



Rok LI.

Warszawa d. 16 Czerwca 1917.

N^o 24.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE.

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘC-
TNOŚCI LEKARSKICH.

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru N^o 2689.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

W szpitalu Anny Maryi w Łodzi

wakować będzie od 1-go lipca r. b. posada

Lekarza Naczelnego

Wynagrodzenie wynosi: 4300 marek pensyi i 16% dodatku drożyznianego.

Oferdy należy nadsyłać do Zarządu Szpitala Anny Maryi w Łodzi, ul. Rokicińska N^o 11.

Dr J. BORZYMOWSKI.

Zarys Chirurgii Praktycznej

dla lekarzy i studentów.

Z E S Z Y T 1.

Skład u autora (Chmielna N^o 62).

Cena m. 2.50.

ANTISCLEROSIN

2 tabletki po 0,5 zawierają:

Natr. chlor. 0,8, Natr. sulf. 0,08, Magn. phosph. Natr. carb., aa 0,03, Natr. phosph. 0,025.

Wskazania: NA TLE ARTERIOSKLEROTYCZNEM

powstałe zmiany w narządach krążenia umiejscowione ośrodkowo i obwodowo: palpitacje serca, arytmia, duszność sercowa, dusznica bolesna, przedwczesna angioskleroza, sprawy sklerotyczne w narządzie słuchowym i z pomiędzy następczych stanów mózgowych, szczególnie apopleksya.

Sposób przepisywania:

3 razy dziennie 2 tabletki po 0,5 lub

3 razy dziennie 4 tabletki po 0,25.

Oryginalne opakowanie:

Flakon zawierający 52 tabletki po 0,5

Flakon zawierający 64 tabletki po 0,25.

Fabryka preparatów farmaceutycznych WILH. NATTERER, Monachium 19.

Skład główny i wyłączna reprezentacya na Król. Polskie: Tow. Akc. przetworów chemicznych i aptecznych

HENRYK WELT, WARSZAWA, PRZEJAZD 5.

Sprzedaż w Aptekach i składach aptecznych.

Neuronal

**LEK NASENNY, zawierający brom,
znakomity LEK KOJĄCY I USYPIAJĄCY.**

W połączeniu z Amylenhydratem działa znakomicie w zamroczeniu padaczkowym i w śnaniu padaczkowym.

Neurofebrinum (Neuronal — Antyfebryna aa) Lek przeciwbólowy i kojący.

Opakowania oryginalne: Tabletki neuronalowe po 0,5 g. № X.

Tabletki neurofebrynowe po 0,5 g. № X.

Dokładną literaturę dostarcza **K A L L E & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE.** Blebrich nad Renem.

SILV-OZON „MOTOR“

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

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methyl Salicylic comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

APTEKA K. WENDY

KARBOFORMAL

(Cegielki żarowe).

Tani, wygodny, bezpieczny i pewny środek do dezynfekcji mieszkań i rzeczy. Nie wymaga żadnych lamp i przyrządów, nie niszczy rzeczy i mebli.

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

Telef. № 107.

w Warszawie

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. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

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

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

i wiele innych.

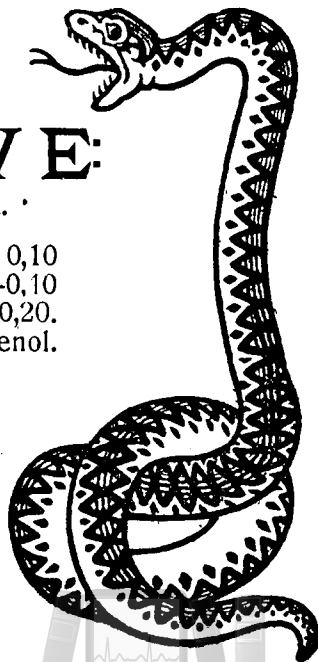
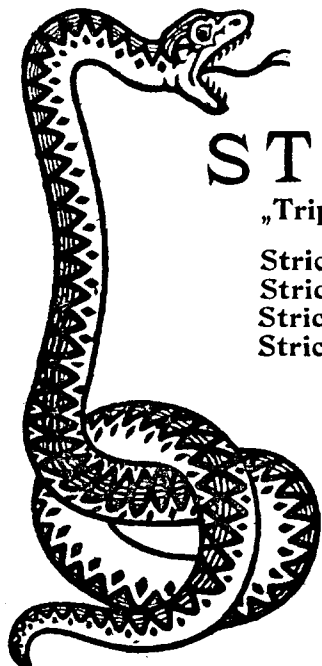
POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.





GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJE-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Pieczęć
Pecie długie

Warszawa, d. 16 czerwca 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2689.

Kilka uwag o leczeniu w polu ran postrzałowych czaszki.

(Według wykładu wygłoszonego na I Zjeździe polskiej medycyny wojskowej w Warszawie 2 i 3 lutego 1917 r.)

Podał

Dr Aleksander Domaszewicz.

Komendant zakładu sanitarnego I Brygady Piłsudskiego.

Zabierając głos na temat ran postrzałowych czaszki i mózgu na wstępie zaznaczyć muszę, że uwagi i spostrzeżenia moje opierają się na dość szczupłym materiale, który prawdopodobnie możnaby było lepiej wyzyskać, prowadząc dokładniejsze notatki i obserwacje, na co jednak nie pozwoliła gorączkowa robota w polu. Postaram się jednak z moich spostrzeżeń wyciągnąć jak najwięcej praktycznych uwag, dotyczących się leczenia tego rodzaju ran w polu. Bieżącą literaturę mogłem uwzględnić tylko w bardzo szczupłych ramach, tylko o tyle, o ile jest ona dostępna w polu w nowej linii. Rany postrzałowe czaszki, obok postrzałów brzucha, należą do najcięższych, największy procent śmiertelności dających zranień. Tkanka mózgowa jest najszlachetniejszą i równocześnie najmniej odporną tkanką naszego organizmu, tkanką, która na wszelkie uszkodzenia bardzo szybko reaguje i nie posiada zupełnie zdolności do regeneracji powstałych w niej ubytków.

Pociski, trafiające w czaszkę i przenikające do jej wnętrza, czynią w niej znacznie większe spustoszenia, niż w innych organach i kościach. Działanie to tłumaczę sobie na podstawie hydrodynamicznego działania mózgu na ściany czaszki, która tworzy jakby zamknięte naczynie wypełnione kaszowatą masą. Pocisk, trafiający w takie naczynie, wywołuje gwałtowne działanie w promieniu swojego

biegu na wszystkie ściany tegoż naczynia, powodując pęknięcie tych ścian.

Dlatego też bardzo często spotykamy rozległe pęknięcia i zgruchotania czaszki, mimo że otwór wstrzałowy wcale nie wskazywał poważnego uszkodzenia. Dopiero po ostrzyżeniu i ogoleniu włosów przedstawia się nam cała zgroza zniszczenia, spowodowanego małym pociskiem karabinowym. Nieraz spotykałem na pobojowiskach zwłoki żołnierzy, u których połowa czaszki wraz z mózgiem była jakby jednym potężnym cięciem zniesiona. Przy bliższym oglądaniu można było często znaleźć wlot kuli karabinowej. Spustoszenia takie sprawiają postrzały, padające z małej odległości.

Znając skutki postrzałów czaszki, łatwo zrozumiemy, jak wielki procent rannych w głowę ginie na miejscu, lub w krótkim czasie po zranieniu, a zaledwie około 20% dostaje się w ręce lekarzy, z których zaledwie około 10% zdrowieje zupełnie.

Widzimy więc, że leczenie ran postrzałowych czaszki wymaga od lekarza w polu wielkiej staranności i ostrożności w postępowaniu i wyborze metod, by mózg chociaż mały odsetek rannych utrzymać przy życiu i ustrzedz od następnego kalectwa.

