanego Mu w Ministerstwie referatu eugeniki nie przyjął, gdyż rok cały zobowiązał się pracować w charakterze lekarza sejmiku Miechowskiego, wypowiadał swoje projekty co do najbliższej pracy higieniczno-społecznej, mówił o dokonywanych pomiarach antropometrycznych w tym za-

kątku Kongresówki i pokazał mi numery „Walki o Zdrowie”, w które to pismo zmarły, jak widać, wkładał duszę swoją

Od tego człowieka promieniowało dziwne ciepło, promieniowała gorąca wiara w przyszłość naszą, szedł mocny zapal do wiedzy, do pracy na ukochanej niwie higieny społecznej. Jej doniosłą rolę w niedalekiej przyszłości przedwcześnie zmarły nasz kolega doskonale pojmował. Zwłaszcza z zamiłowaniem poświęcał się sprawom poprawy z udoskonalenia rasy, — sprawom t. zw. eugeniki. Niestety, nieubłagana śmierć przecięła tak wcześnie pasmo Jego życia.

S. p. Jan ^{*}Boguszewski ^{*}urodził się w roku 1881. Dyplom uzyskał w roku 1910. Studya odbywał w Warszawie, Bernie i Genewie. W roku 1910 rozpoczął praktykę w powiecie Nowogrodzkim. Od r. 1912 praktykował w Wilnie. Pracował naukowo w dziedzinie statystyki i sanitaryi miejskiej, zwłaszcza w tym czasie, kiedy był lekarzem naczelnym m. Wilna. Wtedy również redagował „Lekarza Wileńskiego”. Z chwilą wybuchu wojny został lekarzem w legionach. W r. 1917 był referentem sanitarnym przy Biurze Prezydialnem Galicyjskiego Czerwonego Krzyża. Od 1-go lipca r. 1918 został lekarzem sejmiku powiatu Miechowskiego. Zmarł w Krakowie w grudniu r. z. na tyfus plamisty.

St. Kop:

Dr. Wincenty Tyszkiewicz b. długoletni lekarz Pogotowia Ratunkowego zmarł w Warszawie na tyfus plamisty dnia 21 stycznia r. b. Żył lat 45.

Do numeru niniejszego dołącza się okólnik do lekarzy Laboratorium Magistra Klawego.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Władysław Janowski. Tyreotuberkuloza, czyli o postaci rzekomobazedowicznej gruczoły płuc	49	wikłanie influenzy	56
Notatka Lekarska. A. Puławski. Tracheo-laryngitis fibrinosa (crouposa) pochodzenia niebłoniczego prawdopodobnie, jako po-		Odcinek. Tadeusz Gepner. O spisie umysłowo chorych w Królestwie Polskiem	58
		Wiadomości bieżące	59
		Nekrologia. Dr Jan Boguszewski	60

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

Adres Redakcyi i Administracyi: Marszałkowska 73.
Administracya otwarta w dni powszednie od 5½ 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 1 m. 50 fen.

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: Administracya 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). Zelazna 89. Tel. 188-70.

Tłomaczenie

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 ORTOPEOYCZNO-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 elektrycznoświatłowego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

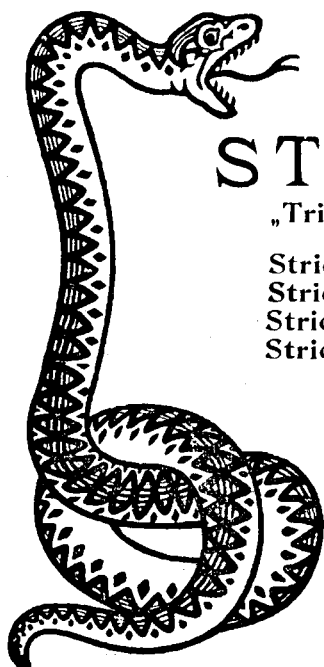
T A D E U S Z K O R Z O N .

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

C e n a m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.



I N I E K C Y E S T R Y C H N I N O W E :

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

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

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

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

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

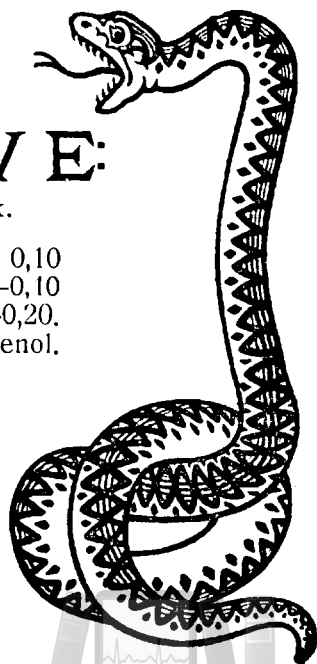
POLECA

A P T E K A

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JERUZOLIMSKA 25.



SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpeli 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“.

Wyszło z druku dzieło p. t.

Farmakologia doświadczalna

podręcznik dla studentów i lekarzy
napisali

Dr Hans H. Meyer i Dr R. Gottlieb
Wiedeń Heidelberg
profesorowie farmakologii.

Z II wydania niemieckiego przełożył

Dr JAN PRUSZYŃSKI
Docent Uniwersytetu Lwowskiego.

WYDANE Z ZAPOMOZI KASY IM. MIANOWSKIEGO.

WARSZAWA 1916.

Cena mk. 9.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Polska Krajowa

LOTERYA

= Klasyczna =



Warszawa

R. G. O.

ul. Kredytowa 4.

**5-ta Loterya klasyczna R. G. O. na I półrocze
1919 roku.**

50000 numerów, 25000 wygranych i 51 premii.

! Wygrywa WIĘCEJ niż co drugi numer !

SUMA
WYGRANYCH **8 milionów 211 tysięcy mar. pol.**

Wielka wygrana: 750000 marek pol.

Ciągnięcie I klasy 13 i 14 lutego 1919 r.

Na każdej ćwiartce pieczęć z Orłem Polskim i napisem: Rada Główna Opiekuńcza.