



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru N^o 2724.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

SILV-OZON „MOTOR“

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

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

Diöipuratum - środek nasercowy

Jako środek na serce i naczynia

jak również jako dobrze znoszony środek moczopędny w dychawicy, stwardnieniu tętnic, dusznicy bolesnej, puchlinie, zapaleniu nerek i t. d. okazały się od wielu lat wielce skuteczne

TABLETKI DIURETYNY

Rp.: Tabletki—Diuretini 0,5 g. Nr. XX (cena około M. 1.50),
Oryginalne opakowanie Knoll.

Wrazie trudności w sprowadzaniu prosimy zwracać się do naszego przedstawiciela p. W. SOSNOWSKIEGO, Wilcza 42, Warszawa.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Uspakają nerwy Bromurali środek nasenny

Algorhin Spiess

(ANTISEPTICUM AD TRACT. RESPIRATOR.).

Skład: Chloreton, Camphora, Menthol, Ol. Cinnamomi Ol. Paraffini puriss.
 Użycie: Namazywać lub wkraplać a najlepiej przy pomocy rozpylacza do płynów tłuszczowych wdmuchiwać w nos i w krtań kilka razy dziennie.

Pojemność flakona ca. 50 g.

Pulverisator Spiess

Rozpylacz do algoryny i płynów tłuszczowych.

Hydrogenium hyperoxydat. stabilisat. Spiess

H_2O_2 3%.

Pojemność flakona około 100 g.

Gwarantowana pewność pożądanej koncentracji i nieobecność szkodliwych dodatków.

Żądać prospektów.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

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

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

Cena m. 2.50.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

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

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

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

Od r. 1900 wprowadzony środek zastępujący balsam peruwiański

PERUOL

cieszy się wciąż wzrastającym powodzeniem.

Bezbarwny!

Szybkie działanie!

Bezwonny!

Próby i literatura na żądanie.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36.



WIZYTA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJĘ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 16 lutego 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2723.

Z ZAKŁADU ANATOMII PATOLOGICZNEJ WE LWOWIE. (DYR. PROF. Z. DMOCHOWSKI).

Rzadki przypadek torbieli, powstałej w grasicy.

Podąa

Natalia Turkiewiczówna

demonstratorka zakładu.

Torbiele grasicy są to twory, które spostrzeżono przedewszystkiem w grasicy zwierząt, później dopiero u ludzi. Pierwszy u zwierząt opisał je Remak w r. 1843, pierwszy u ludzi Bednar w r. 1852. Od tego czasu torbiele spostrzegali różni inni autorzy i rozmaicie zapatrywali się na ich znaczenie i ich powstawanie.

Wedle poglądu zoologów mogą one powstawać w dwojaki sposób: w niektórych przypadkach twory te są pozostałością zarodkową z kieszonek skrzelowych, lub też z pierwotnego zawiązku grasicy, w którym, jak wiadomo, istnieje kanał; w innych przypadkach są one tworamii patologicznymi, które powstają w ciągu życia zarodkowego, albo też później.

Co się tyczy pierwszej kategorii, to, jak wiemy, resztki 3 i 4 kieszonki skrzelowej o charakterystycznym nabłonku pozostają u zwierząt i u człowieka długo pomiędzy zawiązkami grasicy i przytarczyc. Leżą one, co jest charakterystycznym, wśród tkanki łącznej, stanowiącej otoczkę grasicy, lub międzyzrątkowej. Wskutek tego zdarza się, że jedna ściana torbieli przylega bezpośrednio do kory zrazika, druga—do tkanki łącznej.

Wyściółka torbieli składa się z nabłonka jednowarstwowego, walcowatego lub płaskiego; światło ich wypełnione jest koloidem.

Według Erdheima, z torbielami temi spotykamy się częściej u płodów, niż u noworodków.

Hammar znajdował je w rozmaitym wieku, począwszy od płodów czteromiesięcznych. Zdaniem jego, torbiele tego rodzaju są wielką rzadkością.

Nieco częściej widywano torbiele, które należy zaliczyć do torbieli powstałych z pierwotnego zawiązku już samej grasicy, najprawdopodobniej z jej rozszerzonego pierwotnego kanału centralnego. Torbiele takie oczywiście leżą w samym mięszu grasicy. Są one prawie zawsze wysłane nabłonkiem walcowatym lub też kostkowym. Tego rodzaju torbiele opisuje w piśmiennictwie polskiem Hornowski w grasicy 23-letniego mężczyzny, zmarłego nagle, u którego rozpoznano na sekcji stan grasiczolimfatyczny.

Co się tyczy drugiej kategorii torbieli, mianowicie powstałych na tle patologicznem, to co do tego zjawiska istnieją następujące poglądy w zoologii:

1) Mogą one powstać ze zlania się drobnych torbieli, a prędeziej wodniczek wewnątrzkomórkowych, które wytwarzają się zwykle przy zaniku fizyologicznym grasicy.

2) U ryb kościstych opisywali Maurer i Hammar specjalny rodzaj torbieli pochodzących z rozciągnięcia. Mają one powstawać wskutek miejscowego nagromadzenia się du-

żej ilości limfocytów, rozpychających komórki siateczki podstawowej grasicy, które odsunięte tworzą na obwodzie zbitą ścianę torbieli. Powierzchnowe warstwy mogą robić wrażenie wyścielającego torbiel nabłonka.

3) Komórki mięszkowe mogą ulegać zwyrodnieniu szklistemu lub rozpadowi ziarnistemu, a po ich wypadnięciu może powstać wolna przestrzeń, tak zwana torbiel martwacka.

4) Komórki siateczki podstawowej grasicy mogą tracić wyrostki, poniekąd kurczyć się i zaokrąglać, a pomiędzy nimi mogą powstawać drobne torbiele.

5) Ostatni wreszcie rodzaj torbieli patologicznych może powstawać z ciał Hassala, do których wrastają w stopniu niewielkim komórki siateczki podstawowej; potem dostają się tam limfocyty, rozmnażają się i mechanicznie rozpychają komórki ciała Hassala, tworząc twory torbielowate.