Zanim zacznę samą rzecz o postrzałach, wypada wspomnieć chociaż w kilku słowach o ogólnych warunkach, wśród jakich się pracuje w polu. Najczęściej miejscem operacji

jest zwykła izba chłopska, lub nawet stodoła i przybudówki, w porze letniej często bardzo namiot. Lekarz jest obowiązany, musi nieraz operować tuż w pobliżu linii bojowej, musi nieraz w ciągu godziny lub w jeszcze krótszym czasie urządzić sobie odpowiednie miejsce do operowania. Praktyka wykazała, że nawet najgorszą izbę, po odpowiednim oczyszczeniu można śmiało użyć jako salę operacyjną. Tylko aseptyka nie uległa na wojnie zmianie, przeciwnie—trzeba o nią jeszcze więcej dbać niż w szpitalu, klinice, trzeba nawet doprowadzić do przesady w wyjaławianiu narzędzi i materiałów opatrunkowych. Przed każdym zabiegiem potrzebny materiał musi być świeżo przygotowany i wyjałowiony. Wszelkie opatrunki pooperacyjne muszą być nadzwyczaj starannie zakładane, żeby móżdż się ustrzedz przed następową infekcją rany czystej, co w polu niestety bardzo często się zdarza. Również zmiana opatrunków musi być bardzo dokładna i częstsza, niż w tyłowych, urządzonych szpitalach.

Przystępując do własnej kazuistyki, muszę jeszcze dodać, że rannych otrzymywaliśmy zwykle w przeciągu 1—3 godzin od chwili zranienia. Konieczne zabiegi wykonywaliśmy, o ile tylko było możliwe, jak najprędzej, po odpowiednim przygotowaniu i wyjałowieniu instrumentów i opatrunków.

Wszyscy mniej więcej chirurdzy dzielą postrzały czaszki na:

- 1) postrzały rynienkowate (styczne, tangencyalne),
- 2) „ po cięciwie (segmentarne),
- 3) „ osiowe (diameterne, przestrzały),
- 4) „ podstawy czaszki (*Schädelbasischuss*),
- 5) „ ślepe (*Steckschuss*).

W podziale takim można jeszcze wprowadzić rozmaite drobne szczegółowsze podziały, jednak dla jasności przyjmuję tylko ten podział. Ponieważ polska terminologia ran postrzałowych jest dotychczas zupełnie nieustalona, przyjąłem terminologię, podaną przez Hermana.

Rozpatrywanie każdego przypadku z osobna zajęłoby zbyt wiele czasu; sklasyfikuję przeto mój materiał wedle podanego podziału i zajmę się bliżej ciekawszymi przypadkami i postrzałami rynienkowatymi, jako najważniejszymi, ze względu na wskazania do zabiegów chirurgicznych.

Krótkie zestawienie przypadków przedstawia się następująco:

16 postrzałów rynienkowatych,

7 „ po cięciwie (segmentarnych),

15 „ osiowych (diameteralnych),
4 „ ślepe.

Razem 42 przypadki.

W zestawieniu tem nie biorę w rachubę rannych, którzy wkrótce po przewiezieniu do zakładu sanitarnego zmarli, lub jeszcze w czasie transportu życie zakończyli.

Z 16 postrzałów rynienkowatych, z których 14 było kulą karabinową, a 2 odłamkiem granatu spowodowanych i wszystkie operowano—zmarło 2 chorych, reszta w ciągu kilku dni została odtransportowana w doskonałym stanie. Z dwóch zmarłych pierwszy, oprócz postrzału czaszki, miał ciężki postrzał klatki piersiowej i zmarł z powodu dużej utraty krwi, drugi został przywieziony w bardzo ciężkim stanie, chociaż postrzał rynienkowaty odłamkiem granatu ponad prawem uchem był bardzo małych rozmiarów. Po operacji nie nastąpiła żadna poprawa. Zejście śmiertelne tłumaczyłem sobie albo pęknięciem podstawy czaszki, lub tem, że jakiś odłamek kostki lub granatu został głęboko zapędzony w mózg i uszkodził ośrodki konieczne do życia.

Z 7 postrzałów po cięciwie (segmentarnych) operowaliśmy 5 — zmarł chory jeden, prawdopodobnie wskutek znacznych uszkodzeń mózgu odłamkami kostnymi. Pozostałych 4 zostało odesłanych w ciągu kilku dni w dobrym stanie. Dwóch dostarczono mi w bardzo ciężkim stanie z rozległymi pęknięciami (fisurami) czaszki. Ograniczyłem się do usunięcia widocznych odłamków i założenia porządných opatrunków.

Z 15 postrzałów osiowych operowaliśmy 8 — z tego zmarło 3, 5 odesłano ze znacznym polepszeniem. U pozostałych 7, z powodu beznadziejnego stanu, nie wykonaliśmy żadnych zabiegów.

Z 4 postrzałów ślepych 2 były od karabinu, 2 od szrapnela. We wszystkich tych przypadkach, po dokładnem oczyszczeniu rany wstrzałowej z odłamków kostnych, staraliśmy się znaleźć kulę, jednak w żadnym z przypadków przy ostrożnem szukaniu nie udało się jej znaleźć.

Dla całości obrazu naszego postępowania podam krótki opis zabiegów, jakie stosowaliśmy u rannych w głowę.

Ostrzyżenie krótko włosów maszynką, dokładne ogolenie w dużym obwodzie rany, umycie głowy ciepłą wodą z mydłem, następnie benzyną i wreszcie jodynowanie skóry również w szerokim obwodzie rany; tak przygotowanego rannego przenoszono na stół i układano wysoko głowę zapomocą odpowiednich wałków.

W miejscu tem chcę zwrócić uwagę, jak ważną jest rzeczą, by żołnierz w okopach miał czysto utrzymaną i przede wszystkim krótko ostrzyżoną głowę. W przeciwnym bowiem razie, przy najmniejszym nawet zranieniu na czaszce, tworzy się ze zbitych włosów i skrzepłej krwi twarda skorupa, która w pierwszym rzędzie utrudnia orientację co do rodzaju i rozmiarów rany, a następnie sprawia wielkie trudności i dotkliwy ból przy stryżeniu i myciu głowy, i wreszcie bardzo łatwo może się stać źródłem złośliwych zakażeń samej rany.

Prawie wszystkie zabiegi wykonywaliśmy w narkozie morfinowoeterowej. Stosowaliśmy tę narkozę z tej przyczyny, że ranni w głowę są najczęściej podnieceni i niespokojni, tak że wszelkie zabiegi w miejscowym znieczuleniu są przez to bardzo utrudnione. Po dokładnem zorientowaniu się o przebiegu i rozmiarach rany, przedłużaliśmy zazwyczaj ranę czepca (*galea*) wzdłuż jej przebiegu, tak żeby cały brzeg rany kostnej i ewentualne pęknięcia (fisury) były widoczne. Okostną odsuwaliśmy skrobaczką—raspatoryum. Nie używaliśmy przytem nigdy okłuwania sposobem Heidenheina, gdyż świeża rana postrzałowa czepca (*galea*) prawie nie krwawi, a nieznaczne krwotoki łatwo się zatrzymują po chwyceniu peanem wzdłuż rany czepca. Następnie pincetą i ostrą łyżeczką usuwaliśmy widoczne odłamki kostne, włosy, strzępy czapki i zmiążdżoną tkankę mózgową. Po delikatnem przepłókaniu całej rany wodą utlenioną, która doskonale usuwa resztki zanieczyszczeń rany i po delikatnem wygazikowaniu, przystępowaliśmy do wyrównania brzegów rany kostnej kleszczami Luera we wszystkich kierunkach, dopóki nie odsłoniło się zdrowej opony twardej. Nie radziłbym używania do tego celu dłuta, ponieważ pęknięcia czaszki (fisury), które tak często towarzyszą postrzałom czaszki, mogą się przez to powiększyć. Dłuta można użyć ostatecznie wtedy, gdy otwór w kości jest tak mały, że kleszczami nie można wejść pod sklepienie czaszki. Teraz dopiero przystępowaliśmy do odszukania głęboko tkwiących odłamków kostnych. Najodpowiedniejszym instrumentem do tego celu okazał się palec, na co się zgadzają prawie wszyscy lekarze, mający do czynienia z postrzałami czaszki. Postępowanie nasze było tego rodzaju, że cały brzeg rany kostnej oczyszczano jeszcze

raz z drobnych odłamków i rozprysniętej błazki wewnętrznej (*tabula interna*) zapomocą ostrej łyżeczki, wchodząc nią ostrożnie między zdrową oponę twardą a kość—następnie przeszukiwano jeszcze całą ranę wskazującym palcem, a natrafiwszy na odłamki, wprowadzano po palcu szczypczyki, które ostrożnie wyciągano odłamki, żeby nie uszkodzić zdrowej już opony.

