

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. J. KOELICHEN i J. SKŁODOWSKI. Przypadek zapalenia mózgu o przebiegu podostrym u 9-letniego chłopca. (*Encephalitis subacuta*). Str. 843. II. STANISŁAW TUZ. Spostrzeżenia kliniczne nad próbami tuberkulinowymi sposobem MANTOUX'a i PIRQUET'a. (Dok.). Str. 847. *Dział sprawozdawczy.* 107. BIRCHER M. C. Wytwarzanie doświadczalne choroby BASEDOW'a. Str. 852. 108. STACHELIN W. Zmiany we krwi ludzkiej po zażywaniu substancji gruczołu tarczowego. Str. 852. 109. OTTO E. W sprawie leczenia choroby BASEDOW'a. Str. 853. 110. MEYER ARTUR W. Wyniki chirurgicznego leczenia choroby BASEDOW'a. Str. 854. 111. RIEDEL. O wczesnem operowaniu w chorobie BASEDOW'a. Str. 855. 112. BERGER D. i SCHWAB M. Działanie lecznicze promieni RÖNTGEN'a na wole i chorobę BASEDOW'a. Str. 856. 113. COHEN SOLOMON. O niechirurgicznym leczeniu choroby BASEDOW'a. Str. 857. 114. Z. BYCHOWSKI. Dzieci kaleki i opieka nad nimi. Str. 858. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia neurologów i psychiatrów 20-go stycznia, 3-go lutego 1912 r. Str. 859, 861. *Wiadomości bieżące.* Str. 862. Nadesłano do Redakcyi. Str. 864. *Ogłoszenia*

I. Przypadek zapalenia mózgu o przebiegu podostrym u 9-letniego chłopca.

(*Encephalitis subacuta*).

Podali

J. Koelichen i J. Skłodowski.

Sprawy zapalne, umiejscowione w półkulach mózgu—*„Grosshirnencephalitis“* STRÜMPELL'a i LEICHTENSTERN'a—mają zazwyczaj przebieg bardzo ostry, zwłaszcza u dzieci. Wybuchowi cierpienia towarzyszą zwykle wybitne objawy ogólne w postaci bólów i zawrotów głowy, nudności i wymiotów, senności i apatyi lub niepokoju i podniecenia; czasem do, chodzi do zupełnej utraty przytomności, a u dzieci do drgawek. Spostrzegany przez nas przypadek różnił się znacznie od obrazu typowego. Przedewszystkiem w ciągu całego przebiegu nie było wcale objawów ogólnych, choroba rozwijała się bardzo powolnie, objawy występowały i potęgowały się stopniowo i również stopniowo ustępowały. Ze względu na tak niezwykle przebieg sądzimy, że nie będzie bez korzyści podanie krótkiego opisu naszej obserwacyi.

Dnia 9-go października 1911 r. został przyprowadzony przez matkę do ambulatoryum dla chorych nerwowych w szpitalu Dzieciątka Jezus 9-letni Oleś S. Według słów matki, dziecko od pewnego czasu źle łyka—mówi niewyraźnie i ma osłabioną prawą rączkę. Przy pobieżnem zba-

daniu stwierdzono u chłopca objawy opuszkowe i wobec tego umieszczono go w szpitalu. Wywiady dokładniejsze dały następujący obraz rozwoju choroby. Mniej więcej na 2 tygodnie przedtem, t. j. w końcu września, chłopiec został wysłany pewnego wieczoru po jakiś sprawunek; w drodze spotkała go ulewa, wrócił więc mocno przemoknięty do domu. Wkrótce potem matka zauważyła, że dziecko mówi niewyraźnie, przez nos, oraz łyka pokarmy z pewną trudnością. Początkowo nie zwracano na to większej uwagi, zwłaszcza, że chłopiec nie gorączkował, był rażny i na nic się nie skarżył. Lecz w ciągu następnych dni zaburzenia powyższe stały się coraz widoczniejsze, a po upływie tygodnia przyłączył się do nich lekki niedowład prawej kończyny górnej, który również stopniowo zaczął się wzmacniać. Mimo to i teraz jeszcze nie było żadnych objawów ogólnego niedomagania, dziecko nie gorączkowało, nie skarżyło się na ból głowy, było w dobrym usposobieniu i chętnie brało udział w zabawach. Poprzednio żadnych chorób poważniejszych chłopiec nie przechodził, w rodzinie również nikt na choroby cięższe nie zapadał.

Pierwsze badanie szczegółowe, dokonane 11-go października, dało wynik następujący: Chłopiec 9-letni, rozwinięty normalnie, budowy prawidłowej, w niezłym stanie odżywienia, o cerze cokolwiek bladej. Gruczoły chłonne na szyi ma nieco powiększone, zwłaszcza po stronie lewej, również nieznacznie powiększone są gruczoły w obu pachwinach. Świadomość zupełnie zachowana, usposobienie wesołe. W płucach zmian żadnych nie wykryto; granice serca normalne, tony czyste; organy jamy brzusznej bez zmian widocznych. Wyraz twarzy mało ruchomy, cokolwiek maskowaty, dość często jednak pojawia się na niej nikły uśmiech, podczas którego usta rozszerzają się i fałdy nosowowargowe występują wyraźniej. Dokładniejsze badanie czynności mięśni twarzowych wykazuje zaburzenia wybitne. Dowolne marszczenie czoła jest zupełnie niemożliwe, jedynie przy skierowaniu wzroku ku górze czoło układa się w lekkie, poprzeczne fałdy. Zamykanie oczu jest niedostateczne, szczególnie po stronie prawej. Marszczenie nosa, wyszczerzanie zębów, przekrzywianie ust w prawą i lewą stronę, układanie warg w trąbkę zupełnie jest niemożliwe. Przy otwieraniu ust prawy kąt nieco więcej się opuszcza niż lewy. Usta są stale nieco rozchylone, co pewien czas wycieka z nich ślina, jednak niekiedy chory wykonywa drobne ruchy wargami, jakby starając się temu zapobiedz. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach są prawidłowe, bez oczopląsu. Żrenice równe, oddziałują na światło dobrze; na dnie oczu zmian niema. Wzrok, słuch, węch i smak zachowane. Czucie na twarzy i głowie nie wykazuje zaburzeń. Mięśnie żwacze przy zaciskaniu zębów napinają się dostatecznie. Język może chory wysunąć z ust tylko bardzo nieznacznie, powoli i z wysiłkiem; boczne ruchy języka są niemożliwe. Drgań włókienkowych, ani zaników w języku i mięśniach twarzy nie widać. Pobudliwość tych mięśni na prąd przerywany i stały zupełnie zachowana. Podniebienie miękkie i języczek z obu stron opuszczone, zupełnie nieruchome przy fonacji.

Badanie laryngologiczne (kol. TRYJARSKI) wykazuje niedowład strun głosowych. Głos chorego jest bezdźwięczny, ochrypliwy, wymowa nosowa, bełkocąca. Łykanie pokarmów stałych odbywa się z wielkim wysiłkiem, płyny wylewają się częściowo ustami, po części przez nos, chory przytem często zachłystuje się. Odruchu gardzielowego brak zupełnie. Zaburzeń w oddychaniu niema, tętno miarowe, 88 na minutę.

Prawy bark opuszczony, kończyna górna prawa doprowadzona do tułowia, zgięta cokolwiek w stawie łokciowym, dłoń zwisa bezwładnie, palce napół zgięte. Ruchy tej kończyny bardzo ograniczone. Unoszenie barku bardzo nieznaczne i słabe, ramię prawe chory zaledwie cokolwiek jest w stanie odprowadzić na zewnątrz, skoro jednak uniesiemy je biernie do linii poziomej, to utrzymać je może w tem położeniu przez pewien przeciąg czasu. W stawie łokciowym, dłoni i palcach ruchy czynne zupełnie są zniesione. Napięcie mięśni w całej kończynie cokolwiek wzmożone, zwłaszcza wyraźny opór napotykamy przy próbie rozgięcia jej w stawie łokciowym, przy rozginaniu dłoni i palców.

Kończyna górna lewa pod względem ruchowym zupełnie normalna.

Czucie dotykowe, bolowe i cieplikowe, oraz czucie położenia i ruchów w obu kończynach górnych zachowane. Pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni obu kończyn górnych normalna. Odruchy ze ścięgna mięśnia trójgłowego i okostnej promienia z obu stron żywe, bez wyraźnej różnicy.

Ruchy głowy i tułowia zachowane, mięśnie brzuszne działają prawidłowo, odruchów brzusznych z powodu napięcia mięśni wywołać nie można. Czucie na tułowiu zachowane.

Chód chorego zupełnie prawidłowy. Kończyny dolne pod względem ruchowym normalne, siła mięśniowa z obu stron jednakowa. Czucie zachowane. Odruchy kolanowe bardzo żywe, otrzymujemy je nawet z okostnej goleni; z prawej strony jednak odruch wyraźnie żywszy. Odruchy ze ścięgna Achillesa z obu stron jednakowe, żywe, objawu stopowego wywołać nie można. Po stronie prawej wyraźny objaw BABIŃSKIEGO, OPPENHEIM'a i MENDEL'a, po lewej odruch podeszwy niewyraźny, raczej jednak zbliżony do normalnego. Napięcie mięśniowe w obu kończynach dolnych normalne. Odruch mosznowy z obu stron żywy. Czynność odbytnicy i pęcherza normalna. Mocz prawidłowy.