Wszystkie te poglądy o powstawaniu torbieli grasicy, z małymi wyjątkami, mogliśmy przenieść i na patologię człowieka. Dodać musimy, że u człowieka spotykamy się ze sprawą, nie spotykaną u zwierząt, a mianowicie z kiłą; pod wpływem sprawy tej mogą powstawać w grasicy zmiany, prowadzące do powstawania tworów, wyglądem swym przypominających torbiele. Są to tak zwane ropnie Dubois (*abscessus Dubois*). Pod nazwą tą rozumiemy niewielkie twory torbielowate, wysłane nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, w świetle których znajdujemy złuszczone komórki nabłonkowe i limfoidalne. Punktem wyjścia torbieli tych są według Chiariego (r. 1894) ciała Hassala; powstają one w ten sposób, że do wnętrza przedostają się komórki, wchodzące w skład mięszu grasicy, bujają tam i rozpychają mechanicznie ciało Hassala. Tarozzi (1906) również przyjmuje możliwość podobnego pochodzenia tego rodzaju torbieli grasicy. Zaznaczyć jednak należy, że mogą one powstawać niekoniecznie na tle kiły, gdyż Chiari znajdował je u dzieci, u których nie było śladu kiły wrodzonej.

Ponieważ wogóle, według statystyki Simmondsa (r. 1908), torbiele grasicy u człowieka należą do rzadkości, pozwalam sobie opisać przypadek, który niedawno na sekcji spotkałam.

Na dziecku 8-miesięcznym Piotrze Raera, zmarłym przy objawach kataralnego zapalenia płuc, wykonano sekcję d. 1-go czerwca 1914 r.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Bron-*

chopneumonia ambilateralis. Rhachitis. Diathesis exsudativa Spasmophilia. Conjunctivitis catarrhalis.

Sekcya wykazała: *Hyperaemia pulmonum et meningum. Degeneratio parenchymatosa organorum. Rhachitis.*

Grasica przedstawiała się w postaci dużych 2 płatów, które ułożone były prawidłowo w śródpiersiu przednim. Dolne części płatów przykrywały worek osierdziowy na dość znacznej przestrzeni.

Waga grasicy wynosiła 17,7 gr. Makroskopowo na powierzchni jej nie można było wykryć nic nieprawidłowego. Dopiero po przecięciu jednego płata wykryta została torbiel o ścianach gładkich, wypełniona gęstą zawartością żółtawej barwy, o wyglądzie koloidu.

Obraz mikroskopowy przedstawiał się następująco:

Zraziki grasicy zupełnie prawidłowe, istota korowa wyraźnie odgranicza się od rdzennej. Pomiedzy zrazikami nieznaczna ilość tkanki łącznej. Cała grasica dość znacznie przekrwiona. Ciała Hassala liczne; składają się przeważnie z kilku lub kilkunastu wyraźnie i dobrze zachowanych komórek nabłonkowych, z dobrze barwiącym się jądrem. Limfocyty i komórki nabłonkowe lub podobne do nabłonkowych są mniej więcej w jednakowej ilości; przewagi jednych elementów nad drugimi niema.

Na podstawie powyższego obrazu musimy uważać, że pod względem histologicznym grasica jest zupełnie normalna.

W jednym płacie, jak mówiliśmy, leżała torbiel o średnicy 5 mm. Wewnątrz torbieli leżała masa, przypominająca wyglądem swym koloid eozynochłonny, zbity, nieco popękany. Wśród tego koloidu znaleźliśmy nieco limfocytów i komórek nabłonkowych. Ściana torbieli składa się z tkanki łącznej zbitej z małą ilością komórek. W tkance tej nie mogliśmy wykryć nigdzie nacieków zapalnych. W kilku miejscach światło torbieli styka się bezpośrednio z tkanką grasicową, która też kończy się tu bez wyraźnych granic, tak iż tuż około światła torbieli leżą limfocyty, komórki nabłonkowe i ciała Hassala. Poza ścianą łącznotkankową widzimy zraziki grasicy silnie spłaszczone. Jądra komórek są nieco zmniejszone, barwią się hematoksyliną bardzo mocno. Zraziki te robią wrażenie zrazików zanikających. Na wewnętrznej powierzchni ściany torbieli znajdujemy miejscami nabłonek wysoki, prawie walcowaty, miejscami płaski, miejscami brak nabłonka zupełnie.

Jeżeli zastanowimy się nad pochodzeniem tej torbieli i porównamy ją z dotychczas opisanymi, to dojdziemy do wniosku, iż ze względu na umiejscowienie i na budowę jej ścian

musimy uznać ją za pochodzącą z pozostałości z kieszonek skrzelowych. U człowieka jest to jedna z najrzadszych postaci.

Notatka lekarska.

Nietypowy przypadek duru wysypkowego. Przyczynę do trudności rozpoznawania tej choroby.

Pomimo wszechstronnie, zdawałoby się, opracowanej symptomatologii tego cierpienia, pomimo istnienia subtelných metod jej badania (odczyn Weil-Felixa, odczyn opaskowy, badanie histologiczne wysypki) spotykamy w praktyce codziennej przypadki, w których rozpoznanie każe na siebie długo czekać, sprawiając niemało kłopotu lekarzowi i otoczeniu. Wydaje mi się rzeczą pożyteczną przypadki takie ogłaszać ku przestrodze innych, a nawet jako materiał do rewizji niektórych objawów, uważanych za miarodajne.

Dnia 19. XI. r. z. wezwano mię do pani G. mężatki 32-letniej, matki trojga dzieci, dotychczas zupełnie zdrowej, która przed 2 dniami jakoby „przeziębła się“, dostała kataru, dreszczy, łamania w kościach, bólu w kolanach, trochę kaszlu i kłócia w piersiach. 3-go dnia choroby ciepłota ranna wynosiła 37,4, dochodząc wieczorem do 38^o, podnosząc się stopniowo nazajutrz do 38,4^o—38,2^o (południe) i 39,3^o wieczorem.

