

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. I. Dr Odo Bujwid. Znaczenie czynników socjalnych w powstawaniu gruźlicy. Str. 957. II. St. BERNSTEIN. Przypadek kurczu torsyjnego. (Dok.). Str. 962. *Dział sprawozdawczy.* 142. TEODOR KOCHER. Wole i leczenie tegoż. Str. 967. 143. BOGGS TH. R. Objawy opukowe w przypadkach przerostu grasicy. Str. 971. 144. Z. BORCHARDT. Obraz krwi w chorobach gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem i stosunek jego do *status thymico-lymphaticus*. Str. 971. 145. O. BRILL i L. ZEHNER. O działaniu zastrzykiwań rozpuszczalnych soli radowych na obraz krwi. Str. 972. *Odcinek.* J. JAWORSKI. O międzynarodowych Kongresach lekarskich i naszym w nich udziale. Str. 973. *Wiadomości bieżące.* Str. 977. Nadesłano do Redakcyi. Str. 978. *Ogłoszenia.*

I. Znaczenie czynników socjalnych w powstawaniu gruźlicy.

Podał

Dr Odo Bujwid,

Profesor Hygieny na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

(Według wykładu na Zjeździe przeciwigruźliczym w Rzymie, w kwietniu r. 1912).

Aczkolwiek gruźlica jest następstwem przenikania do ustroju prątków swoistych, to jednak życie i doświadczenie codzienne przekonywa nas coraz bardziej o tem, że do powstawania choroby w znacznej mierze przyczyniają się czynniki socjalne, a nawet bardzo często w tej sprawie pierwszorzędną odgrywają rolę.

Jeszcze przed odkryciem prątka gruźliczego zwracano uwagę na różne warunki życiowe, wśród których powstaje gruźlica. Sądono też, że bieda, odżywianie się niedostateczne, oraz różne momenty psychiczne, deprymujące mogą prowadzić do gruźlicy. Po znakomitych badaniach KOCH'a przypuszczano, a nawet w pierwszych latach ery bakteriologicznej zapanowało prawie ogólne przekonanie, że właściwie nie tyle mamy do czynienia z warunkami życiowymi, ile z walką przeciw drobnoustrojom; bagatelizowano nawet stosunki socjalne, nie uznając znaczenia tego czynnika usposabiającego, który nie pozostawia po sobie następstw po usunięciu prątków z ustroju.

W krótkim jednak czasie doświadczenie okazało, że przy ogólnem rozpowszechnieniu prątków gruźliczych ustrój człowieka prawie codziennie jest z nimi w zetknięciu. Na szczęście prątki gruźlicze wyra-

stają bardzo powolnie i niełatwo mogą się rozwijać w środowisku, do którego przenikają. Nawet na glebie najpodatniejszej rosną one bardzo wolno i nieraz pomimo wszelkich usiłowań przeszczepianie ich napotyka na znaczne trudności.

Pośród zwierząt, wrażliwych na zakażenie gruźlicze, mało jest gatunków, które nie byłyby obdarzone pewną odpornością względem tej choroby. Przeciwnie, okazuje się, że nawet mniej odporne gatunki zwierząt, często nie ulegają zakażeniu po zaszczepieniu; nawet świnki morskie, które uważać trzeba za bezwzględnie wrażliwe na gruźlicę, w lepszych warunkach życia o wiele później stają się ofiarą zarazki, niż osobniki, znajdujące się w środowisku odpowiedniejszym. W pomieszczeniu ciemnym, źle przewietrzanym giną one przeciętnie po 4—6 tygodniach; w przestrzeni widnej, dobrze ogrzanej i upowietrzonej żyć mogą kilka miesięcy.

Że różne czynniki mogą wywierać wpływ na przebieg zakażenia, stwierdziłem przed kilku laty doświadczeniem nad zakażeniem gronkowcem. Królik mianowicie jest odporny na gronkowce, nawet po zastrzyknięciu podskórnym znacznej ich ilości; nie oddziaływa na nie nawet ropniem miejscowym. Jeżeli jednak wprowadzić podskórnie kilka centymetrów sześć 50%-go roztworu cukru i w to samo miejsce zastrzyknąć hodowlę gronkowca, natenczas tworzy się zazwyczaj ropień znacznych rozmiarów. Takież działanie szkodliwe na tkankę wywierają również inne substancje, same przez się nieszkodliwe i nieropotwórcze, jako to: sole, różne kwasy rozcieńczone i zasady, a nawet środki dezynfekcyjne: 1%-wy roztwór sublimatu.

Wszystkie te środki, aczkolwiek przeważnie działają szkodliwie na bakterie, obrażają jednak komórki i tkanki, które w tych warunkach nie stawiają tamy ich swobodnemu rozwojowi.

A ustrój często przedstawia taką odporność upośledzoną, podobną do tej, jaką powodują bodźce chemiczne. U zwierząt toksyna gronkowcowa, zadana nawet w małej dawce bezpośrednio po upuszczeniu krwi, bardzo łatwo prowadzi do tworzenia się ropnia.

Wszystkie te stany, sztucznie wywołane, mogą również powstawać w zależności od warunków zewnętrznych i ułatwiać zakażenie, niemożliwe w stanie normalnym.

Nikt chyba nie zaprzeczy, że w rozwoju cięższej postaci duru brzuszego wzruszenia duchowe mogą znaczną odgrywać rolę. Kto nie słyszał o zapadaniu na różę po nagłym przestraszeniu? W ostatnich czasach obserwowałem dwa przypadki róży. W jednym róża na twarzy powstała nagle po otrzymaniu przez chorego wiadomości, że siostrę jego zabił mąż. W drugim ciężka postać róży rozwinęła się na ramieniu po niespodziewanym lekkim tylko muśnięciu jego przez gałąź drzewa odłamanego. W cztery godziny potem wystąpił nagły napad dreszczu, nazajutrz zrana całe ramię pokryte już było wrzodziankami różowatymi.

Tego rodzaju czynniki mogą również brać udział w powstawaniu gruźlicy. Statystyka wskazuje, że zapadanie na gruźlicę zmniejsza się wśród ludów, u których ogólna uwaga skierowana jest do poprawy warunków higienicznych; natomiast, o ile warunki bytu klas roboczych są gorsze w następstwie braku odpowiedniej kultury i innych środków, o tyle żadnej nie widać poprawy ani w śmiertelności ani też w częstości zapadania na gruźlicę.

Różni autorowie przy omawianiu sprawy gruźlicy szczególnie kładą nacisk na to, że w powstawaniu tej choroby wybitną, jeżeli nie pierwszorzędną, odgrywają rolę stosunki społeczne (np. FRÄNKEL w traktacie o zmniejszeniu śmiertelności z powodu gruźlicy).

B. FRÄNKEL zaznacza, że zmniejszenie śmiertelności z powodu gruźlicy w Prusach daje się zauważyć od r. 1886. W r. 1906 zmarło na gruźlicę o 23724 osób mniej, niż w r. 1886 (spadek śmiertelności z 31.14 na 17.26 na 1000). Taki spadek nie ma związku ze zmniejszeniem śmiertelności ogólnej; przeciwnie, jednocześnie zmniejszenie śmiertelności zależy właśnie od spadku śmiertelności z powodu gruźlicy.

Przyczyna tego zjawiska (jeżeli zwyczajem utartym przyjąć czteroletni czas trwania choroby w oddzielnych przypadkach) datuje się od r. 1882. Jest to właśnie data odkrycia prątka gruźliczego; na okres czasu od 1882 do 1886 przypada doniosłe zdarzenie społeczne: państwowa piecza nad zabezpieczeniem chorych. Niewątpliwie za moment rozstrzygający w tej sprawie (w porównaniu z innymi państwami, np. z Anglią) można uważać polepszenie warunków higienicznych i stanowiska socjalnego ludności, FRÄNKEL jednak (zwłaszcza w Prusach) wielką przykładą wagę do swoistego zwalczania gruźlicy, t. j. do środków, skierowanych ku zniszczeniu prątków gruźliczych! Od r. 1906 śmiertelność z powodu gruźlicy spadła znowu na 2 na 10000, gdy tymczasem w latach 1899—1905 utrzymywała się stale prawie na jednakiej wysokości. Jest to, według FRÄNKEL'a, wpływ sanatoryów. Okazało się też, że zmniejszenie śmiertelności z powodu gruźlicy nie jest zjawiskiem naturalnem, lecz podlega woli człowieka, i że warto nie ustawać w walce przeciw tej chorobie.

Dane statystyczne, zebrane przez KATZENSTEIN'a, wykazują, o ile pomyślniejsze warunki miejscowo-mieszkaniowe, zwłaszcza zaś ustawodawcze nadanie praw szerokim warstwom ludności, w połączeniu z sanatoryjami, ogranicza stale szerzenie się gruźlicy. Warunek odżywiania resp. zarabkowania ludności ubogiej, sprawa mieszkaniowa i praca fabryczna stanowią jądro gruźlicy. Kwestya gruźlicy jest więc ze sprawą socyalną związana nierozłącznie.