W czasie pobytu chorego w szpitalu stan jego stopniowo, lecz stale się pogarszał. Mowa stawała się coraz bardziej bezdźwięczna, wymowa coraz mniej wyraźna, w końcu chłopiec zupełnie zaniemówił. Łykanie również stawało się coraz trudniejsze, wreszcie karmienie mogło odbywać się tylko w ten sposób, że choremu w pozycji leżącej odchylało głowę mocno w tył i powoli wlewano do ust płyny, które z trudem przełykał. Język leżał zupełnie nieruchomo w jamie ustnej, i mimo usiłowań chory nie mógł go wcale wysunąć. Prawa kończyna górna stała się zupełnie bezwładna. Jednocześnie zjawił się niedowład w mięśniach szyi, głowa chorego przy uniesionym tułowiu zwisała bezwładnie. Poka-

zało się przytem w czasie obserwacji szpitalnej, że chory miewa nieraz wieczorem podniesioną ciepłotę, nie wyżej zresztą ponad 37,5°. Badanie krwi na odczyn WASSERMANN'a dało wynik ujemny.

Dnia 21-go października chory był przedstawiony na posiedzeniu sekcji neurologicznej. Przed samą demonstracją towarzyszący choremu posługacz szpitalny zauważył u niego jakieś ruchy nienormalne w prawej połowie twarzy i w prawej kończynie górnej; sądząc z opisu, były to kurcze toniczne bez utraty przytomności. Zaraz potem, podczas wspomnianej demonstracji zauważono po raz pierwszy, że chory przy chodzeniu powłóczy cokolwiek prawą nogą. W ciągu następnych paru dni chód chorego stał się niepewny, chwiejny, przytem powłóczenie prawą kończyną dolną wystąpiło jeszcze wyraźniej. Chłopiec często nie mógł utrzymać równowagi i padał. Przy staniu uwydatniało się nienormalne położenie ciała, polegające na tem, że tułów chorego pomimo jego woli przeginał się w tył i w prawą stronę. Badanie zdolności ruchowej i siły mięśniowej prawej kończyny dolnej w pozycji leżącej wykazało wtedy zupełne zniesienie ruchów palcami i stopą, oraz znaczne ograniczenie i osłabienie w stawie kolanowym, przyczem zginanie kończyny w kolanie było słabsze od rozginania. Przy próbie piętowokolanowej spostrzegano, że kierunek ruchu bywał prawidłowy, ruch jednak odbywał się z wahaniami, jakby bezładnie. Pozatem stan chorego nie uległ zmianom. Świadomość była wciąż zupełnie zachowana. Przy zwracaniu uwagi na chorego, na ustach jego stale błędził niewyraźny uśmiech, który robił czasami wrażenie przymusowego. Mowa była zupełnie niemożliwa, łykanie nadzwyczaj utrudnione. Objawów duszności nigdy u chłopca nie zauważono. Tętno było równe, miarowe, 96 na minutę, ciepłota wieczorami stale nieco podniesiona.

Dnia 27-go października zauważono szczególne napady, polegające na tem, że z ust chorego wydobywał się ochrypy krzyk, twarz czerwieniała, żyły na czole i twarzy nabrzmiwały, głowa przekrzywiała się w prawą stronę i pozostawała przez pewien czas sztywna w tem położeniu. W nocy i z rana chory miał podobno napady nieutulonego płaczu. Przy badaniu zauważono, że ruchy lewej kończyny górnej są nieco chwiejne, jakby ataktyczne, przy zachowanej sile mięśniowej; lewa kończyna dolna pod względem ruchowym zupełnie była normalna, wystąpił jednak na niej objaw BABIŃSKIEGO, prawa kończyna dolna prawie zupełnie bezwładna.

Dnia 29-go października stan dziecka wydał się rodzicom tak ciężki, że zabrali je do domu, widocznie w obawie sekcji. Lecz już 3-go listopada chłopiec został ponownie oddany do szpitala. Z opowiadania matki dowiedzieliśmy się wtedy co następuje: po przywiezieniu go do domu chory nie mógł zupełnie łykać, ale na 2-gi czy 3-ci dzień nagle wylało mu się z gardła dużo ropy, poczem zaraz nastąpiła widoczna poprawa w łykaniu i w stanie ogólnym. Dokonane przez kol. TRYJARSKIEGO zaraz po zwróceniu chłopca do szpitala badanie górnych dróg oddech-

wych nie wykryło nic więcej prócz zaczerwienienia gardzieli; żadnych śladów ropnia wykryć się nie udało.

W samej rzeczy jednak stan chorego od tej pory zaczął się stopniowo poprawiać. Przytem poprawa wystąpiła przedewszystkiem w dziedzinie objawów opuszkowych. Łykanie stało się łatwiejsze, mowa zaczęła stopniowo powracać, dała się również zauważyć pewna poprawa w ruchach mimicznych twarzy. Natomiast porażenie kończyn prawych wystąpiło jeszcze wybitniej. W dniu 11-ym listopada zauważono, że u chorego w lewym kącie ust pojawiły się już nieznaczne ruchy i że przy otwieraniu usta przekrzywiały się nieco w lewą stronę. Język wysuwa się już dość znacznie z ust w kierunku prostym, lecz ruchów bocznych chorey wykonać nim nie może. Przy fonacji widać drobny skurcz w podniebieniu miękkim. Chory może już wymówić parę wyrazów, lecz bardzo cicho, niewyraźnie i z wyraźnym odcieniem nosowym. Głowa w pozycji pionowej przechyla się jeszcze nieco naprzód i w stronę prawą, jednakże chory może ją wyprostować, przechylić w tył i na oba boki, a także obracać. Kończyny prawe są zupełnie porażone, przytem w górnej daje się zauważyć wyraźne przykurczenie. Jest ona zbliżona do tułowia, cokolwiek zgięta w łokciu, dłoni i palcach, przy ruchach biernych napotyka się znaczny opór. W prawej kończynie dolnej wzmoczonego napięcia mięśni niema. Kończyny lewe pod względem ruchowym zupełnie normalne, tylko w kończynie górnej przy próbie palcowonosowej ruch odbywa się nierównomiernie, jakby w postaci oddzielnych posunięć i cokolwiek bezładnie. Odruchy ścięgnowe na kończynach prawych żywsze są aniżeli na lewych. Z obu stron istnieje objaw BABIŃSKIEGO; prawego odruchu brzuszego wywołać nie można, lewy słaby. Zaburzeń czucia nigdzie nie stwierdzono. Ciepłota wieczorem zawsze cokolwiek podniesiona.

[D. n.].

II. Z ODDZIAŁU DRA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU SW. DUCHA
W WARSZAWIE.

Spostrzeżenia kliniczne nad próbami tuberkulinowemi sposobem Mantoux'a i Pirquet'a.

(Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Tow. Lek. Warszaw. w listopadzie r. 1911).

Podał

Stanisław Tuz,

asystent oddziału.

(Dokończenie. — Patrz № 27).

-
- 9) O. M., lat 28, urzędnik. Vitium valv. mitralis.
M. ujemny
P. ujemny.

10) J. P., lat 70, stróż. Arteriosclerosis. Insuff. musculi cordis.

M. ujemny

P. ujemny.

11) S. J., lat 27, robotnik fabryczny. Condensatio tbc in apice pulmon. dextri cum destructione incipiente. W płwocinie łaseczniki. Stan podgorączkowy.

M. ++

P. +

12) M. J., lat 22, wyrobnik. Condensatio tbc in utr. apic. pulmonum cum destructione. Status subfebrilis. W płwocinie łaseczniki.

M. ++

P. ++

13) M. J., lat 19, krawiec. Condensatio tbc in utr. apic. pulmonum, praecipue dextri. Status febrilis 39°. W płwocinie łaseczniki.

M. ++

P. ++

14) K. S., lat 24, robotnik. Condensatio tbc in utr. apic. pulmonum cum destructione. Status subf. do 38°. W płwocinie łaseczniki.

M. ++

P. ++

15) K. J., lat 29, szewc. Infiltratio utr. apic. pulmonum sine destructione. Łaseczników nie znaleziono. Status subfebr.

M. +++

P. ++

16) Z. A., lat 40, wyrobnik. Insuff. m-li cordis.

M. ujemny

P. ujemny.

17) B. M., lat 19, wyrobnik. Condensatio tbc in apice pulmon. dextri. St. subfebr. 37,8°. W płwocinie łaseczniki.

M. ++

P. ++

18) D. J., lat 26, szewc. Tbc pulmonum. St. subf. 38°. W płwocinie łaseczniki.

M. ++

P. ++

19) S. J., lat 36, ogrodnik. Tbc pulmonum c. destructione incip. St. subf. 37,6°. W płwocinie łaseczniki.

M. ++

P. ++

20) L. J., lat 15, uczeń. Phthisis florida. W płwocinie łaseczniki. Ciepłota hektyczna. Po 1½ mies. mors.