Jeżeli wszystkie odłamki zostały usunięte, mózg zaczyna tętnić i bardzo często pod wpływem tego tętnienia wypływa jeszcze z rany biała masa zmiążdżonej substancji mózgowej. Jest to najlepszym dowodem, że usunięto już wszystko, co sprawiało ucisk, a przeszkadzało tętnieniu mózgu w otworze rany. Po oczyszczeniu i wyrównaniu brzegów rany czepca i skóry, zakładano na czepeczek kilka szwów sytuacyjnych. W miejscu wlotu i wylotu pocisku wprowadzano setony z wyjąłowanej gazy. Otoczenie rany postrzałowej jodynowano powtórnie i ranę okładano grubą warstwą gazy. Opatrunek musi być bardzo starannie i mocno założony, żeby się łatwo nie przesunął i żeby ranny nie mógł go zdrzeć. Ranni w głowę, często w stanie nieprzytomnym, zdzierają z głowy opatrunki i rozdzierają nawet swoją ranę. Z tego powodu najlepiej jest zakładać opaskę krochmalną. Tak opatrzonego chorego najlepiej umieścić z wysoko ułożoną głową w ten sposób, żeby ją zupełnie unieruchomić zapomocą wałków z piasku i poduszki. Samo przez się rozumie się, że pielęgnowanie takiego chorego musi być bardzo troskliwe i staranne. Zmianę opatrunku robiono zwykle na trzeci dzień po zabiegu. Zależnie od zachowania się i wyglądu rany, zmieniano lub usuwano zupełnie setony. Co do następnych zmian opatrunków, kierowaliśmy się zachowaniem temperatury i ostatnim wyglądem rany. Przeważnie jednak, musieliśmy naszych rannych na 3—4 dzień po zabiegu wysyłać dalej z braku miejsca i odpowiednich warunków, lub z powodu tego, że zakład musiał być gotowy do marszu. Przed transportem zakładaliśmy operowanym mocny opatrunek krochmalny, sięgający aż na kark i piersi, w celu ustalenia głowy. Sami chorzy przyznawali, że jest im dobrze w takim opatrunku, bo inaczej głowa im ciąży i nie są w stanie jej utrzymać w równowadze.

(Dok. n.).

ZE SZPITALA IM. KAROLA I MARYI DLA DZIECI W WARSZAWIE
(Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA J. BRUDZIŃSKIEGO, LEKARZA NACZELNEGO SZPITALA).

Przypadek eunuchoidyzmu.

Podał

Marta Erlichówna,

Ze względu na rzadkość tego cierpienia pozwalam sobie podać opis przypadku eunuchoidyzmu, spostrzeganego na naszym oddziale.

Władzio Z., l. 13 m. 7, przybył do szpitala z powodu obrzęków twarzy i kończyn. Obrzęki te, zależne od niedostatecznego, względnie nieodpowiedniego odżywiania (t. zw. głodowe) ustąpiły po dwóch tygodniach pobytu w szpitalu. Wtedy dopiero można było dokładnie zauważyć i opisać objawy interesującego nas cierpienia.

Rodzice twierdzą, że chłopiec jest i był zawsze pod każdym względem normalny. Jest tylko spokojniejszy i grzeczniejszy, niż zwykle dzieci bywają. Śmieje się rzadko, nie lubi się bawić. Do szkoły poszedł dopiero rok temu, dlatego że przedtem „z powodu braku zębów“ miał zbyt niewyraźną wymowę. Uczy się bardzo dobrze. Był zawsze słabowity, zaczął mówić w 12-tym miesiącu, chodzić dopiero w 6-tym roku, przechodził odrę w 7-ym roku życia, zapalenie płuc w 9-tym roku.

St. praesens. 7. VI. 16. (po zupełnem ustąpieniu obrzęków). Wygląd chłopca ilustruje załączona fotografia. Uderza wyraz twarzy tępy, nieco ponury, usta półotwarte, dolna warga opuszczona, kółka koślawe w wysokim stopniu, i niedorozwój części płciowych.

Na pytania odpowiada apatycznie, ale dość szybko. Ruchy mimiczne twarzy minimalne. Mowa szepleniąca. Mówiąc wsuwa język między zęby. Głos dziecienny, czyta nieźle, liczy dobrze, zna dość dobrze tabliczkę mnożenia, pisze nieźle — zwłaszcza, jeśli uwzględnimy, że uczy się dopiero od roku. W sprawach, dotyczących jego osoby i otoczenia orientuje się dobrze, o wojnie obecnej wie ni mniej od każdego z chłopców w jego wieku. Bawi się z innymi dziećmi, ale bardzo spokojnie. Badanie jest mu zupełnie obojętne.

Chód kaczkowaty. Budowa zachowała ślady krzywicy średniego stopnia. Odżywianie naogół mierne, tkanka tłuszczowa nagromadzona w dolnej części twarzy, pod brodą, oraz nad spojeniem łonowem, jednak w stopniu niewybitnym. Skóra na dotyk ciepła, niezbyt sucha. Włosy na głowie zbyt suche, dość gęste, przy pociąganiu nie dają się wyrwać; brwi dość gęste, normalne, rzęsy górne normalne, dalsze rzadkie, krótkie; na policzkach z boków jasny puszek. Wewnątrz nozdrzy nieco jasnych włosów.

Zupełny brak włosów nad górną wargą, pod pachami, na wzgórku łonowym i na kroczu nawet przy uważnem przyglądaniu się przez lupę. Na gołeniach i przedramionach nieliczne jasne włoski. Rentgenogram czaszki (Kol. Grudziński) nie przedstawia żadnych absolutnie

zmian w budowie siódła tureckiego. Czaszka budowy foremnej. Guzy czołowe zaznaczone. Uszy: prawe kształtne, lewe niekształtne, małżowina jakby pognieciona w górnej połowie. Wzgórków Darwina niema. Szczęka dolna wydatna. Klatka piersiowa długa, wąska, ślad różańca krzywiczego. Łopatki odstające. Obojczyki skośne. Kończyny górne bardzo szczupłe. Nasady u rąk rozszerzone. Dolna połowa ciała, faktycznie od górnej dłuższa, wydaje się zbyt krótką z powodu ustawienia kończyn dolnych w kształcie litery X. Golenie w stosunku do stawów kolanowych w stanie zna-



cznego odwiedzenia (*abductio*), prawa w stopniu znaczniejszym. Oba uda w stanie przywiedzenia (*adductio*). Obie kości udowe łukowato wygięte ku przodowi w kształcie szabli, spłaszczone w wymiarze poprzecznym. Na wewnętrznym brzegu prawej kości piszczelowej nieco niżej guzowatości występ długości 1 cm. (*erostosis*). Rentgenogram stawów kolanowych, wykonany przez kol. Grudzińskiego, wykazał co następuje: linia przyrostkowa nasady uda szeroka, zwłaszcza po stronie prawej. Pełnego wzrostu kostnego nasady z trzonem uda niema. Rzepka, z obu stron przesunięta na zewnątrz, zastania kłykieć zewnętrzny.