GROTHJAHN w nowo wydanem swoim dziele p. t. „patologia socyalna” zaznacza, co następuje:

W Prusach śmiertelność z powodu suchot płucnych, obliczona na 10000 żyjących stopniowo spadła z 320 w r. 1876 na 170 w r. 1906. Jeżeli w istocie pewna część spadku śmiertelności może być przypisana lepsze-

mu rozpoznaniu, gdyż przypadki o nieznanej przyczynie śmierci zaliczano do „suchot“, to jednak poprawa w tym kierunku jest wielka. Niezupełnie byłoby słusznem wiązać tę poprawę bezpośrednio z odkryciem przez Koch'a w r. 1882 prątka gruźliczego ani też z nadaniem praw społecznych, rozpoczętem w r. 1884, ani wyłącznie z dążeniem ostatniego dziesięciolecia do tworzenia sanatoryjów dla niższych warstw ludności, aczkolwiek nie da się zaprzeczyć, że czynniki te wywarły na nią wpływ bardzo poważny.

Według mojego zdania najważniejsze momenty sprzyjające szerzeniu się gruźlicy są następujące:

1. Brak odpowiednich mieszkań.
2. Drożyzna produktów spożywczych.
3. Niezdrowe warunki pracy w ogólności.
4. Niecelowo lub niedostatecznie organizowane pod względem higienicznym nauczanie szkolne.
5. Alkoholizm.
6. Niedostateczne wiadomości o powstawaniu i szerzeniu się gruźlicy wśród szerokich warstw ludności.

1. Mieszkanie a gruźlica.

Na czele wszystkich warunków społecznych, które w znacznej mierze przyczyniają się do szerzenia się gruźlicy pod każdym względem postawić należy brak mieszkań. W pomieszczeniu ciasnem przemiana materji jest upośledzona. Mieszkańcy mają wygląd błądy wskutek niedostatecznego utleniania tkanek. Oddychanie szwankuje; zdaje się, jakoby ustrój wdechał umyślnie mniej powietrza, gdyż z każdym wdechem dostaje się do dróg oddechowych zamiast powietrza dobrego, w części szkodliwa mieszanina powietrza i gazów nieprzydatnych lub nawet szkodliwych. Wiadomo przecież, że jeśli w mieszaninie pokarmowej brak choćby jednego tylko składnika, niepodobna osiągnąć równowagi pokarmowej. W powietrzu wydechanem skład oddechowy jest inny, niż w powietrzu normalnem. Wynosi mianowicie do 4% kwasu węglowego, a wskutek tak wielkiej zawartości substancji nieprzydatnej mieszkanie źle przewietrzane i przepełnione należy uważać za czynnik szkodliwy dla zdrowia wogóle i prowadzący do rozwoju gruźlicy. Wiadomo też, że ludzie znoszą powietrze o zawartości 1% kwasu węglowego, a nawet że w tak zanieczyszczonem środowisku mogą nawet oddawać się pracy wytężonej (RUBNER, GOTHARD — TUNNEL p. 42 Hyg.) z drugiej zaś strony w sztucznej atmosferze bogatej w tlen zwierzęta giną dopiero przy zawartości 35—40% kwasu węglowego; w powietrzu zwykłym w tych warunkach śmierć następuje wcześniej, gdyż jednocześnie upośledza się uposażenie w tlen (przy 12—16% kwasu węglowego i 1.5—3% tlenu — P. BERT).

Wszystkie te dowody teoretyczne nie wystarczają, nie ulega bowiem wątpliwości, że powietrze ciasnych mieszkań oprócz łatwo dającego się wykryć kwasu węglowego zawiera jeszcze inne lotne ciała organiczne, których działanie dopiero w ostatnich czasach zostało wykazane; ich ilość i rodzaj stopniowo zaczyna się wyjaśniać. Substancje pachnące, według badań, dokonanych w zakładzie RUBNER'a, posiadają pewien wpływ na wydajność oddechową: ciała mianowicie o silnym zapachu upośledzają wymianę gazów w płucach, — substancje o zapachu przyjemnym podnoszą głębokość oddechową. Jeżeli w pewnym środowisku nagromadza się własne lub obce powietrze wydechowe, natenczas u człowieka zmniejsza się pochłanianie tlenu i wydzielanie kwasu węglowego. W ten sam sposób działa powietrze, zepsute przez gazy, powstające przy spalaniu materiałów oświetlających. T. zw. złe powietrze można rozpoznać przez ostre działanie, dające się wykazać metodami fizjologicznymi.

Do działania szkodliwego, które wywiera powietrze w przestrzeniach gęsto zaludnionych, przyczynia się też w znacznej mierze nagromadzenie się pary wodnej. Powietrze takie wywołuje uczucie niepokoju, zwiększoną utratę wody przez przewodnictwo, a więc dreszcze przy ciepłocie niskiej, a przy ciepłocie wyższej zaburzenia wskutek utrudnienia ochładzania ciała. W powietrzu wilgotnem pościel i ubranie przesiakają wilgocią, wskutek kondensacji pary wodnej mury są mokre. Powietrze o znaczniejszym stopniu wilgoci wywołuje ograniczenie głębokości oddechu (RUBNER).

Zwrócono też uwagę na zmiany chemiczne i na inne zboczenia, będące w związku z zawartością kurzu w przestrzeniach zamieszkałych i sprzyjające w ciasnych środowiskach rozwojowi chorób.

Co się tyczy zanieczyszczenia powietrza przez kurz, to oddawna różni badacze wykazali, że chroniczne oddychanie kurzem wywołuje przede wszystkim podrażnienie dróg oddechowych, katary, kaszel. U ludzi, których powołanie związane jest z przebywaniem w powietrzu zapyłonym, często rozwija się rozedma płuc, upośledzająca pracę zawodową. Bardzo często też spotyka się wśród nich gruźlica. To stałe drażnienie błon śluzowych dróg oddechowych przez kurz stanowi czynnik, usposabiający do przenikania prątków gruźliczych.

O ile powietrze przestrzeni zamieszkałych może być zanieczyszczone przez żywe drobnoustroje, — dowodzą tego badania przed laty w Warszawie przeprowadzone.

Gdy w powietrzu zewnętrznym w 1 litrze znajduje się 3—4 bakterii, w różnych mieszkaniach wykryć można 30, 40, 50 bakterii w 1 litrze; w suteranach źle przewietrzanych i zaludnionych wykrywałem do 95-u, a wśród nich 80 grzybków pleśniowych.

Oczywiście w takich warunkach wiele krąży w powietrzu pyłków organicznych i nieorganicznych, a działanie nabłonka rzęskowego błon

śluzowych i fagocytoza wielojądrowych leukocytów, znajdujących się w śluzie, znacznie się upośledza; wszystko to w wysokim stopniu wzmacnia usposobienie ustroju do gruźlicy.

Z powyższego widocznem jest, dlaczego śmiertelność tak wiele zależy od liczby osób, przebywających stale w jednym pokoju.

[D. n.].

II. Przypadek kurczu torsyjnego.

(Według demonstracji w sekcji neurologicznej Warsz. Towarz. Lekarsk.
18-go maja 1912 r.).

Podał

St. Bernstein.

(Dokończenie. — Patrz № 33).

Wszystkie postaci płasawic chronicznych (*chorea Huntingtoni*, *chorea permanens*, *chorea variabilis*) oraz *maladie des tics* dają się łatwo wyłączyć, po pierwsze, przez charakter mimowolnych ruchów, które u naszego chorego nie są ani wyłącznie płasawicze, ani tak błyskawiczne, złożone i celowe, jak w *maladie des tics*; choć zjawiają się u niego od czasu do czasu pojedyncze ruchy charakteru płasawiczego, to jednak cały obraz chorobny jest opanowany przez dominujące ruchy toniczne, skręcające. Powtórę, w naszym przypadku brak zupełnie jakichkolwiek zboczeń w sferze psychicznej, nieodłącznych od obrazu pomienionych chorób.

Trudniejsze jest różniczkowanie z atetozą idyopatyczną (*athétose double*), którą też i w naszym przypadku w swoim czasie rozpoznawano ¹⁾. Trudność jest tem większa, że obraz *athétose double* u różnych autorów jest niejednolity. Gdy jedni, jak np. GOULARD ²⁾ w ostatniej monografii tego przedmiotu uważają upośledzenie inteligencji, i to zazwyczaj dość znaczne, za jedną z kardynalnych cech *athétose double*, to inni, nie negując nadzwyczajnej częstości tego objawu, uznają możliwość zachowania inteligencji nawet w 25% przypadków. Gdy naogół wzmoczenie napięcia mięśniowego i odruchów ścięgowych wraz z obecnością odruchu BABIŃSKIEGO jest uważane za stałą cechę choroby (LEWANDOWSKY ³⁾, H. VOGT ⁴⁾, to jednak, i to w nowszych już czasach, opisane są przypadki (KLEMPNER ⁵⁾ bez wzmoczonych odruchów i zwiększonego napięcia

¹⁾ Z tą dyagnozą przedstawiony był chory przez kol. HIGIERA w Sekcji neurologicznej Warsz. Tow. Lek. 21. XI 1908.

²⁾ Contribution à l'étude clin. et pathog. de l'athétose double. 1903. Thèse de Paris.

³⁾ Ueber die Bewegungsstörungen der infantilen cerebralen Hemiplegie etc. Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilk. t. 29.

⁴⁾ Handbuch der Neurologie, herausgegeben von LEWANDOWSKY t. III.

