



WIZYTA LECNICTWA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru № 2819.

SANTALOL
SALOL
UROtropINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI
GLUTENOWE

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY
KOJĄCY

MOCZOPĘDNY

PRZECIWGNILNY

RZEŻĄCZKA

ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE PĘCHERZA
MOCZOWEGO

ZAPALENIE
MIEDNICZEK I NEREK

ZAPALENIE NEREK

ROPOMOCZ



LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od 1819 r.

Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).
(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i po-
moce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

SANATORYUM i PENSYONAT „STEFANJA” w MERANIE.

Zakład przyjmuje choroby wewnętrzne i nerwowe z wyjątkiem gruźlicy, jako-
też osoby, dla lepszego odżywienia i wypoczynku przyjeżdżające. Kuchnia
wytworna i obfita jak przed wojną. Wszelkie środki fizyko-lecznicze.

Na wjazd potrzebna włoska wiza paszportu.

Dr. BINDER.

Mesolament Spiess. Ungt. mesotani cum mentholo. Maść stosowana w cierpieniach artretycznych i reumatycznych wzamian wewnętrznych preparatów salicylowych. Skład: mezotan, lanolina, mentol. Sposób użycia: w miejsca bolące wcierać ilości odpowiadające 1—2 łyżeczek od herbaty, co odpowiada 1—2 gr. kwasu salicylowego. Pojemność tuby około 40 grm.

Remedium Sedativum Spiess. Środek przeciwkrwiotoczny z działaniem kojącym bez objawów ubocznych (tańszy od Extr. Hydrast. canad. fluid.). Skład: Hydrastinin. hydrochloric. synthetic., Extract. viburni prunif. fluid., Extract. piscid. erythr. fluid. Sposób użycia; zadaje się do wewnątrz w dawkach po 10—20—40 kropeł 3—4 razy dziennie. Pojemność flakonu 20 grm.

Salosant Spiess. Capsulae Santalo-saloli. Wewnętrzny środek przeciw rzeżączce. Dawka 3—4 razy dziennie po 3 pigułki. Zawartość pudełka—60 pigułek.

Uripurin Spiess. Granulki używane w skazie moczanowej. Pudełko zawiera 50 grm.

Valerianica Spiess. Essentia Valerianae compos. Preparat waleryanowy, używany w histeryi. Flakon zawiera 100 gramów.



WIZYBNA LECZARSKA

PISMO TYGODNIOWE.

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJĘ-
TNOŚCI LECZARSKICH.

Warszawa, d. 31 stycznia 1920 r.

Ogólnego zbioru № 2819

O leczeniu świeżych ran postrzałowych stawów.

Podał

Dr med. W. T. Sieramski.

Nadzwyczaj doniosła kwestya ran stawów i związanych z nimi spraw zapalnych przebiegła szereg etapów w czasie obecnej wojny, zanim sprawa operacyjnego leczenia tych uszkodzeń ostatecznie rozwiązana została.

Na początku wojny, w czasie okresu organizacyjnego główną zasadą leczenia ran stawowych było unieruchomienie; dawało ono wyniki opłakane. Powszechnie stosowano metodę następującą: po zranieniu nakładano opatrunk, który unieruchomił dany staw; z chwilą wystąpienia objawów zakażenia rannego operowano i znów, po otwarciu stawu, unieruchomiano na cały czas leczenia. Nie bacząc na to, że unieruchomianie doprowadzano do doskonałości zapomocą różnorodnych przyrządów metalowych, gipsowych i metalowo-gipsowych, pomimo idealnie wykonywane operacje otwarcia stawów, wyniki leczenia były bardzo niepewne i najlepsze statystyki miały smutną rubrykę wtórnych odjęć kończyn.

Samo leczenie było związane z wielkimi cierpieniami rannych, opatrunki bowiem były nadzwyczaj bolesne. Żadne złamania nie sprawiały tyle bólu, ile operowane stawy w stanie zropienia. Tylko z powyższego względu i wobec stałych skoków temperatury po opatrunkach, robionych z wielką pieczołowitością, zdecydowano opatrunki zmieniać rzadko co 8—10 dni, innemi słowy, starano się w dalszym ciągu unikać najmniejszych ruchów chorego stawu.

Leczenie takie wyczerpywało do reszty chorych, już i tak bardzo zatrutych stanem

ropnym; organizm tracił bardzo dużo sił w tej walce z zakażeniem. Wynikiem leczenia najczęściej było zeszytwnienie stawu ze znacznym stałym lub często powracającym obrzękiem okolicy tegoż stawu. Walkę z temi powikłaniami prowadzono zwykle w ciągu długich miesięcy zapomocą mięsienia i kąpieli błotnoleczniczych. Wycieńczony organizm często padał ofiarą gruźlicy, okaleczenia pociągały za sobą duże emerytury dożywotnie. Długi okres gorączkowania, ciężkie zatrucie organizmu, nigdy nieprzewidziana ewentualność odjęcia kończyny, duże cierpienia rannych i nakoniec, długi, a więc i kosztowny czas leczenia złożyły się na to, że rany stawów zostały zaliczone do ciężkich okaleczeń. Ten sposób leczenia ran stawów był stosowany na wszystkich frontach sojuszników do r. 1916.

Pierwsze próby zmiany dotychczasowego postępowania w ranach stawów podjęte zostały przez belgijskiego chirurga Willemsa. Idąc z duchem czasu, Willems zastosował całkowicie chirurgiczny sposób leczenia zranień stawów zapomocą wycięć tkanek, zniszczonych w stawie. Operację tę wykonywał on jaknajprędzej po zranieniu, w ciągu pierwszych 36 godzin, otwierając staw całkowicie, jak w pierwszym okresie wyluszczenia stawu. Wykonane w ten sposób przez Willemsa wycięcia zniszczonych tkanek i odbudowa stawów dały bardzo dobre wyniki, i metoda jego szybko się rozpowszechniła. Pierwsze operacje były wykonane na stawie kolanowym. Nie zadawałając się odbudową stawu pod

względem anatomicznym, chirurdzy zwrócili bacznią uwagę na odtworzenie warunków fizjologicznych, zabezpieczających całokształt ruchów danego stawu i jego siłę. W ciągu roku 1917 zaszły takie zmiany w leczeniu pooperacyjnym, że „IV Kongres chirurgiczny sojuszników“ na posiedzeniach od 11 do 16 marca 1918 r. uchwalił następujące zasady:

„1-o We wszystkich świeżych ranach stawów po usunięciu tkanek zniszczonych i zaszyciu stawu, należy jaknajprędzej po operacji stosować ruchy czynne. Złamania stawowe powinny również być uruchomiane pod warunkiem jednak, że ruchy nie spowodują zbyt dużych przesunięć odszczepionych od kości stawu.

2-o Najlepszy sposób leczenia ropnych zapaleń stawów polega na szerokim otwarciu stawu i na zastosowaniu uruchomienia czynnego stawu jaknajprędzej po operacji. Ta metoda nigdy nie bywa bolesna, pozwala drenażować staw w warunkach idealnych i zapobiega rozszerzaniu się ciężkiego zakażenia; nie pociąga ona za sobą zaniku mięśni i zabezpiecza całokształt ruchów chorego stawu“.

Pod bezpośrednim wpływem tych wskazówek odbywała się praca we wszystkich szpitalach chirurgicznych—francuskich. Rany stawów przeszły do rzędu ran pilnych, wymagających ewakuacji do szpitali chirurgicznych z taką błyskawiczną szybkością, jaką stosowano do zranień jamy brzusznej; wreszcie, w szpitalach operowano je z tą samą pieczołowitością, jaką stosowano do okaleczeń otrzewnej. Po operacji stosowano bardzo szybko i równocześnie nadzwyczaj ostrożnie ruchy przedewszystkiem bierne, stopniowo ranni przyzwyczajali się do ruchów czynnych, z biegiem czasu coraz większych.

W streszczeniu obecne postępowanie chirurgiczne w zranieniach stawów polega na następujących zasadach.

1. Każde zranienie stawowe winno być operowane w ciągu pierwszej doby, a najpóźniej w 36 godzin po zranieniu. Wniosek praktyczny: po zranieniu nie tracić czasu na oczyszczenie i przemywanie rany, gdyż zabiegi te tylko krzywdę przynieść mogą, wywołują niepotrzebną, a nawet szkodliwą stratę czasu. Ranny ze zranieniem stawu winien być ewakuowany jaknajprędzej do szpitala chirurgicznego.

2. Operacja, jaką należy wykonać, polega na całkowitem wycięciu rany wejściowej i jej kanału. By to należycie urzeczywistnić, staw należy otworzyć szeroko, w ten

sposób, by cała powierzchnia błony maziowej była dla oka dostępna. Cięcia torebki stawowej i więzadeł nie powinny krępować chirurga—są wskazane zawsze, o ile tego wymaga konieczność zbadania stawu. Więzadła, ściągna i torebka stawowa po dokładnem zeszyciu goją się bardzo dobrze i siła ich nie zostaje widocznie zmniejszona.

3. Wszystkie tkanki, zniszczone przez zranienie, nazewnątrz i wewnątrz stawu powinny być całkowicie usunięte. Po usunięciu pocisku i wszelkich zanieczyszczeń, narzędzia i rękawiczki należy zmienić, przemyć następnie czysty już staw eterem, zachowując wszelkie ostrożności aseptyki w stosunku do tkanek, okrwawionych przez wycięcie zniszczonych ich części.