Szczelina stawowa szeroka, linia przyrostkowa nasady goleni zmian nie przedstawia. Budowa kostna beleczkowata normalna. Inne stawy i kości prawidłowe. Zaznaczony romb Michaelisa (= romb utworzony przez połączenie 4 punktów: ostatni wyrostek ościasty, anus, oraz dwa wgłębienia na prawo i na lewo od kręgosługa). Tarczyca ledwie macalna. Na szyi spore gruczoły chłonne. Odruchy ścięgniste normalne. Z odruchów skórnych — odruch podeszwowy znacznie osłabiony, odruch z moszny normalny. Żrenice reagują dobrze. Dno oczu normalne. Wybitny dermatografizm. Czerwieni się łatwo. Nie poci się. Niema drżenia. Gardziel i krtań zmian nie przedstawiają. Wyrósłi na nosie niema — stwierdzono natomiast wyraźne skrzywienie przegrody nosa w lewo. Język gruby i dość szeroki. Uzębienie wadliwe; górna szczeka: z czterech górnych siekaczy normalny tylko prawy średni, na miejscu lewego średniego kieł, ustawiony bokiem, zwrócony powierzchnią twarzową w prawo, na miejscu bocznych siekaczy i lewego kła zębów brak, nad prawym kłem spróchniały ząb mleczny; przedtrzonowych lewych brak, prawe obecne, z trzonowych jeden po stronie prawej, po lewej był jeden, ale został wyrwany. W dolnej szczęce obecne siekacze i kły, obecne po jednym przedtrzonowym i po 2 trzonowe. Na wszystkich zębach zielonkawy, gęsty osad. Wszystkie trzonowe w większym lub mniejszym stopniu spróchniałe.

Dla ścisłości dodaję szczegółowe wymiary:

Wymiary czaszki:

Podłużny (od glabella do for. occip. magnum) — 37 cm.

Poprzeczny (od ucha do ucha) — 28 cm.

Obwód — $52\frac{1}{2}$ cm.

Długość nosa — 4 cm.

Odległość od stawu żuchwowego do środka brody — $13\frac{1}{2}$ cm.

Największa grubość języka 1,35.

Grubość wargi dolnej 1,2.

Grubość wargi górnej 0,7.

Obwód szyi — 27.

Kończyny górne:

Długość kończyn, od wyrostka kruczego (*coracoides*) do końca III palca, prawej — 76,5, lewej 76,5.

Długość ramion od *proc. cor.* do kłykcia zewn. prawe 28, lewe 28.

Dł. przedramienia od dołu łokciowego do stawu napięst.: prawego 19, lewego 19.

Szerokość dłoni: prawej 8,5, lewej 8,5.

Kończyny dolne:

Długość uda od główki biodrowej do zewnętrznego brzegu środka rzepki: prawego — $28\frac{1}{2}$, lew. — 28.

Długość goleni od środka rzepki do kostki zewnętrz.: praw. — 31, lew. 30.

Długość stopy prawej 19, lewej 19.

Obwód klatki piersiowej na wysokości rękodzięci mostka — $62\frac{1}{2}$.

Obwód klatki piersiowej na wysokości sutek — 64.

Obwód brzucha na wys. pępka — 60.

Wysokość ciała 125,5 (norma wg. Pfandle-
ra 148).

Długość dolna — 63,5 (od spojenia łonowego do palców).

Długość górna — 62,0 (od czubka głowy do spojenia łonowego), (u osobników normalnie zbudowanych długość dolna jest mniejsza, niż długość górna).

Ze strony serca i płuc żadnych zmian nie stwierdzono. Tętno miarowe 60–80. Obecne objawy powiększenia gruczołów okołoskrzelowych. Odczyn Pirqueta wybitnie dodatni. Ze strony jamy brzusznej nic chorobnego nie stwierdzono. Wątroba i śledziona niemacalne.

Narządy płciowe słabo rozwinięte, mniej więcej jak u chłopca 6–7 letniego; prącie długości $3\frac{1}{2}$ — 4 cm., grubości małego palca, jądra wielkości małych wiśni, wiszą nisko w mosznie, są niewrażliwe na ucisk, konsystencji jędrnej. Obydwa przyjądrza wymacują się wyraźnie. Worek moszny niewielki, skóra dość ciemna, szew krocza zachodzi wysoko ku tyłowi, nie jest wgłębiony. Moczu oddaje do 3000 na dobę. Pije dużo. Mocz badany kilkakrotnie, ciężar swoisty 1003 — 1006, białka ani cukru nie zawiera. Chlorki wydziela w ilości normalnej. Po próbnym ograniczeniu ilości płynów nie doznawał przykrych sensacji prócz umiarkowanego pragnienia, diureza zmniejsza się przytem odpowiednio. Krew prawie normalna; hemoglobiny według Sahliego 76^0 czerwonych ciałek krwi 4,442,000, wskaźnik zabarwienia — 1, białych ciałek krwi 7600. Preparaty barwione polichromem Kleina wykazują normalne zabarwienie krwinek. Stosunek wzajemny ilościowy białych ciałek krwi: limfocytów 40%, wielojądrowych obojętnochłonnych 46,5%, zasadochłonnych 0,5%, eozynochłonnych 6,5%, monokomórek i przejściowych 6,5%.

Płytki w ilości normalnej. Dość znaczna ilość dużych jasnych jąder, ubogich w chromatynę, zawierających 1–2 jąderka z granicami zatartymi, nie otoczone zarodnią. Wyglądają jak jądra patologicznych limfocytów. Jak się później przekonałam, postaci te znajdują się prawie w każdym przypadku obrzęków głodowych, sądzę więc, że i tu zmiana w obrazie krwi niema nic wspólnego z głównym cierpieniem, nas interesującym, lecz była zależna od zaburzenia w odżywianiu, któremu zawdzięczamy niniejsze spostrzeżenie. Stwierdzana kilkakrotnie w kale obecność jaj tasiemca wyjaśniła nam przyczynę nieznacznej eozynofilii — 6%, zamiast 2 — 4%.

Reasumując wszystko wyżej powiedziane, widzimy całą grupę objawów degeneracyjnych, upoważniających nas do rozpoznania eunuchoidyzmu: 3 objawy główne, t. zw. przez Sterlinga tryada dystroficzna, a mianowicie niedorozwój narządów płciowych w stopniu dość znacznym, braki w owłosieniu w stopniu niewybitnym, oraz otyłość ledwie zaznaczona, a raczej nieprawidłowe rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w pewnych tylko okolicach. Objaw ostatni może z biegiem czasu spotęgować się, i wówczas będzie więcej rzucał się w oczy. Widzimy dalej wybitne zaburzenia w budowie kości: wyso-

ki stopień *genu valgum*, otwarte linie przyrostkowe, przewaga długości dolnej nad górną, wadliwe uzębienie (na które pierwszy zwrócił uwagę u eunuchoidów Sterling), romb Michaelisa, również opisany przez Sterlinga, jako cecha feminizmu u męskich eunuchoidów.

Pod względem psychicznym można przypadek ten zaliczyć według klasyfikacji Sterlinga do grupy I-ej — jako mało odchylający się od normy (bierny, apatyczny, spokojny, łagodny).

Jedyny objaw chorobny, nie należący do obrazu eunuchoidyzmu, — mianowicie *polyuria*, dowodzi niewątpliwie zaburzeń w czynności przysadki obok cierpienia głównego, t. j. zaburzenia w czynności gruczołów płciowych. Nie może nas to jednak dziwić, gdyż wobec bliskiego pokrewieństwa, istniejącego między gruczołami o wydzielaniu

wewnętrznym, nie widzimy prawie nigdy przypadków zupełnie czystego zachorzenia tylko jednego gruczołu.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to w przypadku naszym mogłaby odgrywać rolę tylko *dystrophia adiposo-genitalis*. Przeciw temu rozpoznaniu przemawia brak wybitnej otyłości, a przede wszystkim brak objawów wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, jak ból głowy, zaburzenia wzrokowe i t. d. dla tego cierpienia charakterystycznych, w końcu brak jakichkolwiek zmian w siodle tureckim, któreby dowodziły nieprawidłowego rozrostu przysadki mózgowej.

Piśmiennictwa, tycającego się omawianej sprawy nie podaję, zaznaczam jedynie, że w obserwacji i opisie przypadku, kierowałam się danymi z pracy Sterlinga: „Studia kliniczne nad eunuchoidyzmem“.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenia kliniczne dn. 16 stycznia 1917 roku.

1) J. Skłodowski wygłosił rzecz p. t. „Napady omdlenia zależne od postawy pionowej (*syncope orthostatica*)”. (Drukowane w „Gaz. Lek.” w № 20 1917 r.).

2) J. Koelichen wygłosił rzecz pod takim samym tytułem. (Drukowane w Gaz. Lek. № 21 1917 r.).