⁵⁾ Ueber bilaterale Athetose, Neurol. Centr. 1906.

mięśniowego. Ta niezgodność dotyczy i wieku, w którym choroba się pojawia: w większości klasycznych przypadków choroba jest wrodzona lub powstaje w najwcześniejszym dzieciństwie (1—3-go roku życia), jednakże podobno może się rozwinąć i u dorosłych (LEWANDOWSKY, OPPENHEIM).

Miarodajniejszym dla ustalenia rozpoznania *athétose double* jest zasadniczy mechanizm jej zaburzeń ruchowych; zaznaczony już u poprzednich autorów, głównie przez LEWANDOWSKY'ego został on wyświetlony i przez późniejszych autorów (OPPENHEIM, H. VOGT) uznany. Otóż *athétose double* jest według LEWANDOWSKY'ego chorobą patologicznie wzmożonych współruchów: każdy ruch dowolny wywołuje cały szereg współruchów, ale bynajmniej nie symetrycznych i nie identycznych z pierwotnym ruchem dowolnym; dysocjacja ruchów dowolnych jest zniesiona, ruchy izolowane wcale nie są możliwe; chory więc nie potrafi poruszać gałkami ocznymi bez jednoczesnego ruchu głową, językiem bez jednoczesnych mimowolnych ruchów w mięśniach twarzy i t. d. Nawiasem tu dodam, że akcentowana przez LEWANDOWSKY'ego i jakoby charakterystyczna dla *athétose double* niemożność izolowanego zamknięcia jednego oka z pozostawieniem drugiego otwartem, nie może być zaliczoną do objawów patologicznych, gdyż, jakem umyślnie to zbadał na dużej liczbie osobników zdrowych, tylko około 60% ludzi potrafi zamykać każde oko poszczególnie, reszta zaś bądź żadnego pojedynczo zamknąć nie może (15%), bądź też zamyka izolowanie jedno tylko oko (25%).

Współruchy w *athétose d.* są w wysokim stopniu potęgowane przez emocję, i taki chory, który pozostawał w zupełnym spokoju w swoim fotelu w ciągu całych godzin, z chwilą gdy poczuje skierowany nań wzrok osoby trzeciej, staje się ofiarą niepohamowanych kurczów. W *athétose d.* twarz jest siedliskiem najżywszych i najłatwiej występujących mimowolnych ruchów. Ruchy typowo atetotyczne, to jest takie, jakie cechują hemiatetozę porażenną, nie są wcale nieodzownym składnikiem obrazu atetozы obustronnej idyopatycznej; mogą one wcale nie występować lub zajmować dalszy plan obrazu chorobowego. Z drugiej strony znane też są przypadki wiału, zapalenia nerwów, w których spostrzegano ruchy atetotyczne; są one więc jedynie poszczególną postacią w szeregu ruchów mimowolnych, lecz nie patognomonicznym objawem jakiegokolwiek jednostki klinicznej.

Uwzględniwszy to wszystko, nie możemy zgodzić się na rozpoznanie *athétose d.* w naszym przypadku. Jakiśmy widzieli, u naszego chorego ruchy dowolne nie wywołują współruchów ani nawet nie wzmagają już dokonywujących się w danym momencie ruchów mimowolnych; ruchy izolowane gałek ocznych, mięśni twarzy (wyjawszy zwieraczy powiek), języka i kończyn są zachowane; przytem wpływ emocji jest prawie żaden, a udział twarzy w ruchach mimowolnych minimalny. Przypadek nasz nie godzi się z obrazem *athétose d.* i ze względu na późne powstanie choroby, zachowaną inteligencję, stan napięcia mięśniowego

i odruchów ścięgowych, brak stałych przykurczeń, że nie wspomnę o często notowanych w *athétose d.* napadach epileptycznych, ogniskowych objawach mózgowych i t. d.

Natomiast w stosunku do przypadków SCHWALBE'go, ZIEHEN'a, OPPENHEIM'a oraz FLATAUA — STERLINGA przedstawia nasz zasadnicze podobieństwa. Więc etyologiczny moment rasy: wszystkie dotychczas opisane przypadki dotyczyły żydów z Galicyi i Rosyi; i nasz chory jest polskim żydem. Zdaje mi się, że moment ten jest wogóle bardzo ważny dla sprawy odrębności omawianej formy chorobnej, ściślej mówiąc—dla wyłączenia jej z dziedziny *athétose d.*, z którą, jak to zaznaczają OPPENHEIM oraz FLATAU—STERLING, kurcz torsyjny wykazuje największą analogię. Jeśli uwzględnić różnorodność materiału klinicznego w Berlinie, to trudno przyjąć za czysty przypadek fakt należenia wszystkich odnośnych chorych do rasy polskich i rosyjskich żydów. Rzuca się wprost w oczy analogia z chorobą TAY-SACHS'a.

Rodzinny charakter choroby zdaje się być cechą dość częstą kurczu torsyjnego, o ile wnioskować można ze skąpego dotąd materiału kazuistycznego. Wszystkie 3 przypadki SCHWALBE'go dotyczyły rodzeństwa, nasz przypadek jest również rodzinny. Brat chorego M. H., opisanego w pracy FLATAUA i STERLINGA (przypadek I-y), jak to zaznaczył w dyskusyi nad demonstracją mojego przypadku kol. FLATAU, również zdradzać zaczął objawy kurczu torsyjnego. Natomiast rodzinne występowanie *athétose d.* spostrzegał jedynie, zdaje się, OPPENHEIM (cytowany przez H. VOGT'a przypadek rodzinnej *athétose d.* HIGIER'a dotyczy właśnie naszego chorego).

I wiek chorych, w którym powstają pierwsze objawy kurczu torsyjnego, jest we wszystkich przypadkach prawie jednakowy; choroba nie jest wrodzoną w przeciwieństwie do najczęstszych przypadków *athétose d.*, ale powstaje w późnem dzieciństwie lub wczesnym wieku młodzieńczym (8—14 lat).

Zachowanie inteligencyi jest wspólną cechą wszystkich dotąd opisanych przypadków kurczu torsyjnego; i nasz chory nie czyni w tym względzie wyjątku.

Początek choroby od jednej z kończyn (u naszego chorego lewej górnej) jest wspólny wszystkim przypadkom kurczu torsyjnego, gdy w *athétose d.* przeważa typ bądź połówiczy, bądź obustronny.

Charakter mimowolnych kurczów jest u naszego chorego tak, jak i w innych przypadkach kurczu torsyjnego, przeważnie, choć nie wyłącznie toniczny. Kurcze te są bardzo mocne, skręcające, ujawniają się najbardziej podczas stania, a zwłaszcza chodzenia, o ile akty te nie są całkiem uniemożliwione (jak w 1-yim przypadku FLATAUA — STERLINGA i, zdaje się, w I-yim przypadku SCHWALBE'go). Chód naszego chorego posiada te cechy charakterystyczne, które OPPENHEIM uwydatnił — przypominające wielbłąda pochylenie tułowia ku przodowi z przegięciem

ku tyłowi, — a które w mniejszym lub większym stopniu odnajdujemy i u reszty opisanych chorych.

Obecność ruchów atetotycznych, stwierdzona u naszego chorego (w lewej kiści), zanotowana też jest i w przypadkach ZIEHEN'a oraz FLATAUA — STERLINGA, i, jakem to już zaznaczył, nie przesądza ona rozpoznania.

Brak wzmożonego napięcia mięśniowego, raczej hypotonia, na którą OPPENHEIM zwraca szczególną uwagę, jest też, w przeciwieństwie do *athétose d.*, wspólną cechą przypadków kurczu torsyjnego.

Pod względem udziału mięśni twarzy w ruchach mimowolnych przypadków nasz mało różni się od innych. Udział ten, znowu w przeciwieństwie do *athétose d.*, był bardzo nieznaczny, a choć w opisanych dotąd przypadkach kurczu torsyjnego zaznacza się pominięcie twarzy przez kurcze, to jednak o II-im swoim przypadku mówi SCHWALBE: „während des Gehens werden viele Gesichtsverzerrungen ausgeführt“, a w I-ym przypadku FLATAUA—STERLINGA „występują w twarzy od czasu do czasu ruchy mlaskające i przypominające pocałunek, ale chory określa je jako umyślne i dowolne“.

Najbardziej różni się nasz przypadek od dotychczasowych zaburzeniami mowy, które pozornie zbliżają go raczej do *athétose d.* Bliższa jednak analiza tych zaburzeń stwierdza źródło ich w zasadniczym objawie choroby, to jest w mimowolnych kurczach, przeważnie tonicznym, które w naszym przypadku nie oszczędziły i mięśni fonacyjno-artykulacyjnych. Gdyby zaburzenia mowy nosiły charakter afatyczny, przypadek byłby niezmiernie trudny do zakwalifikowania i musiałyby być zaliczony do jakiejś grupy pośredniej między kurczem torsyjnym a *athétose d.* W rzeczywistości jednak zaburzenia mowy, które tu stwierdzamy, są natury dyzartrycznej i mianowicie kurczowej, a nie porażennej, godzą się więc z istotą kurczu torsyjnego. Jeżeli w żadnym z dotąd opisanych przypadków zaburzenia mowy nie były spostrzegane, to uwzględnić należy fakt, że nasz przypadek jest o trwaniu najdłuższem (w ogłoszonych dotąd czas trwania równał się kilku latom) i że zaburzenia mowy wystąpiły — przynajmniej tak wynika z wywiadów — najpóźniej z pomiędzy innych objawów. Zresztą muszę dodać, że w sprawozdaniu z demonstracji przypadku ZIEHEN'a podana jest następująca pobieżna wzmianka: „zeitweise bestand auch Sprachstörung, zurzeit besteht eine solche nicht“.