4. Utrata niewielkich części kostnych stawu nie zmniejsza jego sprawności, pod warunkiem, że wyjąłowany chirurgicznie staw zostanie odbudowany warstwami w całej swej ciągłości. Do zszywania więzadeł i ścięgien należy stosować nić jedwabną dla otworzenia błony maziowej, dla powięzi katgut. Skórę najlepiej jest szyć „*crins de Florence*“.

5. Łatwiej jest wykonać operację „oczyszczającego otwarcia stawu“, jeżeli chirurg posiada dane radioskopowe o stanie szkieletu stawowego. O ile zakład radiologiczny istnieje w danym szpitalu, to bezwarunkowo należy korzystać z niego przed operacją.

6. Po operacji należy nadać stawowi takie położenie, żeby pojemność jego była minimalna, unikniemy w ten sposób wylewów krwawych. Wogóle wszystkie operacje usuwania tkanek zniszczonych przez uraz, trzeba zakończyć nadzwyczaj skrupulatnem tamowaniem małych krwotoków, zapomocą podwiązywania wszystkich, nawet najmniejszych naczyń krwawiących. Lekko uciskający opatrunek pooperacyjny jest w tym względzie środkiem pomocniczym.

7. Następnego dnia po operacji należy zacząć wykonywanie ruchów licznych, kierując się w tym względzie wrażliwością pacjenta na ból i wskazówkami, wynikającymi ze zmian anatomicznych, spowodowanych ewent. przez operację. Zmiana opatrunku na 3-ci dzień po operacji jest nadzwyczaj pożądana; pozwala ona usunąć stwardniały, zeskorpowały opatrunek, przesiąknięty krwią, wydzielającą się zawsze w mniejszej lub większej ilości, mimo szwów, w ciągu pierwszej i drugiej doby. Świeży, miękki opatrunek łatwiej pozwoli ranemu wykonywać ruchy czynne w ciągu 4-ej doby; w tym kierunku należy na chorego działać zapomocą sugestyi i rad stanowczych, za-

pewniając go, że od jego własnych wysiłków zależy już teraz rezultat leczenia. Rola chirurga nie ogranicza się do jego techniki, jak wielu chirurgów sądzi, ale wymaga równocześnie stałego wpływu moralnego na pacyenta; w tym celu od 2-go tygodnia po operacji należy żądać od rannego by zmieniał położenie stawu przynajmniej co 2 godziny.

8. Szwy zdejmują się zwykle 8-go i 10-go dnia, kolejno co drugi. W ciągu tych trzech dni robię przerwę w ruchach stawu, ze względu na świeżą bliznę skórą.

9. Po ostatecznym dobrym wyniku leczenia, należy na dolnej kończynie podtrzymywać operowane stawy zapomocą lekkich bandaży elastycznych, jak podtrzymujemy blizny po laparotomii; stawy ruchliwe górnej kończyny mogą się bez tych bandaży obejść, natomiast powinny one być jeszcze staranniej uruchomiane; gimnastyka i masaż będą zawsze bardzo dobrymi środkami pomocniczymi do odzyskania siły i sprawności zranionego stawu.

Dla potwierdzenia tej teorii, uzupełnionej osobistymi wywodami praktycznymi, przystępuję następujące spostrzeżenia operowanych przezemnie rannych, w szpitalu w Paryżu, Bénévole № 24-Bis.

Spostrzeżenie I. Szeregowiec Pin. 319 p. ciężkiej artylerii, zraniony nad Marną 17 lipca 1918 r. o g. 7 wiecz. odłamkiem szrapnela w prawe kolano. Przybył do mego szpitala 18 lipca o g. 11 m. 30 w nocy (g. 23 m. 30). Noga w aluminiowej rynnie.

Badanie radiologiczne wykazało złamanie ze zmiżdżeniem kłykcia kości udowej. Odłupany został od nasady kości udowej odłamek długości 3 cm., szerokości 2 cm. Największe zdruzgotanie o 3 — 4 cm. nad linią stawu na zewnętrznej powierzchni kłykcia. Pocisk, wielkości orzecha laskowego, znajduje się w zewnętrznej części guzowatości kości piszczelowej. W profilu odłamek tkwi na głębokości 6 cm. od przedniej powierzchni kolana, w okolicy kolca piszczelowego.

W sali przygotowawczej po zdjęciu opatrunku: rana wielkości 2×1,5 cm., o brzegach nierównych, szarpanych, dno rany zanieczyszczone, pokryte ziemią gliniastą. Podczas przygotowania do operacji, według przyjętej przezemnie zasady, rana nie została dotknięta, ograniczono się tylko zalananiem jej jodyną.

Operacja o g. 12 m. 30 w nocy, t. j. w 29^{1/2} godz. po zranieniu. Narkoza eterowa przyrzędem Ombrédanne'a. Wycinam ranę wejściową cięciem eliptycznym, idąc od razu do kości, po usunięciu kawałka miękkich części wraz z ciałami obcymi, przedłużam cięcie na dół i ku wewnątrz, przechodząc na wysokości więzadła rzepkowego, tak że ostatecznie rana operacyjna ma formę kąta, którego linia pionowa przechodzi na kłykcium zewnętrznym, pozioma zaś pod rzepką. Po usunięciu drobnych odłamków kości i większego odłupanego odłamka kłykcia (2×4 cm.) przecinam więzadło rzepkowe i zginam goleń w ten sposób, że cała

powierzchnia stawowa staje się dostępna dla oka. Usuwa pocisk, wbity w kość piszczelową, czyszcząc równocześnie całe ognisko w piszczeli. Po usunięciu wszystkich odłamków kostnych zmiana narzędzi i rękawiczek; kilkakrotne przemycie stawu eterem. Odbudowanie torebki stawowej i więzadła rzepkowego i boczne zewnętrzne zapomocą szwów jedwabnych; szwy na powięź i skośne z „crins de Florence“. Długość operacji 35 minut. Zwykły opatrunek, uciskający zlekką staw.

Przebieg pooperacyjny. 19. VII rano t. 37,6^o, wieczorem 39,6^o.

20. VII Zmiana opatrunku, podczas którego wykonano małe ruchy od 10^o do 15^o, jodyna na skórę; t. rano 38^o, wiecz. 39,8^o.

21. VII. Zgięcia i rozgięcia stawu kolanowego bez zmiany opatrunku, t. rano 37,6^o, wiecz. 38,4^o.

23. VII. T. normalna, rano i wieczorem ruchy od 20^o do 30^o.

28. VII. Zdjęcie szwów kolejno co drugi; w ciągu 3-ch dni przerwa w ruchach.

31. VII. Zdjęto ostatecznie szwy — *prima intentio*.

7. VIII. Chory doprowadza ruchy zgięcia kolana do kąta prostego.

15. VIII. Zaczyna chodzić o kulach, unikając następstwa na prawą nogę, na kolanie pozostawiono opatrunek elastyczny. Siedząc w fotelu, chory stara się trzymać nogę to zgiętą, to rozgiętą, zmieniając położenie nogi co pół godziny.

20. VIII. Badanie: ruchy zgięcia i rozgięcia prawie normalne, przy wyprostowaniu kolanie nieznaczny ruch zgięcia do wewnątrz, ruch boczny.

31. VIII. Chory wyjeżdża na urlop 2-miesięczny, zaopatrzony w lekki bandaż kolanowy z tkaniny elastycznej; chodzi już teraz bez laski, ale w czasie spaceru z nią się nie rozstaje, nosząc ją na rękę. Otrzymany list w marcu doniósł mi, że Pin. służy w parku automobilowym, dokąd został skierowany po ukończeniu urlopu. Stan zupełnie dobry, chodzi bez cierpień, zachował jednak bandaż kolanowy.

Spostrzeżenie 2. Szeregowiec Trou. 313 p. ciężkiej artylerii zraniony 9. VIII. 1918 r., przybył do szpitala 10. VIII.

Radioskopia: pęknięcie poprzeczne górnej 1/3 części wyrostka łokciowego. Pocisku nie znaleziono.

Operacja. 10. VIII w 32 godziny po zranieniu. Rana tylnej okolicy prawego łokcia, wielkości 2×3 cm., szarpana, brudna; oczywiście duży odłamek pocisku zmiżdżył tylną powierzchnię łokcia, nie przenikając wgłąb tkanek. Narkoza eterowa przyrzędem Ombrédanne'a. Całkowite wycięcie rany ze zmiżdżonymi tkankami aż do ogniska złamania; okrawanie linii złamania dłutem i kleszczykami Luera. Po tym zabiegu rozwarłem staw, przemycłem go eterem. Odbudowanie stawu zacząłem od szwów katgutowych, łączących rozzerwane brzożki błony maziowej i następnie otoczyłem drutem z brązu wyrostek łokciowy, okalając go w granicach okostnej. Na skórę nałożyłem szwy z „crin de Florence“. Długość operacji 40 minut. Unieruchomienie tymczasowe w rozgiętej pozycji stawu.

Przebieg pooperacyjny. 11. VIII. T. 38—38,6^o.

