



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GALĘZIOM · WMIĘJĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru N^o 2746.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

Ciechocinek. Dr W. BIESIEKIERSKI

willa „HOME“

Choroby chirurgiczne i wewnętrzne.
Mechano-elektroterapia.

Dr L. Lorentowicz

ginekolog
ordynuje przez lato w CIECHOCINKU.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

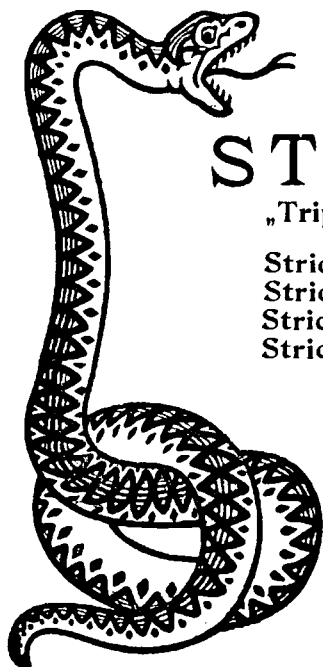
TADEUSZ KORZON.

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

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



INIEKCJE STRYCHNINOWE:

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

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

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

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

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

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

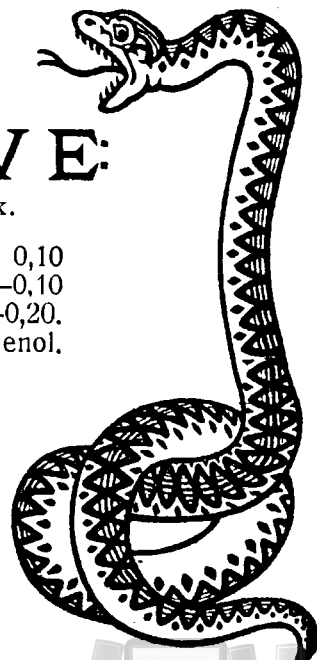
POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JERUZOLIMSKA 25.



Remedium Sedativum Spiess

(Extractum Viburni compositum).

Środek przeciwwrotoczny z działaniem kojącym bez objawów ubocznych.

Skład: Extr. Viburni prunitol. fluid.

Extr. Piscidiaae erythr. fluid.

Hydrastinin. hydrochlor. synthet.

Pojemność flakona 20 g.

Użycie: 10 — 20 — 40 kropeł 3 — 4 razy dziennie.

Lig. Ferri albuminati Spiess

Rozczyn białkanu żelaza, gwarantowanej dobroci

$\frac{1}{1}$ flakon ca. 400 g.
 $\frac{1}{2}$ " " 200 g.

Foretol Spiess

(Oczyszczony i stężony wyciąg z igliwia sosnowego).

Foretol Fluid. flakon zawiera dawkę na 3 wanny.

Foretol Capsulae. $\frac{1}{1}$ pud. zawiera 6 dawek.

$\frac{1}{2}$ " " 3 "

Żądać prospektów.

SILV-OZON „MOTOR“

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

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

Środki lecznicze: Kąpiele błotne, żelaziste, igliwiowe,
kwasowęglowe, elektryczne przeciwko gośćcowi,
dnie, rwie kulszowej, chorobom kobiecym, nerwowym
i sercowym. Kąpiele powietrzne. Kuraćcia zimowa.

Szwajcarya Pomorska.

Wspaniała natura.

Nadzwyczajne wyniki lecznicze.

MOORBAD POLZIN

10 współczesnych domów zdrojowych.
Liczne mieszkania oddzielne.

Bardzo tanie życie. Informacje bez-
płatnie w Zarządzie Kąpielowym.

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

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

== DUR WYSYPKOWY ==

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

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 L EKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘT-
NOŚCI LEKARSKICH

Dziesięć
Dzieci

Warszawa, d. 20 lipca 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2746

O krwotokach samoistnych do opon mózgowych.

Podał

Edward Flatau.

Do krwotoków samoistnych oponowych zaliczamy te z pośród nich, które powstają nie wskutek urazu, lecz pierwotnie, na tle przyczyn wewnętrznych, ustrojowych (alkoholizmu, gruźlicy, przymiotu, stwardnienia naczyń, choroby nerek i serca, krwawiczk i in.).

Istnieją dwie główne grupy tych krwotoków, a mianowicie: 1) krwotoki podtwardówkowe (t. zw. *pachymeningitis haemorrhagica interna*) i 2) podpajęczynówkowe (t. zw. *leptomeningitis haemorrhagica*, a właściwie *haemorrhagia subarachnoidalis*). Oprócz tego powstać może krwotok samoistny do przestrzeni, znajdujących się ponad oponą pajęczynówkową (*haemorrhagia epiarachnoidalis*), jest to jednak postać niezmiernie rzadka i przebieg jej kliniczny jest podobny do *pachymeningitis haemorrhagica interna*.

Krwotok podtwardówkowy, względnie zapalenie wybroczynowe, podtwardówkowe (*pachymeningitis haemorrhagica interna*) zdarza się znacznie częściej, aniżeli się to zwykle przypuszcza. Rozpoznanie tej postaci choroby następuje częstokroć duże trudności. Jest to cierpienie prawie *par excellence* wieku starczego. Zdarza się ono wprawdzie i w wieku dziecięcym (w pierwszych czterech latach), są to jednak przypadki wyjątkowe. Badacze francuscy przypisywali alkoholizmowi dużą rolę etyologiczną. Oprócz tego cierpienie to powstaje dość często w niedołęstwie umysłowym, szczególnie w postaci starczej lub w porażeniu postępującem. Występuje

ono również w cierpieniach zakaźnych, jakoto w tyfusie, róży twarzy, gruźlicy, przymiocie i innych.

Na podstawie doświadczenia własnego sądzę, że częstą przyczyną tego cierpienia bywa stwardnienie naczyń u osób, znajdujących się w wieku starczym lub podstarczym.