Przeprowadzona powyżej paralela pomiędzy obrazem chorobnym naszego przypadku, a objawami *athétose d.* z jednej strony i kurczu torsyjnego z drugiej zdaje się niewątpliwie przemawiać za tem ostatniem rozpoznaniem, a zarazem utrzucać grunt pod sprawę samoistości i odrębności nowej postaci chorobnej.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na dwa objawy, które sądzę, nie są zupełnie bez znaczenia dla sprawy określenia natury choroby. Jakem to zaznaczył, ZIEHEN i uczeń jego SCHWALBE zaliczają cierpienie do kategorii degeneracyjnych nerwic ruchowych. OPPENHEIM zaś oraz FLATAU i STERLING skłonni są do przypuszczenia organicznego, bodajby

i najbardziej subtelного, podłoża prawdopodobnie w obrębie systemu wzgórkowo-mózdkowego. Istotnie chroniczny, stopniowo rozwijający się, stale postępujący przebieg cierpienia, bez przestanków, bez zwolnień, prócz tego osłabienie napięcia mięśniowego i odruchów ścięgowych zdają się przemawiać na korzyść tego przypuszczenia. Z drugiej zaś strony w jednym ze swoich przypadków spostrzegali FLATAU i STERLING paradoksalny ruch pomocniczy: lekki ucisk przyłożonych w sposób zmanierowany do skroni lub potylicy palców usuwał kurczowe pochylenie głowy ku przodowi. Objawy tego rodzaju występują bardzo jaskrawo w *torticollis mental*, *maladie des ties* i są natury wyłącznie psychogenetycznej; gdyby też częściej miały się spotykać i w przypadkach kurczu torsyjnego—w naszym ich nie było—nie przemawiałyby na korzyść organicznej natury cierpienia.

Również trudnym do wytlómaczenia z punktu widzenia organicznej choroby jest zaobserwowany przez OPPENHEIM'a, a stwierdzony i w przypadku FLATAUA — STERLINGA, a także i w naszym, fakt, że chód chorych w tył jest poprawniejszy, niż naprzód. Zjawiska tego, zdaje mi się, w żaden sposób nie można wytłómaczyć warunkami jedynie statyczno-mechanicznymi.

Wyjaśnienia natury cierpienia oczywiście oczekiwać należy od przyszłych badań przypadków sekcyjnych. Ale gdyby nawet badania te nie zdołały określić wyraźnej granicy między kurczem torsyjnym a *athétose d.*, której podłożo anatomiczne zresztą wcale nie jest jeszcze ustalone, to jednak obraz chorobny pierwszego cierpienia, pomimo pewnych podobieństw, wykazuje tyle zasadniczych różnic w stosunku do klasycznych przypadków atetozы idyopatycznej,—wśród nieklasycznych udałooby się prawdopodobnie odnaleźć przypadki kurczu torsyjnego — że nawet wtedy zasługiwałyby kurcz torsyjny na wyodrębnienie, conajmniej jako samoistny typ kliniczny.

W sprawie rokowania przypadek nasz poucza, że choroba, będąc nieuleczalną, może się zatrzymać na długi okres czasu na pewnym stopniu swego rozwoju, czyniąc egzystencję wprawdzie ciężką, ale względnie znośną.

Z nazw dotychczas tej chorobie przez różnych autorów nadawanych, najbardziej racjonalną wydaje się proponowana przez FLATAUA i STERLINGA: postępujący kurcz torsyjny u dzieci. Może zamiana wyrazu „torsyjny“ na „kontorsyjny“ silniejby zaznaczała natężenie, a zwłaszcza rozprzestrzenienie zjawisk kurczowych, ale gdy „kurcz torsyjny“, jak to słusznie zauważył OPPENHEIM, jest określeniem *torticollis*, to „kurcz kontorsyjny“ nasuwałoby nam na myśl histeryę. Z tych właśnie względów i dla możliwego skrócenia tytułu, zdawałaby się najwłaściwszą nazwa „choroba ZIEHEN-OPPENHEIM'a“ według autorów, w równej mierze zasłużonych w sprawie wyodrębnienia tej jednostki chorobnej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

142. Teodor Kocher. Wole i leczenie tegoż. Wykład kliniczny.

Pomimo przewrotu, jaki wywołało w pojęciach o wolu doniesienie o charłactwie po całkowitym wycięciu tegoż (*cachexia strumipriva*. 1883 r. na zjeździe chirurgów niemieckich), bardzo jeszcze wielu lekarzy-praktyków zapatruje się na powiększenie gruczołu tarczowego jedynie z punktu mechanicznych uszkodzeń, jakie to powiększenie za sobą pociąga (ucisk tchawicy), oraz liczy się ze względami kosmetyki. Nie można zaprzeczyć, że oba te względy grają bardzo ważną rolę i w wielu razach dają miarodajną wskazówkę do leczenia. Istnieje ścisły związek anatomiczny wola z tchawicą—jeżeli zmiany w samym gruczole tarczowym przechodzą na jego torebkę, następują zwykle zrosty ze ścianą tchawicy i skrzywienia w położeniu tejże ew. zwężenia światła. O ile tych zrostów nie ma, nawet duże wola nie powodują żadnego ucisku, dla tego też wielkość wola sama przez się nie stanowi jeszcze wskazania do operacji. Wspomniane wyżej zrosty wola z tchawicą występują najczęściej wskutek spraw zapalnych, osobliwie zaś w wola ch złośliwych. Guzy wola złośliwe, niestety, zwykle są późno rozpoznawane i zapóźno do operacji kwalifikowane. Wprawdzie, według ostatniej statystyki Kocimura, operacja wycięcia takich guzów nie dała ani jednego przypadku śmierci (na 26 przyp. w ostatnim tysiącu operacji wola), to jednak często występowały nawroty i przerzuty w śródpiersiu, gruczolach limfatycznych i t. d.

Ucisk tchawicy zależy w wysokim stopniu od umiejscowienia guzów wola (Kropfknoten)—guzy zrazu środkowego (isthmus) od strony wewnętrznej oraz guzy dolnego bieguna gruczołu (Unterhorn), jako bezpośrednio sąsiadujące z tchawicą, najwcześniej i najczęściej są przyczyną ucisku tejże. Najgroźniejsze jednak i najbardziej zdradliwe są części gruczołu tarczowego, które rosną w głąb klatki piersiowej — *struma intrathoracica*. Najzdradliwsze w takich razach wole na szyi bywa zwykle bardzo małe, przez co z operacją się z wleka, a wobec silnych objawów duszności stosuje się długo i obficie jod, który nie tylko nie pomaga, ale prowadzi do choroby Basedowa (Jod basedow). Ztąd płynie ważność wczesnego rozpoznania takich stanów. Sam już fakt niestosunkowości objawów zaburzenia do wielkości wola powinien zwrócić uwagę klinicysty na możliwość istnienia wola zamostkowego. Często to ostatnie daje znać o sobie przez zjawienie się zastoju żylnego (rozszerzenie żył skórnych) na górnej części mostka i żebrach. Można również niekiedy wykryć wole śródpiersiowe za pomocą opukiwania (lekka perkusja) a nade wszystko zapomocą prześwietlania promieniami Roentgen'a, którego nie należy nigdy w takich razach zaniedbywać.

Nierozpoznanie lub zbyt późne rozpoznanie wola śródpiersiowego i wola złośliwego szkodzi choremu nie tylko dlatego, że opóźnia operację, która wykonana w swoim czasie może choremu uratować życie, ale i dla tego, że go naraża na bezkrytyczne leczenie jodowe, przeciwko któremu Kocher bardzo gorąco protestuje, nazywając je „niedającym się wykorzenie niedbalstwem” (Unausrottbare Schlen-

drian). Nie znaczy to bynajmniej, żeby jod miał być wykreślony z listy środków, stosowanych przeciwko wolu. W pewnych razach stosować go można, a nawet trzeba zarówno, jak i tyreoidynę. Chodzi tylko o to, kiedy go stosować?

Ażeby na to pytanie odpowiedzieć, należy uwzględnić nie tylko mechaniczne szkodliwości powodowane przez wole (o czym była mowa wyżej), ale i zaburzenia czynnościowe gruczołu tarczowego.

Zanim przystąpimy do badania wola czy to drogą operacyjną, czy jaką inną, powinniśmy się starać w każdym danym wypadku zbadać stan czynnościowy gruczołu tarczowego, podobnie jak się staramy zbadać np. stan nerek. Posiadamy kilka prób, które wykazują wzmogoną lub obniżoną czynność gruczołu tarczowego. REID. HUNT wykazał, że normalny sok gruczołu tarczowego ma własność uodparniania myszy na zatrucie acetonitritem (*Azetonitritvergiftung*). FLEISCHMANN dowiódł na sercu żabiem, że sok gruczołu tarczowego jest odtrutką na atropinę. BAHUR i MOLINAR dowiedli tego samego względem strychniny. Badania te zostały potwierdzone na bogatym materiale w klinice KOCHER'a.