M. ++

P. ++

21) P. M., lat 29, wyrobnik. *Condensatio tbc utr. ap. pulmonum.* Objawy kawerny w zrazie dolnym lewego płuca. W płwocinie łaseczniki. Stat. febrilis.

M. ++

P. ++

22) K. W., lat 45, rolnik. *Osteomyelitis tbc femoris d.* W płwocinie łaseczników nie znaleziono. Stat subfebr, 37,5°.

M. ++

P. ++

23) Z. L., lat 18, wyrobnik. *Pleuritis purulenta.*

M. ujemny

P. ujemny

24) B. J., lat 36, stolarz. *Pleuritis purulenta.*

M. ujemny

P. ujemny.

25) B. A., lat 32, prac. fabryczny. Przed 10-u laty lues. *Condensatio in ap. pulmon. dextri sine destructione.* St. sub. 37,5°. W płwocinie łaseczników nie znaleziono.

M. ++

P. ++

26) S. F., lat 42, wyrobnik. *Carcinoma ventriculi.*

M. ujemny

P. ujemny.

27) K. J., lat 26, wyrobnik. *Condensatio utr. apic. pulmonum.* Status afebrilis. W płwocinie łaseczników nie znaleziono.

M. +++

P. +++

28) K. A., lat 48, stróż. *Induratio fibrosa in apice pulmon. dext.* W płwocinie łaseczników nie znaleziono. Stat subf. 37,3°.

M. +++

P. +++

29) Sz. Józefa, lat 18. Wyrobница. *Iritisluetica.*

M. ujemny

P. ujemny.

30) S. A., lat 11, czeladnik. *Lymphadenitis tbc.*

M. +++

P. +++

31) F. A., lat 21, malarz pokojowy. *Rheumatismus acutus.*

M. ujemny

P. ujemny.

32) F. J., lat 47, wyrobnik. *Pleuritis exsud. sinistra.*

M. +++

P. ++

33) Cz. S., lat 15, czeladnik krawiecki. *Tbc pulmonum ulcerosa.* W płwocinie łaseczniki. St. febrilis 39°.

M. ++

P. ++

34) A. W., lat 16, syn rolnika. *Pleuritis exsudat. sinistra.*

M. ++

P. ++

35) C. J., lat 46, wyrobnik. *Bronch. chronica cum emphysemate et cum induratione fibrosa in ap. pulmon. dextri.* W płwocinie łaseczników nie znaleziono. *Stat afebrilis.*

M. ++

P. ++

36) B. J., lat 58, wyrobnik. *Bronchitis chronica cum bronchiectas.* W płwocinie łaseczników nie znaleziono.

M. ujemny

P. ujemny.

37) L. B., lat 29, ślusarz. *Condensatio tbc in ap. pulmon. dextri.* W płwocinie łaseczników nie znaleziono. *St. subfebr. 37,5°.*

M. ++

P. ++

38) B. M., lat 39, stróż. *Induratio fibrosa in ap. pulmon. dextri.* *St. afebr.* W płwocinie łaseczników nie znaleziono.

M. ++++

P. ++++

39) K. F., lat 48. *Bronchitis chronica cum emphys. et indurat. in ap. pulmon. dextri.*

M. ++

P. ++

40) J. A., lat 51, kamieniarz. *Phthisis cavernosa.* *Stat. febrilis 39°.* W płwocinie łaseczników nie znaleziono. Po 2 tygodniach mors.

M. ujemny

P. ujemny.

Z wykazu powyższego widać, iż w żadnym przypadku niegruźliczym (na 31 przypadków gruźliczych 9 niegruźliczych) nie mieliśmy odczynów dodatnich, pozatem widzimy, że w 3-ch przypadkach gruźlicy rozpadowej na krótko przed śmiercią odczyny wypadły ujemnie. W pozostałych 28-u przypadkach gruźlicy otrzymaliśmy odczyny dodatnie. W tem jeden *osteomyelitis*, jeden *lymphadenitis*, dwa *pleurit. exsudat.*, 6 postaci gruźlicy włóknistej, reszta w ilości 18-u dotyczyła gruźlicy płucnej z łasecznikami KOCHA w płwocinie, czyli tak zwanej gruźlicy otwartej.

We wszystkich przypadkach z wynikiem dodatnim przy odczynach sposobem MANTOUX'a, otrzymaliśmy reakcye silniejsze, niż przy odczynach sposobem PIRQUET'a, a w 4-ch przypadkach, dodatnich wyraźnie po odczynie MANTOUX'a mieliśmy po odczynie PIRQUET'a wyniki wątpliwe, alboważ zgoła ujemne. Odczyny wyjątkowego natężenia, więc z dużem zaczerwienieniem i nacieczeniem, trwające po 5 do 6-u i dłużej dni,

sposstrzegaliśmy u sześciu chorych, z tych w 4-ch przypadkach laseczników w płwocinie nie wykrywaliśmy, w jednym zaś przypadku suchot galopujących (przypadek № 20) laseczniki znaleźliśmy dopiero w parę tygodni potem. Wszystkie te przypadki z wyjątkiem ostatniego miały przebieg łagodny, co możemy dziś powiedzieć po całorocznej, a nawet i dłuższej obserwacji tych chorych.

Ani przy takiej podwójnej próbie, ani przy pojedynczych, tylko jednym albo drugim sposobem dokonanych, w przeciągu 3-ch lat nie mieliśmy żadnych komplikacji — czyto w stanie ogólnym, czy też miejscowych stanów zapalnych w postaci rozlanych zapaleń tkanki podskórnej, jak to spostrzegali niektórzy autorowie. Raz jeden na drugi dzień po próbie PIRQUET'a (wybitnie dodatniej u 16-letniej panny) wystąpiły jakieś niewyraźne objawy ogólne w postaci ogólnego osłabienia i pewnej śpiączki, co jednak w kilka godzin ustąpiło zupełnie.

Na podstawie tych 40-u przypadków i paroletniego doświadczenia w tym kierunku śmiało możemy się wypowiedzieć za wielką doniosłością obydwu tych prób, zwłaszcza gdy przy braku niezupełnie jasno wyrażonych zmian w organach mamy pewne trudności dyagnostyczne. Przede wszystkim występują one dodatnio wyłącznie u osobników, dotkniętych cierpieniem gruźliczem, nie występując tylko w bardzo daleko posuniętych sprawach gruźliczych, już przy charłactwie; występują tem wyraźniej, im sprawa ma przebieg pomyślniejszy i są zupełnie nieszkodliwe.

Już wyżej wspominaliśmy, że w niektórych przypadkach natury gruźliczej przy dodatnim odczynie MONTROUX'a, otrzymaliśmy albo niewyraźne, albo też kompletnie ujemne wyniki po odczynie, sposobem PIRQUET'a dokonanym. Spostrzegaliśmy to i w innych licznych, bliżej tutaj nie omawianych przypadkach, ale i te, zdaniem naszym, wystarczają, aby jednak próbie MANTOUX'a dać pierwszeństwo stanowe przed próbą PIRQUET'a. Za tem przemawia jeszcze nader ważna okoliczność, iż w próbie MANTOUX'a mamy zupełnie ściśle dawkowanie tuberkuliny, gdy tymczasem w próbie PIRQUET'a nigdy nie jesteśmy w możności ściśle określić, ile tuberkuliny za każdym razem dostaje się do organizmu. Do stron ujemnych próby MANTOUX'a zaliczamy względnie trudniejszą technikę, a co jeszcze ważniejsze — częstą niechęć ze strony chorych, którzy zazwyczaj boją się wszelkich zastrzykiwań, zgadzają się o wiele chętniej na „szczepienie“ sposobem PIRQUET'a.

PIŚMIENNICTWO.

1. A. SOKOŁOWSKI. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej 1909. Odczyt Kliniczny. 2. FILIPKIEWICZ. O znaczeniu rozpoznawczem odczynu skórneg o po szczepieniu tuberkuliny sposobem PIRQUET'a. Przegląd Lekarski 1908, № 9. 3. S. PROGUŁSKI. O szczepieniu tuberkuliny sposobem PIRQUET'a. Sprawoz. X Zjazdu Lek. i Przyrodników polskich str. 137. 4. RZĘTKOWSKI. W sprawie stosowania tuberkuliny w ce-

lach rozpoznawczych. Gaz. Lek. r. 1907. 5. B. DĘBIŃSKI. W sprawie odczynu ocznego CALMETTE'a u gruźliczych. Gaz. Lek. 1907 i 1908. Zeit. f. Tuberc. 1909. 6. BONDY. „Próba tuberkulinowa wśródskórna“. Pam. Tow. Lek. str. 715. r. 1909. 7. „Frühdiagnose und Tuberkulose-immunität“ WOLFF-EISNER. Würzburg 1909. 8. La Presse médicale 1910 № 2. L'intradermo-reaction à la tuberculine et son interprétation clinique par CH. MANTOUX.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