Co do patogenezy tego cierpienia istnieją dwie teorie: zapalna i krwotoczna. Zwolennicy pierwszej (Heschl i Virchow) są zdania, że pierwotnie rozwija się na powierzchni wewnętrznej opony twardej stan zapalny i dopiero wtórnie powstaje krwotok z łamliwych nadmiernie naczyń tych błon zapalnych. Stopniowo tworzą się listwy, uwarstwiające się jedna nad drugą, i powstaje wreszcie guz krwawy (*haematoma durae matris*). Inni, jak Huguenin, są zdania odmiennego. Pierwotnym ma być krwotok, który wywołuje zapalenie reakcyjne. Powstają błony, krwotoki się ponawiają, tworzą się świeże błony i ostatecznie rozwija się i utrwała guz krwawy. Z nowszych autorów Ciarla spostrzegał w 7 przypadkach krwotoki podtwardówkowe bez stanu zapalnego.

Jakkolwiek większość lekarzy nowoczesnych skłania się do teorii Virchowa, to jednak spostrzeżenia kliniczne dowodzą możliwości powstawania cierpienia tego na tle krwotoków pierwotnych. W większości przypadków cierpienie rozpoczyna się zgoła nieoczekiwanie, bez żadnych objawów wstępnych, któreby wskazywały istnienie dawnej sprawy zapalnej na powierzchni wewnętrznej opony

ny twardej. Niekiedy jednak wywiady wykazują nie tylko bóle głowy i zawroty, lecz i senność, osłabienie pamięci i ogólny upadek umysłowy. Otóż jest możliwe, że w tych przypadkach istniała sprawa zapalna na powierzchni wewnętrznej twardówki, zanim nastąpił krwotok.

Co do symptomatologii cierpienia, to powstaje ono, jak to zaznaczono wyżej, przeważnie nagle, w postaci porażenia mózgowego. Udar ten tem się jednak różni od zwykłej postaci apopleksji mózkowej, że jest on mniej ciężki, rozwija się powoli i stopniowo, i że nie towarzyszą mu wybitne objawy porażenia połowiczego. Chorzy tracą zwykle przytomność i wpadają w stan zamroczenia i senności, i właśnie to połączenie zamroczenia z brakiem głębszych objawów ogniskowych, specjalnie zaś porażeniowych, stanowi zespół najbardziej charakterystyczny dla okresów początkowych, a nawet i dalszych tego cierpienia, a przynajmniej dla jego postaci najczęstszej.

Niekiedy cierpienie zaczyna się od drgawek ogólnych lub połowicznych. Drgawki te trwają krótko i przechodzą również w stan zamroczenia, przyczem i w tych przypadkach przeważnie nie stwierdza się wybitnych objawów porażenia połowiczego. Spostrzegalem prócz tego przypadki, w których chorzy tracili przytomność i wykazywali prawie natychmiast niezmiernie wybitne podniecenie psychomotoryczne, które jednak wkrótce mijało, ustępując miejsca stanom zamroczenia. To niezmiernie podniecenie psychomotoryczne występuje, zdaje się, częściej u alkoholików lub u osobników umysłowo chorych (*dementia senilis, paral. progressiva*). Stan zamroczenia trwać może krótko, tak że chorzy odzyskują przytomność już po upływie kilku godzin, niekiedy jednak stan ten trwa bardzo długo, dni, tygodnie i miesiące. I w tych więc okresach przedłużającego się cierpienia połączenie głębokich zaburzeń przytomności wraz z występującem dość często na plan pierwszy podnieceniem psychomotorycznym, przeważnie przy braku zupełnym lub prawie zupełnym wybitniejszych objawów ogniskowych, stanowi cechę niezmiernie charakterystyczną dla sprawy krwotocznej podtwardówkowej.

Podniecenie psychomotoryczne polega na tem, że chorzy, będąc zmroczeni i zdezyorientowani, są jednocześnie niespokojni, bezcelowo ruchliwi. Mówią mało, lecz wykonywują cały szereg ruchów skoordynowanych, ale bez-

celowych. To jedną, to znów drugą ręką chwytają za kołdrę, skubią ją, wrywają z niej kawałki, chwytają się za ucho, brodę lub wąsy, wykonywują szereg ruchów w przestrzeni, poruszają głową, zmieniają położenie ciała, jednym słowem, nie pozostają ani chwili w spokoju. Stan ten trwać może tygodnie i miesiące całe, przyczem obraz chorobny nie ulega zmianom, i przez cały ten okres mogą nie występować żadne wybitniejsze objawy ogniskowe. Przyłącza się gorączka niezbyt wysoka, wykazująca częste wahania. Wahaniom ulega również głębokość zaburzeń przytomności. Bywają dni, w których chorzy częściowo przytomnieją; dają wtedy odpowiedzi na pytania proste, natomiast niepodobna wejść z nimi w kontakt bliższy; nie prowadzą rozmów, odbiegają nader szybko od tematu, zapominają, wyczerpują się szybko i łatwo powracają do zwykłego stanu senności lub zamroczenia. W tych to okresach powracającej świadomości chorzy uskarżają się na silne, stałe bóle głowy; czasami, rzadka, występują wymioty. Stwierdza się nieznaczna sztywność karku, objaw Kerniga lub Brudzińskiego. Źrenice są często bardzo zwężone i nie oddziałują zupełnie, lub prawie zupełnie na światło. W okresie późniejszym może wystąpić rozszerzenie źrenic po stronie ogniska (Oppenheim), a nawet nieruchomość na światło i przystosowanie (Ciarla). Na dnie oczu stwierdza się niekiedy stan zapalny lub zastoinowy, niezbyt silnie zaznaczony. Wzrok niekiedy słabnie. Czasem stwierdza się drżenie gałek ocznych, lub ich zboczenie w tę samą stronę (*déviation conjuguée*). Tętno bywa często zwolnione, łaknienie słabe, chorzy stopniowo chudną. Po kilku tygodniach, lub miesiącach następuje zwykle śmierć, pomimo chwilowych, przeważnie zwodniczych zwolnień.