KOCHER w swojej klinice opracował metodę o wiele praktyczniejszą, polegającą na badaniu krwi. Znanym jest powszechnie opisany przez KOCHER'a obraz hematologiczny w chorobie BASEDOWA—leukopenia (dochodząca w cięższych przypadkach do 2000 ciałek białych) i limfocytoza (zamiast 25% limfocytów 30 — 50%, niekiedy 60%, przy odpowiednim zmniejszeniu leukocytów wielojądrowych). Odsetka wielkich leukocytów jednojądrowych i postaci przejściowych ulega silnym wahaniom. Pomimo różnicy zdań niektórych badaczy, pomimo pewnych wyjątków od normy, podanej przez KOCHER'a, w pojedynczych przypadkach, formuła podana przez niego zgadza się z rzeczywistością w przeważnej liczbie przypadków. W dalszym ciągu swych badań KOCHER „ku swemu zdziwieniu” znalazł, że takż sam obraz hematologiczny spotykamy w obrzęku śluzowatym (*myxoedema*) i charłactwie z braku gruczołu tarczowego (*cachexia strumipriva*), jak to wykazały badania, dokonane w klinice KOCHER'a na 155 przypadkach. Limfocytoza jest tu stałszą, niż leukopenia. Tym sposobem widzimy, że czynność gruczołu tarczowego znajduje swój wyraz w obrazie hematologicznym. Nie dość na tem, bardzo sumienne badania KOTTMANN'a wykazały, że w takich razach krzepnięcie (lepkość) krwi ulega poważnym uchyleniom od normy, a mianowicie w chorobie BASEDOWA ulega opóźnieniu (zamiast po 18 minutach krew krzepnie po 24), w obrzęku śluzowatym—przyspieszeniu (po 15, 12 nawet po 6 minutach). Zwykle uchylenia od normy są nieznacone (do określenia lepkości krwi K. używa wynaleziony przez siebie przyrząd (K o a g u l o v i s o s i m e t r)). Tym sposobem dobrze przeprowadzone badanie krwi pozwala nam rozpoznać nieprawidłową czynność gruczołu tarczowego a nawet rozróżnić zmniejszoną jego czynność od wzmożonej (*thyreoprive* und *thyreotoxische Erkrankung*). To ma wielkie znaczenie, gdyż lubo jest rzeczą łatwą odróżnić klinicznie daleko posunięty przypadek obrzęku śluzowatego od typowego przypadku choroby BASEDOW'a (*Voll-Basedow*), to jednak zdarzało się już nieraz KOCHEROWI w przysyłanych do niego przypadkach, uważanych za chorobę BASEDOW'a, odnaleźć cechy wręcz przeciwne (*myxoedema*), co zostało potwierdzone przez odpowiednie leczenie. KOCHER kładzie szczególny nacisk na różniczkowanie tych dwu chorób. Przypomina spostrzeżenia HOLMGRENA,

który klinicznie rozpoznawał już nie tylko rozwinięte te choroby lecz nawet u s p o s o b i e n i e do nich; rozróżnia on dwa typy ludzi: bladych szczupłych, wysmukłych, żywych, pobudliwych—kandydatów do choroby BASEDOW'a, i powolnych, spokojnych, ociężałych, nalanych, często wprost obrzękłych, którym grozi obrzęk śluzowaty w przyszłości. Że właściwe i w porę postawione rozpoznanie rozstrzyga o losie chorego, nie ma co do tego dwu zdań. Ileż to razy widzi się tych osobników bladych, zmęczonych, gnuśnych, leczonych lata całe bez żadnego skutku żelazem, arsenem, środkami wzmacniającymi, wtedy kiedy cała ich choroba zależy od niedostatecznego działania gruczołu tarczowego. Odpowiednio zastosowana organoterapia (tyreoidyna) zmienia cały obraz chorobny w ciągu kilku dni. Tak samo wielu chorych uchodzi przez długi czas za nerwowych lub chorych na serce, truje się bez potrzeby naparstnicą i bromem, które to środki nie mogą nic zdziałać przeciwko zatruciu ustroju nadmierną wydzieliną gruczołu tarczowego. Lekarze jeszcze dotychczas za mało sobie zdają sprawę z tego, że n i e r o z p o z n a n i e chorób gruczołu tarczowego nie tylko pozbawia chorych możliwości w c z e s n e g o i p e w n e g o wyleczenia, ale przez niewłaściwe leczenie przynosi im niepowetowane szkody.

Dotychczas była mowa o wolach, w których czynność gruczołu tarczowego jest nie p r a w i d ł o w ą, t. j. nadmierną lub niedostateczną. Istnieją jednak wola t. zw. z w y k ł e, proste, wola koloidalne. Otóż, według KOCHERA, te ostatnie terminy nie same przez się nie mówią, nie przesadzają o stanie funkcji gruczołu tarczowego, którą należy zbadać zapomocą wyżej podanych sposobów (obraz hematologiczny i lepkość) w każdym przypadku. Po większej części w takich wolach zmian w krwi nie ma, a jeżeli są, to raczej w kierunku upośledzenia (*Unterfunktion*) czynności gruczołu tarczowego, jak to wykazały badania WIRELMSA z Chicago na 100 psach. Dotyczy to szczególnie t. zw. wola rozlanego, miąższowego lub koloidalnego — *diffusen, parenchymatosen und Kolloidstrumen*). W wolach guzowatych (*knotige*) lub złośliwych pozostała zdrowa część gruczołu najczęściej ma tendencję do w z m o ż o n e j czynności, jak to wykazały badania A. KOCHERA (syna). Niektórzy badacze zauważyli pewne sprzeczności w podanym przez KOCHERA obrazie hematologicznym dla choroby BASEDOW'a. Podnoszą np. ten fakt, że obraz ten po operacji nie tylko się nie poprawia, ale pogarsza. Tak bywa rzeczywiście bezpośrednio po operacji (limfocytoza reakcyjna), z czasem jednak, gdy następuje wyzdrowienie, krew wraca do normy, jak to KOCHER wykazał na szeregu tablic. Tylko tam, gdzie po operacji choroba BASEDOW'a (najczęściej leczona przedtem jodem) przechodzi w obrzęk śluzowaty, spotykamy znowu taki sam obraz hematologiczny jak przed operacją (leukopenia, limfocytoza). Jodotyryna BAUMANA podawana w obrzęku śluzowatym polepsza, t. j. zbliża do normy skład morfologiczny krwi; ten sam środek, podawany w chorobie BASEDOW'a, skład ten pogarsza, podawany zaś w n a d m i e r n e j ilości w obrzęku śluzowatym zamienia tę ostatnią chorobę na chorobę BASEDOW'a. Jest to najlepszym dowodem, że o b r z ę k ś l u z o w a t y polega na b r a k u soku gruczołu tarczowego, c h o r o b a BASEDOW'a na n a d m i e r n e j tegoż produkcji. Tylko jodotyryna BAUMANA i wogóle białkowe związki jodu mają t o s a m o działanie, co sok gruczołu tarczowego. Czysty jod lub też jego związki nieorganiczne wpływają na skład krwi, ale nie mają takiego samego działania na przemianę materii: chorzy na obrzęk śluzowy nie doznają polepszenia, gdy są leczeni temi przetworami, poprawa zaś następuje bardzo szybko po zażywaniu tyreoidyny lub jodoty-

ryny BAUMANNA. O ile posiadamy w ręku pewny środek do leczenia braku wydzieliny gruczołu tarczowego (tyreoidynę), o tyle dla leczenia nadmiaru tej wydzieliny nie mamy lepszego środka nad operację.

Jeżeli rozpoznanie hipertyreoidyzmu jest pewne, nie powinniśmy oszczędzać gruczołu tarczowego — podwiązanie 2-u lub 3-ch głównych tętnic, wycięcie połowy gruczołu z każdej strony KOCHER uważa za normę. Niektórzy zamiast wycięcia gruczołu proponują podwiązanie 4-ch tętnic — KOCHER ostrzega, że podwiązanie *art. thy.* w dużych wolach jest bardzo trudne i obawia się, że jednocześnie podwiązanie wszystkich czterech tętnic może pociągnąć za sobą uszkodzenie gruczołów przytarczycowych ew. ostrą tężyczkę. Lepiej jest taką operację rozłożyć na dwa tempa.

KOCHER zebrał dotychczas pewne wiadomości o 320 przypadkach operowanej przez siebie choroby BASEDOW'a — zupełne wyleczenie otrzymał w 150, w 148 istnieją jeszcze niektóre objawy choroby, z 22-u nie jest zadowolony (nawroty, cukromocz, białkomocz i t. d.). Śmiertelność w ostatniej seryi (261 przypadków z ostatniego tysiąca) wynosiła 3%, we wszystkich zaś przypadkach (876) wynosi 2,3%. Prawie wszystkie przypadki śmiertelne należały do kategorii bardzo ciężkich z powikłaniami ze strony serca i innych narządów. Wczesne operowanie z pewnością spowodzi śmiertelność do zera.