12. VIII. T. 37,9^o—38^o, ostatecznie spadła

do normy na ósmy dzień, obniżając się codziennie po kilka dziesiątych stopnia. Ruchy zginania stawu zaczęto 4-go dnia i dopiero po 3 tygodniach zdolano doprowadzić do kąta prostego. Rękę chorego podwieszano na temblaku, zmieniając kąt zgięcia co 2 godziny. Rana operacyjna zagoiła się w ciągu 10 dni *per primam*. Wyjechał 25. IX z bardzo nieznacznym ograniczeniem zgięcia stawu łokciowego; doprowadzał ten ruch do 100° — 110° .

Spostrzeżenie 3. Szeregowiec Jac. 10 p. strzelców. Zraniony 2. VIII pod Noyon w prawy łokieć przybył do szpitala 3. VIII wieczorem.

Radioskopia. Odłamanie całej wewnętrznej powierzchni bloczkowej; linia złamania prawie pionowa, oddziela od nasady kości kłykiec przyśrodkowy kości ramiennej.

Operacja w 40 godzin po zranieniu.

3. VIII. Rana drążąca wewnętrznej części okolicy łokciowej, 2 otwory: wejściowy i wyjściowy, 7—8 młm. średnicy, obficie krwawiące. Narkoza eterowa przyrządem Ombrédanne'a. Cięcie, otaczające oba otwory i łączące je linią prostą, idącą od przodu ku tyłowi, od wewnątrz ku zewnątrz i z góry na dół. Wycięcie wszystkich tkanek zniszczonych. Otwarcie stawu zapomocą przecięcia poprzecznego ścięgna mięśnia trójkłowego ramienia. Staw okazał się napełniony krwią i niezliczoną ilością drobnych odłamków kości. Cała zawartość stawu została usunięta. Zmiana narzędzi i rękawiczek, przemycie stawu eterem. Sprawdzenie *de visu* stanu nerwu łokciowego, który okazał się nietknięty. Szwy torebki stawowej, zeszyte ścięgna mięśnia trójkłowego grubym jedwabiem, szwy katgutowe na mięśnie przedramienia i na powięź. Szwy skórne zwykłe. Zanotować należy, że odłamek kłykiowy duży i prawie nieruchomy nie był ruszany, ograniczono się tylko do przeczyszczenia kanału kostnego skrobaczką. Zwykły uciskający opatrunek, unieruchomienie tymczasowe w położeniu rozgięcia stawu łokciowego.

Przebieg pooperacyjny. 4. VIII. T. rano $39,3^{\circ}$, wiecz. $39,6^{\circ}$.

5. VIII. T. rano $37,6^{\circ}$, wiecz. $38,4$; zmiana opatrunku — jodyna. Podczas opatrunku pierwsze ruchy zgięcia stawu doprowadzone do 10° — 15° .

6. VIII. T. normalna. Kilkakrotne uruchomienie stawu w ciągu dnia.

13. VIII. Usunięto ostatnie szwy—*prima in-*

tentio, ruchy czynne wstrzymane w ciągu 3 ostatnich dni.

25. VIII. Zgina łokieć do kąta 60° — 80° . Zaczyna nosić rękę na temblaku, który co 2 godziny podlega opuszczeniu lub skróceniu.

20. IX wyjechał na urlop. Stan stawu łokciowego zupełnie dobry.

Spostrzeżenie 4. Szeregowiec Pla. 318 R. I. (pułku piechoty). Zraniony w prawe ramię 2. VIII. pod Noyon, przybył do szpitala 3 VIII wieczorem.

Radioskopia nic nie stwierdziła.

Operacja w 42 godziny po zranieniu. 2 rany symetryczne 8—9 mm. średnicy w okolicy mięśnia naramiennego, symetrycznie sytuowane na jego przedniej i tylnej powierzchni; zranienie drążące, którego oś przeszła przez główkę kości ramiennej. Rany o brzegach nierównych bardzo obficie krwawiące. Narkoza eterowa przyrządem Ombrédanne'a. Wycięcie zranień do kości; w tej ostatniej przeczyszczono skrobaczką kanał drążący w granicach torebki stawowej. Otwór wejściowy i wyjściowy na torebce stawowej zeszyto katgutem, jak również i mięsień naramienny. Szwy skórne. Opatrunek zwyczajny.

Przebieg pooperacyjny normalny.

Reasumując te spostrzeżenia i wypowiedziane wyżej zasady, uzupełnione własnym doświadczeniem, twierdzą, że rany stawów nie są tak niebezpieczne, jak się to wydawało dotychczas, pod warunkiem, że będziemy je leczyli racjonalnie, według wyłożonych zasad i wskazówek, opartych na logice i doświadczeniu życiowym. Jedynie tego rodzaju operacyjne leczenie zranień stawów może zabezpieczyć całość stawu i pełnię jego funkcji, żadne ortopedyczne leczenie nie jest w stanie dać podobnych rezultatów. Działać natychmiast i radykalnie jest obowiązkiem chirurga, po dokonanej operacji kierować odrodzeniem stawu traktując go, jak niemowlę, które wymaga ciągłej i stałej pieczołowitości. Im więcej przejawimy energii w tych dwóch kierunkach, tem lepsze będziemy mieli rezultaty.

ZE SZPITALA DLA UMYSŁOWO I NERWOWO CHORYCH „KOCHANÓWKA” POD ŁODZIĄ.
DYREKTOR SZPITALA DR MED. ANTONI MIKULSKI.

Przyczynę do zaburzeń psychicznych po zatruciu tlenkiem węgla.

Podał

Dr med. Bolesław Siwiński
ordynator szpitala.

Zatrucie tlenkiem węgla następuje wskutek wdychania gazów, zawierających pewien odsetek tlenku węgla, więc najczęściej czadu, powstającego przy niedokładnym spalaniu drzewa, węgla i torfu, pozatem gazu

światlnego, wodnego, generatorowego, gazu, tworzącego się przy wybuchach min i poci-sków gazowych.

Czad (*vapor carbonis*) zawiera zwykle 0,3—0,5% CO, odsetek ten dochodzić jednak

może od 0,5 do 5. Zbyt wczesne zasunięcie zasuw w piecu, wadliwa budowa tegoż, wreszcie wiatr, niesprzyjający wydostawaniu się dymu z komina, może powodować przenikanie CO w obręb mieszkania.

Gaz świetlny zawiera 6--10% CO, wytworzony zaś z drzewa 20--60% CO obok innych gazów. Gaz świetlny może się wydostawać nie tylko z rur, znajdujących się w mieszkaniu, np. wskutek niedokładnego zakręcenia kurka, ale również i z rur ulicznych wskutek ich uszkodzenia, przytem ten sposób przenikania gazu świetlnego do mieszkań jest tem niebezpieczniejszy, że gaz, przechodząc przez warstwę gruntu, traci wszelką woń.

Gaz wodny, jeszcze bardziej trujący niż gaz świetlny, powstaje przez przeprowadzenie pary wodnej nad tlejącymi węglami (30% CO).

Gaz generatorowy powstaje przez nagrzewanie powietrza z nadmiarem węgla (30% CO).

Gaz, powstający przy wybuchach prochu i pocisków gazowych, stanowi nadzwyczaj niebezpieczne mieszaniny gazowe, mogące zawierać 4--30% CO).

Zatrucie CO może nastąpić w domach mieszkalnych, fabrykach, kopalniach, podczas pożarów i t. d.

Jak nieznaczne napozór przyczyny mogą wywołać ciężkie zatrucie CO, wskazują dwa przypadki, w których nastąpiło zejście śmiertelne wskutek przeprowadzenia pod nosem tlejącego knota (Kobert).

Również charakterystyczny jest wypadek chemika Chenot'a który po jednorazowym odetchnięciu CO padł „jak rażony piorunem“, przytem przewracał oczyma i miał drgawki mięśni.

Zarówno fakt powyższy, jakoteż liczne już obecnie publikacje wykazują, że CO jest jadem swoistym dla układu nerwowego.

Faktem jest znanym, że tlenek węgla, jako silny jad działa nie tylko na krew, łącząc się z hemoglobina, lecz również na ściany naczyń krwionośnych, wywołując zmiany w narządach wewnętrznych, jak nerki, płuca, wątroba, śledziona, a przede wszystkim w sercu i układzie nerwowym.

Po wprowadzeniu jednorazowym dużych ilości tlenu węgla do ustroju, występują ciężkie objawy mózgowie i zaburzenia psychiczne, dające obraz ostrego zatrucia CO. Mniej wyraźne są objawy chronicznego zatrucia CO u palaczy w piecach, robotników fabrycznych i prasowaczek, mogące również doprowadzić do wybuchu zaburzeń psychicznych.

Zaburzenia psychiczne, względnie nerwowe, po zatruciu tlenkiem węgla są zaliczane

do grupy psychoz intoksykacyjnych i infekcyjnych.

Sibeliusz dzieli zaburzenia psychiczne po zatruciu CO na dwie wielkie grupy:

- 1) grupa pierwsza obejmuje psychozy, które występują dopiero po pewnej przerwie,
- 2) grupa druga zaś obejmuje psychozy, których wybuch nastąpił bezpośrednio po wystąpieniu objawów zatrucia.

Psychozy, występujące po pewnej przerwie.

Po ustaniu objawów zatrucia jak śpiączka, drgawki i t. d. następuje wolna przerwa, trwająca od kilku dni do 2-u tygodni; podczas owej przerwy wolnej mogą jednak pozostać niektóre objawy. Psychoza albo wybuch nagle, albo powstaje powoli, przytem występuje zamęt, niepokój, podniecenia.