Inną kategorię przypadków tego samego cierpienia stanowią chorzy, u których stan świadomości, z wyjątkiem okresu początkowego, pozostać może niezakłócony. I tutaj więc choroba rozpoczyna się zwykle od udaru lub od drgawek, lecz już po kilku, lub kilkunastu godzinach chory odzyskuje przytomność umysłu. Przypadki te dają naogół rokowanie bez porównania lepsze od pierwszej kategorii z głębokiem i długotrwałem zamroczeniem umysłu. Chorzy ci, z przytomnością umysłu zachowaną, skarżą się na dokuczliwy ból głowy. Ból ten bywa przeważnie stały; trapi on chorych i w dzień, i w nocy. Intensywność tego bólu bywa dość znaczna, jakkolwiek ulegać może wahaniom; niekiedy je-

dnak ból głowy jest słaby i zastępuje go ucisk. Ciarla zwraca uwagę na bolesne opukiwanie czaszki. I u tych chorych tętno bywa zwolnione. Ciężota ciała to podnosi się, to opada; nie przekracza zwykle 38° , waha się przeważnie między $36,5^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$. Stwierdza się też słabo zaznaczoną sztywność karku oraz objaw Kerniga i Brudzińskiego. Nastrój bywa przeważnie przygnębiony, niekiedy z odcieniem hypochondrycznym. Chorzy wyjawiają dużo skarg istotnych i rzekomych; obawiają się, że nigdy już do zdrowia nie wrócą, że grozi im kalectwo. Sen bywa niedostateczny, przerywany. Chorzy budzą się często i to z bólem głowy. Spotykałem również u jednej z chorych ciągle parcie na mocz, trapiące ją w ciągu całej nocy. Parcie to było pochodzenia centralnego; żadne środki wewnętrzne, ani też lokalne nie wpływały na ten objaw. Ustało dopiero po wyczerpaniu się choroby.

Stan chorych pierwszej kategorii, ze świadomością zamroczoną, ulega zwykle stopniowemu pogorszeniu; psychika wykazuje coraz głębsze i stalsze zamroczenia; niepokój psychomotoryczny staje się coraz większy; jednocześnie ciężota ciała nie spada lecz dochodzi do znacznej wysokości, aż wreszcie następuje śmierć. W rzadkich tylko przypadkach stan się poprawia i chory zdrowieje.

U chorych drugiej kategorii stan chorobny może uleść poprawie, ból głowy i inne objawy stają się coraz mniej uciążliwe, podskoki ciężoty stają się coraz rzadsze, objawy uciskowopodrażnieniowe (tętno, sztywność karku, objaw Kerniga i Brudzińskiego) stopniowo znikają, i nastąpić może wyleczenie. Jednakowoż i w tych przypadkach może nastąpić nawrót choroby (wylew krwi ponowny), stan chorego się pogarsza, a nawet następuje śmierć.

Na omówienie szczególne zasługują objawy ogniskowe, i to zarówno u chorych zamroczonych, jak i innych z zachowaną przytomnością umysłu.

Już wyżej zwróciliśmy uwagę na to, że w cierpieniu tem objawy ogniskowe bywają przeważnie nieznaczne, lub też zgoła się ich nie stwierdza. Objawy ogniskowe, o ile istnieją, ograniczają się przeważnie do słabo zaznaczonego niedowładu połowiczego, częstokroć niepełnego i rozczłonkowanego. Niedowład ten rozwija się często powoli, przechodzi stopniowo z członka na członka (*hemiparesis ingravescens*), ograniczyć się może do niedo-

władz jednej połowy twarzy lub ręki. Niedowład ujawnia się np. w kończynie górnej w ten sposób, że chory nigdy się tą kończyną nie posługuje przy chwytaniu się za głowę, przy jedzeniu i t. d. O ile niedowład występuje również w kończynie dolnej, chory podnosi ją nie tak wysoko, jak nogę zdrową. Stwierdza się również t. zw. oznaki drobne niedowładu, jakoto objaw Raimista, Grassetta i in. Szczególniejsze znaczenie posiada, zdaniem mojem, stwierdzenie objawu Cacciapuoti (bierne unoszenie do góry kończyny dolnej niedowładnej przy aktywnem opuszczaniu kończyny zdrowej, której się przeciwstawia opór). Niekiedy stwierdza się objaw Babińskiego, lub odruch podeszwy pozostaje niezdecydowany po stronie niedowładu. Po tejże stronie spostrzega się osłabienie lub brak odruchu brzuszego.

W niektórych, rzadkich przypadkach zaburzenia ruchowe połowicze mogą się znacznie pogłębić, a nawet dojść może do porażenia połowiczego. Są to te przypadki, w których guz krwisty jest duży i wywołuje ucisk, lub powoduje rozmięczenie pasa ruchowego mózgu.

Oprócz objawów osłabienia lub wypadania czynności ruchowych mogą niekiedy występować objawy podrażnienia w postaci drgawek. Osobiście spotykałem je tylko jako objaw wstępny cierpienia. Opisywano również ruchy płasawicze automatyczne lub przymusowe. W niektórych, rzadkich wypadkach, w których krwotok przekracza linię środkową i przechodzi na inną półkulę, powstać mogą zaburzenia ruchowe obustronne z przewagą części dystalnych kończyn dolnych. Jeżeli zwrócić uwagę na to, że na oględzinach postmiernych bardzo często (Ciarla w $\frac{1}{3}$ przypadków, Gowers w $\frac{1}{2}$) stwierdzano ognisko obustronne, to zadziwia wprost rzadkość objawów klinicznych obustronnych.

Z innych objawów ogniskowych niezbyt rzadko stwierdza się osłabienie czucia po stronie przeciwległej. Niekiedy występują objawy afazji; przeważnie bywa ona słabo zaznaczona. Występuje w postaci zmysłowej, jako amnezja lub jako słabo zaznaczona niemota ruchowa, często o typie transkortykalnym. W przypadkach pomysłnych objawy te zmniejszają się stopniowo, jednak nie zawsze znikają zupełnie.

W wyjątkowo rzadkich przypadkach, w których cierpienie umiejscawia się na podstawie czaszki, mogą wystąpić wybitne objawy ze strony nerwów czaszkowych, jak np. porażenie mięśni ocznych (Ziehen).