W wolu z wycajnem o metodzie operacyjnej rozstrzyga badanie krwi: jeżeli funkcja gruczołu jest uszkodzona (p. wyżej) należy dbać o zachowanie zdrowej tkanki gruczołu — robimy wyluszczenie w połączeniu z wycięciem (*Enucleation in Verbindung mit Resection oder Excision*). K. jest przeciwny wykonywaniu samej tylko rezekcji (jak radził MIKULICZ i KAUSCH): wycinanie powoduje silne krwawienie, które trzeba tamować zapomocą masowego podwiązania (*Massenligaturen*), obumarcie (*necrosis*) tkanek przeszkadza gojeniu. Przy wyluszczeniu w połączeniu z rezekcją usuwamy i tak zwykle zcieńczałą część torebki gruczołu, a dostawszy się do twardszych i ważnych pod względem czynnościowym części torebki, torujemy sobie drogę między względnie zdrowymi częściami tkanki i silnie zwyrodniałymi guzowatymi wolami, podwiązując naczynia w miarę ich przecinania. O ile się nam uda guz dobrze zwichnąć, unikamy poważniejszego krwawienia. Utrzymanie dolnej części torebki chroni nas od uszkodzenia *n. recurrentis* i gruczołów przytarczycowych. W ostatnim tysiącu operacji KOCHER ani razu nie widział tężyczki. Jeżeli badanie krwi nie wykazuje żadnych zmian, najlepszą metodą będzie wycięcie (*excision*) jednego zrazu bocznego ew. razem z *isthmus*, po uprzednim podwiązaniu tętnicy tarczowej górnej i dolnej razem z żyłami.

Wyniki pięciu tysięcy operacji wola, dokonanych przez KOCHERA (d. 11 marca 1912 r.), były następujące: na 603 przypadki nie powikłanego, choć po większej części ciężkiego wola nie stracił ani jednego chorego. W tem było 19 operacji powtórnych z powodu blizn i zrostów, 26 przypadków wola złośliwego. Na 91 przypadków wola wewnątrzpiersiowego (*struma intrathoracica*) miał 2 przypadki śmierci. Na 736 przyp. wola zwyczajnego z ostatniego tysiąca nie było ani jednego przypadku śmiertelnego. Ani razu nie było przypadku śmierci z powodu krwotoku lub zakażenia. „A zatem, kończy swój wykład KOCHER, lekarz może spokojnie doradzać operację we wszystkich przypadkach wola, które rośnie, uciska tchawicę i wywołuje zaburzenia ze strony serca (*Kropfherz*). Lekarz ma obowiązek doradzać wczesne operowanie, ażeby uniknąć

powikłań, które pogarszają szanse operacyi. Stosuje się to w tem większej mierze do przypadków, w których badanie krwi i inne metody rozpoznawcze wykazują wzmóŜoną czynność gruczołu tarczowego.

Leczenie jodem i tyreoidyną winno się ograniczyć do wola, które rośnie wolno, nie wywołuje ucisku tchawicy, a badanie wykazuje obniżenie lub zanik czynności gruczołu tarczowego. W takich przypadkach leczenie wewnętrzne daje również świetne wyniki, jak leczenie chirurgiczne w przypadkach, o których wyżej była mowa.

(*Deut. med. Woch. 1912, N-ra 27 i 28*).

A. Puławski.

143. Boggs Th. R. Objawy opukowe w przypadkach przerostu grasicy.

U ludzi dorosłych grasicą, będącą normalnie w stanie zaniku, nie daje żadnych objawów opukowych. Jeżeli jednak z jakichkolwiek bądź przyczyn narząd ten nie uległ zanikowi (*thymus persistens*), a tembardziej jeżeli jest przerośnięty, to, według autora, opukiwanie rękojęści mostka i dwu pierwszych przestrzeni międzyżebrowych wykazuje wyraźne stępienie odgłosu opukowego. Ażeby odróżnić stępienie, o które nam chodzi, od stępienia zależnego od innych przyczyn (gruczołów limfatycznych, tętniaków, guzów śródpiersia) Boggs zaleca następujący sposób: gdy chory w pozycji stojącej pochyla podbródek jaknajbliżej mostka oznaczamy granice stępienia na mostku i przestrzeniach międzyżebrowych. Następnie chory przegina głowę jaknajdalej w tył i ponawiamy opukiwanie. O ile tępość zależała od grasicy, granice stępienia podnoszą się mniej więcej na jedną przestrzeń międzyżebrową, a to dla tego, że grasicą z jednej strony zajmuje pozycję wyższą i więcej powierzoną, niż gruczoły limfatyczne, z drugiej zaś strony tętniaki i guzy śródpiersia są nieruchome i nie dają żadnych modyfikacyi stępienia przy ruchach szyi.

Z pomiędzy 66-u młodych dziewcząt w wieku od 5-u do 18-u lat, badanych przez autora w zakładzie sierot, 35 przedstawiało objawy do datnie, wyżej opisane, a świadczące o istnieniu lub przeroście grasicy. Prócz tego Boggs stwierdził stłumienie, zależne od grasicy u 14-u chorych szpitalnych — u 9-rdą dzieci w wieku lat 8-u—18-u i u 5-u dorosłych w wieku od 22-u—47-u lat. Dzieci były dotknięte chorobami zakaźnymi, wśród dorosłych 2 osoby miały chorobę Basedow'a, 2—błonicę. Stłumienie wahało się między 2—7 ctm. od linii środkowej mostka. Tylko 2-u chorych było prześwietlanych promieniami Roentgen'a — u obu znaleziono cień w okolicy grasicy na lewo od rękojęści mostka. W jednym przypadku na sekcyi znaleziono grasicę, mającą wymiary 9,8 i 2 ctm.

Archiv. of internat Medicine 1911. VIII, 5 i Semaine méd. 1912, Nr. 22).

A. Puławski.

144. Z. Borchardt. Obraz krwi w chorobach gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym i stosunek jego do status thymico-lymphaticus.

Autor przytacza wyniki badań krwi w 15-u przypadkach choroby Basedow'a, przy czem chorzy posiadali jednocześnie cechy, określane

ogólnie, jako *status thymico-lymphaticus* (opracowany specjalnie przez NEUSSER'a); dalej w czystych przypadkach *status thymico-lymphatici*, w przypadkach wola, obrzęku śluzowego, cierpień przysadki mózgowej i nadnerczy. Na zasadzie badań tych autor dochodzi do wniosku, że nie tylko w chorobie BASEDOW'a, lecz i w innych chorobach gruczołu tarczowego, oraz w cierpieniach przysadki mózgowej i nadnerczy w większości przypadków zachodzą zmiany we krwi; najczęściej absolutne i względne zwiększenie liczby komórek jednojądrowych, ewentualnie limfocytów (powyżej 30%). W połowie przypadków miało miejsce zmniejszenie liczby ciałek białych mniej, niż 6000 w 1 mm. sz.; często eozynofilia. W przypadkach z zespołem cech, określanym jako *status thymico-lymphaticus*, autor we krwi odnajdował te same zmiany, co w cierpieniach wyżej wymienionych. Na zasadzie tego, że kliniczne i anatomiczne cechy *status thymico-lymphaticus* zostały stwierdzone u licznych chorych z cierpieniami gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, oraz że zmiany, zachodzące we krwi zarówno w cierpieniach gruczołów, jak i w *status thymico-lymphaticus*, były jednakowe, autor wyraża przypuszczenie, że zmiany we krwi zależą tu jedynie od *status thymico-lymphaticus*.

(Deutsch. Archiv. f. klin. Med. t. 106, str. 82).

Julian Goldberg.

145. O. Brill i L. Zehner. O działaniu zastrzykiwań rozpuszczalnych soli radowych na obraz krwi (z kl. prof. NOORDEN'u).

Do doświadczeń użyli autorzy rozczynów chlorku radu w fizyologicznej soli kuchennej. Ilość zastrzykiwanego chlorku radu wynosiła od 0,0025 do 0,093 mgr., co odpowiada 0,002 do 0,07 mgr. czystego radu (metal). Ilości te są znacznie większe, niż te, które zawierają znajdujące się w sprzedaży t. zw. ampułki radowe (mniej więcej 0,0002 mgr. czystego radu) i wskutek tego wyniki, przez autorów otrzymane, różnią się od wyników, osiągniętych przez innych badaczy, używających znajdujących się w handlu słabych preparatów.

Badanie ilości czerwonych i białych ciałek krwi przed i długi czas po jednorazowym zastrzyknięciu chlorku radowego wykazało, że ciało to wywiera wybitny wpływ na narządy krwiotwórcze. Liczba krwinek czerwonych wzrasta już w ciągu paru godzin po zastrzyknięciu i w ciągu kilku dni osiąga bardzo znaczną, bo dochodzącą do 13 milj. w 1 mm. sześć., wysokość. Liczba ta utrzymuje się w ciągu szeregu tygodni, poczem spada, ale bardzo długo nie wraca do normy. Dawkowanie ma tu znaczenie wybitne, gdyż dawki poniżej 0,002 mgr. na 1 kgr. wagi ciała wywierają wpływ tylko bardzo nieznaczny. Podobnie działa chlorek radu i na obraz białych krwinek: liczba ich zaczyna wzmacniać się bezpośrednio po zastrzyknięciu i w ciągu paru dni dochodzi do 200% liczby pierwotnej. Jeżeli użyto małej dawki, to hyperleukocytoza ta utrzymuje się bardzo długo, jeżeli natomiast zastrzyknięto dawkę wysoką (0,04 — 0,07 mgr. radu) to po pewnym czasie liczba białych ciałek zmniejsza się i występuje leukopenia.