W dyskusji nad obu odczytami Czubański zaznaczył, że różnice, powstające w ciśnieniu krwi wskutek zmiany pozycji, są zjawiskiem znanym w eksperymentach fizyologicznych; u osobników zdrowych ciśnienie jednak szybko wraca do normy, wobec czego w przypadkach opisanych istotę zaburzenia stanowi niemożność sprawnego wyrównywania zmian w ciśnieniu. Mówca nie zgadza się z kol. Skłodowskim, ażeby przyczynę upatrywać w schorzeniu jądra nerwu błędnego, gdyż w takim razie musiałoby wystąpić zwolnienie akcji serca, a zwolnienia obaj prelegenci nie obserwowali. Mówca zgadza się z kol. Koelichenem, że chodziło tu o zmiany bądź w ośrodkach naczynioruchowych, bądź w drogach, do nich prowadzących.

St. Orłowski zaznaczył, że przyczynę zawilej sprawy omdleń niesłusznie upatrywano w pierwotnych zaburzeniach układu krążenia. Omdlenie pod wpływem wstrząsu czy bólu wyraźnie wskazuje, że przyczyna leży częstokroć w układzie nerwowym centralnym. Według Gowera, można przypuszczać, że chodzi tu o kurczenie się wypustek zarodkowych w komórkach zwojowych kory mózgowej, lecz jest to hipoteza niezbyt prawdopodobna. Według Lewandowskiego, nagłą utratę przytomności można zestawić z *petit mal* w padaczkę. Nowsze jednak badania zdają się przemawiać za poglądem, że omdlenie zależy od podrażnienia ośrodka naczynioruchowego dla naczyń kory mózgowej. Istnienie tego ośrodka stwierdzili

Weber i Berger, ma on leżeć w mózgowiu powyżej ośrodka naczynioruchowego opuszki, a podrażnienie kory w każdym miejscu dzięki temu ośrodkowi wywołuje może jednoznaczne zmiany czynne w naczyniach obu półkul mózgowych.

Pawiński zaznaczył, że niedostateczne ukrwienie mózgu, jako przyczyna omdlenia, zależy może od zmian zarówno serca, jak i układu nerwowego. Przykładem omdleń na tle nerwowym służyć mogą częste omdlenia kobiet w okresie dojrzewania. Co do zmiany pozycji, to ustrój w warunkach normalnych posiada zdumiewającą łatwość wyrównywania wszelkich pochodzących ztąd zaburzeń w ciśnieniu krwi, najlepszym dowodem są akrobaci, dokonywujący karkołomnych sztuk z głową na dół. Wobec tego w przypadkach prelegentów patologiczną była niesprawność owego narządu, wyrównującego zaburzenia w ciśnieniu wskutek zmiany pozycji.

Higier podkreślił częstość opisywanych w ostatnich czasach ortostatycznych objawów wogóle (ort. białkomocz, ort. tachykardia, objaw Bruns'a, ort. objawy w chorobie Menière'a), dodając, że wszystkie właściwie omdlenia — poza histerią i epilepsją — występują w pozycji pionowej. Ciekawe przypadki prelegentów nie są w stanie wyjaśnić, od czego zależy brak mechanizmu, zapewniającego sprawność krążenia, a to wskutek tego, że dotyczą one najsłabszego działu fizjologii. Do tej pory nie wiemy, gdzie mieszczą się ośrodki naczynioruchowe, ile jest tych ośrodków (według Webera—3) i czy istnieją one istotnie, a objaśnienia ich działania sprowadzają się zwykle do błędnego koła przyczyny i skutku: podrażnienie mózgu wywołuje osłabienie akcji serca, co wpływa na złe ukrwienie mózgu, wywołując podrażnienie ośrodków i t. d. W przypadku kol. Skłodowskiego mówca nie sądzi, ażeby można było *a priori* wykluczyć schorzenie serca lub naczyń, gdyż przypadek ten

dotyczył luetyka. W przypadku kol. Koelichena uraz mógl dotyczyć i opuszki (np. w postaci t.zw. wylewu lejkowatego — *haematomyelia centralis tubularis*), o czym przekonywa objaw Hornera. W końcu mówca omawia potrzebę badań pletysmograficznych w przypadkach odnośnych.

Pręgowski zauważył, że twierdzenia: „omdlenie zależy od anemii mózgu” i „spadek ciśnienia krwi wywołuje anemię mózgu” — nie są całkowicie słuszne. Utrata bowiem przytomności zależy może i od hyperemii mózgu, podobnie i spadek ciśnienia; np. skutkiem osłabionej akcyj serca, wywołując może hyperemię mózgu.

Gajkiewicz zaznaczył, że mimo przytaczanych wyjaśnień istota sprawy pozostaje jednak niewytłomaczoną. Najlepszym tego dowodem jest fakt, że nikt dotąd omawianego syndromu nie spostrzegł, choć uszkodzenia czy schorzenia opuszki i górnej części rdzenia do rzadkości nie należą.

Koelichen odpowiedział Higierowi, że istnienie ośrodków naczynioruchowych uważać należy za ustalone. Dowodzą tego doświadczenia fizyologiczne. Po przecięciu rdzenia poniżej opuszki następuje gwałtowny spadek ciśnienia, wyrównywany następnie przez uzyskujące autonomię ośrodki rdzeniowe; jeżeli zaś przeciąć nerwy naczynioruchowe przy samym rdzeniu, to również nastąpi spadek ciśnienia, i również ustrój ratować się będzie przez autonomię następnego odcinka, a więc węzłów nerwowych, leżących w samych nerwach. Z doświadczeń tych i innych nie ulega także wątpliwości i istnienie torów, łączących ośrodki, choć ani pierwsze, ani drugie nie są ściśle anatomicznie umiejscowione. Na słuszną uwagę kol. Gajkiewicza prelegent odpowiada, że brak dotychczasowych spostrzeżeń *syncope orthostatica* być może wiąże się z tą okolicznością, że odnośni chorzy bywają zwykle obserwowani w stanie ciężkim i nie opuszczają łóżek.

St. Kopczyński przytoczył własną podobną obserwację, dotyczącą 18-letniej dziewczyny, której dokonano trepanacji czaszki wskutek ropnia lewej półkuli mózdkowej. Podczas opatrunków, gdy chorą sadzano, często tętno znikало, występowała bledosc twarzy i chora traciła przytomność.

Czubalski poparł przemówienie Koelichena co do niewątpliwości istnienia ośrodków naczynioruchowych i odpowiedział Pręgowskiemu, że jeżeli spadkowi ciśnienia krwi towarzyszy rozszerzenie się naczyń jamy brzusznej, to anemia mózgu jest następstwem nieuniknionem.

Skłodowska odpowiedział, że istotę opisanego zjawiska stanowi spadek ciśnienia krwi, samo omdlenie jest bowiem tylko następstwem złego ukrwienia mózgu. Podanie obserwowanych zjawisk do wiadomości ma znaczenie głównie kliniczne, gdyż wyjaśnienie rzeczonego objawu musi pozostać hipotetycznym. Mówca jednak nie zgadza się z kol. Koelichenem i innymi, którzy upatrują przyczynę w zmianach anatomicznych ośrodków naczynioruchowych i powołują się na prawa hydrostatyki. Gdyby hipoteza ta była słuszną, to spadek ciśnienia obserwowanoby również i w pozycji leżącej, a objawy przepełnienia naczyń na kończynach dolnych musiałyby chyba stać się widoczne. Niezgoda jest nadto hipoteza powyższa z faktem, że w warunkach normalnych ciśnienie krwi jest

najwyższe w pozycji siedzącej, średnie — w leżącej, a najniższe — w stojącej. Wobec tego mówca uznaje za bardziej słuszne upatrywanie przyczyny omawianego zjawiska w czynnym hamowaniu serca skutkiem podrażnienia ośrodku nerwu błędnego. Jako tło anatomiczne w swoim przypadku przypuszcza S. przymiotowe zmiany w naczyniach, doprowadzających krew do wymienionego ośrodku. Czubalskiemu S. odpowiada, że zarzut postawiony przewidywał, wobec czego w odczycie już zaznaczył, że podrażnienie ośrodku nerwu błędnego może w pewnych razach wywoływać stopniowe słabnięcie skurczów serca bez zmiany ich rytmu; Bechterew obserwował i opisał to zjawisko.