Rozpoznanie różniczkowe zapalenia wybroczynowego podtwardówkowego nie należy do łatwych. Już z opisu powyższego widać, jak różnorodny może być zarówno obraz jak i przebieg tego cierpienia. Należy mieć zawsze na widoku owe dwie kategorie obrazów klinicznych, na które zwróciliśmy uwagę, a mianowicie jedną z wybitnymi oznakami zaburzenia świadomości, i drugą—z przytomnością umysłu zachowaną. I w jednym, i w drugim przypadku początek bywa zwykle nagły, podobny do udaru mózgowego, jakkolwiek sprawa może się od początku rozwijać stopniowo. Od udaru mózgowego cierpienie to różni się bardzo słabo zaznaczonymi, lub zgoła nieistniejącymi objawami ogniskowymi, specjalnie zaś porażeniami, jakkolwiek w niektórych przypadkach powstać może porażenie połowicze. Dalszy przebieg cierpienia, podniecenie psychomotoryczne, tak charakterystyczne dla spraw oponowych, przemawia na korzyść zajęcia opon, zaś przeciwko apopleksji mózkowej.

W przypadkach powstających nie nagle, lecz rozwijających się powoli i stopniowo, kiedy choroba rozpoczyna się od bólów głowy, przechodzi stopniowo w stan senności i prostracyi ogólnej, kiedy stwierdza się sztywność karku, objaw Kerniga i Brudzińskiego, powstać może obraz, przypominający *meningitis tuberculosa*. Jakkolwiek zapalenie gruczołowe opony rozwija się przeważnie w wieku dziecięcym, to jednak powstać ono może również u ludzi starszych (Fischer, Jacquet).

Od zapalenia surowiczego cierpienie to tem się różni, że przeważnie rozpoczyna się nagle, że powstaje w wieku podeszłym, że objawy zastoinowe, niezmiernie wybitne, prawie stale występujące w przypadkach zapalenia surowiczego, tutaj należą do rzadkich. Pozatem tarcza zastoinowa (lub zapalenie nerwów wzrokowych) występuje w *men. serosa* bardzo wybitnie, podczas gdy w *pachymeningitis haemorrhagica interna* jest ona słabo rozwinięta. *Meningitis serosa* przebiega przeważnie pod postacią nowotworu mózgu.

Dużą rolę pod względem rozpoznawczym odgrywa przekłucie łądźwiowe. Otóż płyn, który otrzymujemy w *pachymeningitis haemorrhagica interna*, bywa albo przezroczysty i nie zawiera elementów cytologicznych i wtedy pod względem rozpoznawczym płyn ten jest neutralny, albowiem płyn bywa żółty (*xanthochromia*), wykazuje pleocytozę, i wtedy objaw ten posiada duże znaczenie. Ksantochromia jest objawem wtórnym; znamionuje

ona krwawienie do opon. Niejednokrotnie spotykałem to bursztynowe zabarwienie w *pachymeningitis haemorrhagica interna*. Jednocześnie stwierdzałem w nim obecność limfocytów (kilkanaście lub kilkadziesiąt w 1 mm.³ w kamerze Fuchsa-Rosenthala). Ten stan płynu należy sobie tłómaczyć w ten sposób, że krew, wylana do przestrzeni podtwardówkowej, przebiła sobie drogę poprzez pajęczynówkę do przestrzeni podpajęczynówkowej, tutaj wywołała podrażnienie opon miękkich, a co zatem idzie, pleocytozę reakcyjną o typie limfocytowym. Badania, które prowadziłem z Tarapaniówną, wykazały, że już wlewanie roztworu fizyologicznego soli do kanału kręgowego u psa jest w stanie wywołać pleocytozę reakcyjną. Tutaj rolę tę przejmuje krew; ona to drażni opony miękkie i wywołuje pleocytozę reakcyjną, która stopniowo się zmniejsza i nareszcie znika. Jakkolwiek więc ten stan płynu mózgoworodzeniowego jest ważnym czynnikiem dyagnostycznym, nie jest on jednak absolutnie miarodajny pod względem rozpoznawczym. Wiadomo, że i w *mening. tbc.* płyn ten może być ksantochromiczny i również wykazuje analogiczną formułę cytologiczną, o typie limfocytowym. W zapaleniu gruźliczem znajdujemy wprawdzie w płynie dużo włókienka, którego brak ma być charakterystyczny dla spraw krwotocznych w oponach miękkich, jednak włókienka występują niekiedy również w płynie mózgoworodzeniowym w *pachymeningitis haemorrh. interna*.

Natomiast w zapaleniu surowiczem opon mózgowych nigdy nie spotykałem płynu ksantochromicznego. Również i Bonhoeffer zaznacza, że płyn ten pozostaje w *meningitis serosa* przezroczysty.

O leczeniu zapalenia wybroczynowego podtwardówkowego, względnie krwotoku podtwardówkowego, pomówimy łącznie z leczeniem drugiej postaci krwotocznej opon, mianowicie — podpajęczynówkowej.

O ile krwotok podtwardówkowy jest cierpieniem wieku starczego, o tyle krwotok podpajęczynówkowy zdarza się w wieku młodym lub dojrzałym. Krwotok podpajęczynówkowy zdarza się jednakowo często u obu płci, gdy krwotok podtwardówkowy powstaje u mężczyzny 3 razy częściej, niż u kobiet (Gintrac). Podług Ehrenberga, cierpienie to występowało prawie w $\frac{1}{3}$ przypadków poniżej lat 30, zaś w $\frac{2}{3}$ — powyżej tego wieku. W spostrzeżeniach moich własnych cierpienie to występowało

u osobników między 30—45 rokiem życia. Zdarzyć się ono jednak może i u dzieci (1-2 letnich).

Krwotok podpajęczynówkowy (*haemorrhagia subarachnoidalis*) należy do cierpień, których rozpoznanie ściśle stało się możliwem dopiero od czasu wprowadzenia do metod badania klinicznego nakłucia lędźwiowego. Dawniej rozpoznawanie było niemożliwe lub też niepewne. Lecz i obecnie cierpienie to bywa rozpoznawane rzadko, że zwrócimy uwagę na głos Bittorfa, który, opisując w r. 1916 jeden przypadek, nadmienia, iż w Niemczech nie opisano przed nim ani jednego spostrzeżenia odnośnego. Nie zdołałem też znaleźć opisu tego cierpienia w wielkich podręcznikach Oppenheima i Lewandowskiego.