107. Bircher M. E. Wytwarzanie doświadczalne choroby Basedow'a.

Przypadki śmierci w chorobie BASEDOW'a z powodu przerostu grasicy (CAPELLE), przypadki uleczenia tejże choroby przez tymektomię (GARRE) naprowadziły BIRCHERA na myśl, że grasicą w powstawaniu choroby BASEDOW'a gra rolę nie mniejszą, niż gruczoł tarczowy. Aby się o tem przekonać doświadczalnie, B. zaszczerpiał psom do jamy brzusznej kawałki grasicy ludzkiej, o ile można najświeższej, pochodzącej od osobników, którym usunięto ten organ z powodu t. zw. *mors thymica* podczas chloroformowania lub też z powodu *stenosis thymica*; osobniki te nie były w żadnym razie dotknięte chorobą BASEDOW'a. Grasicą była szczepiona natychmiast po jej wyjęciu, nie będąc narażoną na zetknięcie się z powietrzem dłużej niż $\frac{1}{2}$ minuty (od tego zależy powodzenie doświadczenia). W ten sposób udało się autorowi wywołać kompletną chorobę BASEDOW'a u 5-u psów. Pierwsze objawy choroby zjawiły się już po 24-ch godzinach — podrażnienie, brak łaknienia, silne pragnienie. Po 4-ch dniach zjawił się wytrzeszcz, który dosięgnął swego *maximum* po 20-u dniach, poczem zaczął się zmniejszać, aby zniknąć po upływie 5-u miesięcy. Wyrazny był objaw GRAEFFE'go i STELLWAGA. Trzeciego dnia tachykardia była wyraźna (do 180), wystąpiło wyraźne drżenie łap, a czasem i całego ciała. Wole zjawiło się dopiero po 4-ch—5-u tygodniach. W końcu pierwszego tygodnia wystąpiła limfocytoza zresztą krótkotrwała, oraz glikozurya. Tachykardia trwała 3 miesiące. Inne objawy zniknęły dość szybko oprócz wola, które trwa w dalszym ciągu.

(*Zentralblatt f. Chirurgie*, 1912, 3 lutego i *Sem. méd.* 1912, Nr. 22).

A. Puławski.

108. Stachelin W. (z kliniki EICHHORST'a w Zurychu). Zmiany we krwi ludzkiej po zażywaniu substancji gruczołu tarczowego.

KOCHER na podstawie badań, przeprowadzonych w swojej klinice na obfitym materiale, doszedł do wniosku, że krew osób dotkniętych chorobą BASEDOW'a po większej części przedstawia następujące cechy charakterystyczne: 1) zmniejszenie liczby białych ciałek, 2) zwiększenie liczby limfocytów (do 57%), 3) zmniejszenie liczby neutrofilów wielojądrowych (do 35%), 4) normalną liczbę ciałek czerwonych. Inni autorzy naogół potwierdzili spostrzeżenie KOCHERA z małemi odmianami, tak np. CARO w lekkich przypadkach znajdował znaczne zwiększenie ciałek jednojądrowych, ZAPPERT i CIUFFINI znajdowali także eozynofilię. Więk-

zość autorów kładzie większy nacisk na limfocytozę, niż na leukopenię. KOCHER i TURIN w cięższych przypadkach znajdowali z a w s z e limfocytozę i leukopenię.

W obecnej chwili ustalił się pogląd MOEBIUS'a, że przyczyną choroby BASEDOW'a są zaburzenia w czynności gruczołu tarczowego, choć nie jest jeszcze rzeczą dowiedzoną, czy zaburzenia te polegają na n a d m i e r n e j sekrecyi, czy na jej własnościach c h o r o b l i w y c h (*hyper- czy dys-thyreoidismus*). Usiłowano pytanie to rozstrzygnąć na drodze doświadczałnej przez wywołanie choroby BASEDOW'a u zwierząt zapomocą karmienia (względnie zastrzykiwania, zaszczepiania) substancji gruczołu tarczowego w postaci wyciągów, proszków i t. d. Otrzymywano w ten sposób n i e k t ó r e objawy choroby BASEDOW'a, chociaż nie udało się jej dotychczas odtworzyć w całej pełni. Wobec wyżej podanych spostrzeżeń KOCHERA nad własnościami krwi osób dotkniętych chorobą BASEDOW'a zwrócono uwagę, czy te własności nie zależą od nadmiernej czynności gruczołu tarczowego. Badano w tym celu krew osób, karmionych substancją gruczołu tarczowego. TURIN i CARO znajdowali w takich razach zmiany we krwi, spostrzegane przez KOCHERA.

Autor przeprowadził podobne badania na 9-u osobnikach względnie zdrowych, a przynajmniej posiadających krew normalną. Chorem podawano w ciągu kilku dni od 2-u—3-ch pastylek tyreoidyny po 0,1 (HOFMANN-LA ROCHE—Bazylea), badania krwi wykonywano o jednej porze (7¹/₂ z rana) z zachowaniem wszelkich ostrożności (liczono 500—600 leukocytów). Wyniki były następujące: 1) liczba ciałek czerwonych prawie nie ulegała zmianie, 2) liczba ciałek białych stale była zmniejszoną (z 7000 na 5400, z 6400 na 5000, z 5100 na 4700 i t. d.), 3) stale występowała limfocytoza i zmniejszenie liczby neutrofilów wielojądrowych (z 21,9% limfocytów i 67,2% neutrofilów na 34,5% limfocytów i 55% neutrofilów). 4) liczba eozynochłonnych leukocytów w niektórych przypadkach zwiększała się (np. z 4% na 9%, z 4,1% na 6,4%), w niektórych pozostawała bez zmiany. Komórki tuczne, przejściowe i t. zw. *mono* ulegały względnie dużym wahaniom.

(*Med. Klin.* 1912, Nr. 24).

A. Puławski.

109. Otto E. (z kliniki STINTZING'a w Jenie). W sprawie leczenia choroby Basedow'a.

W ostatnich latach spostrzegano w klinice jenajskiej 54 przypadki choroby BASEDOW'a (10 ciężkich, 30 średnio ciężkich, 14 lekkich), z nich 70% kobiet, 30% mężczyzn. Trzymano się zasady, ażeby chorych n a j m n i e j 6 t y g o d n i leczyć według zasad medycyny wewnętrznej aż do zupełnego wyzdrowienia, a przynajmniej do możliwości powrotu do pracy. Dopiero gdy metoda taka okazywała się z u p e ł n i e bezskuteczną, poddawano chorych leczeniu chirurgicznemu. W ten sposób w y l e c z o n o 8-u chorych (15%), w tem było 7 przypadków lekkich, jeden — średnio ciężki. Poprawę uzyskano w 21 przypadkach (39%), w tem były 2 przypadki lekkie, 15 średnio-ciężkich, 4 ciężkie. W ¹/₃ części przypadków (19) leczenie wewnętrzne okazało się zupełnie bezskutecznem, w tem były 3 przypadki lekkie, 12 średnio-ciężkich, 4 ciężkie. Dwa przypadki (ciężkie) zmarły podczas leczenia, w jednym znaleziono powiększoną grasicę. Nie zauważono żadnego wybitnego wpływu antytyreoidyny MOEBIUS'a. Naświetlanie promieniami ROENTGEN'a (1 przypadek) nie dało wyników dodatnich. Poddano operacji 10 przypadków,

ale o trwałości leczenia autor nie może sądzić z powodu braku dalszej obserwacji. I po operacji zdarzały się nawroty.

Autor zwraca uwagę na ortodiagramy w chorobie BASEDOW'a. W 3-ch przypadkach zauważono szeroki cień naczyń (*Gefäss-Schatten*), co w jednym przypadku zależało od wola podmostkowego (*struma subster-nale*), w drugim od grasicy (stwierdzono na sekcji). Dotychczas, jak wiadomo, stwierdzenie istnienia grasicy zapomocą prześwietlania promieniami ROENTGEN'a, opiera się na słabych podstawach.

Co się tyczy badań krwi, to po większej części znajdowano limfocytozę i zmniejszenie liczby neutrofilów (33%—66% limfocytów, 58%—28% neutrofilów), jednakże w trzech przypadkach zupełnie wyraźnej choroby BASEDOW'a liczba limfocytów nie przekraczała normy (24%—27%). W przypadkach operacyjnych znajdowano wybitne zmniejszenie limfocytozy po operacji (np. 40,6% przed operacją, 14,75% po operacji), odpowiednio zato zwiększała się odsetka neutrofilów. Autor nie przypisuje temu faktowi większego znaczenia, wobec tego że badania były robione prawie bezpośrednio po operacji, t. j. wtedy, gdy cały obraz hematologiczny był pod wpływem świeżej utraty krwi, kiedy była zwiększona t. zw. leukocytoza pooperacyjna BUSSEGO. Żadnych określonych wniosków prognostycznych z obrazu hematologicznego w chorobie BASEDOW'a autor nie podejmuje się wysnuwać.

(*Med. Klinik.*, 1912 Nr. 24).