Ciężkie postaci postępujące tej grupy po krótszym lub dłuższym czasie prowadzą do śmierci. Obok ciężkich objawów somatycznych występują w zakresie psychicznym demencja, zaburzenia pamięci, pozatem negatywizm, objawy kataleptyczne.

Postaci wsteczne charakteryzują się powolnym znikaniem objawów; do tej grupy należą przypadki:

- 1) t. zw. *pseudoparalysis*,
- 2) t. zw. *dementia acuta*,
- 3) postaci poronne.

Ad 1 — różnią się od *paralysis progressiva* powolnym znikaniem objawów;

Ad 2 — podobne są do *dementia praecox*, różnią się jednak zejściem, jakoteż niektórymi objawami, jak np. zaburzeniami zapamiętywania;

Ad 3 — są to krótkotrwałe (niekiedy 1 dzień) stany zamętu, odurzenia, zaburzeń pamięci; w postaciach tych mogą być również objawy fizyczne jak np. słabość mięśni, bóle i t. d.

Psychozy wybuchające bezpośrednio po zatruciu.

Przypadki psychoz, wybuchających bezpośrednio po zatruciu, dadzą się podzielić na ciężkie postaci stałego otępienia (*dementia stabilis*), lekkie postaci stałego otępienia i nerwice.

Ciężkie postaci stałego otępienia nie kończą się śmiertelnie lecz dają trwałe otępienie. Maximum zaburzeń psychicznych i objawów fizycznych występuje na początku choroby i nie postępuje naprzód, natomiast objawy fizyczne z wolna cofają się wstecz, zaburzenia pamięci zaś utrzymują się stale w postaci *amnesia retro*—ew. *anterograda*, tak że Westphal nawet przyjmuje postać amnestyczną.

Dla „nerwic toksycznych“ (neurastenia, hysteria) tlenek węgla stanowi *agent provocateur*.

Stierlin podaje 21 przypadków stanów następnych psychoneuropatycznych po katastrofie w Courrières, należących niejako do II grupy Sibelius'a.

Kraepelin jest zdania, iż po zatruciu tlenkiem węgla występuje stan nieprzytomności, potem stany zamroczenia, przypominające upojenie alkoholiczne z następującymi zaburzeniami pamięci, które obejmują czas na krótko przed zatruciem. Albo rozwijać się mogą stany słabości psychicznej z porażeniami, zaburzeniami mowy, zanikami mięśni, drżeniem, analgezyą, zaburzeniami ze strony pęcherza moczowego, w krótkim czasie prowadząca albo do zejścia śmiertelnego, albo kaheksyi, albo wyzdrowienia. Czas trwania psychozy wynosi od kilku godzin do kilkunastu dni.

Ogółem biorąc, do objawów najczęstszych po zatruciu tlenkiem węgla należą: bóle głowy, zawroty, wymioty, utrata przytomności, zaburzenia naczynioruchowe pod postacią nieprawidłowego rozmieszczenia krwi (skutkiem czego jest np. ciemnoczerwone zabarwienie twarzy), zmiany odżywcze (*pemphigus*, wynacznienia, obrzęki, głębokie martwice, zmiany na paznogiach), podwyższenie się ciepłoty, białkomocz, pozatem spośród zaburzeń psychicznych najczęstsze są zaburzenia pamięci (*amnesia retro-i anterograda*), stany podniecenia i zamętu.

Oprócz wyżej wymienionych częste są także objawy następujące: zaburzenia wzroku (ślepoty), zaburzenia oddziaływania źrenic na światło, nieprawidłowości w odruchach ścięgnistych, zaburzenia mowy, porażenia n. twarzowego, porażenia obustronne kończyn dolnych, niedowłady mięśni, drgawki toniczne i kloniczne, zaburzenia czucia.

Według Kołberta po zatruciu tlenkiem węgla mogą wystąpić: *tetania*, *paralysis*, *ascendens*, *chorea*.

Tę różnorodność i obfitość objawów łątwo sobie możemy wytłómaczyć rozmaitem umiejscowieniem zmian anatomopatologicznych w układzie nerwowym.

Z pośród publikacji polskich autorów wymienić należy prace Męczkowskiego¹⁾. Breg-

mana¹⁾, Skowrońskiego²⁾, Pańskiego³⁾ i Morawskiego.

Materiał sekcyjny, dotyczący zmian anatomopatologicznych po zatruciu tlenkiem węgla, jest obecnie dość bogaty. Według Sibelius'a możemy podzielić zmiany anatomiczne na dwie wielkie grupy: 1) zmiany w tkance nerwowej, 2) zmiany w naczyniach krwionośnych układu nerwowego.

W przypadkach, w których zachodzą zmiany w tkance nerwowej, znajdujemy liczne lub pojedyncze ogniska rozmiękczynowe, albo rozsiane nieregularnie, albo symetrycznie. Poza tem obserwowano zanikanie włókien, bujanie gleju.

W przypadkach grupy drugiej postrzegano w układzie naczyniowym zmiany wsteczne ścian naczyń szczególnie małych, jak np. zwyrodnienie tłuszczowe, jakoteż bujanie błony wewnętrznej, pozatem wielkie i małe wybroczyny, jak również tworzenie się zakrzepów.

Chiari mówi o krwotokach w obydwu wzgórkach wzrokowych, przytem w okolicy krwotoku były liczne zakrzepy w naczyniach, ściany zaś tych naczyń nie były zwyrodniałe, wobec czego zakrzep przyjmuje autor wyżej wymieniony za przyczynę krwotoku i ognisk rozmiękczynowych; zakrzep zaś był wynikiem bezpośredniego szkodliwego działania tlenku węgla na krew.

Kissinger opisuje krwotoki silne do obydwu komór i substancji mózgowej, Gnauck zaś ogniska rozmiękczynowe w *nucleus lentiformis*.

Cramer podaje zanik włókien rozsiany w korze mózgu, zmiany w komórkach kory mózgu, zwyrodnienie naczyń, bujanie gleju.

Sibelius uważa, że w przypadkach psychozy występującej po pewnej przerwie od chwili zatrucia zachodzą zmiany przede wszystkim w naczyniach i dopiero wtórnie po pewnym czasie następują zmiany w tkance nerwowej, w przypadkach zaś, w których psychoza wybucha bezpośrednio po zatruciu ma-

¹⁾ Bregman L. Demonstracja przypadku porażenia lewej połowy ciała po zacczadzeniu. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1900.

²⁾ Skowroński R. Przedstawienie chorego po zapaleniu nerwów obwodowych w następstwie zatrucia tlenkiem węgla. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1900.

³⁾ Pański. Przypadek rozsianego ostrego zapalenia rdzenia (*Myelitis disseminata acuta, encephalomyelitis*) po zacczadzeniu, zakończony wyzdrowieniem. Czas Lek. № 1. 1902.

¹⁾ Męczkowski W. O zapaleniu nerwów obwodowych w następstwie otrucia tlenkiem węgla. Gaz. Lek. № 48—49. 1899.

Tenże. Porażenie wielu nerwów obwodowych po zacczadzeniu. Gaz. Lek. № 29. 1902.

my do czynienia z pierwotnymi zmianami tkanek mózgowej.

W szpitalu „Kochanówka“ mieliśmy w obserwacji przypadek następujący:

Ch. J., l. 53, st. małżeński, bez wykształcenia, stróż. Przybył do szpitala 17.I.18, zmarł 26.I.1918 r.

W rodzinie chorób umysłowych ani nerwowych nie było. Alkoholu rodzice nie używali. W dzieciństwie chory przechodził ospę. Zarabiał przed wojną 7 rb. tygodniowo, obecnie 4 marki. Dzieci ma czworo zdrowych. Na kiłę miał nie chorować.

Na 4 tygodnie przed przybyciem chorego do szpitala uległa zaccadzeniu cała jego rodzina. Syn 18-letni zmarł, chory w ciągu tygodnia po zaccadzeniu ciągle spał w szpitalu, poczem wyzdrowiał i wypisał się. Po tygodniowym pobycie w domu zachorował umysłowo, zachowywał się nienormalnie, śpiewał, opowiadał „głupstwa“, uciekł w końcu z domu, dokąd go z powrotem przyprowadzono po tygodniu nieobecności. W domu chory był przez dwa tygodnie, poczem został przywieziony do naszego szpitala. W domu zanieczyszczał się moczem i stolcem, sypiał mało, jadał dobrze.

Chory przybył do szpitala niezmiernie wychudzony, skóra o barwie ciemnoszarawej. Lewe oko poczyna ulegać zgorzeli. Prawa źrenica dość szeroka, słabo bardzo oddziaływa na światło i przystosowanie.

Odruchy kolanowe słabe obustronnie. Odruchów ze ścięgna Achillesa nie udało się wywołać wobec martwicy pięt obydwu. Odruchów Chodźki mostkowych i drgań stopowych niema. Drgania *triceps*, *radialis*, brzuszne górne, dolne i mosznowe są słabe, podeszwowe, martwica części stopy i palców.

Obj. Babińskiego, Oppenheima, Gordona niema, odr. rogówkowych i gardzielowych niema.

Badanie chodu, ruchów, objawu Romberga nie dało się skutecznym wobec bezsilności chorego.