Spostrzeżenia odnośne zaczęto ogłaszać dopiero od lat kilkunastu (Froin w 1904, Pavy w 1905, Vigneras w 1908). W r. 1912 Ehrenberg zestawił 31 przypadków krwotoku samoistnego podpajęczynówkowego (Hygiea 1912).

W Warszawie spostrzegałem sam i wspólnie z innymi kolegami sześć przypadków krwotoku samoistnego podpajęczynówkowego. Jeden z tych przypadków obserwowałem przez czas dłuższy na oddziale szpitalnym. Koledzy Handelsman i Rotstadt przedstawili chorego tego na posiedzeniu sekcji neurologicznopsychiatrycznej w r. 1914 (Neurologia polska 1914, T. IV, str. 151).

Etyologia tych krwotoków nie jest ustalona. O ile sprawa powstaje u ludzi nieco starszych, 40—50-letnich, możemy jeszcze myśleć o stwardnieniu naczyń przedwczesnem. Przyczyna ta odpada jednak u ludzi 30-letnich, u których nie mogliśmy stwierdzić ani alkoholizmu, ani przymiotu, ani cierpienia nerek, ani też chorób, usposabiających do stwardnienia naczyń. W przypadkach tych trzeba się zadowolnić przypuszczeniem, że mamy do czynienia z osobnikami, skłonnyymi do krwawienia. I w rzeczy samej, w niektórych przypadkach zdołaliśmy stwierdzić w wywiadach krwawienie z nosa, z dziąseł, obfite miesiączkowanie, krwawnice. W przypadkach wyjątkowych krwotok następuje z tętniaka.

Pod względem anatomopatologicznym krew tworzy, podług Guinona, na powierzchni opony naczyniastej ogniska rozsiane; albo też jedno ognisko rozlane. Przenika niekiedy poprzez zachyłek Bichata do komór mózgowych lub do kanału kręgowego, do przestrzeni podpajęczynówkowej. Krew skupia się zwykle nie na powierzchni wypukłej półkul mózgowych, lecz na podstawie mózgu.

Cierpienie zaczyna się zawsze nagle. Po-

wstaje ono wśród pełnego zdrowia, bez żadnych niedomagań wstępnych, podczas pełnienia obowiązków życia codziennego w domu, lub poza domem. U jednej chorej cierpienie to powstało podczas rannego mycia się, u innej — na ulicy, jeszcze u innej — podczas jedzenia i t. d. Niektórzy badacze sądzą, że krwotok ten występuje u ludzi, zajętych pracą fizyczną, połączoną z wysiłkiem. Osobiście nie mogę faktu tego potwierdzić.

Chorzy odczuwają zwykle gwałtowny ból głowy, przeważnie w potylicy i karku, tracą przytomność i padają. Niektórzy nie tracą jednak przytomności, skarżą się tylko na ciągły i gwałtowny ból głowy; niekiedy wymiotują. Ehrenberg odróżnia dwa główne typy tego cierpienia, a mianowicie: jeden, przebiegający pod postacią drętwicy karku z początkowym udarem lub bez niego; inny znowu, w którym występuje stan nagłej śpiączki, kończącej się śmiercią, lub przekształcającej się w obraz, właściwy zapaleniu opon.

W stanie zupełnie nieprzytomnym chorzy pozostają przez kilka do kilkunastu godzin, lub przez kilka dni. Następnie przytomność stopniowo wraca, jakkolwiek chorzy są senni, apatyczni, niechętnie odpowiadają na pytania. Stan ten trwać może dni kilkanaście lub kilka tygodni. Objawy te stopniowo ustępują, i następuje powrót do zdrowia. Dość często powstaje jednak niezmiernie uderzający obraz psychiczny. U wielu chorych rozwija się mianowicie zamaroczenie świadomości, przypominające najbardziej t. zw. zespół Korsakowa, tylko że bywa on połączony z podnieceniem psychomotorycznem. Chorzy odpowiadają wprawdzie na pytania, lecz są dezoryentowani, zarówno co do czasu, jak i co do przestrzeni i wrażeń wzrokowych. Nie pamiętają, kiedy zachorowali, dają odpowiedzi zupełnie nie odpowiadające prawdzie, przy czem zapominają, co przed chwilą rzekli, nie wiedzą, gdzie się znajdują, nie pamiętają ani ulicy, ani miasta, w którym mieszkają. Podają zupełnie dziwaczne daty, dotyczące ich stosunków rodzinnych, rodzaju zajęcia i t. d. Stwierdza się wyraźne zaburzenia pamięci i zapamiętywania faktów z życia codziennego; sądzą, że są w zupełnie innem mieście, nie poznają swego mieszkania; osoby, które oddawna znają, podają za zupełnie inne, lekarza, który ich codziennie odwiedza, nie poznają, podają inne nazwisko; nie pamiętają swych dzieci. Wiadomości o faktach z dalszej przeszłości są zachowane lepiej. Występuje przytem wyraźna skłonność do konfabulacji. Opowiadają nie-