Przedmiotowo znalazłem u osoby dobrze zbudowanej i doskonale odżywianej tętno niezbyt przyspieszone (96 przy ciepłocie 39^o), bolesność w dołku i dole biodrowym prawym, wyczuwalną i bolesną śledzionę, nieżytowe zajęcie błony śluzowej nosa i spojówek, żadnych szczególnych objawów w płucach ani w sercu. Na skórze bardzo białej, jaka bywa u jasnych blondynek, znalazłem na obu kończynach górnych (ramię i przedramię) dużo drobnych piegów, które przy oświetleniu sztucznym można było wziąć za wysypkę, jednak przy świetle dziennym widoczne było, iż to są piegi, istniejące oddawna. Chora miała od 2 dni zaparcie stolca i gnienie w dołku, co przypisywała spożyciu obfitego obiadu (flaki) dnia poprzedniego, kiedy się czuła już niezdrową¹⁾. Po środku przeczyszczającym (*ol. ric.*) nastąpiło obfite wypróżnienie, ale zjawilo się burczenie w brzuchu (borborygmy w dole biodrowym prawym) i bardzo silny ból w prawym podżebrzu w okolicy wątroby, przypominający napad kolki wątrobowej. Ból ten ustąpił po ciętych bańkach i gorącym okładzie.

Ciepłota 5-go dnia choroby wynosiła 38,8^o—39,6^o — 39^o.

6-go 39,6^o — 40,1^o — 39,2^o.

7-go 39,4^o — 40^o — 39^o, wystąpił silny niepokój, duszność, krztuszenie się przy głębokim od-

dechu lub płukaniu gardła, choć w płucach nie dało się wykazać żadnych zmian a na błonie śluzowej gardzieli było tylko umiarkowane zaczerwienienie. Działalność serca osłabła, tony serca były głuchawe, tępość nieco przesunięta na prawo. Tętno stale nie było przyspieszone, raczej zwolnione (nie dochodząc do 108), dość słabo napięte, co zmusiło do stosowania kamfory i środków sercowych.

Chora czuła się bardzo osłabiona, ale najzupełniej przytomna, bólu głowy nie było, język czysty, nieco podsychający. Badanie moczu, wydzielanego obficie, o ciężarze własc. 1010, wykazało minimalne ślady białka (z kwas. sulfosalicylowym), nieco zwiększoną liczbę leukocytów i wybitny odczyn dwuazowy Ehrlicha (*rouge-vermeille*). Badanie krwi, wykonane przez kol. R. Szerypę 6-go dnia choroby, wykazało: leukocytów 4000; w czem neutrofilów 78,7% monocytów 9,3%, limfocytów 12%, eozyno- i bazofilów nie znaleziono. Erytrocyty barwiły się dobrze z wyjątkiem paru % barwiających się b. słabo, lekka anizocytoza. Pasorzyców zimnicy nie znaleziono. Surowica krwi aglutynuje słabo i powoli laseczniczki Ebertha w rozcieńczeniu 1 : 50; 1 : 100 nie aglutynuje (chora duru brzuszego nie przechodziła), paratyfusu A i B oraz odmieńca X₁₉ nie aglutynuje. Posiawy krwi nie dały hodowli bakteryjnej.

Odczyn opaskowy wypadł absolutnie ujemnie. Żadnego śladu wysypki nigdzie na ciele nie było.

8	dnia choroby ciepł.	wynosiła	38,8 ^o —39,2 ^o —39 ^o ,
9	"	"	39,8 ^o —39,1 ^o —38,4 ^o
10	"	"	38,2 ^o —39 ^o — 38,1 ^o
11	"	"	39 ^o — 39 ^o — 38,5 ^o
12	"	"	39,4 ^o —39,6 ^o —38 ^o .

Od 13 dnia ciepłota zaczęła się obniżać — wynosząc tego dnia 38,4^o—38,5^o—37,4^o
14 dnia choroby ciepł. wynosiła 38,4^o—38^o—37,2^o
15 " " " " " 38^o — 37,8^o—36,6.

Tu zjawily się poty i 16-go dnia t^o 37^o — 36,8 — 36,6 poczem ciepłota już się nie podniosła. 11-go dnia choroby odczyn dwuazowy Ehrlicha w moczu był bardzo wyraźny, 16-go — po spadku ciepłoty znikł zupełnie. Chorą widział kol. L. Zieliński — 6-go dnia choroby, oraz kol. Jakowski — 11-go dnia. Rozpoznanie wahało się ciągle między drem wysypkowym a drem brzuszonym lub rzekomym (*paratyphus*). Za drem wysypkowym przemawiał nagły początek, objawy nieżytowe ze strony nosa i spojówek, objawy osłabienia serca i nerwowego niepokój, wybitny odczyn dwuazowy Ehrlicha w moczu na samym

¹⁾ Wspominam o tym szczególnie dla tego, że między innymi było podejrzywane zatrucie mięsem.

początku choroby (w durze brzuszny występował zwykle później) — przeciw niemu a raczej za durrem brzuszny przemawiało zwolnienie tętna, bóle w dole biodrowym prawym, zupełny brak bólu głowy, leukopenia, aglutynacja (zresztą b. słaba) z lasecznikiem Ebertha, brak aglutynacji z odmiancem X_{19} (ta, niestety, zjawia się niekiedy dopiero 9 dnia lub później), wreszcie wynik ujemny odczynu opaskowego. Przeciw tyf. brzusznyemu przemawiał ujemny wynik posiewu krwi. Badanie w kierunku możliwości zakażenia się chorej durrem wysypkowym dało, co następuje: chora miała pewną styczność z durrem wysypkowym, ale miało to miejsce przed 3 miesiącami (w połowie sierpnia) na wsi, gdzie zachorował ktoś ze służby domowej na tę chorobę we dworze (we wsi panował dur wysypkowy przez dłuższy czas). We dworze była przeprowadzona dezynfekcja po odstawieniu chorego do szpitala. Przez cały ten czas jednak nikt z rodziny ani z domowników na dur wysypkowy nie chorował. Również w domu ani w mieszkaniu w Warszawie choroby tej nie było. Dalszy przebieg choroby oraz zdrowienie nie przedstawiało nic szczególnego. Zastosowano wszelkie możliwe środki ostrożności, jak izolację chorej, wysłanie dzieci (po uprzedniej dezynfekcji) na wieś prawie od pierwszego dnia choroby i t. d. Chora była ściśle izolowana i miała osobną pielęgniarkę. Chora brała do wewnątrz kamforę, małe dawki piramidonu i środki sercowe (strofant, konwalię) przy odpowiednim odżywianiu. Chcąc skontrolować a raczej ustalić rozpoznanie, poprosiłem kol. Szerypę o zbadanie krwi już w okresie zdrowienia t. j. 18 go dnia choroby w 3 dni po spadku ciepłoty, co dało wynik następujący: surowica krwi nie aglutynuje laseczniaka Ebertha w rozcieńczeniu 1 : 100 i wyżej; również paratyfusu A; lasecznik paratyfusu B aglutynuje słabo 1 : 100, wyżej nie aglutynuje. Odmianca X_{19} aglutynuje 1 : 150 w