Dn. 6 lutego.

O s z a c k i (z Krakowa) wygłosił rzecz p. t. „O badaniu sprawności krążenia”. Dla oceny sprawności krążenia niezbędne jest podjęcie pewnych prób czynnościowych. Ani bowiem powiększenie rozmiarów serca, ani obecność szmerów nie decyduje jeszcze o jego niesprawności, podobnie jak brak wszelkich objawów chorobnych nie przesądza jeszcze o sprawności serca. Próba, stosowana przez prelegenta, polega na zadawaniu dość znacznej pracy na ergostacie (12 tys. klgr. metr.) i notowaniu co 2 minuty tętna i ciśnienia. W razie niesprawności krążenia następuje charakterystyczne krzyżowanie się krzywej ciśnienia (które opada) z krzywą tętna (które się wzmacnia). Często jeszcze przed spadkiem ciśnienia skurczowego występuje spadek ciśnienia rozkurczowego. Stosowane dotąd metody (Katzensteina, Hertza i in.) mają tę złą stronę, że nie obserwują serca podczas pracy, lecz tylko w pewnych warunkach statycznych. Prelegent, pracując w szpitalach wojskowych i wydając liczne orzeczenia o stanie zdrowia żołnierzy, przekonał się, że jego metoda daje wyniki stosunkowo najlepsze.

Patologię krążenia prelegent dzieli na dwie kategorie: mięśniową i nerwową. Do pierwszej należy: 1) grupa wad serca, w której sprawność krążenia bywa rozmaita, 2) grupa przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego i zmian miażdżycowych, w której sprawność krążenia zwykle bywa niedostateczna i 3) grupa przypadków, w których krążenie okazuje się niesprawnym, lecz badanie nie wykrywa zmian (niewątpliwie organicznych), dających się określić znanym rozpoznaniem klinicznym. Do drugiej kategorii należą zaburzenia czynnościowe, zwane zwykle „nerwicami serca”, niezupełnie trafnie, gdyż chodzi tu bądź o nerwice ogólne, bądź też o zmiany w innych narządach, odbijające się na czynności serca. Należą tu: 1) grupa *status asthenicus* (Stiller), 2) grupa nerwic urazowych i histeryi i 3) grupa toksyczno-autotoksyczna. Sprawność krążenia bywa w tych stanach różna, zależnie od natężenia stopnia zaburzeń.

Prelegent zwraca uwagę na grupę schorzeń serca, w której zmiany anatomiczne mogą być wprawdzie małe, lecz są ważne przez swą lokalizację (np. w pęczku Hisa). Wreszcie, prelegent zaznacza, że przewlekłe sehorzenia mięśnia sercowego mogą powstawać nie tylko wskutek ciężkich chorób zakaźnych, lecz również i wskutek drobnych spraw ropnych, jak czyraki skóry, ropotoki zębowe etc.

W dyskusji Pawiński zauważył, że ścisła ocena sprawności krążenia należy do zadań trudnych. W niektórych stanach chorobnych sprawność krążenia bywa zadziwiająco wielka (zawodowi atleci z niedomykalnością zastawek aorty), w innych znowu — nawet po śmierci wskutek niedomogi serca nie wykrywamy zmian dostatecznie wyjaśniających niesprawność krążenia. Dobrej metody badania sprawności krążenia niema. Lekarz praktyk najczęściej obserwuje, czy nie zjawia się duszność po wykonaniu pewnego ruchu. Opieranie się na stanie tętna i ciśnienia podczas pracy, jak to czyni prelegent, nie może dostarczać danych ścisłych, zwłaszcza wobec wpływu czynników psychicznych na tętno.

Higier nie uważa klasyfikacji nerwic krążenia za racjonalną. Grupa pierwsza jest dość nieokreślona (*st. asthenicus*), jej semiotyka niewyraźna i niepewna, a jeżeli uchylenia od normy układu chromafinowego w grupie tej odgrywać mają rolę znaczną, to tem samem zlewa się ona z grupą toksyczno-autotoksyczną. Najbardziej uzasadnioną jest grupa nerwic urazowych i histeryi. Należy ją jednak rozróżniać od innej wielkiej grupy nerwic sercowo-naczyniowych, o której prelegent prawie nie wspominał, mimo, że w klinice odgrywa rolę ważną i leczy się nader ciężko. Jest to nerwica na tle pierwotnych zaburzeń w układzie nerwowym współczulnym i autonomicznym, którą jedni leczą metodą oszczędzania, inni przepracowania, jedni fizykalnie, inni psychoanalizą Freuda i t. d. Objawy bywają różne, nieraz ciężkie i długotrwałe, jak: *arythmia perpetua*, *p. alternans*, trzepotanie serca, *tachycardia* i *bradycardia paroxysmalis* etc. Mówca wyraża przypuszczenie, że część uporczywych nerwic serca w wieku młodym ma jednak za tło bądź wczesne zmiany degeneracyjne mięśnia sercowego, bądź zmiany miażdżycowe, które po latach dopiero dają się ustalić.

Rzętkowski, omawiając cele i metody oznaczania sprawności krążenia, zaznaczył, że zjawisko wzrastania amplitudy tętna kosztem obniżania się ciśnienia rozkurczowego dowodzi czynnego udziału tętnic w mechanizmie krążenia. Mówca przypomina badania własne nad sprawnością krążenia przy pomocy azotynu amylu. Sposobem szybkim jest badanie tętna w różnych pozycjach ciała, lub po dokonany wysiłku. Ponieważ w tych warunkach występuje duszność, mówca przypuszcza możliwość oznaczania napięcia CO₂ we krwi, jako przyszłej metody. Mówca, wbrew zdaniu Higiera, zaznacza, że takie zjawiska, jak *arythmia perpetua*, *tachycardia* i in. nie są objawem nerwowym, lecz występują na tle organicznych zmian w mięśniu sercowym. W końcu mówca zapytuje prelegenta, jak często miał sposobność stwierdzać zmiany organiczne w sercu wskutek owych drobnych spraw ropnych, jak choroby i t. d.

Oszacki odpowiedział Pawińskiemu, że celem wyłączenia wpływu czynników psychicznych na tętno zawsze dokonywał prób kilkakrotnych; że nie przecenia swej metody, lecz uważa ją za sprawdzian obiektywny, wykazujący obecność zaburzeń w krążeniu w wielu przypadkach, w których inne badania zawodzą; że występowanie duszności jest objawem wieloznacznym, zależnym i od stanu płuc

i od wpływu czynników psychicznych na ośrodki oddechowy. Higierowi — że *arythmia perpetua* jest zawsze pochodzenia organicznego, że z objawami astenii ogólnej kliniki współczesne bardzo się liczą i że bynajmniej nie klasyfikował „nerwic serca“, mówił zaś jedynie o zaburzeniach funkcjonalnych w układzie krążenia bez podłoża anatomicznego. Rzętkowskiemu — że próba funkcjonalna z tętnem bywa zwykle wykonywana, lecz posiada ona wiele stron ujemnych, a specjalnie u żołnierzy wartość jej obniżają wpływy psychiczne na tętno. Schorzenia mięśnia sercowego w zależności od drobnych spraw ropnych prelegent obserwował dość często, lecz danych liczbowych w tym względzie nie zbierał.

Dn. 20 lutego.

1) St. Kopczyński przedstawił przypadek tężyczki przewlekłej, dotyczący 18-letniego szewca. Chory od 3-ich lat doznaje częstych napadów kurczów, występujących w rozmaitych grupach mięśniowych po najlżejszym nawet wysiłku. Na chorym z łotwością udaje się zademonstrować objawy Chwosteka, Trousseau, Erba, Hoffmana i Schlesingera. Objawem niezwykłym jest brak odruchów kolanowych. Przypadek jest ciekawy przede wszystkim z powodu przewlekłości przebiegu i z powodu ciężkości zaburzeń, kurcze bowiem występują nieraz po kilkanaście razy na dobę. W ostatnich miesiącach nastąpiła poprawa pod wpływem podawania soli wapniowych. Omówiwszy rolę gruczołów przytarczowych w tężyczce, prelegent zaznaczył, że w danym przypadku brak soli wapniowych w ustroju znajdować się może w związku z niedostatecznym odżywianiem.