kiedy wyimaginowe opowieści o swoich rze-
komych podróżach, dawniejszych i obecnych,
zapominają zupełnie o własnej swej pozycji
społecznej. Wszystko to jest przeplatane do-
wcipem powierzchownym, lub bezmyślną grą
słów. Często odpowiedzi są zgoła chaoty-
czne, przeskakujące z przedmiotu na przedmiot.
Niepodobna wtedy zatrzymać uwagi chorych
przez czas dłuższy na jednym przedmiocie.
Męczą się przytem łatwo. Nastroj bywa zmien-
ny, z wesołego przechodzi w smutny. Podnie-
cenie przechodzi niekiedy w stan bierności, lub
zgoła senności. Jednocześnie chorzy są nie-
spokojni, nie pozostają chwili na miejscu,
przewracają się z boku na bok, siadają, to zno-
wu wstają, wyrwywają się z rąk, wymachują
rękami. Stan tego podniecenia przytiera nie-
kiedy rozmiary gwałtowne. W jednym z
przypadków obserwowanych byłem zmuszony
umieścić chorą w zakładzie dla umysłowo-
chorych. Chora ta była przez kilka tygodni
bardzo podniecona, miała halucynacje słucho-
we, widziała łąki i piękne kwiaty, nie wie-
działa gdzie się znajduje, rozprawiała dużo
i z patosem. Zapominała o otoczeniu najbli-
ższym; na matkę swoją krzyczała: „to nie ma-
musia“. Stwierdzono dużo assocyacji dźwię-
kowych; wystąpiły objawy negatywistyczne;
odmawiała pożywienia. W przypadku tym,
który się rozpoczął typowo od gwałtownych
bólów głowy i w którym szereg nakłuć łądź-
wiowych wykazał płyn krwawy, poprawa na-
stąpiła bardzo stopniowo, przyczem przyto-
mność umysłu i świadomość swego położenia
wyjaśniały się bardzo powoli: nawet w kilka
miesiący później pozostała jeszcze pewna de-
zorientacja psychiczna. Ostatecznie chora
wyzdrowiała zupełnie.

Powolny powrót do psychiki normalnej
przedstawia zwykły obraz przebiegu cierpienia.
Podniecenie psychomotoryczne wraz z zapomi-
naniem rzeczywistości staje się stopniowo coraz
mniej wyraźne, chorzy uspokajają się, zaczynają
zdawać sobie sprawę z rzeczy widzianych i
słyszanych. Stopniowo poznają członków ro-
dziny, lekarzy, znajomych, własne sprzęty do-
mowe. Coraz wyraźniej zarysowują się fakty
z niedalekiej przeszłości; najdłuższą pozostaje
niepamięć, dotyczącą faktów, poprzedzają-
cych bezpośrednio chorobę. Chorzy popra-
wiają własne błędy, dziwią się im, nie wie-
dzą, w jaki sposób i dlaczego myśleli opa-
cznie. Ta korekta psychiczna czyni coraz
większe postępy, aż następuje powrót zupeł-
ny do dawnej psychiki.

Jednocześnie z tymi objawami psychi-
cznymi stwierdza się u chorych szereg objawów

fizycznych. Z samego początku występuje
sztywność karku, wraz z objawami Kerniga i
Brodzińskiego. Tętno bywa zwolnione, rów-
nież i oddech. Ciężota ciała, z początku
normalna lub niska, wkrótce podnosi się, nie
dosięga jednak zwykle stopni wyższych. Czę-
sto występują wahania ciepłoty, nie przekra-
czające jednak 1 — 1½ stopni. Oprócz wy-
miotów, w okresach początkowych, występu-
ją niekiedy drgawki, przykurczenia, zбочe-
nia chorobne oczu i głowy w jedną stronę
(*déviatioti conjuguée*), drżenie gałek ocznych,
zaburzenia cyrkulacyjne. Dno oczów pozos-
tuje zwykle normalne; niekiedy jednak stwier-
dza się granice zatarte, lub nawet wybitne
zapalenie nerwu wzrokowego (Bittorf).

W niektórych przypadkach powstają po-
rażenia, czasami połowicze. Tak np. w przy-
padku, który spostrzegałem na oddziale szpi-
talnym (u 32-letniego mężczyzny) wystąpiło
osłabienie prawej połowy twarzy i obu koń-
czyn prawych ze wzmożonymi po tejże stro-
nie odruchami, objawem Babińskiego, przy
braku zaburzeń czuciowych. Objawy te zni-
kają w miarę polepszania się stanu ogólnego
i pozostawiają po sobie ślady nieznaczne.

Metodą dyagnostyczną niezmiernie cenną
jest przekłucie łądźwiowe. Otóż we wcze-
snych okresach cierpienia płyn wycieka pod
dużem ciśnieniem i jest zawsze krwawy. Ba-
dany pod mikroskopem, wykazuje olbrzymią
liczbę czerwonych ciałek krwi. Krwinki te o-
padają następnie na dno, nie tworzą jednak
skrzepu (brak włóknika), jak to bywa z krwią,
napotykaną w płynie wskutek wadliwego prze-
kucia i poranienia naczyń. Po odstaniu się
płynu i opadnięciu na dno czerwonych cia-
łek krwi, płyn znajdujący się ponad osadem,
nie jest przezroczysty, lecz zabarwia się róż-
owo-żółto lub żółto. Ten sam objaw stwier-
dza się po odwirowaniu płynu (Mathieu) (płyn
ksantochromiczny. To żółte zabarwienie jest
zależne od rozpuszczenia się czerwonych cia-
łek krwi w płynie (Froin).

Pozatem jeżeli badać czerwone ciała
krwi, to okazuje się, że niektóre z nich tracą
swój wygląd normalny i wykazują kontury
zazębione lub nadzarte. W wielu zmienionych
krwinkach spostrzegano wakuolizację oraz
barwnik krwi w postaci kilku punkcików lub
grudek (Rotstadt). Jednocześnie spostrzega
się nadmiar leukocytów neutrofilowych i ko-
mórek żernych, jako objaw wtórny, reakcyj-
ny, wskutek podrażnienia opon przez krew.
W okresach późniejszych płyn staje się coraz
mniej krwawy, natomiast przeważa ksanto-

chromia; zniekształcenie czerwonych ciałek krwi staje się coraż większe; jednocześnie znikają leukocyty, a na ich miejscu występują limfocyty. Ostatecznie spostrzega się wyłącznie ksantochromię i limfocyty, wreszcie płyn staje się normalny.