Chory mówi, że ma lat „6“, mieszka „tutaj“, na „tutejszej“ ulicy, tydzień temu był w „tych“ stronach. Imię żony pamięta. Przedmioty poznaje w sposób następujący:

Świeca— to się nazywa, że jeden odbiera od drugiego; garnuszek— „do wody“ nożyczki, zapalki, nóż— poznaje; łyżka— jak pan będzie potrzebował, to się napije. Innych przedmiotów chory nazywać nie chciał.

Gdy pokazywano choremu zwierzęta na obrazkach dawał odpowiedzi następujące:

1. Ryba—widzę, co jest narysowane, narysowane, co komu potrzeba; (trudno panu nazwać?) tak.

2. Koń—ja widzę; co?

3. kogut—może świnia, może co, i t. d.

17.I. Chory umieszczony na sali obserwacyjnej, zachowuje się spokojnie, mówi bardzo cichym głosem, że się nazywa „Ch...“, zdradza brak orientacji co do miejsca, czasu i otoczenia. W nocy spał dobrze, stolec miał. Przepisano choremu dyle mleczną.

18.I. Chory przybył z martwicą części stopy i pięty nogi prawej, pięty i palców nogi lewej, z dość głęboką martwicą w okolicy krętarza wielkiego prawego i kości krzyżowej. Chory chętnie pije płyny.

19.I. Sam rozmowy nie zaczyna, na pytania daje odpowiedzi krótkie i niechętnie, wykazuje zaburzenia pamięci, *perseveratio*, negatywizm. Krew chorego niezwykle gęsta, lepka, niesłuchanie szybko krzepnąca; białkomocz. Apetyt dobry. Chory zapytany, jak się czuje, odpowiada: „tak się czuję, jak się czuję“.

20.I. Chory w rękach nic utrzymać nie jest w stanie, musi być karmiony wobec tego przez pielęgniarki, jada dostatecznie dużo, zanieczyszcza się moczem i kałem.

21.I. W miejscach uległych martwicy poczyna opadać skóra zaczerwieniona, martwicy poczyna ulegać kości stopy. Również zgorzeli poczęły ulegać pałce kończyn górnych.

23.I. Zgorzeli zupełnej uległo oko lewe.

25.I. Zapytany, jak się czuje, odpowiada: „słabo“. Życzeń żadnych nie wypowiada, na bóle się nie uskarża, tętno 120.

26.I. Przy objawach słabnącej czynności serca chory zmarł.

Na sekcji zwłok nie znaleziono żadnych zmian makroskopowych.

Przypadek nasz należałoby więc zaliczyć do grupy psychoz, występujących po pewnej przerwie od chwili zaccadzenia; przebieg psychozy, występującej pod postacią otępienia, był postępujący. Zpośród objawów psychicznych zaznaczyć należy zaburzenia pamięci, *perseveratio*, negatywizm, otępienie.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. Dr Morawski J. Ein Fall von Kohlenoxydvergiftung. Deutsch. Zeitschr. f. Nerven. B. 52. H. 1. 2. p. 71. 1914. 2. Dr Pański A. Ein Fall von acuter disseminirter Myelitis oder Encephalomyelitis nach Kohlenoxydvergiftung mit Uebergang in Heilung. Neurol. Centrbl. 1902 № 6. 3. Giese. Zur Kenntniss der psychischen Störungen nach Kohlenoxydvergiftungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. B. 68. H. 6. p. 804. 1911. 4. Sibelius. Die psychischen Störungen nach akuter Kohlenoxydvergiftung. Monatschr. f. Psych. n. Neurol. B.

XVIII 1905. 5. Stierlin. Ueber psychoneuropatische Folgezustände bei den Ueberlebenden der Katastrophe von Courrières Monatschr. f. Psych. u. Neurol. B. 25. 1909. 6. Prof. Schröder. Intoksikationopsychosen Handb. d. Psychiatria. Prof. Aschaffenburg. Leipzig u. Wien. 1912. 7. Westphal A. Ueber seltene Formen traumatischen und Intoksikationopsychosen. Arch. f. Psych. B. 47. 1915. 8. Prof. Wachholc. Podręcznik medycyny sądowej. Prof. Kraepelin. Psychiatria VIII Aufl.

Streszczenie zbiorowe.

Obecny stan patologii i leczenia przymiotu.

Jak wiadomo, w 3 — 4 tygodnie po podejrzanym stosunku występuje na miejscu wtargnięcia zarazka przymiotowego niewinny zrazu pozornie nadżerek o charakterystycznej czerwonej, lśniącej, jak gdyby kroplami rosy, pokrytej powierzchni. Ten okres nazywamy okresem pierwszego wylegania. Jeżeli sprawę w tym okresie pozostawimy naturalnemu jej biegowi, to nadżerek będzie się powiększał, twardniał, wystąpi początkowo obrzęknięcie gruczołów pachwinowych, a potem innych bardziej oddalonych a w 8—10 tygodni po zakażeniu występuje wysypka i mamy okres drugiego wylegania.

Myśl leczenia poronnego przymiotu w pierwszym okresie wylegania nie jest bynajmniej nowa, leczenie to jednak w dobie przedsalwarsanowej nie dawało pomyślnych wyników, lecz przeciwnie sprawiało, że przebieg przymiotu nabierał pewnej nieprawidłowości i złośliwości.

Stąd u autorów doby przedsalwarsanowej wytworzyło się przekonanie, że przymiotu nie należy leczyć dopóty, dopóki nie wystąpiła wysypka, gdyż wtedy przymiot najlepiej jakoby poddawał się leczeniu. Dziś wiemy, że energiczne leczenie mieszane salwarsanowortęciowe, jako leczenie poronne, daje doskonałe wyniki i objawy ogólne nie występują, odczyn Bordet-Wassermanna stale pozostaje ujemny a przypadki powtórnego zarażenia się przymiotem stają się coraz częstsze. Wobec tego zwracamy obecnie baczniejszą uwagę na te niewinne na pozór nadżerki, a wykrycie krętków białych w surowicy, pokrywającej nadżerek, sprawę odrazu wyjaśnia. Jeżeli jednak w klinicznie podejrzanym nadżerku pomimo kilkakrotnych badań krętków białych nie wykrywamy, to lepiej, zdaniem Neissera, narazić nawet niepotrzebnie chorego na leczenie poronne, niż żeby zarazek dostał się do tkanek ustroju.

Oczywiście, nie można ściśle oznaczyć, kiedy kończy się okres pierwszego wylegania przymiotu a zaczyna się drugi i dlatego też podczas poronnego leczenia pożądanym jest co 5 dni badać surowicę krwi na odczyn Bordet-Wassermanna. Wykrywamy wtedy bardzo ciekawe rzeczy. Odczyn B.-W. początkowo ujemny po 10—15 dniach pomimo leczenia staje się w niektórych przypadkach dodatnim, by znów po 10—15 dniach stać się ujemnym. Otóż, wystąpienie dodatniego odczynu dowodzi, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z drugim okresem wylegania i że jednorazowe leczenie salwarsanowortęciowe będzie niedostateczne, a potrzebne będzie leczenie kilkakrotne. Jeżeli jednak odczyn B.-W. stale jest ujemny, to mamy do czynienia z pierwszym okresem wylegania i jednorazowe leczenie będzie dostate-

czne. Nieudane leczenie poronne zależeć będzie od nieodpowiednio wybranego przypadku, a im wcześniejszy jest przypadek, tem więcej danych mamy, aby liczyć na pożądaną skuteczną.

W odczynie Wassermanna posiadamy bardzo ważny środek rozpoznawczy, wykonanie jednak tego odczynu wymaga dużej wiedzy fachowej, jest sztuką samą w sobie i dlatego tylko wielkie pracownie i pracownicy wyłącznie tej dziedzinie poświęcający się dają pewność, że wynik odczynu W. w danym razie będzie zgodny z istotnym stanem rzeczy. Skromne, prywatne o małym doświadczeniu i wyszkoleniu pracownie tych badań nie powinny się podejmować. Odczyn W. posiada wiele stron ciemnych, teoretycznie niewyjaśnionych, to tylko o nim powiedzieć możemy, że jest swoistym dla przymiotu, nie znany bowiem drugiego cierpienia, które przy rozpoznaniu różniczkowym mogłoby być brane w rachubę. Dodatni odczyn surowicy przy trądzie, huszczycy i niektórych cierpieniach skóry nie ma znaczenia, gdyż wytrawny spostrzegacz łatwo odróżni powyższe sprawy chorobne od przymiotu.

Odczyn W. bezwzględnie jednak swoisty nie jest, gdyż zdarzają się przypadki przymiotu ze świeżymi objawami o ujemnym odczynie, jak również przypadki złośliwego przymiotu o charakterze wrzodziejącym i pojedyncze kilaki. — Są to jednak przypadki tak nieliczne, tak rzadkie, że stanowczo nie potrzebujemy z nimi liczyć się, a przypadki z dodatnim odczynem należy uważać za przymiot.

Naodwrot, przypadki klinicznie o przymiot podejrzanym, chociaż z odczynem W. ujemnym, winniśmy leczyć swoiście. Jednym słowem klinika i badania serologiczne winny iść w parze i jedno drugie popierać. — W przypadkach w 8—10 lat po zarażeniu wynik odczynu W. przy braku objawów klinicznych decyduje, jak mamy sobie poczynać, co jest bardzo ważne, gdyż w dobie przed-Wassermanowskiej w danym razie staliśmy na progu niewiadomości.