2) Bartkiewicz (z Zawiercia) wygłosił rzecz p. t. „Badania nad rakiem wargi dolnej“ (z demonstracją preparatów, fotografii i rysunków). Prelegent zbadał 22 przypadki raka wargi (21—dolnej i 1—górnej), które sam operował. Wszystkie miały przebieg klinicznie złośliwy, w wielu wystąpiły nawroty. W pierwszym okresie rozwoju nowotwór rozrasta się w tkance podnabłonkowej, w drugim—w mięśniówce, w 3-im — w śluzówce, w 4-ym—przechodzi na tkanki sąsiednie. Większość przypadków rogowacieje. Jeden tylko przypadek powstał z nabłonka śluzówki, wszystkie pozostałe—z nabłonka czerwieni. Nabłonek ten jest znacznie cieńszy od nabłonka śluzówki, a jego warstwa podnabłonkowa zawiera mało włókien sprężystych, tu więc nowotwór napotyka opór stosunkowo najmniejszy. Rozrost następuje bądź w postaci ograniczonego guza, drążącego w głąb na małym odcinku, bądź w postaci równomiernego bujania na przestrzeni całej prawie wargi (co zdaje się przeczyć teorii Cohnheima), bądź też w postaci paru ognisk niezależnych (najrzadziej). Omawiając szereg zmian histologicznych o charakterze zapalnym i degeneracyjnym, mówca podkreślił znaczenie rozrostów kollateralnych, nie znajdujących się w bezpośrednim związku z guzem, a z których nieraz powstają później (np. po operacji) nowe ogniska rakowate. Ścisłe około guza umiejscowione są natomiast nacieczenia drobnokomórkowe, obecne zawsze, lecz w obfitości zmiennej. W tkance łącznej następuje najczęściej hiperplazja i zbliźnowacenie, rzadziej — tkanka staje się luźną i ulega homogenizacji.

Wspominając o teoriach Dmochowskiego, Ribberta i Hansemana, prelegent zaznaczył, że znaczną część opisanych zjawisk można stwierdzać i w stanach zapalnych, w przyszłości jednak wraz z udoskonaleniem metod badania uda się zapewne ustalić dla raka cechy swoiste. Pomiędzy żywotnością komórek rakowych a zmianami, wokół nich zachodzącymi, zdaje się istnieć ścisły związek przyczynowy, odczyn bowiem zapalny spotykamy około ognisk, znajdujących się w stanie rozwoju, a tkankę granulacyjną — koło ognisk obumierających.

Dn. 6 marca.

H. Higier pokazał „przypadek zupełnego porażenia hemiplegicznego pourazowego ze znieczuleniem stopy typu rdzeniowego, wyleczonego na drodze operacyjnej”. Przypadek dotyczy mężczyzny, który został uderzony siekierą w prawą stronę czaszki, poczem wystąpiło zupełne porażenie połowicze również po stronie prawej. Oprócz porażenia wystąpiła astereognozyza obwodowych części kończyny dolnej i znieczulenie ostatnich trzech palców stopy i zewnętrznej jej powierzchni. Wszystkie odruchy skórne po stronie prawej znikły. Zaburzeń mowy, objawu Babińskiego i stopopłasu nie było. Choremu dokonano operacji, podczas której usunięto odłamki kości (ze skórą i włosami), które przerwały w trzech miejscach zatokę podłużną i włączyły się w substancję mózgowia, a zatokę zeszyto. Wynik okazał się bardzo pomyślnym. Po 2-ch miesiącach chory chodzi prawie zupełnie prawidłowo. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na: 1) wystąpienie porażenia po stronie urazu (uszkodzenie zatoki, przylegającej do obu półkul), 2) znieczulenie stopy typu rdzeniowego (rzadko spotykane), 3) zeszytanie zatoki w kilku miejscach i 4) pomyślny wynik zabiegu, bez którego chory niewątpliwie uległby ropnemu zapaleniu opon.

H. Higier pokazał „przypadek „*amnésie retroantérograde*” po urazie głowy. 40-letni mężczyzna został uderzony w głowę; po urazie nastąpił obustronny krwotok uszny i kilkogodzinna utrata przytomności. Obecnie, w kilka tygodni po urazie, obok zawrotów głowy, zwolnienia tętna, osłabienia słuchu i oczopłasu, uderza objaw najstarszy, mianowicie osłabienie pamięci typu „*retro-antérograde*”. Chory zapominał i o fakcie urazu, i o kilkunastowym okresie czasu, poprzedzającym uraz, i o wszystkim, co działo się w szpitalu po zupełnym powrocie do przytomności. Zdolność odtwarzania i utrwalania wrażeń i wyobrażeń uległa znacznemu osłabieniu, a braki pamięciowe chory stara się pokryć konfabulacją i pseudoreminiscencjami. Odpowiada na pytania rozumnie, pamięta imiona dzieci swych i przyjaciół, lecz po chwili zapomina, o czym była mowa. Stan ten stopniowo ulega poprawie. Przypadki tego rodzaju bywają bardzo ciekawe nie tylko ze stanowiska naukowego, lecz i ze względów życiowych, np. w sprawach sądowych. (Prelegent cytuje przypadek własny, w którym chory na rozprawie sądowej kategorycznie zaprzeczał faktowi urazu).

H. Higier wypowiedział rzecz p. t. „Z symptomatologii i prognozy rzadszych postaci drętwicy karku”. W ciągu ostatnich lat 10-ciu prelegent obserwował z górą 120 przypadków drętwi-

cy. Choroba ta zdarza się u nas stale, lecz sporadycznie; zimą częściej, niż latem; najczęściej u dzieci do lat 5-ciu; nasilenia o charakterze epidemii prelegent spostrzegał dwukrotnie. Ciepłota zwykle podnosi się wieczorami, a rankiem opada, w 2-ch tylko przypadkach zachowywała się odwrotnie; raz jeden ciepłota miała typ zimniczo-trzciaczkowy; u starców nieraz ciepłota bywa subnormalna. Ciepłota nie zawsze poucza nas o charakterze i przebiegu drętwicy, przypadki jednak, przebiegające burzliwie, z temperaturą wysoką i śpiączką, są prognostycznie niepomyślne. Nieżyt gardzieli rzadko poprzedza wybuch choroby. Wyprysk bywa częsty, zwłaszcza u dorosłych, u osesków nie bywa go nigdy, dwukrotnie widział go jednak prelegent i w gruźlicy opon. O wiele rzadsze są petocie i różyczki o charakterze durowym. Tętno bywa zwykle przyspieszone. Objaw Kerniga u dzieci jest znacznie rzadszy, niż u dorosłych. W wieku podeszłym występuje stale. Lecz często widuje się objaw ten podczas duru i tęcza, a po jednej stronie i w niedowładzie połowicznym. Objaw karkowy Brudzińskiego jest stałszy od objawu Kerniga, u młodych jednak ssawców z nawykowym zgięciem nógma wartość mniejszą. Sztywność karku, rzadka u starców, należy do objawów stałych u dzieci. Drgawki stałe należą do wyjątków. Po 2 razy mówca spostrzegał objawy płasawicy i *fle-ribil. cerea*. Trudne bywają przypadki z początkiem udarowym i objawami hemiplegii, zwłaszcza gdy białkomocz lub cukromocz nasuwają podejrzenie mocznicy lub śpiączki cukrzyczej. Niedowłady mięśni ocznych, rzadsze niż w przymocie i gruźlicy mózgu, bywają różnego typu. Odruchy ścięgnowe, znikające często wskutek wzmożonego ciśnienia płynu mózgoworodzeniowego, wracają nieraz po wypuszczeniu nawet małych ilości płynu. Zaburzenia mowy należą do rzadkości. Obok drętwicy prelegent rozpoznawał po jednym razie: rozsiane zapalenie rdzenia, *polioencephalitis superior* i zespół objawów oponowo-mózdkowych For-ertera. Również raz jeden obserwował schorzenie stawów kręgosłupa z następczym zeszytnieniem. Na uwagę zasługuje współzależne z drętwicą meningokokkowe ostre zapalenie ucha wewnętrznego, rozpoczynające chorobę; przypadki takie zwykle bywają śmiertelne. Zapalenie tarczy wzgl. nerwu wzrokowego widuje się w 6-ej części przypadków, tarczy zastoinowej nie bywa. Z objawów psychicznych spotyka się zespół maniakalny, zespół amnestyczny Korsakowa, rzadziej katatoniczny; w psychotycznej odmianie drętwicy występują bredzenia, niepokoje, omamy i dezoryentacja pomimo niezłe zachowanej przytomności. Nie wszystkie postaci piorunujące i z płynem wybitnie ropnym przebiegają śmiertelnie; nie wszystkie również postaci poronne kończą się pomyślnie. Swoisty bywa przebieg przypadków powrotnych, jeden z nich trwał 5 miesięcy z przerwami 5—10 dniami. Największym niebezpieczeństwem jest ciężkość zatrucia w początku drętwicy i ostre wodogłowie w późniejszym jej przebiegu. Do rzadszych postaci drętwicy zalicza prelegent następujące: durową, śpiączkową, udarową, poronną, przewlekłą, nawrotową, uszną, żołądkowo-kiszkową, mocznicową, psychotyczną, drgawkową i zapaściową. Pamiętając, że objawy zależeć mogą od zatrucia ogólnego, od sprawy w oponach i od przejścia jej na mózg, rdzeń i pnie