ciągu 2 godzin; 1 : 500 w ciągu niecałych 12 godzin czyli odczyn Weil-Felixa wypadł dodatnio.

Wobec tego muszę uznać przypadek powyższy za **dur wysypkowy**, podkreślając jego **nietypowość**, a mianowicie: **absolutny brak wysypki** w przebiegu całej choroby, leukopenię (ta się ma zdarzać w przypadkach b. ciężkich, a mój przypadek był względnie lekki), brak przyspieszenia tętna, charakterystyczny raczej dla duru brzuszego, bardzo silne bóle w dole biodrowym prawym. Nawet typ gorączki, być może modyfikowany przez użycie piramidonu, nie był charakterystyczny dla duru wysypkowego.

Natomiast decydującym momentem rozpoznawczym był odczyn Weil-Felixa i ujemny wynik posiewu krwi, dalej — wczesne i znaczne powiększenie śledziony prędko ustępujące, wreszcie zajęcie nieżyłowe błony śluzowej nosa i spojówek, wczesne zjawienie się wybitnego odczynu dwuzowego Ehrlicha i wczesne zniknięcie tegoż po spadku ciepłoty.

Jedyną miałbym wątpliwość co do tego, czy w danym przypadku nie mieliśmy do czynienia z paratyfusem B, wobec tego, że otrzymano aglutynację w rozcieńczeniu 1 : 100 oraz że choroba ta przebiega czasem nietypowo, lecz podobnie jak w danym przypadku. Tę wątpliwość podzielał ze mną kol. Jakowski. W takim jednak razie trudno byłoby sobie wytłumaczyć tak wybitnie dodatni odczyn Weil-Felixa.

Dodaję w końcu, że żadna z osób, otaczających chorą, na dur wysypkowy nie zapadła.

A. Puławski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

2. Z. Bychowski. Neurologia wobec wojny współczesnej.

Autor wypowiada, według słów własnych, bezpretensjonalne uwagi, które mu się nasuwają, gdy chce zdać sobie sprawę z tego, co w przeciągu dwóch lat wojny widział i przeżył, jako neurolog.

Z punktu widzenia neurologicznego można porównać wojnę obecną do olbrzymiej pracowni doświadczalnej fizjologii i patologii układu nerwowego. Dostarcza ona uszkodzeń najrozmaitszych części układu nerwowego nie raz tak głęboko położonych, że są prawie niedostępne nie tylko dla chirurga, lecz i dla najbardziej pomysłowego i zręcznego eksperymentatora. Występują wskutek tego bardzo ciekawe i oryginalne zespoły objawów, z którymi dotychczas przy łóżku chorego nigdy się nie spotykaliśmy, albo które intuicyjnie przewidywaliśmy tylko w teorii.

Dzięki współczesnym kulom, uszkodzenia te są nieraz ściśle ograniczone i umiejscowione, co czyni je dla neu-

rologa szczególnie cennymi. Oczywiście, że większość ran postrzałowych układu nerwowego wskutek zanieczyszczenia, uszkodzenia czaszki, niewłaściwego leczenia pozbawiona jest wartości ściśle topograficzno-lokalizacyjnej, ale bywają przypadki, które pomimo całej grozy, odczuwanej przez nas na widok ofiar okrutnej wojny, budzą **zachwyt** w neurologu ze względu na ściśle ograniczone ogniska chorobne i czysty obraz kliniczny.

Na nieszczęście znaczna część tego materiału bezpośrednio ginie dla nauki. Według spostrzeżeń osobistych autora, podczas wojny **żadna gałąź medycyny nie jest tak niewłaściwie i tak nieracjonalnie traktowana i wyzyskiwana, jak neurologia**. Razi tu nie tylko brak poważnego przygotowania neurologicznego, ale wprost nawet zrozumienia doniosłości i potrzeby wogóle badania neurologicznego. To ignorowanie neurologii widać nieraz nawet w wielu o-

głoszonych już pracach chirurgicznych. Liczne kazuistyczne przyczynki z dziedziny uszkodzeń czaszki i mózgu podawane są często bez dokładnego opisu objawów nerwowych, co im odbiera wszelką wartość naukową. Tem się tłumaczy fakt, że dotknięci ciężkimi cierpieniami układu nerwowego wędrują nieraz całymi miesiącami z jednego szpitala do drugiego bez odpowiedniego rozpoznania i leczenia, najczęściej *sub suspicio simulationis*. Autor na swoim oddziale wojskowym często miał sposobność pokazywać kolegom takich „symulantów” z ciężkimi postaciami padaczki, nowotworami mózgu, wieloogniskowem zapaleniem nerwów, syringomyelią, postępującym zanikiem mięśni, ciężkimi uszkodzeniami końca rdzenia (*cauda equina*), nerwów obwodowych i t. d. We Francji cały prawie materiał neurologiczny ześrodkowany jest w Paryżu, w rękach wytrawnych neurologów (Babiński, Dejerine, Marie i in.). W Rosji sprawa ta jest najeżona trudnościami, ale zdaniem autora, te trudności dałyby się usunąć przy lepszym zrozumieniu i ocenieniu wartości badania neurologicznego.