Otóż zmiany te, stwierdzone w płynie mózgowordzeniowym, są tak charakterystyczne, że rzucają one odrazu światło na istotę choroby. Jest rzeczą zrozumiałą, że należy się chronić od błędu, który powstać może wskutek poranienia naczynia podczas nakłucia lędźwiowego, albowiem i wtedy płyn będzie zabarwiony na czerwono lub różowo. Płyn ten wykazuje jednak cechy odmienne od płynu w krwotoku podpajęczynówkowym. Przede wszystkim w krwotoku podpajęczynówkowym zabarwienie krwawe płynu będzie na początku wyciekania płynu z igły takie same, jak i w końcu wypływania. Natomiast przy zabarwieniu sztucznym, przy przypadkowym poranieniu naczynia krwionośnego, zabarwienie będzie w pierwszych porcjach silniejsze, natomiast w dalszych — słabsze, a na ostatku może zniknąć zupełnie. Następnie krew w zabarwieniu sztucznym opada, zbija się w zgęstki, czego nie spostrzegamy w krwotoku podpajęczynówkowym (Tuffier i Milian), wskutek braku włókniaka w płynie. Jeżeli wstrząsnąć probówką nawet dnia następnego, to krwinki przechodzą do płynu i nadają mu zabarwienie krwiste. Prócz tego nigdy się nie stwierdza ksantochromii w płynie zabarwionym wskutek przypadkowego poranienia naczynia, albowiem objaw ten powstaje wyłącznie, jako skutek hemolizy.

Płyn mózgowordzeniowy krwawy napotyka się wprawdzie i w innych cierpieniach, jakoto w *men. cerebro-spinalis* (Achar-Grenet), w tętniaku (Nothnagel), po przerywaniu się krwotoku mózgowego do komór, są to jednak przypadki wyjątkowe. Nie poruszamy na tem miejscu płynu krwawego w cierpieniach urazowych.

Płyn ksantochromiczny spostrzega się już nieco częściej, a mianowicie: w nowotworach mózgu i rdzenia, w zapaleniu gruczołczem opon mózgowych, w drętwy karku, w *pachymeningitis spinalis*. W cierpieniach tych nie stwierdza się jednak płynu krwawego na początku cierpienia, jak to ma miejsce w krwotokach podpajęczynówkowych.

Co do rokowania, to, naogół biorąc, jest ono pomyślne. W 6 spostrzeżeniach moich własnych nastąpiło zawsze wyzdrowienie.

Ehrenberg podaje 64% wyzdrowienia dla chorych młodszych od lat 30 i 45% dla chorych,

którzy wiek ten przekroczyli. I pod tym względem krwotok podpajęczynówkowy różni się wybitnie od krwotoku podtwardówkowego który przeważnie kończy się śmiercią.

W krwotoku podpajęczynówkowym należy bezwarunkowo stosować przekłucie lędźwiowe i powtarzać je często. Niejednokrotnie spostrzegaliśmy wybitny i to prawie natychmiastowy wpływ wypuszczenia płynu u chorych, znajdujących się w stanie ciężkim. Chorzy przed nakłuciem mogą być senni, apatyczni, na pytania nie odpowiadają lub skarżą się na niezmiernie dokuczliwe bóle głowy, a już w kilka godzin po nakłuciu, lub dnia następnego, czują się znacznie lepiej, ból głowy staje się mniej intensywny, senność wyraźnie się zmniejsza, chorzy stają się przyświejsi, tętno staje się mniej wolne, wzma-ga się łaknienie i t. d. Poprawę tę stwierdza się również po nakłuciach następnych, które powtarzać należy co kilka dni. Charakter płynu mózgowordzeniowego jest przytem doskonałym wskaźnikiem stanu chorobnego opon. Znikanie krwi, pojawianie się ksantochromii, zamiana formuły leukocytowej pleocytozy na limfocytową, następnie znikanie zabarwienia żółtego oraz limfocytów—wszystko to znamionuje powrót opon miękkich do stanu normalnego. Niezawsze jednak stwierdza się paralelizm zupełny między stanem klinicznym a charakterem płynu. Ten ostatni może być normalny, a jednak stwierdza się jeszcze słabe objawy fizyczne szczególnie zaś psychiczne. Z drugiej strony płyn może wykazywać przez czas długi pleocytozę (limfocytozę), jako wydłużony objaw reakcyjny.

Odmienne rzecz się przedstawia w *pachymeningitis haemorrhagica interna*. Tutaj krew wylewa się pod oponę twardą, właściwie więc przekłucie lędźwiowe i wypuszczenie płynu z przestrzeni podpajęczynówkowej jest z punktu teoretycznego bezcelowe. Co prawda, krew przesącza się niekiedy poprzez podpajęczynówkę (ksantochromia), czyni to jednak w ilości nieznacznej. Jakkolwiek niektórzy lekarze stosują w cierpieniu tem przekłucie lędźwiowe i radzą nawet powtarzać je w pewnych odstępach czasu, to jednak osobiście nigdy nie spostrzegłem wpływu wyraźnego na dalszy przebieg cierpienia. Najwyżej, i to nie zawsze, zmniejszał się ból głowy, cierpienie jednak rozwijało się dalej i, jak to bywa najczęściej, zbliżało się do końca fatalnego.

W przypadkach z wybitnymi objawami uciskowymi bardziej racjonalną metodą leczenia jest przekłucie czaszki i twardówki w okolicy guza krwawego podług metody Neissera

i Pollacka. Droga tą udaje się niekiedy wyciągnąć tak dużą ilość krwi, że objawy mózgowo znakomicie się zmniejszają i następuje wyzdrowienie.

Naogół biorąc, leczenie krwotoków pod-

pajęczynówkowych winno być aktywne (częste przekłucia łądźwiowe), natomiast terapia zapalenia wybroczynowego podtwardówkowego trzymać się winna zasad leczenia konserwatywnego.

Wiadomości bieżące.

— Dziekanem Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Krakowskim wybrany został ponownie na r. 1918/19 prof. dr Emil Godlewski.

— „Przegląd Lekarski“ pomieścił odezwę do autorów, aby z powodu wielkich kosztów druku i braku papieru w pracach swych nie pomieszczać zbyt długich wstępów, zawierających streszczenie dawnego piśmiennictwa i aby z historii chorób przytaczali tylko przykłady, charakterystyczne i podawali w nich szczegóły tylko istotne, niezbędne, z pominięciem drobnych opisów znanych obrazów histopatologicznych i bez dodawa-

nia rysunków, o ile nie są one konieczne potrzebne.