A. Puławski.

110. Meyer Artur W. (z kliniki prof. WILMSA w Hajdelbergu). Wyniki chirurgicznego leczenia choroby Basedow'a.

Słusznie domagał się w swoim czasie A. FRAENKEL (Badenweiler), żeby wyniki chirurgicznego leczenia choroby BASEDOW'a były ogłaszane według zasad medycyny wewnętrznej, żeby w statystykach chirurgicznych nie zaniedbywano dokładnej analizy klinicznej przypadków przed operacją i po niej. Tylko w ten sposób można rozpowszechnić metodę chirurgicznego leczenia tej choroby— metodę bądź co bądź dotychczas najlepszą i najpewniejszą. Autor w myśl FRAENKEL'a podaje dokładny opis kliniczny 8-u przypadków, operowanych w klinice WILMSA między 1907 a 1911 rokiem. Wynik badań przedstawiony jest na tablicach dla szybszej orientacji. Wyniki były dobre, szybkie i długotrwałe, niezależne w żadnym razie tylko od wpływów psychicznych, ew. sugestyi, jak tego chcą niektórzy, nawet bardzo doświadczeni klinicyści (np. EICHHORST).

Autor zapatruje się krytycznie na leczenie chirurgiczne choroby BASEDOW'a. Zupełne wyleczenie bywa tylko w lekkich postaciach; w przypadkach średnich i ciężkich zwykle pozostają ślady choroby. Kto wie jednak, powiada MEYER, czy tacy chorzy nie mieli wrodzonej nadczułości układu nerwowego współczulnego (*Sympathicusüberempfindlichkeit*)? Dobry wynik leczenia zależy od dostatecznego wycięcia gruczołu tarczowego, a to się chirurgom nie zawsze udaje. Stąd pochodzą niezupełne wyleczenia i nawroty, stąd potrzeba nieraz powtórnego uzupełniającego wycięcia tarczycy. Śmiertelność pooperacyjna da się prawie zawsze sprowadzić do zera przez odpowiedni dobór przypadków, przez ostrożne operowanie. Autor podkreśla metodę postępowania WILMSA, która polega na tem, żeby operacji zanadto nie przedłużać. Po usunięciu jednego zrazu, można

drugi zmniejszyć bez podwiązywania *art. thy. sup.* lub *infer.* Mięsz gruczołu należy wycinać, a nie wyciskać (*abquetschen*), gdyż w tym ostatnim razie wyciskamy sok, który się wchłania przez ranę i powoduje nieraz śmiertelne zatrucie całego ustroju. WILMS stosuje zwykle znieczulenie miejscowe, ale nie obawia się narkozy ogólnej, zwłaszcza u chorych z nadmierną wrażliwością. Zato gorąco zaleca w ziewania tlenu podczas operacji (zapomocą maski) — uchroniło to nieraz jego chorych od zapadu.

Zasługuje wreszcie na uwagę przypuszczenie autora, na czem polega wyleczenie w chorobie BASEDOW'a w przypadkach nie leczonych lub leczonych bez operacji. Oto na samoistnem zwyrodnieniu lub zaniku znacznej części tkanki gruczołowej. Notowano bowiem przypadki wola, do którego przyłączyły się na jakiś czas objawy choroby BASEDOW'a, które zupełnie ustąpiły, a podczas operacji takich przypadków znajdowano rozległą nekrozę gruczołu tarczowego.

(*Med. Klinik.*, 1912, Nr. 21).

A. Puławski.

111. Riedel. (Jena). O wczesnem operowaniu w chorobie Basedow'a.

Dotknięci tą chorobą zwykle oddają się późno w ręce chirurga, po wyczerpaniu wszelkich innych środków i metod. Przebieg pooperacyjny wtedy zwykle jest taki, że najpierw znika niepokój, ew. drżenie rąk, poprawia się stan psychiczny, powoli (nieraz po kilku miesiącach) uspakaja się serce, na ostatku ustępuje wytrzeszcz i to niezawsze, tak że chorzy w oczach publiczności nie uchodzą za wyleczonych, chociaż miewają się dobrze. Waga operowanych zwykle prędko się podnosi (R. widział zwiększenie się wagi o 50 funtów w ciągu 2-u miesięcy), ale siły wracają dość wolno — potrzeba nieraz roku do zupełnej poprawy. Inny jest przebieg w przypadkach wcześniej operowanych. Przypadki takie są rzadkie, bo potrzeba na to dwu rzeczy: wczesnego rozpoznania ze strony lekarza i szybkiej decyzji ze strony chorego. Autorowi udało się operować kilku takich chorych z wyraźnymi, ale niedawno istniejącymi objawami choroby BASEDOW'a: w 1-ym przypadku było wychudnienie, tachykardia (120), lekki wytrzeszcz, bardzo małe wole, stałe uczucie zmęczenia, uniemożliwiające pracę. Poprawa nastąpiła w ciągu tygodnia po operacji, wkrótce chorej przybyło 40 f. na wadze, a w pół roku była zupełnie zdrową. W 2-im przypadku głównym objawem było zmęczenie, małe wole, niepokój w okolicy serca (przy tętnie 64!) W 8 dni po operacji chora czuje się zupełnie dobrze, a w 2 miesiące powraca do męczącego zajęcia gospodni pensjonatu.

Oprócz powyższych R. przytacza opis przypadku, w którym dość długo nie decydowano się nie tylko na leczenie chirurgiczne, ale nawet na rozpoznanie choroby BASEDOW'a wobec zupełnego braku wola. Przypadek ten dotyczył chorego 40-letniego, któremu lekarz z powodu wielkiej krótkowzroczności zalecił leczenie jodem. Po 8-u miesiącach takiej kuracji wystąpiło rozwolnienie, niepokój, uczucie zmęczenia i gorąca, bicie serca, bardzo nieznaczny wytrzeszcz (*starre Blick und leichte Vortreibung der Augen*). Lekarze nie mogli się zdecydować na rozpoznanie choroby BASEDOW'a i wysłali chorego nad morze. Tam chory stracił 10 f. na wadze w ciągu miesiąca, dostał drżenia rąk i czuł się coraz więcej osłabionym. Rozpoznanie się wyjaśniło, ale nie zde-

cydowano się na operację wobec braku wola. Dopiero gdy chory czuł się coraz gorzej pomimo leczenia (surowica MOEBIUS'a, zastrzykiwania As i t. d.), przystąpiono do operacji. Znalaziono dość małe wole pozamostkowe (*struma retrosternale*). Chory po operacji poprawił się bardzo szybko. Przy tej okazji RIEDEL przytacza inny przypadek — najcięższy jaki operował (posiada w swojej statystyce 100 przypadków operacji choroby BASEDOW'a), w którym również gruczoł tarczowy był bardzo nieznacznie powiększony, a jednak chora poprawiła się, a raczej wyzdrowiała dopiero po operacji (przed 12-u laty). W przeciwstawieniu do przypadków operowanych późno, przypadki operowane wcześniej poprawiają się szybko i całkowicie. W końcu RIEDEL daje opis bardzo ciekawego przypadku, operowanego przez siebie w ostatnich dniach (7/vi 1912 r.): Chora 35-letnia zaczęła nagle chudnąć i źle wyglądać. W końcu marca r. b. zauważyła przypadkiem podczas mycia się guzik *in jugulo sterni* wielkości fasoli, od rana do południa guzik ten urosł do wielkości 2-u pięści (2 *Faustgross*), pojawiło się bicie serca, drżenie rąk, wytrzeszcz. Po 8-iu dniach leżenia w łóżku serce się uspokoiło, szyja się zmniejszyła, ale po wstaniu wystąpiło osłabienie, bicie serca, które się jeszcze pogorszyło po zażyciu tyreoidyny. RIEDEL znalazł u chorej typową chorobę BASEDOW'a (tętno 120, wytrzeszcz, wole tętniące i t. d.). Po kilku dniach wypoczynku chorą operowano. Wbrew oczekiwaniu R. nie znalazł wylewu krwi do wola, tylko tarczycę dość miękką, zwyczajnie przerosłą. R. nie przywiązywałby wagi do opowiadania (intelligentnej zresztą) chorej, gdyby na własne oczy nie widział podobnego przypadku u 50-letniego chorego, który nagle dostał powiększenia gruczołu tarczowego i choroby BASEDOW'a. Chora wyżej opisana zniosła operację i ma się w tej chwili dobrze.

(*Münch. med. Woch. 1912, Nr. 28*).

A. Puławski.

112. Berger D. i Schwab M. Działanie lecznicze promieni Röntgen'a na wole i chorobę Basedow'a.

Jest to streszczenie zbiorowe w odpowiedzi na wywiad piśmienny (ankietę), ogłoszony przez pismo *Deutsche med. Wochenschrift*.

Autorzy zebrali starannie całe dotychczasowe piśmiennictwo, którego na tem miejscu przytaczać nie podobna. Zamiast własnych wniosków, autorzy podają opinię KRAUSE'go (z Bonn) i jego współpracownika RAVE'go (*Zeitschr. f. Röntgenkunde 1910*), z którą się najzupełniej zgadzają po przestudyowaniu dotychczas ogłoszonych spostrzeżeń. Opinia ta brzmi, jak następuje:

Röntgenoterapia zwyczajnego wola nie przynosi wielkiego pożytku. Tu i owdzie wprawdzie udało się otrzymać zmniejszenie wola mięszonego, ale niezmiernie rzadko notowano zupełne wyleczenie. Należy unikać leczenia wola zwyczajnego tą metodą, chociażby z tego względu, że późniejsza operacja wola poprzednio naświetlonego — operacja, do której koniec końców trzeba się uciec — zwykle jest cięższą, jak to wykazały spostrzeżenia EISELSBERG'a i innych. W takich tylko razach można stosować rentgenoterapię, gdy chorzy na operację się nie godzą, albo gdy operacja jest niemożliwą z powodu powikłań ze strony serca. We wszelkich innych przypadkach należy bezwarunkowo zalecać operację.