Czy i w jakim stopniu spostrzeżenia, porobione w przeciągu wojny obecnej, wpłynęły na rozszerzenie i pogłębienie naszej dotychczasowej wiedzy neurologicznej?

W dziedzinie nerwic czynnościowych wojna dostarczyła ołbrzymiego materiału z plonem naukowym niezbyt pokąźnym. Chodzi tu przeważnie o nerwice urazowe wskutek kontuzji albo innych silnych wzruszeń. Wbrew temu, co widzimy w czasie pokoju po katastrofach żywiołowych, u wojskowych spotykamy się z bardzo uporczywymi objawami i długotrwałym przebiegiem cierpienia. Przeważają objawy ze strony kończyn dolnych w postaci zupełnego porażenia w pierwszym okresie i występującego potem drżenia swoistego w pozycji stojącej, albo przeważa niemota, połączona nieraz z głuchotą, *incontinentia urinae* (bez wszelkich objawów w kończynach dolnych). Nastrój takich chorych jest ponury, przygnębiony, twarz maskowata, wywiady lakoniczne. Badanie takich chorych jest nieraz utrudnione, przeplatane płaczem i żądaniem „posłania na front, bo im się znudziło ciągle badanie i włożenie się po szpitalach, gdzie im nie wierzą”. Nie poddają się ani sugestji, ani perswazyi. Autor przypuszcza, że nie doszłoby u wielu takich chorych do utrwalenia tych objawów, gdyby się odrazu dostali w odpowiednie ręce neurologów. Tymczasem, wędrując przez pewien czas po szpitalach w towarzystwie nieraz organicznie ciężko chorych z porażeniem dolnych kończyn lub zaburzeniami mowy, nerwicowiec nabiera coraz więcej przekonania do swego stanu. Jednocześnie na widok urlopowanych i w nim wzmaga się tęsknota za ogniskiem domowem. O ile urlop jest krótki, myśl o rychłym powrocie na służbę podtrzymuje w nim jego stan chorobny tembardziej, że w domu po-

zbawiony jest wszelkiego leczenia specjalnego. Szczegółowa obserwacja takich chorych jest pouczająca, jakkolwiek nic nowego do dawnych naszych wiadomości nie dodała.

Niektórzy uważają prawie wszystkich takich chorych za symulantów, inni chcą nawet usunąć wogóle wszelki moment psychiczny z patogenezy kontuzji (Sigalów na zjeździe terapeutów w Moskwie w r. 1916). Bychowski na swoim oddziale trzymał się tej zasady, że chorych, zachowujących się opornie wobec leczenia, odsyłał do innych szpitali. O ile zaś ujawniała się tendencja do poprawy, przemawiał na komisji za urlopem lub nawet zupełnem uwolnieniem i starał się, aby chorzy o tem wiedzieli. Wtedy przy zwykłej sugestji i perswazyi prawie zawsze się poprawiali i to dość szybko.

Z organicznych cierpień układu nerwowego najobfitszego materiału dostarczają uszkodzenia nerwów obwodowych. Autor ma przekonanie, że gdyby wszystkie te przypadki były dokładnie badane i przez dłuższy czas obserwowane, cała wiedza o czynności poszczególnych nerwów obwodowych znacznieby się zmieniła. W warunkach pokojowych spotykamy względnie często porażenie nerwu promieniowego, nerwu strzałkowego. O dosobnione zaś porażenie nerwu pachowego, mięśniowo-skrótnego należy do wielkich rzadkości. Tymczasem obecnie takich przypadków mamy niezliczoną liczbę. „Niema, zdaje się, — powiada B. — porażenia ani jednego nerwu obwodowego, którego bym w ciągu tych 2 lat nie widział bądźto odosobnionego, bądźto wspólnego z innymi nerwami. Nieraz są nawet uszkodzone oddzielnie tylko gałązki jakiegoś nerwu”. Otrzymują się różne ciekawe kombinacje o bardzo zawiłanych obrazach klinicznych, które rzucają inne światło na czynności niektórych mięśni i zdolności wzajemnego zastępowania się. Należy materiał ten zbierać i opracować. Ale tu stoją na przeszkodzie poważne trudności. Uszkodzenie nerwu łączy się często ze złamaniem kości, przyczem lekarze całą swoją uwagę poświęcają temu złamaniu i nie interesują się przy nakładaniu opatrunków stanem nerwów i wynikającym ztąd porażeniem. Kończynę się unieruchamia, co odbija się na stanie mięśni i na ich zdolności ruchowej. Kiedy opatrunek zostaje zdjęty, spostrzega się zaniki i niedowłady mięśniowe, przykurczenia, co do pochodzenia których niezawsze łatwo się jest wtedy oryentować (co zależy od uszkodzenia nerwu, co od ucisku). Najwięcej trudności przy badaniu nerwów obwodowych sprawiają sami chorzy. Odpowiedzi ich są niecisłe i niedokładne podczas badania czucia, co niezawsze zależy od symulacji. Trzeba być ostrożnym z wyprowadzaniem wniosków na zasadzie zmian czuciowych, zwłaszcza u chorych, dla których i znieczulenia są pewną „obroną”. To samo stosuje się do porażen i niedowładów mięśni. Pomimo tych trudności otrzymuje się przy pewnej cierpliwości dość ciekawą kazuistykę.