Przy dzisiejszym stanie nauki u każdego chorego na przymiot winien być badany kilkakrotnie płyn mózgowordzeniowy. Płyn ten, jak wiemy, zawiera pewną ilość białka i normalnie do 5 białych krążków krwi na milimetr sześcienny. — Otóż, jeżeli u chorego przymiotowego przy ujemnym odczynie W. w płynie mózgowordzeniowym znajdziemy powiększoną ilość białka i większą nad normę liczbę białych krążków krwi, to pewni być możemy, że po pewnym czasie wystąpi odczyn W. dodatni, jeśli nie przedsięwziemy odpowiednich zabiegów leczniczych a tem samem narazimy chorego na cierpienie mózgowordze-

niowe. — Zdarzają się i tutaj wyjątki. — Są chorzy z płynem mózgowordzeniowym o dodatnim odczynie W., którzy lata całe żyją bez żadnych objawów nerwowych, u których dodatni Wasserman, jak bardzo dowcipnie wyraża się autor, jest tylko kosmetycznym brakiem, ale wyjątek nie stanowi reguły i ze wczesnymi zmianami w płynie mózgowordzeniowym bardzo liczyć się należy.

Badanie płynu mózgowordzeniowego i badanie surowicy krwi winno być systematycznie w odpowiednich odstępach czasu przeprowadzane a szczególnie baczna uwagę zwracać powinniśmy na płyn mózgowordzeniowy, jak chce autor, u chorych z bielactwem (leukoderma) i ze swoistym wypadaniem włosów, gdyż płyn tych chorych wykazuje b. często zmiany patologiczne. Ponieważ zdarzały się przypadki, że mimo energicznego leczenia rtęciowego, chorzy przymiotowi kończyli na bezwład postępujący i schnięcie mlecza paciierzowego, wytworzył się przeto pesymistyczny pogląd, że los każdego przymiotowego chorego zgóry jest przesądzony bez względu na leczenie. Zdaje się jednak, że dziś leczenie połączone rtęciowo-salwarsanowe, pogląd ten zasadniczo zmieni, badanie więc płynu mózgowordzeniowego tem bardziej staje się uzasadnione. Wszystkie wyżej poruszone sprawy są to dzieci nowszych czasów a księga patologii przymiotu zamknięta tymnajmniej nie jest.

Trzy mamy leki przeciwpzymiotowe: rtęć, salwarsan i jod. W lżejszych zwłaszcza poronnie leczonych przypadkach wystarczają rtęć i salwarsan a w cięższych upartych przypadkach wszystkie trzy stosować należy. Rtęć stosuje się, jak wiemy, pod postacią wcierań lub zastrzykiwań śródmięśniowych najlepiej nierozpuszczalnych związków rtęciowych. — Salicylan rtęć jest najchętniej stosowany i to w postaci 10% zawiesimy w parafinie, przy czem obliczono, że pod względem zawartości rtęci, jeden centymetr sześcienny odpowiada pięciu wcieraniom po 5 gm. szaruchy. — Ilość zastrzykiwań na jedno leczenie wynosi 8—10 pełnych szpryc, co odpowiada 40—50 wcieraniom szaruchy. Zwykle stosuje się jedno zastrzykiwanie tygodniowo lub też połowiczna dawka dwa razy na tydzień. Dla ścisłości przypominam, że przy leczeniu rtęcią należy raz na tydzień badać mocznik, białko, zwracać uwagę na stan przewodu pokarmowego i jamy ustnej.

W przerwach między zastrzykiwaniami stosujemy jak dziś, niemal wyłącznie neosalwarsan w dawkach początkowo 0,3 a potem 0,45—0,6 tylko dożylnie. Poronnie wystarczają 4 zastrzykiwania neosalwarsanu dożylnie a we wtórnym przymiocie, zwłaszcza jako pierwsze

leczenie 6—8 zastrzyknięć, przyczem przerwy między pojedynczymi zastrzyknięciami skrócić można do 5 dni. Jeśli objawy przymiotu a zwłaszcza obrzmiałe gruczoły chłonne znikają wolno, to stosujemy prócz leczenia rtęciowo-salwarsanowego, jeszcze jodek sodu w dużych dawkach. Stwierdzono przypadkowo, że stany gorączkowe bardzo dodatnio wpływają przy swoistem leczeniu na znikanie objawów przymiotu.

Wagner v. Jeuregg opierając się na powyższych spostrzeżeniach, obmyślił swój sposób leczenia przy nerwowych cierpieniach przymiotowych, zwłaszcza przy schnięciu mlecza paciierzowego i bezwładu postępującego. Prócz rtęci i salwarsanu stosuje on tuberkulinę w pewnych odstępach i dawkach z pomyślnym wynikiem.

I we wtórnym okresie przymiotu chętnie stosujemy leczenie swoiste połączone z leczeniem gorączką, przyczem podniesioną ciepłotę wywołać można podskórnymi zastrzykiwaniami szczepionek (gronkowców, ziarników Neissera, laseczników tyfusu) lub też przegotowanym mlekiem w ilości 10—20 gm. śródmięśniowo zastrzykniętem. Szczególnie sposób ten nadaje się przy uparciu trzymającym się odczynie dodatnim w płynie mózgowordzeniowym. Leczenie salwarsanowortęciowe przy rozwiniętym już przymiocie przeprowadzić należy kilkakrotnie w odstępach 2—3 miesięcy dopóty, dopóki objawy kliniczne przymiotu nie znikną, a odczyn Wassermanna zarówno w surowicy krwi jak i w płynie mózgowordzeniowym nie będzie ujemnym.

Nie należy jednak wpadać w przesadę. Jeżeli w płynie mózgowordzeniowym ilość białka i białych krążków krwi spadła do normy, to mimo uparcie trzymającego się odczynu Wassermanna leczenia możemy zaprzestać. Wogóle winniśmy pamiętać, że bezwład postępujący występuje najczęściej w 10—15 lat po zarażeniu i po tym krytycznym okresie powinniśmy już z pewną pobłażliwością patrzeć na zachowanie się odczynu Wassermanna zarówno w surowicy krwi, jak i w płynie mózgowordzeniowym.

Na zakończenie dodać należy, że swoista budowa mózgu, mlecza i opon sprawia, iż leki, nawet dożylnie stosowane, przenikają tam daleko trudniej, niż do innych narządów ustroju i dlatego zastrzykiwanie odpowiednich środków do kanału łądźwiowego jest teoretycznie zupełnie uzasadnione.

(Dr I. Kyrle. *Sechs Vorlesungen für praktische Aerzte*, str. 100, Leipzig und Wien Franz Deutsche 1919 Verlags Nr. 2518).

Edmund Kurella.

Dział sprawozdawczy.

11. P. Hartenberg. Nowy pogląd na powstawanie epilepsji.

Podług powszechnie przyjętego poglądu

epilepsja należy do nerwic kurczowych. Gwałtowne wyladowanie energii nerwowomięśniowej, które w napadach epileptycznych widu-

jemy, ma zależeć od bezpośredniego lub pośredniego podrażnienia ośrodków ruchowych kory mózgowej, przyczem wyładowaniu temu ma sprzyjać pewna swoista właściwość układu nerwowego oddziaływania w sposób wzmożony. Tę to właściwość Joffroy nazywa „*aptitude convulsivante*“, Témé spazmofilią, Pierret — stanem spasmofilii, Mayet — terenem, usposabiającym do drgawek.

Tego punktu widzenia zdaniem autora, ściśle analizowanie epilepsji nie potwierdza. Obok objawów pobudliwości ruchowej w chorobie tej spostrzegamy inne objawy, wprawdzie mniej burzliwe i mniej rzucające się w oczy, ale nie dające się wytłumaczyć na zasadzie dotychczasowej koncepcji. Są to mianowicie objawy zahamowania czynności psychicznych, czuciowych i ruchowych, jakoto: utrata przytomności, pamięci, czucia, równowagi, przejściowe porażenia i t. p. W przypadkach *petit mal* te tylko objawy spostrzegamy, a przypadki te częściej widzimy, niż klasyczne napady drgawek. I przypadki jednakże klasyczne przy ściślejszej analizie podzielić się dają na 4 fazy: 1) Utrata przytomności, 2) Zmniejszenie napięcia mięśniowego i utrata równowagi, 3) Drgawki, 4) Coma. Z faz tych tylko trzecią możnaby uzależniać od nadmiernej pobudliwości, podczas kiedy trzy pozostałe są objawami zahamowania czynności kory mózgowej.

Rozpatrując inne cierpienia, powstałe czy to wskutek zatrucia, czy też wskutek zaburzeń w krwiobiegu, czy też wreszcie wskutek uszkodzeń mózgu, autor zaznacza że w cierpieniach tych, podobnie jak w epilepsji, obok objawów zahamowania czynności mózgowych spotykamy drgawki, jako objaw najbardziej wyrażony zatrucia ustroju, czy też uszkodzenia jego czynności. Jednym słowem wszelkie zahamowanie wyższych ośrodków mózgu, niezależnie od przyczyny, może mieć w następstwie drgawki pod warunkiem, że zahamowanie to będzie nagłe i gwałtowne.