Przytaczając tę odezwę, redakcja „Gazety Lekarskiej“ zwraca się z taką samą prośbą do swoich współpracowników.

N A D E S Ł A N O.

1) Dr Antoni Kuczewski. Zarys społecznej walki z gruźlicą. Kraków. 1918. Odbitka z „Walka z gruźlicą“. 1) Dr J. Hirschberg. Geschichte der Augenheilkunde. Polnische Augenärzte im 19 Jahrhundert. Berlin. 1917.

N E K R O L O G I A.

JAN ROSTKOWSKI

zmarł dn. 5 lipca 1918 r.

Jako syn Antoniego i Bronisławy z Chmielewskich, Rostkowski urodził się w r. 1886 w miasteczku Kleczewie Ziemi Kaliskiej, gdzie ojciec przez lat 29 był lekarzem wolnopraktykującym. Wychowywał się w szkole kaliskiej, następnie w szkole Chrzanowskiego w Warszawie; studia uniwersyteckie odbywał w Kijowie, gdzie w roku 1912 ukończył wydział lekarski. Po ukończeniu Uniwersytetu pracował w Warszawie w szpitalu ś-go Ducha pod kierunkiem prof. A. Sokołowskiego, następnie jako lekarz miejscowy szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze. Trzy niespełna lata ostatnie przebył na stanowisku lekarza ordynującego w szpitalu ś-go Wojciecha przy ulicy Brzeskiej, gdzie pracował przy chorych, dotkniętych tyfusem wysypkowym i jednocześnie pełnił obowiązki lekarza sanitarnego XV Okręgu m. Warszawy.

Jakkolwiek świadom był niebezpieczeństwa, na jakie się narażał, oddał się chorem z całym zaparciem się siebie, pogłębiając swą wiedzę teoretycznie i praktycznie wszystkim, czem nauka w danej chwili i warunkach rozporządzała.

Dla chorych i służby był dobrym, nawzajem przez nich bardzo lubianym.

Pracował nad zastosowaniem nakłucia łądźwiowego i zastrzykiwań płynu mózgoworodzeniowego dla celów leczniczych w tyfusie wysypkowym, i trzeźwo i krytycznie do tego się odnosił. Bezpośrednio po bezrobociu szpitalnym zapadł sam na tyfus plamisty i szczęśliwie z tej choroby wyszedł. Po wyzdrowieniu z nowym zapałem wziął się do dalszej pracy.

Na kilka dni przed śmiercią marzył o dalszych studiach za granicą... Nieubłagana fatalność przerwała nagle to młode życie, pozostawiając wśród najbliższych współpracowników żal szczery i głęboki, a w osieroconych sercach rodziców siostry i brata ból niepomierne! Ojcu ukochanemu, schorowanemu, steranemu uciążliwą praktyką prowincjonalną miał być pociechą i podpora!

Niech spoczywa spokojnie to młode, rwące się do życia i tyle obiecujące serce, które przedwcześnie bić przestało!

Kazimierz Zieliński.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Edward Flatau. O krwotokach samoistnych do opon mózgowych	225	Wiadomości bieżące	232
		Nekrologia. Jan Rostkowski	232

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

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.
Administracja otwarta w dni powszednie od 4 1/2 do 6-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. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

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

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

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje w dalszym ciągu do wiadomości, że wakują obecnie poniżej wymienione nagrody konkursowe z funduszy specjalnych, będących w rozporządzeniu Towarzystwa, a mianowicie:

1) Nagroda w sumie około 1000 franków z funduszu imienia dra Alfreda Sokołowskiego, za najlepszą pracę oryginalną, ogłoszoną drukiem w oddzielnej pracy lub też w czasopiśmie polskich, albo złożoną w rękopisie, z dziedziny chorób dróg oddechowych (anatomia patologiczna, patologia doświadczalna lub klinika i t. d.) z pierwszeństwem dla monografii, przyznana będzie po zrealizowaniu kuponów od 50/0 Rosyj. Pożyczki Zewnętrznej.

2) Dwie zapomogi z procentów od zapisu dra Romualda Piąskowskiego, każda około rb. 180 (m. 388) udzielone będą w po-

łowie czerwca r. 1920 — delegatom na jeden ze Zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju czy też zagranicą. Termin próśb do dnia 1 kwietnia 1920 roku, z wymienieniem zajęć lub prac kandydatów z dziedziny psychiatry i z podaniem dokładnych adresów. Po powrocie ze zjazdu delegat składa Towarzystwu treściwe sprawozdanie naukowe.

U w a g a o g ó l n a. Wszystkie prace naukowe odsyłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7) z nadmienieniem, że je autor do danego konkursu przeznacza. Do prac w rękopisach przedstawianych dołączane być mają godła, z nazwiskami autorów, w kopertach zapieczętowanych. Bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego ul. Niecała № 7.

Sekretarz Stały, *Dr Med. A. Sokołowski.*

Wydawnictwo Kasy pomocy naukowej im. J. Mianowskiego.

Dr Med. KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI.

Odbudowa kraju a szpitalnictwo

Zarys programu rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego.

Cena 6 marek polskich.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO w Warszawie.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁO Z DRUKU:

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego

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

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘSNY BRONOWSKI

ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego.

Część I. Oglądanie i Opukiwanie.

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

Cena mk. 16.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. **A. Sokołowski.** O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i o-
płucnej
- № 2, 3, 4. **B. Dębiński.** Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźli-
cy płucnej.
- № 5, 6. **L. Karwacki.** O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.
- № 7, 8, 9. **Doc. J. Pruszyński.** Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafi-
laksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria ana-
filaksji.
- № 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.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Swieżo wydany został Zeszyt 1. 2. 3. Seryi XXII.

(Ogólnego zbioru zesz. 253, 254, 255).

Dr SEWERYN STERLING.

ZAPALENIE NEREK W ŚWIECIE POGLĄDÓW TEGOCZESNYCH.

Cena 3 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.