Zato w chorobie BASEDOW'a, o ile nie mających wyraźnych wskazań do operacji, należy uważać rentgenoterapię za

metodę równej wartości z innymi, powszechnie znanymi sposobami leczenia. Tu osiągamy zapomocą tej metody zmniejszenie wola, ustąpienie objawów swoistych: wytrzeszczu, tachykardyi, objawów nerwowych, poprawę w stanie ogólnym i przyrost na wadze. O ile poprawa po operacyi nie dość szybko postępuje, rentgenoterapia i w tym razie jest nam wielce pomocną. Zrosty po naświetlaniu promieniami ROENTGEN'a nie są objawem stałym i warunki, w jakich one powstają, bynajmniej nie są gruntownie zbadane. Byłoby rzeczą pożądaną, ażeby w przyszłości wola poddawane przed operacją naświetlaniu promieniami ROENTGEN'a (w chorobie BASEDOW'a) były badane histologicznie, a to dla ustalenia faktu, w jaki sposób promienie ROENTGEN'a działają na tkankę gruczołu tarczowego.

(Deut. med. Woch. 1912. Nr. 23).

A. Puławski.

113. Cohen Solomon. (Filadelfia). O niechirurgicznem leczeniu choroby Basedow'a.

Autor zwalcza używaną przez Anglików i Francuzów nazwę choroby GRAVES'a (BASEDOW'a) — *exophthalmic goitre*: wytrzeszcz i wole są najczęściej późniejszymi objawami tego cierpienia, które skrycie nieraz przebiega, jako „nerwowość“, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, „histerya“, „neurastenia“. Patogenezę i patologię choroby BASEDOW'a COHEN uważa za ciemną, hipertyreoidyzm — za niedowiedziony. Operacyjne leczenie choroby B. w większości przypadków jest niepotrzebne. Za usprawiedliwione uważa autor to leczenie w trzech przypadkach: 1) jeżeli choroba trwa długo i nie ustępuje pomimo odpowiedniego leczenia (o tem niżej), 2) jeżeli występują groźne objawy, 3) jeżeli chory nie jest w stanie, ze względu na brak środków materyalnych, poddać się leczeniu, wymagającemu zwykle dłuższego czasu. W żadnym razie nie należy śpieszyć się z operacją, gdyż nawet w przypadkach daleko posuniętych może nastąpić poprawa po zastosowaniu odpowiedniego leczenia. Autor uważa za fałszywe twierdzenie chirurgów, że choroba BASEDOW'a nie może być wyleczoną bez operacyi. Kto miał wiele do czynienia z tą chorobą, wie dobrze, iż poprawa, a nawet wyleczenie następuje samo przez się, t. j. bez wszelkiego leczenia, jedynie przez zachowanie przez czas dłuższy spokoju i higienicznego trybu życia. Stąd wypływa trudność w ocenie różnych sposobów leczenia tej choroby. Autor, niestety, nie podaje żadnych danych statystycznych; pomimo to ocenia na 5% liczbę tych przypadków, w których trzeba się uciekać do leczenia chirurgicznego, pozostałe albo się leczą same przez się (50%), albo wymagają leczenia niechirurgicznego. Na czem polega to leczenie? Za pierwszy, jeżeli nie jedyny warunek leczenia autor uważa bezwzględny spokój — spokój fizyczny, umysłowy i moralny w ramach ścisłej higieny — zdrowego powietrza i odżywiania. Ideałem dla niego jest życie sanatoryjne, jakie zalecamy suchotnikom. Podstawą odżywiania chorych basedowczyków, podobnie jak suchotników, powinno być, według autora, mięso (*roast beef*) i gorąca woda, którą należy podawać regularnie przed każdym jedzeniem (od 250—500 ctm. sz.). Należy ograniczyć podawanie węglowodanów, które są zwykle źle znoszone (zwłaszcza pieczywo). Tu zresztą potrzebna jest indywidualizacya, gdyż co dla jednego jest pokarmem, dla drugiego trucizną (*One man's meat is another man's poison*, jak mówi

przysłowie). Ta indywidualizacja jest podstawą leczenia. Trzeba się nią kierować, zwłaszcza w stosowaniu hydroterapii. Autor jednak z własnego doświadczenia za najlepszy sposób uważa stosowanie jak najzimniejszej wody w postaci nacierań, szkockich natrysków i t. d. Dalej autor stosuje organoterapię w bardzo oryginalny sposób — radzi próbować przetwory z różnych narządów o sekrecji wewnętrznej. Najlepsze wyniki dawała mu grasicca, ale stosował także z dobrym skutkiem wyciąg z przysadki mózgowej; uważałby za stosowne próbować wyciągu ze śledziony, z gruczołów przytarczycowych, z jajników. Nawet gruczoł tarczowy w przypadkach choroby BASEDOWA bez wolał bez objawów obrzęku śluzowatego dawał dobre wyniki. Takie paradoksalne rady autora mają swe źródło w jego poglądach na chorobę BASEDOWA i na organoterapię: widzimy, że w tej chorobie występują zaburzenia w równowadze wydzielniczej różnych gruczołów, nie mamy ścisłej teorii działania tych gruczołów, więc... probujemy empirycznie różnych gruczołów, zależnie od objawów, jakie widzimy (ma to być indywidualizowanie!). Jako środek pomocniczy autor uważa antyseptykę kiszek — a więc przetwory salicylowe, benzonafтол, gwajakol, mentol, nawet kalomel i olej rycynowy. Niezależnie od wyżej wymienionych środków autor poleca i leczenie objawowe, mianowicie brom, skopolaminę, zasady bromek chininy, strofant, kaktus oraz leczenie elektrycznością. (Autor stoi względem patogenezy choroby BASEDOWA na stanowisku: *ignorabimus!*, pomija literaturę i statystykę, rządząc się jedynie własnym doświadczeniem bez podania cyfr. Praca ta jednak zasługuje na streszczenie ze względu na oryginalność poglądów i charakterystykę bezwzględnych przeciwników leczenia operacyjnego choroby BASEDOWA. I ci jednak w przypadkach „rozpaczliwych“ radzą uciekać się do operacji. Przyp. sprawozd.).

(*The american Journal of the med. sciences. 1912 July*).

A. Puławski.

114. Z. Bychowski. Dzieci kaleki i opieka nad niemi. Odczyt z cyklu p. t. „Niedola dziecięca“, wygłoszony w sali Muzeum Przemysłu i Rolnictwa. Warszawa 1912.

Dzieci urodzone z kalectwem w Grecyi strącano ze skały, w Rzymie rzucano do kloak miejskich, w wiekach średnich matki skazywano na stos, jako posądzone o stosunki z czartem, a Luter uważał, że dzieci od urodzenia ułomne, pochodzą wprost od dyabła, który, ukradłszy zdrowe ludzkie dziecko, kładzie na jego miejsce swoje wykosławione. Wobec tego Luter radzi bić takie dziecko tak długo, aż dyabeł, rozżalony jego krzykiem, zwróci skradzione, a zabierze swoje. Dopiero w wieku XVIII-ym zaczęto opiekować się ułomnymi dziećmi.

Kalectwo dzieci autor dzieli na kilka kategorii:

1) Zaburzenia embryogenetyczne—skrzywienia kończyn aż do zupełnego ich braku, 2) gruźlica kończyn i kręgosługa, 3) krzywica, 4) rozmaite cierpienia układu nerwowego (np. choroba HEINE-MEDINA — *paralysis infantilis*), 5) urazy i wypadki. W Niemczech według statystyki BIKSIAŁSKIEGO na milion mieszkańców przypada 1500 niezamożnych ułomnych dzieci. Przyjawszy ludność Królestwa na 12 milionów, należy przypuścić, że liczba kalek sięga u nas 18 tysięcy, ale wobec tego, że dobrobyt u nas jest na daleko niższym poziomie, niż w Niemczech, liczba ta

przekracza u nas z pewnością 20 tysięcy. Z innych statystyk wynika, że ułomnych jest więcej, niż ślepych, idyotów, głuchoniemych i epileptyków razem wziętych. Jaki jest los tych kalek? Na zasadzie pewnych analogii ze statystyką niemiecką, można powiedzieć, że u $\frac{1}{3}$ kalectwo nie wpływa w sposób zbyt rażący na losy osobników niem dotkniętych. Zato losy tych $\frac{2}{3}$ są nad wyraz smutne. Jeden zawód stoi dla nich otworem—żebractwo zawodowe. Pozatem jest to całe morze nieopisanych cierpień tak dla rodziców, którzy z początku przynajmniej próbują leczenia swych nieszczęśliwych potomków, jak i dla samych dzieci. Racyonalna opieka, t. j. przytułek w połączeniu z leczeniem, jest owocem dopiero ostatnich czasów. Dzięki postępom chirurgii ortopedycznej udaje się niektóre kalectwa poprawić o tyle, że dzieci wyrastają na ludzi względnie zdolnych do jakiejś takiej pracy, nie potrzebujących żyć z jałmużny. W Stanach Zjednoczonych istnieją najlepsze takie zakłady, utrzymywane kosztem państwa, w innych krajach powstały dzięki inicjatywie prywatnej. W Niemczech istnieje 50 zakładów dla kalek (Krüppelheim) z 4200 łózkami. Utrzymanie jednego kaleki kosztuje średnio 415 marek rocznie. Autor oblicza, że u nas każdy kaleka wydaje przynajmniej 100 rubli rocznie. Jeżeli na 20 tysięcy, znajdujących się w Królestwie Polskim, 10 tysięcy żyje z tej lub owej żebraniny (a za taką należy uważać i przebywanie w przytułku bez wszelkiej pracy), to otrzymamy, że kraj nasz traci rocznie na utrzymanie kalek przynajmniej milion rubli. Jest to wydatek bezładny i nieprodukcyjny. Za część tych pieniędzy możnaby stworzyć kilka zakładów, których wychowañcy mogliby po części odzyskać zdrowie i swoją pracą produkcyjną powiększać dorobek społeczny.