Również, jak wiadomo, i zastrzykiwania bardzo silnych rozczynów thorium x (odpowiadających setkom tysięcy i milionom jednostek MACHE'a) wywołuje znaczne zmniejszenie się liczby ciałek krwi. Co się tyczy poszczególnych postaci białych ciałek, to ich stosunek wzajemny pozostaje bez zmiany.

Z powyższego wynika, że zastrzykiwania chlorku radu działają pobudzająco na narządy, wytwarzające białe ciała krwi, duże jednak — wytwarzanie leukocytów hamują; wytwarzanie natomiast krwinek czerwonych ulega tylko pobudzeniu, które jest znacznem i trwa długo.

Długotrwałość osiągniętego powiększenia liczby krwinek czerwonych tłumaczy się powolnem wydzielaniem zastrzykniętego radu. Według odnośnych badań autorów, w przeciągu pierwszych 4-ch dni ustrój wydała (z kałem, gdyż z moczem wogóle rad wydziela się b. mało) od 4 do 19% ilości zastrzykniętej, od tego zaś czasu wydzielają się ilości bardzo nieznaczne.

Jakichkolwiek szkodliwych działań ubocznych ogólnych czy miejscowych nie zauważono, wobec czego zastrzykiwania soli radowych mogą być polecane dla celów leczniczych.

(Berl. klin. Woch., 1912, Nr. 27).

K. Oczesalski.

ODCINEK.

O międzynarodowych Kongresach lekarskich i naszym w nich udziale

Uwag kilka.

(Z powodu VI-go międzynarodowego Kongresu ginekologicznego
w dn. 9—13/IX r. b. w Berlinie).

Podał

J. Jaworski.

W sprawie udziału naszego pod względem formalnym w Zjazdach międzynarodowych stoimy i nadal wobec nierozwiązanego zagadnienia. Nie chcemy się godzić na to, aby nasza indywidualność narodowa ginęła w morzu kosmopolityzmu i rozplywała się w bezimienności, powtóre, pragniemy na równi z innymi narodami współubiegać się o rozwój i postęp w gałęzi wiedzy lekarskiej, a dalej chcemy zadokumentować, że i nasz naród daje tym dążeniom wyraz, nasamprzód — przez mozolną pracę jednostek, które w wielu razach bez widoków kariery naukowej, wyłącznie dla celów ideowych, pracę taką podejmują, a następnie sam ogół daje wyraz przez ofiarność swoją, która pracę tę, wedle mniej lub więcej sprzyjających warunków, umożliwia i ułatwia.

Z tych względów wypływa dążenie nasze do organizacyi, któraby ułatwiała pracę przedzjazdową, powtóre, umożliwiała nam występowanie na wzór innych narodów na samych Kongresach, jako organicznej całości.

W usiłowaniach tych i dążeniach znajdujemy przeszkody, które w miarę czasu, jak się okazuje, rosną coraz więcej i coraz bardziej. Wiemy, że kolejno odmawiano nam urzędowego przedstawicielstwa na Kongresach międzynarodowych: w Madrycie, Lizbonie, a w Peszcie już zupełnie skreślono nawet „podkomitet polski“, umieszczony niejako pod protektorem Austro-Węgier.

W r. 1910 podczas międzynarodowego Kongresu ginekologicznego w Petersburgu zdawało się, że zaczęła się niejako nowa era pod tym względem dla naszego udziału w międzynarodowych Kongresach lekarskich. Wiadomo bowiem, że uzyskaliśmy tam samodzielny Komitet Narodowy Polski, którego skład w Dzienniku Zjazdu („Journal VI-e Congrès International d'Obstétrique et de Gynécologie“) na str. 5-ej, jako: „*Comité Général Polonais*“ wydrukowany został.

Okazuje się jednakże obecnie, że zrobiono tylko ustępstwo nam pod wpływem wielkiego nacisku i okoliczności wyjątkowych. Na Kongresach innych, a także na tych, które już w roku ubiegłym i bieżącym się odbyły, na których nasi współrodacy, lub koledzy nasi mieć pragnęli własną samodzielną reprezentację i korzystać z praw, przysługujących innym narodowościom, spotkali się ze strony dyplomacji z wyraźnym protestem. Tak było na Kongresie higieny szkolnej w Paryżu 2—7 sierpnia 1910 r. Pozwolono na delegatów „*Sociétés Polonaises*“, z pośród pierwiastkowego „*Comité Polonais*“.

Na Kongresie międzynarodowym pedologicznym w Brukselli 12—18 sierpnia 1910 r. w programie urzędowym, na parę miesięcy przed terminem otwarcia Kongresu, na str. 21-ej pod rubryką „*Pologne*“, podany został skład Komitetu Narodowego Polskiego, tymczasem w dniu drugim Kongresu zawiadomiono Komitet narodowy polski, że wskutek interwencji dyplomatycznej ze strony Rosyi i Austrii, polegającej „na proteście przeciwko Komitetowi Polskiemu“, organizatorzy Kongresu, zmuszeni są skreślić ten Komitet. Toż samo spotkało Komitet Finlandzki, wskutek protestu ze strony Rosyi.

Jeszcze gorszy obrót wzięła sprawa uczestnictwa lekarzy naszych w III-im międzynarodowym Kongresie chirurgicznym w Brukselli, który się odbył w d. 26—30 września r. z. Tam wprost w pewnym poszczególnym przypadku, dotyczącym lekarzy z Warszawy, przed wydaniem certyfikatu na członka kongresów tych, wprost zażądano, aby lekarze ci przedstawili referencyje swoje do Komitetu centralnego za pośrednictwem i z rekomendacją profesora chirurgii w akademii medycznej w Petersburgu.

Okazuje się, że dyplomacya znajdzie zawsze powolnych sług w swoich zamierzeniach nawet w przedstawicielach nauki, którzy jakby nie chcieli wiedzieć, że twórczość naukowa i literacka należy do narodu danego, a nie do państwa, że na twórczości tej niejednokrotnie odbija piętno swoje indywidualność narodowa.

W chwili obecnej jesteśmy w przededniu również międzynarodowego Kongresu, mianowicie VI-go ginekologicznego w Berlinie, który odbędzie się pomiędzy 9—13 września r. b. Kongres ten różni się wogóle od Kongresów poprzednich, mianowicie pod względem organizacji. Nasamprzód, ograniczono liczbę tematów głównych. Wybrano tylko dwa: „O postępowaniu przy ranach śródbrzusznych“ i „Leczenie chirurgiczne krwotoków macicznych podczas ciąży, porodu i położu“. Powtórnie, ograniczono liczbę odczytów poszczególnych do 25-ku, które wybrane zostaną ze wszystkich zgłoszonych. Następnie, wprowadzono ważną innowację, polegającą na uprzednim, na parę miesięcy przed Kongre-

sem, zapisywaniu się mowców do głosu w rozprawach nad tematami głównymi. W chwili obecnej lista ta już jest zamknięta. Wymienione zmiany w organizacyi samego Kongresu oraz posiedzeń niewątpliwie znamionuje pewien postęp.

Kongres zbliżający się różni się jeszcze jednym od innych. Jeżeli rozważać będziemy udział uczestników Kongresów międzynarodowych z punktu widzenia formy i treści, to wiemy, że co do formy istniały i istnieją t. zw. Komitety narodowe, z różnemi prawami i przywilejami, właściwie jednakże są to Komitety między państwowe, bo narody, pozbawione bytu politycznego samoistnego, Komitetów tych nie posiadają.

Otóż na VI-ym międzynarodowym Kongresie ginekologicznym wprowadzono zasadę podziału narodowościowego i co do treści. Pierwszy temat główny — O postępowaniu przy ranach śródokręgowych — zaproponowano opracować w oddzielnych referatach ginekologom wszystkich narodowości, w tej liczbie i polskim. Uznano więc najwidoczniej za właściwe i pożyteczne, aby ginekolodzy wszystkich narodowości wypowiedzieli się w sprawie, która istotnie nastroczać może wiele wątpliwości i w której postępowanie różnić się może znacznie, stosownie do metod operowania, a nawet wskazać do zabiegów leczniczych.

W nadesłanym nam programie widzimy zatem w następującym porządku przedstawicieli następujących narodów: H. BROUHA — Belgia; L. MEYER — Dania; FRANZ — Niemcy; MACNANGTHON JONES — Anglia; LECÈNE — Francja; RETINELLI — Włochy; KOUWER — Holandia; WERTHEIM, LOORICH, v. MARS — Austro-Węgry; GRUSDEW — Rosja; JOSEPHSON — Szwecja; BEUTHNER — Szwajcarya; RECASENS — Hiszpania. Jak widzimy, niby nową zasadę — wypowiedzenia na Kongresie poglądów na daną sprawę przez uczonych wszystkich narodów — wtłoczono znów w starą formę państwowości, umieściwszy prof. A. MARSA ze Lwowa, referenta zbiorowego materiału naukowego (z Warszawy, Lwowa, Krakowa etc.), pod rubryką Austro-Węgier. Tutaj nadmienię, że referat prof. A. MARSA, opracowany jest na podstawie 4000 przypadków, zgromadzonych drogą ankiety, przeprowadzonej wśród lekarzy Polaków. Z pośród lekarzy Polaków, lekarze warszawscy w tym wypadku dostarczyli bardzo okazałą cyfrę odpowiedzi. Komitet Kongresu lekarzy tych z Warszawy — okazuje się, zaliczył do poddanych państwa austro-węgierskiego, bez oznaczenia nawet narodowości. Zwykle protesty, które wypadnie z powodu tego uczynić, a nad czem się już zastanowiano, przypuszczam, nie odniosą tam skutku. Do Petersburga na Kongres poprzedni przybyliśmy z przyrzeczeniem piśmiennem co do Komitetu Narodowego Polskiego i okoliczność tę wyzyskaliśmy w sposób odpowiedni, bo z powodzeniem¹⁾.