Powstaje więc pytanie, skąd się bierze to nagłe wyładowanie energii mięśniowej w takich warunkach? Za najbardziej prawdopodobne autor uważa przypuszczenie, że w przypadkach tych obok zahamowania wyższych ośrodków nerwowych następuje również utrata wpływu hamującego kory mózgowej na ośrodki podkorowe i rdzeniowe. Niższe więc ośrodki nerwowe, uwolniony się od wpływów hamujących kory, zaczynają działać automatycznie, a wyrazem tej czynności są drgawki.

Na potwierdzenie poglądu tego autor powołuje się na Pierrona, Athanassio-Benisty i prof. Pierre Marie.

Analizując następnie drobiazgowo przypadki epilepsji, autor wykazuje wyższość teorii zahamowania nad teorią podrażnienia. Stosowanie w epilepsji bromu wpływa tylko na zmniejszenie drgawek. Na przypadki *petit mal* brom dodatniego wpływu nie wykazuje. Natomiast autor uważa za korzystne w epilepsji stosowanie strychniny, która, zdaniem jego, pobudzając układ nerwowy, zabezpiecza

go od napadów zahamowania czynności. W przypadkach epilepsji, leczonych strychniną, częstość napadów zmniejszała się i chorzy czuli się lepiej pod względem psychicznym.

Na zasadzie przytoczonego powyżej autor dochodzi do wniosku, który w brzmieniu francuskim wydaje się być paradoksem na pierwszy rzut oka: „*L'épilepsie n'est pas une maladie convulsivante*“.

(*La Presse Médicale* 1919. Nr. 66).

J. Belkowski.

12. Lenoble i Daniel. Alkohol w płynie mózgowordzeniowym.

Badania autorów polegały na podawaniu alkoholu osobom, nie dotkniętym niedomogą narządów wydalniczych.

Przed przystąpieniem do doświadczeń autorowie badali płyn mózgowordzeniowy i po upewnieniu się o nieobecności w nim alkoholu podawali alkohol w rozmaitych dawkach w winie lub rumie. Po 24 godzinach wykonywano ponownie punkcję i badano płyn mózgowordzeniowy. Alkohol wykrywano zapomocą dwuchromianu potasu i kwasu siarkowego.

Autorowie wykonali 8 tego rodzaju badań. — Z badań tych wynika, że dopiero po wypiciu 325 gr można wykazać alkohol w płynie mózgowordzeniowym w ilości 0,020 na 1000. Objawy zatrucia występują już po wypiciu mniejszej ilości alkoholu, kiedy w płynie mózgowordzeniowym wykazać go jeszcze nie można. Te same ilości alkoholu znajdowano już dawniej w płynie mózgowordzeniowym alkoholików. Przy zwiększaniu dawek alkoholu podawanego ilość tegoż w płynie mózgowordzeniowym szybko wzrasta

przy 350 gr alkoholu	wynosi	3cm	na 1000
„ 400 „	„	4 cm	„
„ 450 „	„	6 cm	„

Równoległe badanie moczu wykazało, że doza alkoholu w moczu zawsze jest wyższa, jak poniżej tak również i powyżej dawki 350 gr. Alkohol przez mocz jest szybciej wydzielany. — Przedostawanie się alkoholu do płynu mózgowordzeniowego zależeć może od ogólnego zatrucia całego ustroju jakoteż od niewydolności jelita i nerek spowodowanych zatruciem. —

Autorzy zaznaczają, że ciekawe byłyby badania równoległe ilości alkoholu wydzielonego poprzez gruczoły skórne i oddech. Badania prof. Carrary'ego przeprowadzone na zwłokach wykazały cyfry bardzo bliskie do cyfr otrzymanych przez autorów. —

Badanie płynu wykazało dalej, że stonki cytologiczne, jak również zachowanie się względem odczynników stosowanych w klinice pod wpływem alkoholu nie ulega zmianie. Najmniejsza dawka, przy której w płynie możemy wykazać alkohol mianowicie 325 gr. odpowiada w przybliżeniu tej ilości, jaką normalnie wypijają alkoholicy.

Badania te nie są bez wartości dla kliniki. Autorzy badali różnych chorych i w tych przypadkach, gdzie przyczyna choroby nie można było wyświetlić, a wywiady wskazy-

wały alkoholizm, badania zawsze wykazywały alkohol w płynie mózgowordzeniowym.

Z badań tych wynikałoby, że tam, gdzie przyczyna choroby nie jest ustalona a podejrzewać można nadużycia alkoholu, badania

płynu mózgowordzeniowego na obecność alkoholu może tę sprawę ostatecznie wyjaśnić.

(*Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Nr. 27, 1919 r.*)
Aleksander Krasuski.

Wiadomości bieżące.

— Egzaminy lekarskie państwowe w Uniwersytecie Warszawskim odbywają się obecnie. Do egzaminów zapisało się przeszło stu lekarzy, wychowalców i wychowanek Uniwersytetów rosyjskich i zagranicznych. Egzaminy z medycyny wewnętrznej, ginekologii i chirurgii odbywają się w klinikach, z przedmiotów teoretycznych: fizjologii, higieny w Uniwersytecie.

Komisarzem Rządowym przy egzaminach mianowany jest kol. doc. J. Jaworski.

— Na ostatnim posiedzeniu sekcji szpitalnej w Warsz. Tow. Lek. kol. Pękostański (z Kijowa) mówił o Organizacji pomocy lekarskiej pod rządami „bolszewików” w Kijowie. Ogólna dezorganizacja życia w Rosji musiała się odbić i na pomocy lekarskiej. Zasady kolegiального ustroju przeniknęły i do szpitali, na czele których stoją rady, złożone z przedstawicieli z wyboru: 1) lekarzy, 2) siostr miłosierdzia, 3) sanitariuszy, 4) niższego personelu pomocniczego. Liczebnie przeważają w radach tych ludzie nieinteligentni; od nich też zależy wybór kierownika instytucji, którym często bywa felczer lub sanitariusz. Prócz niesumiennego traktowania swych obowiązków przez personel, przyczyniają się do dezorganizacji życia szpitalnego: ogromna drożyna, brak produktów spożywczych, bielizny, leków, środków opatrunkowych, opatu. Chorzy cierpią formalny głód, o ile im nie dostarczają pożywienia z miasta. O praniu i odkażaniu niema mowy dla braku opatu. Szczupłe środki, jakimi początkowo rozporządzały szpitale w Kijowie, w krótkim czasie dzięki niesumiennej gospodarce dostały się w niewłaściwe ręce: bieliznę i pościel sprzedawano „po cichu” na bazarze, gaza opatrunkowa szła na części garderoby damskiej.

Co do pomocy lekarskiej na mieście, to robotnicy oraz funkcjonariusze zarządów „sowieckich” mieli swoich lekarzy, dla pozostałej zaś ludności miasto założyło kasę chorych. Wszystkie apteki uległy socjalizacji. Praktyka prywatna właściwie nie istniała tak dla ogólnego zubożenia tych, co nie byli robotnikami lub pracownikami rządowymi, jak i dla ogromnej drożyny lekarstw. Mieszkania lekarzy oraz lecznice prywatne zostały

zarekwirowane, co jeszcze bardziej uniemożliwiło praktykę prywatną.

Specjalną pieczę otęczały władze bolszewików chorowite dzieci. Organizowano dla nich sanatoria, kolonie letnie, wyjazdy do Krymu. Najczęściej jednak czy to dla złej organizacji, czy też dla braku środków nie tylko nie osiągały wytkniętego celu, ale częstokroć przyczyniały się do wzmożonej śmiertelności wśród dzieci skutkiem niedostatecznego odżywiania i szerzenia się chorób zakaźnych.

Od przewodniczącego sekcji, prof. B. Sawickiego dowiedzieliśmy się, że przygotowuje się na następne posiedzenia cały szereg bardzo interesujących referatów, a mianowicie kol. Chełmoński mówić będzie o potrzebach duchowych chorych szpitalnych, kol. Miller (z Galicji)—O szpitalnictwie w Małopolsce, kol. Pomorski (z Poznania)—O szpitalnictwie w Wielkopolsce i o podziale miejsc w szpitalach na klasy, inż. Sikorski—O urządzeniach maszynowych w szpitalach, kol. Rotstadt—O terapii fizykalnej w szpitalach (urządzona będzie wycieczka do szpitala na Czystem), kol. Puławski—O odżywianiu chorych szpitalnych i o urządzeniu kuchni.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie. Od dn. 11. I., do 17. I. 1920 r. było zachorowań: na ospę 2 (1 m. 1 kob. 2 chrz.), na odrę 7 (2 m. 5 k., 7 chrz.), na szkarlatynę 22 (m. 12, kob. 10., 13 chrz. 9 ż.), dur plamisty 60 (33 m. 27 k., 51 chrz., 9 ż.), dur brzuszny 11 (8 m., 3 k., 9 chrz., 2 żyd), gorączkę powrotną 46 (28 meż., 18 k., 34 chrz., 12 ż.), dyfteryt 1 (1 m. chrz.), drętvice karku 2 (2 k., 1 chrz. 1 żyd.). Najwięcej przyp. było. ospy w II i XXVI okr.—po 1, odrę w XI i XIII—po 3, szkarlatyny w V—6, w I i XIII—po 3, duru plamistego w XI—9, w VII i XIII—po 7, w I i II—po 4, duru brzuszno w XI, XIV i XXII—po 2, gorączki powrotnej w XIV okręgu (w przytułku nocleg.) —42, drętvice karku w III, IV okręgu—po 1.