Przypadki porażen wskutek uszkodzeń nerwów obwodowych są ważne i z tego względu, że są często dostępne leczeniu (uwolnienie nerwu z blizny, neuroliza, neurorafia). W Tow. neurol. paryskim odzywały się poważne głosy, że nie należy się spieszyć z operacją, że objawy porażenia często stopniowo przechodzą po leczeniu elektrycznością, masażem i t. d. oczywiście tam, gdzie ciągłość nerwu nie jest naruszona. Autor temu nie przeczy, ale sam zaleca zawsze operację ze względu, iż w wojsku rosyjskim niema odpowiednich warunków ani personelu dla innego leczenia. Operacje należy nawet zalecać wcześniej, dopóki chory nie jest zdemoralizowany długim pobytem w szpitalu bez leczenia ani zasugerowanym przez współtowarzyszów. Po operacji należy chorych jeszcze leczyć odpowiednio przez czas dłuższy, co daje zwykle dobre wyniki. Pożądaniem jest takich chorych posyłać do szpitali daleko w tył, aby ich nie narażać na częste ewakuacje. Chorym z porażeniami oddzielnych nerwów kończyn autor nie radzi unieruchamiać całej kończyny na dłuższy czas, gdyż chorzy tacy odzwyczajają się od odpowiednich ruchów dowolnych, zapominają o nich. Niektórym takim chorym przydałyby się odpowiednie przyrządy ortopedyczne, zwłaszcza przy tak częstych porażeniach nerwu promieniowego i strzałkowego, dlatego w każdym większym szpitalu powinna być nie wielka pracownia ortopedyczna, w której możnaby było dać zajęcie samym chorym i któreby zaopatrywała każdego chorego z uszkodzeniem jakiegoś nerwu obwodowego w odpowiedni przyrząd tak, aby chory mógł go zatrzymać przy sobie i podczas urlopu.

Najmniej ciekawy materiał, według Bychowskiego, przedstawiają postrzałowe uszkodzenia kręgosłupa. Z tymi na froncie spotykamy się często, w szpitalach na tyłach — rzadko. Znaczna ich część ginie w szpitalach czołowych. Laminektomia nie ma tu widoków powodzenia i autor nigdy do niej chirurgów nie zachęca. Najczęściej, jak to się widzi na sekcjach, ma tu miejsce zupełne przerwanie rdzenia, choć naturalnie zdarzają się wyjątki.

B. widział pouczające przypadki uszkodzenia dolnego odcinka rdzenia i ogona końskiego. Nieraz można było wykazać dokładnie, jakie korzonki zostały zniszczone. Wielu z tych chorych wędrowało po szpitalach z rozmaitem rozpoznaniem (najczęściej reumatyzm).

Uszkodzenia czaszki i jej zawartości stanowią najciekawszy materiał neurologii polowej i tu powstała już bardzo ciekawa kazuistyka, która rzuca światło na niektóre kwestye sporne natury praktycznej i teoretycznej. Na początku wojny trepanacje uważano za zabieg ciężki i wielu lekarzy, zwłaszcza początkujących, niechętnie ją robiło tam, gdzie była wyraźnie wskazana. Na połączeniem zebraniu Tow. chirurg. i neu-

rol. w Paryżu w r. 1916 wszyscy referenci wypowiedzieli się za możliwie wczesną trepanacją i wystąpili z żądaniem, aby tych chorych z pierwszego punktu opatrunkowego natychmiast przewozić do najbliższego stałego szpitala i tam operować. Z usuwaniem daleko leżących kul należy być bardzo ostrożnym, zwłaszcza tam, gdzie niema specjalnych przyrządów rentgenowskich. Co do szeroko stosowanej osteoplastyki czaszki autor ma kilka poważnych zastrzeżeń. W powierzchownych sprawach mózgowych osteoplastyka jest zbędna a nawet szkodliwa. W celach ochrony powstającego defektu wystarcza suknom owinięta blaska aluminiowa. Sprawa ta była omawiana na posiedzeniu Paryskiego Tow. Chirurg. we wrześniu 1916 z okazji referatu Maclaire'a o osteoplastyce czaszki. Pierre Marie widywał pogorszenie stanu chorego (ból głowy), Claude i Siccard widzieli przypadki, w których trzeba było usuwać płat kostny, wskutek pogorszenia stanu chorego. U wielu trepanowanych może zająć potrzeba powtórnego obejrzenia mózgu wskutek drgawek, bólów, głowy i t. d.

Niebezpieczeństwo wypadania mózgu jest znacznie przesadzone. Naturalnie, gdzie pole operacyjne jest zakażone, nie może być mowy o osteoplastyce.

Objawy kliniczne u chorych z postrzałowymi ranami czaszki są różnorodne i ciekawe. Przy ciężkich i obszernych ranach bez objawów zakaźnych Bychowski nie spostrzegł prawie nigdy t. zw. ogólnych objawów, charakterystycznych dla nowotworów mózgu. Tętno rzadko kiedy zwolnione, rzadkie wymioty, dno oka nigdy zmian zastoinowych nie wykazywało. Ta ostatnia okoliczność przemawia za czysto mechanicznym pochodzeniem tarczy zastoinowej. Zaburzenia psychiczne należą do rzadkości.

B. spostrzegł często długie rany postrzałowe w mózgu (kiedy kula przechodzi na wylot, pozostawiając małe otwory wejściowy i wyjściowy bez potrzeby zabiegu chirurgicznego) bez żadnych prawie objawów klinicznych. Widział chorego, u którego kula przeszła przez oba zrazy czołowe. W kilka miesięcy po zranieniu chory miał tylko objawy nieznacznej ataksji statycznej, która mogła być zależna i od ogólnej nerwicy, jaką chory był dotknięty (rozległe nieprawidłowe znieczulenia). Inny chory z tangencyalną raną w obrębie dolnej i tylnej części lewego czołowego miał czystą afazję ruchową, albo ściślej mówiąc afamię, gdyż żadnych dźwięków nie wydawał — bez śladu afazy czuciowej. Tacy chorzy to jedna z najniezwyklejszych kategorii chorych. Wobec braku wiadomości o ich miejscu pochodzenia i miejscu służby nie mogą być odesłani do domu i wędrują z jednego szpitala do drugiego. Zwykle obok afazy ruchowej bywały domieszki afazy czuciowej i objawy paretyczne.

Niezbyt rzadkie były przypadki z czy-

stemi ranami postrzałowymi w tylnej jamie czaszkowej. W razie uszkodzenia jednego tylko zrazu potylicowego autor widział niejednokrotnie połowiczne widzenie (*hemianopsia*). Tacy chorzy nieraz uważani są za zdrowych, choć są niezdolni do służby wojskowej. Wśród tej grupy autor znalazł 2 chorych z transwersalną raną obu zrazów potylicowych, którzy byli zupełnie ślepi, a nie zdawali sobie sprawy ze swego kalectwa i twierdzili, że zupełnie dobrze widzą. B. widział chorego z odosobnionem uszkodzeniem *roboaczka mózdkowego*, który był przysłany z rozpoznaniem neurastenii — nie miał objawów paretycznych, tylko rozmaite postaci opisanej przez Babińskiego asynergii mózdkowej.