W przypadku obecnym widzę jeden tylko sposób zaprotestowania przeciwko tej aneksyi już nawet treści referatu naukowego na rzecz Niemców austriackich i Węgrów: przez wydanie go w druku z odpowiednim nagłówkiem oraz wstępem, uwzględniającym historję powstania tego materiału naukowego, na któ-

¹⁾ Przed kilkunastu dniami wyszedł ostatni tom III — (w kolei wydawania *Partie officielle*) prac V-go międzynarodowego Kongresu ginekologicznego w Petersburgu, w którym na str. 45 podany jest skład osobisty Komitetu Polskiego z oznaczeniem członków z pod wszystkich 3-ech zaborów, a na str. 101 i 108 — przemówienia prezesa tegoż Komitetu i delegata Wszechnicy Jagiellońskiej.

rym referat oparto, z podaniem nazwisk lekarzy, biorących udział w ankiecie, miejsc, nazw szpitali i zakładów leczniczych, w których chorzy przebywali.

Wydawnictwo takie we francuskim lub niemieckim języku, rozdane uczestnikom Kongresu najlepiej wyjaśni charakter co do narodowości pracy.

W każdym razie na zbliżającym się Kongresie posiadać będziemy my lekarze Polacy, ważny atut, ponieważ przypadł nam w udziale na równi z przedstawicielami innych narodów, korreferat w kwestyi programowej Kongresu, a podjął się go wybitny nasz uczoney. Jest to duży krok naprzód, do którego zawsze dążyliśmy. Już w r. 1905 w „Gazecie Lekarskiej“ w № 14-ym, pisałem z powodu udziału naszego w Kongresach międzynarodowych: „Jest rzeczą pożądaną, aby Komitet polski zgłaszał na międzynarodowe Zjazdy jakąś kwestyę programową z danej dziedziny medycyny lub przynajmniej przedstawiał korreferat do podanego przez inne Komitety tematu. W korreferacie takim należałoby uwzględnić specjalnie prace autorów polskich, oraz ich stosunek do reszty prac cudzoziemskich“.

Drugą okolicznością korzystną dla nas na zbliżającym się Kongresie będzie przedstawienie Zbioru prac ginekologicznych *in extenso*, a streszczonych po francusku, z XI-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie. Wydawnictwo powyższe, które rozdane będzie uczestnikom Kongresu, powstało z inicjatywy i staraniem prof. A. ROSNERA z Krakowa. Nadto na Kongresie w Berlinie pierwszy raz wystąpią delegaci niedawno powstałego „Towarzystwa Ginekologicznego Polskiego“. Nie wątpię, że w przyszłości w myśl projektu mego z r. 1904 i wniosku mego na Konferencji w Krakowie w d. 2 listopada 1911 r., na Kongresach międzynarodowych przedstawiany będzie w formie *exposée* zjazdowego wykaz z krótkim streszczeniem po francusku wszystkich prac polskich z odnośnego działu medycyny, ogłoszonych w międzyczasie dwu Kongresów.

Tak więc na Kongres do Berlina tym razem przybędziemy, że tak się wyrażę, „nie z pustemi rękami“, nie tylko po to, aby być obecnymi, lecz przywieziemy nasz dorobek naukowy. Okoliczność ta bez wątpienia podniesie powagę naszą, a prawdopodobnie ułatwi udział nasz i co do formy, t. j. zapewni przyznanie nam równouprawnienia, co do praw i przywilejów z innymi narodami.

W myśl wiekowej tradycji pamiętać powinniśmy, że należymy do tych narodów, które w postępie wszech-ludzkiej wiedzy niepoślednie miejsce zajmowały, pamiętać powinniśmy, że w obecnych tembardziej warunkach nie wolno nam dobrowolnie skazywać na wykreślenie imienia polskiego ze spisu tych narodów, którym, chociażby przez przyczynki, postęp nauki kosmopolitycznej jest drogi. Mam to przekonanie, że tylko przez mozolne przygotowanie, przez dorobek poważniejszy do pracy powszechnej zdobyć możemy na Kongresach międzynarodowych te prawa, których nam dotychczas odmawiają. Treścią zdobywajmy formę.

Wiadomości bieżące.

— Jak z każdym rokiem wzrasta napływ chorych do szpitali warszawskich, daje poniekąd pojęcie obecny wygląd sal szpitalnych. Podczas gdy jeszcze przed kilku laty oddziały szpitalne opróżniały się niemal do połowy z nastaniem pierwszych dni letnich, dzisiaj przepełnienie ich przekracza wszelkie granice. Sale i korytarze wprost natłoczone są chorymi. Do stanu takiego przyczynia się jeszcze w stopniu poważnym wadliwy system robót remontowych, prowadzonych, utartym wzorem lat poprzednich, jednocześnie w szeregu oddziałów równorzędnych. W chwili obecnej np. z pomiędzy oddziałów chirurgicznych czynne są na całą Warszawę tylko dwa oddziały pawilonu II-go szpitala Dziec. Jezus oraz oddziały chirurgiczne szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze; nieczynne zaś — pawilon I-y szp. Dz. Jezus, oddziały chirurgiczne szp. św. Ducha i szp. św. Rocha.

W warunkach tych lekarze oddziałów, znajdujących się w stanie takiej hyperfunccyi, upadają z nadmiaru pracy, tembardziej że pracują w komplecie zmniejszonym wskutek wyjazdów letnich wielu kolegów. Czyż istotnie niema sposobu na przyspieszenie tempa robót remontowych, przeciągających się dzisiaj na 6 i 8 tygodni w każdym pawilonie? W dodatku remont bywa na tyle mało gruntowny, że np. w oddziałach II-im i IV-ym szpit. Dz. Jezus bezpośrednio po zakończonych robotach remontowych przemokły sufity zaraz w pierwszych dniach ulewnego deszczu!

— Z powodu notatki naszej o nowym szpitaliku dla chorych umysłowo przy ul. Spokojnej, zapewniono nas ze strony kompetentnej, że opisy szpitalika, umieszczone w pismach codziennych, na których opieraliśmy naszą wiadomość, w szczegółach grzeszyły istotnie niedokładnością. Szpital posiada miejsce do zajęć dla chorych i obszar sal szpitalnych pozostawia możność indywidualizowania chorych. Niezaprzeczoną natomiast wadę szpitalika stanowi bliskość miejskiego zakładu dezynfekcyjnego.

— Wydział lekarski wiedeński oświadczył się za ograniczeniem liczby słuchaczy na tym fakultecie, a to z powodu braku miejsca w instytucie anatomii opisowej. „Tygodnik Lekarski Lwowski“ podnosi przy tej okazji wadliwość i szczupłość sal i urządzeń w klinikach i zakładach teoretycznych Uniwersytetu Lwowskiego, utrudniające w wysokim stopniu, zwłaszcza przy dzisiejszym zwiększonym napływie słuchaczy, należyte korzystanie z wykładów i zajęć praktycznych.

— Jeden z współpracowników „Przeglądu Lekarskiego“ przeznaczył swoje honorarium na nagrodę konkursową. Wobec tego Redakcyja „Przeglądu Lekarskiego“ ogłasza konkurs z nagrodą 200 koron za najlepsze sprawozdanie poglądowe, ogłoszone w „Przeglądzie Lekarskim“ w r. 1912. Przedmiot referatu dotyczyć może dowolnego zagadnienia i któregośkolwiek z działów nauk lekarskich.

— Ziemstwa t. zw. gubernii stepowych (za Wołgą) wyłoniły komisję w celu uregulowania sprawy przemysłu kumysowego. Komisya wykryła, że wyrób kumysu odbywa się naogół w sposób nader pierwotny, z zupełnem pominięciem zasad najprostszej czystości.

— W Łódzkim szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych gorączkowych ruch chorych był następujący:

od 5-go sierpnia	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
ospa	10	—	7	1	2
szkarlatyna	5	1	1	—	5
dur wysypkowy	1	—	—	—	1
róża	—	—	—	—	—
Ogółem	16	1	8	1	8

od 5-go sierpnia					
do 12-go sierpnia	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
osipa	2	2	1	1	2
szkarlatyna	5	1	2	—	4
dur brzuszny	1	—	—	—	1
róża	—	—	—	—	—
Ogółem	8	3	3	1	7

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

- 1) Dr ADAM WAŚNIEWSKI. Hygiena kobiety. Warszawa 1912.
-

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

**WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGŁĄDU PEDIATRYCZNEGO“
I „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“**

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

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

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

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

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

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

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

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

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.