P.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów 20-go stycznia 1912 r.

1. BREGMAN. a) Przypadek porażenia mięśnia zębatego przedniego i kapturowego.

Chory, 22 l., od 5-iu miesięcy bole w prawym barku, od tegoż czasu porażenie. Badanie: prawa łopatką stoi wyżej, wewnętrzny brzeg biegnie skośnie, dolny kąt odstaje od klatki piersiowej, zanik mięśnia kapturowego po prawej. Przy podnoszeniu ręki ku przodowi wewnętrzny brzeg łopatką odstaje w postaci skrzydła. Porażenie *n. thoracici longi* i *n. accessorii* powstało wskutek ucisku. Zamierza się wykonać przeszczepienie m. piersiowego, ewentualnie oddzielić nerw kapturowy i równoległoboczny od kręgosłupa i przyszyć do żeber (metoda KATZENSTEIN'a).

b) Przypadek porażenia typu WEBERA.

Chora, 57 lat, przed 8-iu miesiącami nagle porażenie prawostronne z zaburzeniami mowy i łykania, porażenie mięśni lewego oka. Badanie: niedowład prawych kończyn z udziałem dolnego *facialis*, ze wzmożeniem odruchów. Lewa źrenica nie oddziaływa na światło, ruchy gałki ograniczone do góry, na dół i na wewnątrz. Mowca przypuszcza ognisko w dol-

nej części odnogi mózgowej. Na uwagę zasługują współruchy: gdy chora patrzy do góry, gałka porusza się ku wewnątrz. Przyczyna, zdaniem mowcy—zator mózgu (wada serca).

GOLDFLAM całą sprawę objaśniałby cierpieniem przymiotowem naczyń mózgowych.

BREGMAN. Żrenica lewa dawniej nie oddziaływała i na przystosowanie. Zaburzenia żreniczne zależą od porażenia *n. oculomotorii*.

2. JAROSZYŃSKI. Przypadek płasawicy przewlekłej.

Chory, l. 53, dziedzicznie nie obciążony, 6 lat temu zauważył stopniowo rozwijające się ruchy mimowolne w kończynach, tułowiu i głowie. W tym czasie były przejścia moralne i czynnik przeziębienia. Sprawa ciągle postępuje naprzód. Badanie stwierdza ruchy mimowolne o charakterze płasawicznym znacznego natężenia, zlokalizowane we wszystkich bez wyjątku mięśniach (mięśnie oczne, przełyku). Pozatem żadnych zmian organicznych. Mowca rozpoznaje *choream chronicam progressivam*, różniczkując ją od *chorea senilis* i *chorea Huntingtona* (brak *hereditas similis*) i uważając ją za postać przejściową pomiędzy różnymi postaciami płasawicy przewlekłej.

3. S. KOPCZYŃSKI. Przypadek płasawicy przewlekłej.

Chory l. 46, od dwu lat cierpi na nieustanne ruchy w kończynach i tułowiu. Siostra chorego od lat 6-iu cierpi na podobną chorobę. Badanie stwierdza ruchy o charakterze płasawicznym niewielkiego natężenia we wszystkich kończynach i tułowiu. Pozatem układ nerwowy bez zmian. Mowca wyklucza histeryę, tiki, płasawicę HUNTINGTONA i rozpoznaje *choream permanent. adultorum*. Czynniki dziedziczności jest obecny, więc przypadek ten dowodzi istnienia postaci przejściowych pomiędzy płasawicą ostrą a płasawicą HUNTINGTONA.

4. ZYLBERLASTÓWNA. Przypadek synkinezyi.

Chora l. 16, sześć lat temu utrata przytomności i niedowład prawostronny, którego ślad pozostał dotychczas. Wkrótce po porażeniu wystąpiły ruchy kurczowe w prawych kończynach. Badanie: niedowład prawego *facialis* oraz prawego łuku podniebiennego. Nienormalny układ prawych kończyn — skrócenie ramienia, zgrubienie m. dwugłowego, wyprostowanie palców; paluch w opozycji, abdukcyi. Napięcie mięśniowe po stronie prawej. Wzmoczenia odruchów ścięgowych niema. Osłabienie czucia stawowego po prawej. Podczas mówienia powstają ruchy mimowolne w prawej kończynie górnej, przypominające atetotyczne. Podobnie przy chodzeniu i oddychaniu. Prawdopodobnie ognisko wylewu znajduje się w okolicy jądra soczewkowatego.

5. STERLING. Przypadek karłowatości krzywicowej.

Chory, l. 32, urodził się normalnie, przechodził krzywicę. Instynkt płciowy obudził się w 15-ym roku, pierwszy *coitus* przed rokiem. Badanie: głowa duża, krzywicowe znieskształcenie kończyn, esowate przekrzywienie mostka, tyłozgięcie kręgosłupa. Wysokość ciała 88 cm! Owłosienie normalne. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje zmiany kostne, charakterystyczne dla krzywicy. Intelligencya zachowana. Mowca zalicza ten przypadek do kategorii *nanismus rachiticus*, różniczkując go z infantyлизmem i mikrosomią, opierając się na klasyfikacyi LEVI'ego.

HIGIER krytykuje klasyfikacyę ETTONA LEVI'ego, zaznaczając, że stosunek mikrosomii, achondroplazji do karłowatości nie jest jeszcze ściśle określony.

KOPCZYŃSKI S. przypomina o demonstrowanym przezeń przypadku *infantilisimus myxoedematosus*, zależnego od cierpienia przysadki i tarczycy.

STERLING podnosi fakt zachowania inteligencji, co przemawia przeciwko *infantilisimus* w danym przypadku.

6. HIGIER. Powtórna trepanacja w przypadku ciężkiej padaczki.

Chłopiec, lat 21, od 6-go roku życia doznawał uczucia porażenia prawej ręki bez utraty przytomności i drgawek. Napady takie powtarzały się kilka razy dziennie. Podejrzewając istnienie ucisku ze strony kory w tego rodzaju padaczkę porażennej, mowca polecił dokonać 15 lat temu trepanacji, podczas której nie poza zmętnieniem opon nie znaleziono. Poprawa trwała $\frac{1}{2}$ roku. W roku 1911 dokonano trepanacji powtórnie, wycięto kawałek zgrubiałej kości, poczem napady ustały na 6 tygodni i wróciły znowu. Mowca sądzi, że wskazania do trepanacji w epilepsji są tylko w razie typu JACKSON'owskiego.

Zdaniem ŁAPIŃSKIEGO padaczka samoistna nie może ustąpić po trepanacji.

STERLING przypomina o demonstrowanym przez siebie przypadku padaczki porażennej.

BIRO nie widział dobrych wyników po trepanacji w padaczkę.

BYCHOWSKI nie uważałby operację za wskazaną, jeżeli pomagały bromki.

7. HANDELSMAN i JARZYŃSKI. Przypadek zapalenia wielonerwowego.

Chory, lat 27, zachorował 3 miesiące temu na zawrót i mdłości, mowa utrudniona. Badanie w kilka godzin potem: źrenice wąskie, nie reagują na światło, ani na nastawność. Oczopląs. Mowa niewyraźna. Odruchy kolanowe zniesione. W dalszym przebiegu zawroty zaczęły przechodzić, mowa stawała się wyraźniejsza, oczopląs znikł, odczyn na akomodację powrócił. Prócz tego stwierdzono bezład w kończynach dolnych, znieczulenie na łydkach, skargi—bole strzykające, zaburzenia w urynowaniu. Mowcy zaliczają ten przypadek do *polineuritis cerebri menieriformis*.

KOPCZYŃSKI S. rozpoznaje u chorego wiał i wybroczynę krwawą w okolicy jąder DEJTERSA (na tle zmian syfilitycznych).

GOLDFLAM również wypowiada się za przymiotem układu nerwowego.

STERLING, HANDELSMAN przypuszczają, że obok przymiotu były tu objawy zapalenia wielonerwowego.

Tad. Jaroszyński.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów 3-go lutego.

1. JUDT. Kręgosłup w rentgenografii. (Pokazy na epidiaskopie fotografii z dziedziny nowotworów, urazów, cierpień zapalnych kręgosłupa).