B. zwraca uwagę na przypadki, w których zachodziła potrzeba trepanacji, po której powstawały objawy połowicznego porażenia (*hemiplegia, hemiparesis*). Ci chorzy zasługują na szczególną uwagę, gdyż cała nasza nauka o połowicznych porażeniach zbudowana jest prawie wyłącznie na zasadzie materiału, pochodzącego od ludzi starych i schorzałych (*arteriosclerosis, nephritis interstitialis, lues cerebri*).

Tymczasem u osobników młodych i zdrowych, jak to bywa wśród żołnierzy, spotykamy się bardzo często z objawami kompensacji, restytucji. Tę dowodziło, że przy zniszczeniu niektórych ośrodków i przewodników ich czynność z biegiem czasu przechodzi na homologiczne ośrodki przeciwległej półkuli a w razie zniszczenia przewodników impulsy ruchowe, a pewno i czuciowe, torują sobie drogę przez inne zwykle mało używane szlaki. Jest to t. zw. objaw *zastępczy*, opisany w swoim czasie przez Grasseta, a niezależnie od tegoż przez autora (*Dejerine w swojej Sémiologie des affections du système nerveux* nazwał ten objaw *signe de Grasset-Bychowski*), przy racjonalnem leczeniu takim chorym możnaby pomódz znacznie więcej, niż to się praktykuje obecnie, gdy się ich odsyła do domu i pozostawia własnemu bezzwrotnemu losowi.

W ranach tangencyalnych w obrębie nerwu strzałkowego występuje porażenie obu dolnych kończyn — *paraplegia infer. cerebralis*. W warunkach pokojowych takie porażenie spotyka się nader rzadko (przy nowotworze w jednym ośrodku, który przez *fals major* uciska na drugi). Na pierwszy rzut oka można u takich chorych przypuszczać uszkodzenie rdzenia, unikać wszelkiego rękoczynu i pozostawić ich smutnemu losowi. Tymczasem odpowiedni zabieg chirurgiczny może tu być uwieńczony pomyślnym skutkiem. Rozpoznanie różniczkowe dość jest łatwe: w uszkodzeniu mózgu występuje najczęściej wzmożenie napięcia mięśniowego w dotkniętych kończynach — *hypertonia*, w uszkodzeniu rdzenia — *hypotonia*,

w uszkodzeniu mózgu — wzmożone odruchy ścięgnowe, objaw Babińskiego, niedowład jednej z górnych kończyn i zaburzenia mowy, niewielkie i niestałe znieczulenia; w uszkodzeniu rdzenia — brak odruchów, zaburzenia pęcherza, odleżyny, stałe znieczulenia i t. d. Kilka takich przypadków autor zakwalifikował do operacji z dobrym wynikiem. U kilku chorych, którzy przybyli z zagojeniami już bliźniami na czaszce w obrębie strefy czucioworuchowej, udało się Bychowskiemu przerobić i demonstrować bardzo efektowne *doswiadczanie* Trendelenburga: trzymając palec gumowy napełniony lodem przez kilkanaście minut na bliźnie, można było wywołać drgawki w odnośnych kończynach. Takie spostrzeżenia mogą się przyczyniać do *rozpoznawania* padaczki. Francuscy autorzy zwrócili się do rządu z prośbą, ażeby chorych z uszkodzeniem czaszki nawet po zupełnem wyzdrowieniu nie posyłać na front, lecz zatrudniać w instytucjach tyłowych, gdyż tacy chorzy są kandydatami do napadów drgawkowych. Autor tak kończy swój interesujący komunikat: „W chwilach największej rozpacz, podczas dosłownego głodu i chłodu, przy bajecznej iluminacji palących się osad ludzkich, przy ogłuszającym piekielnym huk, w matni tysiąca furmanek z uchodźcami, przy jękach i krzykach nagle osieroconych dzieci, w tych najcięższych chwilach jedyne ukojenie znajdowałem w myśli, że i tu bezwiednie tworzy się może jakieś niewidzialne *coś* dla dobra nauki i ludzkości“.

[*Polski Miesięcznik Lekarski. Kijów. 1917, № 1 i 2 (styczeń i luty)*]. P.

Autorowi oczywiście nie były dostępne prace, które podczas jego nieobecności zjawily się u nas z dziedziny neurologii wojennej. Kilka takich prac i to wartościowych i opartych na bogatym i starannie opracowanym materiale, znajdujemy w Pamiętniku Warszawskiego Lazaretu Miejskiego, a mianowicie: J. Koelichena — Dane statystyczne i wnioski kliniczne, dotyczące urazów układu nerwowego, 4 prace S. Orłowskiego: 1) Psychozy urazowe w Lazarecie Miejskim, 2) Przyczynki do oceny materiału psychopatologicznego z wojny obecnej, 3) W sprawie psychoz urazowych w wojnie obecnej i 4) O urządzeniu ochronnem w psychice ludzkiej, J. Borzymowskiego — Plastyka w postrzałach mózgu, L. Kryńskiego — Rany czaszki i mózgu i czego nauczył nas w chirurgii polowej u biegły rok wojny. Prócz tego H. Higier ogłosił pracę pokrewną pod wielu względami z referatem Bychowskiego: „Z dziedziny przesądów i błędów dyagnostycznych neurochirurgii polowej“. Prace te pod wielu względami potwierdzają spostrzeżenia Bychowskiego i dowodzą, że nasi neurologi i chirurdzy nie próżnowali podczas wojny.

(*Przyp. sprawozdawcy*).

Wiadomości bieżące.

— Benjaminowskie Towarzystwo Lekarskie. B. lekarze wojskowi i medycy, internowani w Benjaminowie, założyli dnia 21. VIII. 1917 Towarzystwo Lekarskie, którego celem jest wypełnienie luk w wykształceniu lekarskim, powstałych wskutek służby w polu, i możliwość śledzenia postępów nauki lekarskiej doby obecnej. Lekarzy członków jest 10, a medyków 8.