N A D E S Ł A N O.

Prof. Dr Kazimierz Noiszewski: Podręcznik badania ostrości wzroku dla studentów i lekarzy; (z 3 tablicami do badania ostrości wzroku).

Dr WACŁAW WESOŁOWSKI.

Ś. p. Dr. Wacław Wesołowski, jeden z wybitnych lekarzy polskich, redaktor pisma „Zagadnienia Rasy“ zmarł w Warszawie.

Po ukończeniu wydziału lekarskiego w Warszawie w r. 1891 Wesołowski był ordynatorem kliniki chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu Ś-go Łazarza. Po trzech latach przeszedł na oddział Dra Antoniego Elzenberga w szpitalu Żydowskim. Od r. 1900 prowadził ambulatorium w szpitalu Ś-go Ducha.

Po uzupełnieniu studiów zagranicą, ś. p. Wesołowski, obdarzony umysłem sprężystym i płodnym, obok niepospolitej pracowitości, całe swe życie poświęcił pogłębianiu wiedzy, której służył wytrwale i z gorącym zapętem. Każde nowe spostrzeżenie w interesującej go dziedzinie badał indywidualnie i głęboko, nie zrażając się trudnościami, dopóki nie wyrobił sobie własnego poglądu. Często dla zbadania nowych odkryć wyjeżdżał zagranicę do źródła. Przed kilkunastu laty, związany ściślejszymi węzłami przyjaźni ze zmarłym d-rem Leonem Nenckim, pracował z nim wspólnie w zakresie bakterjologii i chemii lekarskiej.

Poświęcił się głównie chorobom skórnyom oraz płciowym. Interesując się żywo tą dziedziną wiedzy lekarskiej, która w ostatnich czasach poczyniła znaczne postępy, Wesołowski był stałym uczestnikiem zjazdów międzynarodowych w tym zakresie, oraz brał czynny udział w organizacji takich zjazdów w Polsce. Wielokrotnie występował z własnymi referatami. Między innymi równocześnie z Neisserem pracował nad społeczną stroną sprawy, projektując wprowadzenie świadectw przedślubnych zdrowia.

Z wielu zjazdów zagranicznych pisywał ś. p. Wesołowski do czasopism warszawskich sprawozdania fachowe.

Po wiekopomnym wynalazku dr. Curie-Skłodowskiej Wesołowski udał się do Paryża, oraz do kopalni *radium* w loachimstalu, poczem rozpoczął gorliwą pracę nad stosowaniem *radium* w lecznictwie. Ojtd rozszerzył zakres swojej pracy przez stosowanie lecznicze światła i ciepła. Urządził też w tym celu własną, bogato zaopatrzoną pracownię.

Od chwili powstania Tow. Higienicznego

ś. p. Wesołowski brał żywy udział w pracach tej instytucji, sprawował obowiązki sekretarza w sekcji statystycznej i biologicznej, oraz dłuższy czas pracował bezinteresownie w Instytucie Higieny dziecięcej im. Lenwała. Był jednym z założycieli Polskiego Tow. walki ze zwyrodnieniem rasy, oraz współzałożycielem i współredaktorem czasopisma „Zagadnienia Rasy“. Brał czynny udział w organizowaniu Zjazdu „Sprawa wyludnienia kraju“ oraz stale uczestniczył w delegacjach Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Świat lekarski stracił ze śmiercią ś. p. Wesołowskiego siłę wybitną i poważną.

Cały prawie majątek, jaki posiadał, zapisał Warszawskiemu Towarzystwu Lekarskiemu, jako fundusz wieczysty na nagrody za prace naukowe z tem jedynie zastrzeżeniem, aby nagrody te otrzymywać mieli prawo wyłącznie Polacy i katolicy. Bogate swe instrumentarium przekazał dla przychodni szpitala św. Ducha, w której ma być utworzony gabinet przyjęć imienia ofiarodawcy.

Prace lekarskie, ogłoszone drukiem przez ś. p. W. Wesołowskiego, są następujące:

- 1) Przypadek kamienia skórnoego z niezwykłym umiejscowieniem. Warszawa, 1899, 1901. Gazeta Lekarska.
- 2) Przyczynek do anatomii patologicznej xeroderma pigmentosum. Warszawa, 1899.
- 3) Stan obecny nauki o morfologii, biologii oraz różniczkowem rozpoznaniu łasecznika gruźliczego. Odczyt na wydziale przeciwgruźliczym Warsz. Tow. Ilig. Zdrowie № 4.
- 4) Nencki i Wesołowski. Zatrucie pokarmami mięsnymi. Gaz. Lek. № 32, „Zgoda“ № 10.
- 5) Przypadek bliźnowca, pozostałego po ospie. Przegl. skór. i wen. str. 314.
- 6) Przypadek *istriae atrophiae*. (Przegl. chor. skór. i wen., r. 1908).
- 7) Lupus erythematodes. (Przegl. chor. skór. i wener. r. 1906).
- 8) Choroby weneryczne a obrona rasy. „Zagadnienia Rasy“, № 1, r. 1908.
- 9) Czynniki wyludniające i stanowisko wśród nich chorób wenerycznych. „Zagadnienia Rasy“, № 5, r. 1919.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Sieramski W. T. O leczeniu świeżych ran postrzałowych stawów.	51	<i>Dział sprawozdawczy.</i> 11. P. Hartenberg, Nowy pogląd na powstawanie epilepsji	59
Siwiński Bolesław. Przyczynek do zaburzeń psychicznych po zatruciu tlenkiem węgla	54	12. Lenoble i Daniel. Alkohol w płynie mózgowordzeniowym.	60
<i>Streszczenie zbiorowe.</i> Kurella Edmund Obecny stan patologii i leczenia przymiotu	58	<i>Wiadomości drobne</i>	61
		<i>Wiadomości bieżące</i>	61
		<i>Nekrologia.</i> Dr Wacław Wesołowski	62

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

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2} do 7-ej.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie i na prowincji kwartalnie Mk. 30 (koron 45), półrocznie Mk. 60 (kor. 90).

Cena numeru pojedynczego 4 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuspaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej Mk. 5—, na ostatniej, przed tekstem i przy tekście Mk. 4,50, na pozostałych Mk. 4,—.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metz i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Falck — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy. Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Oddito czeionkami Drukarni Krrówowej (W. Krawczyński i E. Egert). Żelazna 89. Tel. 188-70.

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“.

Do sprzedania STERYLIZATOR

prawie nieużywany systemu dr. Wątoraka —
ogrzewany spirytusem.

Cena od umowy.

Wiadomość: Sadowa 3 m. 5
od 4—5 popoł.

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

Warszawa, Marszałkowska 139, wprost
bramy, I-sze piętro. Telef. 230-23

poleca po cenach przystępnych:

wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły
do strzykawek i chirurg., termometry i t. p.

Reparacja i odnawianie tychże.

Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artyku-
łów dla celów med. R. Graf & Co. Norynberga.

Katgut z najlepszych i zdrowych kiszeczek, w mo-
tkach i kłębkach.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SANATORYUM

Dra KUPCZYKA specjalisty chorób nerwowych. Kraków, Szujskiego I. 9. Tel. 1295.

Wydział Powiatowy Sejmiku Hrubieszowskiego

poszukuje od dnia 1 stycznia 1920 r.

trzech lekarzy okręgowych

dla miasteczek Horodło, Grabowiec i Kryłów z pensją 6,000 koron rocznie oraz

pięć akuszerok

do rozmieszczenia w osadach powiatu Hrubieszowskiego z pensją 1,000 koron rocznie.
Łaskawe zgłoszenia należy kierować do Wydziału Powiatowego w Hrubieszowie.

MEBLE LEKARSKIE

stoły, umywalnie, krzesła ginekologiczne, szafki na instrumenta, stoliki i t. p.

w wielkim wyborze

po cenach konkurencyjnych polecają

STANISŁAW BARAN i S-ka

Kraków.

Sławkowska 6.

Kraków.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Administracja Gazety Lekarskiej posiada jeszcze na składzie niewielką liczbę egzemplarzy dzieł, wydanych dawniej, i odstępować je będzie wyłącznie tylko swym prenumeratom. Są to:

NOTHNAGELA i ROSENBACHA.

FARMAKOLOGIA

(przekład z niemieckiego). Cena m. 15.

GILLES DE LA TOURETTE.

HISTERIA

w opracowaniu A. PUŁAWSKIEGO. Cena m. 8.

Do nabycia wyłącznie w Administracji Gazety Lekarskiej — Marszałkowska 73.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i o-
plucnej.
 № 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.
 № 11, 12. M. Michałowicz. Biologiczne własności mleka i ich znaczenie dla
odżywiania niemowląt, w świetle badań współczesnych.

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“.

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego.

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘSNY BRONOWSKI

starszy ordynator Szpitala Wojskowego w Warszawie.

Część I. Oglądanie i opukiwanie

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

Cena mk. 16.

Część II. Obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie

(z 75 rysunkami i dodatkiem, zawierającym „Plan badania klinicznego“).

Cena mk. 40.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.