W raku kręgosłupa spostrzega się zwykle rozmięknienie beleczek kostnych, odwapnienie oraz wysepki sklerotyczne. W gruźlicy kręgów widać ogniska serowate, jednak niezawsze, czasem są trudności w rozpoznaniu. W zeszytnieniu typu MARIE-BECHTEREWA trudno odróżnić od *spondylitis deformans*. Urazy kręgosłupa rozpoznawać łatwo, ale pamiętać należy, że są i wrodzone szczeliny w kręgach.

2. KRUKOWSKI. Przypadek złamania czaszki.

Chory, lat 56, dwa miesiące temu został uderzony cegłą w prawą stronę potylicy, stracił przytomność, wymiotował, ogłuchł na prawe ucho i twarz przekrzywiło w lewą stronę. Silne zawroty od tego czasu. Badanie: niedowład prawego *facialis* (o typie obwodowym) i prawostronna głuchota. Prawdopodobnie miało miejsce w danym przypadku złamanie podstawy czaszki, mianowicie części skalistej kości skroniowej. ROENTGEN potwierdził rozpoznanie. Przebieg jest pomyślny.

KOPCZYŃSKI S. widział podobny przypadek, w którym jednak po 6-u tygodniach wystąpiły objawy *meningitis purulenta* — zejście śmiertelne. BRYCHOWSKI podziela to zdanie i wypowiada obawę co do rokowania w danym przypadku.

KRYŃSKI przypuszcza możliwość wylewu krwi do wewnętrznej części kości skalistej, bez pęknięcia czaszki.

JUDT wskazuje rysę na kliszy od pęknięcia czaszki.

3. KOELICHEN i SKŁODOWSKI. a) Przypadek pseudosklerozy.

Chory ma otępienie umysłowe, stąd brak wywiadów. Przy mówieniu niepokój ruchowy w mięśniach mimicznych twarzy, przekrzywianie się, drżenie. Mowa skandowana, wybuchowa. W kończynach wyraźne drżenie zamiarowe oraz zaburzenia o charakterze myotonicznym (rozluźnianie skurczonych mięśni podczas brania przedmiotów). Niepokój w kończynach ustaje przy oparciu ich. Wzmożenie napięcia mięśniowego przy ruchach biernych. Chód jak na sprężynach, chwiejny, skurcze mięśni podczas chodzenia. Mowcy rozpoznają pseudosklerozę WESTPHAL'a i STRÜMPPELL'a (wcześnie rozwijające się otępienie, brak *nystagmus*, objawów ocznych), wyłączając stwardnienie wieloogniskowe.

LIIGIER raczej rozpoznałby sklerozę zwykłą, za którą przemawia wiele objawów.

KOPCZYŃSKI przypomina, że chory ten był przezeń demonstrowany, jako nietypowa postać *sclerosis multiplex*, z objawami zajęcia kory mózgowej.

BORNSTEIN i KOELICHEN bronią pseudosklerozy, jako oddzielnej postaci urologicznej.

b) Przypadek nerwicy ruchowej.

Chory, lat 25. W górnej kończynie lewej istnieje podobny, jak w 1-yim przypadku niepokój w mięśniach w postaci bezładnych krótkich skurczów. Pozatem żadnych zmian w układzie nerwowym. Cierpi na to od 6-go r. życia po przebyciu jakiejś choroby zakaźnej.

Tad. Jaroszyński.

Wiadomości bieżące.

— Dziekanem wydziału lekarskiego w Uniwersytecie krakowskim został wybrany na r. 1912/13 prof. JULIAN NOWAK; w Uniwersytecie lwowskim — prof. PAWEŁ KUCERA.

— Docent stomatologii i dentystyki na wydziale lekarskim Uniw. lwowskiego **dr T. BOHOSIEWICZ** został mianowany profesorem nadzwyczajnym.

— Była asystentka prof. **NENCKIEGO**, pani **SIEBER'owa (SZUMOWA)**, która przez lat 20 była etatowym pomocnikiem zarządzającego wydziałem chemicznym w Instytucie Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu, otrzymała nominację na zarządzającą wydziałem chemicznym z prawami rzeczywistego członka Instytutu. Jest to od czasu istnienia Instytutu pierwszy wypadek mianowania kobiety na tak wysokie i odpowiedzialne stanowisko.

— Prof. **ADAM CZYŻEWICZ**, były prezes Towarzystwa lekarzy galicyjskich, złożył w imieniu własnem, siostry swej i brata 25 tys. koron na utworzenie funduszu imienia prof. **ADAMA CZYŻEWICZA** na wsparcia dla ubogich wdów i sierot po lekarzach.

— Nakładem polskiego Towarzystwa Balneologicznego i pod redakcją dra **ZENO-NA PELCZARA** wyszło w Krakowie wydanie dziewięte „**P r z e w o d n i k a p o z d r o j o w i s k a c h i u z d r o w i s k a c h p o l s k i c h**”. Przewodnik obejmuje wszystkie zdrojowiska galicyjskie, śląskie i nasze w bardzo starannem zestawieniu pod względem składu wody i wskazań do jej stosowania. Celem ułatwienia oryentowania się dodano mapkę zdrojowisk polskich, ułożoną przez dra **ZANIETOWSKIEGO** i tabelę porównawczą zdrojowisk polskich ze zdrojowiskami zagranicznymi, zestawioną podług znanej tablicy dra **II. DOBRZYCKIEGO**. Przegląd chorób przewlekłych, nadających się do leczenia w polskich zdrojowiskach, uważamy w tego rodzaju wydawnictwie za zupełnie zbyteczny. Całość wydawnictwa pod względem drukarskim i artystycznym przedstawia się bardzo dodatnio, treścią i układem zasługuje na jak najszersze rozpowszechnienie.

— **XXV Zjazd chirurgów francuskich** rozpocznie się w Paryżu 7-go października r. b. Projektowane są tematy następujące: 1) Rozpoznawanie i leczenie bliznowatych zwężeń przełyku, 2) Wskazania kliniczne w chorobach chirurgicznych żołądka i kiszek, uzyskane zapomocą radiologii, 3) Biodro szpotawe i jego stosunek do złamań i oddzielania nasady górnej kości udowej.

— Związek centralny stomatologów austriackich przeznaczył 500 koron nagrody za najlepszą, nigdzie dotychczas nie drukowaną pracę z zakresu stomatologii.

— Wolny związek chirurgów niemieckich został przekształcony na „Berlińskie Towarzystwo Chirurgów”. Na pierwszego prezesa wybrano prof. **SONNENBURGA**.

— Podług zatwierdzonego przez Dumę Państwową i przez Radę Państwa budżetu na r. 1912, dochód ze sprzedaży spirytusu ma wynosić 763999000 rubli, dochód z akcyzy od tytoniu ma dać 66070000 rubli. „**Russkij Wracz**” (Nr. 25 r. b.) robi z tego powodu uwagę, że ponieważ alkohol i tytuń są to trucizny, przeto dochód państwowy wskutek uprawnionego trucia ludności dosięga kolosalnej sumy 830060000 rubli.

„Jakiż to smutny i przygnębiający tragizm współczesnej cywilizacji!”

— **Choroby zakaźne w Warszawie**. W ciągu tygodnia od dnia 9-go do 15-go czerwca r. b. do szpitali warszawskich przybyło 118 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 3, odrą 2, płonicą 7, błonicą 3, różą 9, grypą 4, tyfusem brzusznym 22, tyfusem płamistym 13, i zapaleniem płuc 55.

W tymże tygodniu zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 13 osób, mianowicie: na ospę 2, tyfus brzuszny 2 i na zapalenie płuc 9; w całym zaś mieście na choroby zakaźne (nie licząc w to zapalenia płuc), zmarło 15 osób, mianowicie: na ospę 2, odrą 2, płonicę 3, błonicę 3, różę 1, tyfus brzuszny 2 i na koklusz 2.

W następnym tygodniu od dnia 16-go do 22-go czerwca przybyło do szpitali miejskich 104 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 4, odrą 5, płonicą 18, błonicą 2, różą 5, grypą 6, tyfusem brzusznym 17, tyfusem płamistym 8, zapaleniem płuc 37, kokluszem 1 i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 14 chorych zakaźnych, mianowicie: na płonice 6, tyfus brzuszny 3 i na zapalenie płuc 5; w całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 13 osób, mianowicie: na ospę 2, odrę 1, płonice 5, błonice 1, różę 1, tyfus brzuszny 2 na i koklusz 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 9-go czerwca—2948, 15-go czerwca—2975 i 22-go czerwca—2898.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

1) Przewodnik po zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich; redaktor Z. PELCZAR. Kraków 1912.

2) JÓZEF V. JAWORSKI. Trauma als Ursache für das platzen einer Pyoselpinx mit Entleerung in die freie Bauchhöhle hinein. Odb. z Gynäkol. Rundschau. 1912.

3) FR. CHŁAPOWSKI. Włośnica czyli trychinoza, jej przenoszenie i objawy główne. Odb. z Nowin Lek. 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, kwartalnie 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 drobnym 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: Administracya 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, Jerusalemerstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbés.

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

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.