Posiedzenia Towarzystwa odbywają się dwa razy w tygodniu. Dotąd odbyło się 38 posiedzeń, które wypełniło 12 odczytów i 83 referaty. Te ostatnie z „Gazety Lekarskiej“ i „Münchener medizinische Wochenschrift“.

Głównymi tematami odczytów i referatów są najnowsze prądy w leczeniu ran i w ortopedyi wojennej, jakoteż najświeższe zdobycze w dziedzinie epidemiologii. Naturalnie z powodu warunków specjalnych praca Towarzystwa nosi charakter wybitnie teoretyczny.

— Polskie uzdrowiska w sezonie zimowym. Pod tym tytułem kol. Stefan Rudzki wygłosił w d. 9 b. m. odczyt w wydziale zdrojowisk i uzdrowisk T. H. W. Omówiwszy szczegółowo strony dodatnie i ujemne różnych uzdrowisk naszych, referent między innymi wyraził pogląd, iż najodpowiedniejszą porą pobytu w Zakopanem są miesiące: marzec, wrzesień i październik. W sprawie uzdrowisk pod Warszawą, do których referent zaliczył większość naszych letnisk podmiejskich, posiadających lasy iglaste i grunt przepuszczalny, stwierdził, że mają one wielką przyszłość przed sobą i służyć mogą za miejsce kuracyjne nie tylko dla warszawian, lecz i dla mieszkańców dalszych okolic Polski. Na zakończenie kol. S. Rudzki przedstawił szereg wniosków, wskazujących potrzebę opieki i pomocy państwowej dla naszych uzdrowisk oraz utworzenia katedry balneologicznej na uniwersytecie warszawskim.

— W następujących miejscowościach Królestwa Polskiego wakują miejsca dla lekarzy:

Posada lekarza epidemicznego do walki z tyfusem plamistym w Opocznie z pensją 1000 koron miesięcznie.

Posada lekarza naczelnego w szpitalu dla zakaźnych w Łęczycy, z pensją 5000 m. rocznie.

W Stawiskach—pow. kolneński—miejsce dla lekarza wolnopracującego.

W Kossowie—pow. węgrowski — miejsce lekarza szpitalnego.

W Czerwińsku—pow. płoński — miejsce dla lekarza. Zapomoga ze strony władz powiatowych 150 m. miesięcznie.

W Błoniu po śmierci dra Malanowicza pozostał tylko jeden lekarz starszy, niechętnie wyjeżdżający do chorych. Najbliższy lekarz w odległości 12 wiorst w Grodzisku.

Bliższych szczegółów zasięgnąć można w Dyrekcyi Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Marszałkowska 154).

NEKROLOGIA.

Zygmunt Zawadzki, lekarz naczelny szpitala powiatowego dla zakaźnych w Łęczycy; w ciągu 20-letniej praktyki w tem mieście zjednał sobie powszechne uznanie wśród licznych pacjentów. Zmarł d. 6 b. m. na tyfus brzuszny w 53 roku życia.

Jan Dłutek, p. o. lekarza powiatu grójeckiego, zmarł na tyfus plamisty d. 11 b. m. w wieku lat 35.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Natalia Turkiewiczówna. Rzadki przypadek torbieli, powstałej w grasicy	49	<i>Dział sprawozdawczy.</i> 2. Z. Bychowski.	
<i>Notatka lekarska.</i> A. Puławski. Nietypowy przypadek duru wysypkowego. Przyczynę do trudności rozpoznawania tej choroby	51	Neurologia wobec wojny współczesnej	52
		Wiadomości bieżące	56
		Nekrologia	56

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

Adres Redakcyi: Żórawia 22. — Adres Administracyi: Marszałkowska 73.
Administracya otwarta w dni powszednie od 10¹/₂ do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.
Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17.50, półrocznie M. 8.75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1,25 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

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

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁO Z DRUKU:

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego

(ogłądanie, opukiwanie, obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie).

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. **SZCZĘSNY BRONOWSKI**
ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego.

Część I. Ogłądanie i Opukiwanie.

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

Cena mk. 16.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- Nr 1. **A. Sokołowski.** O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
- Nr 2, 3, 4. **B. Dębiński.** Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
- Nr 5, 6. **L. Karwacki.** O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.
- Nr 7, 8, 9. **Doc. J. Pruszyński.** Anafilaksja. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.
- Nr 10. **Ludwik Zembrzusi.** O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA I WOLFFA.

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socjalnej.
Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,

objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE. III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Higiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ. 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokoły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCJI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów im. Rau'a, 2) Z instytutu Higieny Dziecięcej im. Lennala, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygienicz. VII. RUBRYKA Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADEŚLANE. XIII. ŻYCIORYSY. XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

W BIURZE DYREKCJI SŁUŻBY ZDROWIA PUBLICZNEGO MINIST. SPRAW WEWN. (Marszałkowska 154)

są do nabycia następujące podręczniki,

obejmujące wykłady, wygłoszone na kursach przygotowawczych dla lekarzy powiatowych.

1. BIERNACKI ŚT. Badanie najważniejszych środków lekarskich. Cena Mk. 1.50
2. BRAUN J. Higiena wodociągów i kanalizacji. " " — .80
3. BRUNNER J. Odkazanie. " " 5.50
4. CHODŹKO W. Polskie prawodawstwo sanitarne w rozwoju historycznym. " " 1.50
5. DĘBIŃSKI B. Walka z gruźlicą jako chorobą ludową. " " 2.—
6. GEPNER B. Rozpoznawanie i leczenie jaglicy. " " —.60
7. KOSKOWSKI B. Rewizye i przeglądy aptek. " " 3.—
8. RADZIWIŁŁOWICZ R. Psychiatria sądowa. " " 4.—
9. SZENAJCH WŁ. Zasady organizacji opieki nad dziećmi. " " 3.50
10. WERNIC L. Walka z chorobami wenerycznymi i nierzędem. " " 7.50

INIĘKCYE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glicerinofosfor.)

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

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

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

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

i wiele innych.

POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.