nerwowe, — nie powinniśmy przeoczyć nietypowego przypadku drętwicy nawet w czasie wolnym od epidemii.

W dyskusji H e w e l k e z epidemiologicznego punktu widzenia wspominał o 2-ch przypadkach z Sielc, obu zakończonych wyzdrowieniem.

S t. K o p c z y ń s k i zauważył, że przypadki drgawek nie muszą być w drętwicy tak rzadkie, jak podał prelegent, skoro mówca — pośród mniej obfitego materiału — spostrzegał przypadek z drgawkami typu Jacksona z następczym porażeniem i niemotą. Co do trudności rozpoznawczych między drętwicą a gruźlicą opon, to te bywają nieraz znaczne; pochodzić to może i z tego powodu, że, jak podają autorzy francuscy, spotkać możemy drętwicę z meningokokkami w płynie mózgoworodzeniowym, a na autopsji — gruźlicę opon. Herpes ma ważne znaczenie rozpoznawcze również i z tego względu, że z jego pęcherzyków wyhodować można nieraz meningokoki. Do rzadkich powikłań, przez prelegenta nie wymienionych, należy zapalenie nerwów z porażeniami i zanikami.

B r e g m a n zacytował przypadek, który zaczął się od zapalenia ucha środkowego; w wydzielinie usznej stwierdzono jednak obecność gronkowca, obie więc sprawy nie były od siebie zależne. Drgawki zdarzają się dość często, bądź w początku, bądź w końcu choroby. Z objawów psychicznych mówca obserwował zespół katatoniczny u 15-letniej chorej. Pomiędzy ciężkością przypadku a charakterem płynu m.-rdz. mówca związku nie spostrzegał.

A. S o k o ł o w s k i zaznaczył, że drętwica panuje u nas od dawna, lecz sporadycznie. Większość przypadków przebiega pomyślnie. Dość często bywają przypadki włóknikowego zapalenia płuc,

w których zajęcie opon wysuwa się na czoło objawów i symuluje drętwicę meningokokkową.

B o r n s t e i n nie zgodził się, ażeby można było mówić o psychozach w przebiegu drętwicy. Przypadki katatonii czy stanów maniakałnych, cytowane przez prelegenta i Bregmana, nie są przekonywujące. W drętwicy i w innych chorobach zakaźnych częste są zaburzenia świadomości (bre-dzenie, niepokój), lecz nie psychozy, których cechą charakterystyczną jest przedewszystkiem zachowanie świadomości.

B r e g m a n odpowiedział przedmówcy, że chora, którą cytował, miała niewątpliwie objawy katatonii w okresie bezgorączkowym i ze świadomością zachowaną. Znane zespoły objawów psychotycznych występować mogą w wielu organicznych cierpieniach mózgu, wobec czego niema podstawy do zaprzeczania ich *a priori* w drętwicy.

H i g i e r odpowiedział Kopczyńskiemu, że nie spostrzegał zapalenia nerwów obwodowych w drętwicy, widział natomiast uporczywą rwę kulszową po drętwicy, zależną od *neuritis radicularis*. Bregmanowi — że zapalenie ucha, przypadkowo wklajające drętwicę, jest o wiele mniej ciekawe od tej rzadkiej a złośliwej postaci drętwicy, w której *otitis media meningococcica* inauguruje chorobę. Sokołowskiemu — że zapalenie opon pneumokokowe jest radsze i złośliwsze, niż drętwica, lecz przebiega podobnie. Bornsteinowi — że istotnie trudno jest mówić o psychozach w przebiegu drętwicy, nieraz jednak trzeba rozpoznawać typowe zespoły psychotyczne, które wyprzedzają o kilka dni objawy drętwicy i prowadzą chorego do kliniki psychiatrycznej.

K. Oczesalski.

POLEMIKA.

List dra Tomaszewskiego.

We wstępnym wykładzie z fizjologii doc. dr Czubalski (Gaz. Lek. № 1. 1917, str. 4) przytacza i moje nazwisko. Dr Czubalski pisze (str. 7): „...wspomnę tylko o badaniach Edkinsa, Tweedy, Tomaszewskiego i innych. Autorzy ci, mianowicie, spostrzegali bardzo obfite wydzielanie soku żołądkowego po wśródżylnem, a nawet podskórnem wstrzyknięciu wyciągu bądź z błony śluzowej części odźwiernikowej, bądź też i z innych części żołądka“. Otóż żaden z cytowanych autorów nic podobnego nie wykazał. Edkins nie obserwował wydzielania soku żołądkowego, a jedynie nieznaczne zwiększenie kwasoty roztworu fizjologicznego soli, znajdującego się w żołądku i to tylko przy wśródżylnem wprowadzeniu wyciągów. Praca z nazwiskiem Tweedy nad wydzielaniem soku żołądkowego, o ile wiem, nie istnieje; praca zaś wspólna z Edkinsem zajmuje się wpływem ciał spożywczych na wydzielanie soku żołądkowego. Co się tyczy mnie, to ogłosiłem w sprawie działania wyciągów dwie prace: 1) doniesienie tymczasowe w Ztblt.

für Physiol. T. XXVII, № 12/13 1913, w którym mówię o wybitnem wydzielaniu soku żołądkowego przy podskórnem wprowadzaniu wyciągów; o wprowadzaniu wśródżylnem nie wspominam wcale. 2) W pracy obszernej „Wpływ wyciągów z narządów na wydzielanie soku żołądkowego (Rozprawy Wydz. mat. przyrodn. Akad. um. w Krakowie. Tom LVI. Ser. B. str. 81—120, 1916) mówię, że podskórne wprowadzanie wyciągów wywołuje wybitne wydzielanie soku żołądkowego, wśródżylne zaś wprowadzanie bardzo nieznaczne i krótkotrwałe (str. 104). W tej samej pracy zaznaczam (str. 118—119): „Po raz pierwszy spotykamy się w fizjologii z faktem, że podskórne wprowadzenie wywołuje energetyczne działanie, a wśródżylne nie wywołuje żadnego (w danym przypadku na gruczoły żołądkowe)“. Z innych autorów zajmowali się wydzielaniem soku żołądkowego, ale tylko przy podskórnem wprowadzaniu: Maydel, Emsmann, Ehrmann, Keeton razem z Kochem; wyniki ich badań są zgodne z moimi.

Dr Z. Tomaszewski.

Odpowiedź dra Czubalskiego.

Ramy mojego wykładu wstępnego na temat: „Wyciągi z narządów a wydzielanie wewnętrzne” nie pozwalały, rozumie się, na szerokie analizowanie poszczególnych zagadnień, wiążących się z przewodnią myślą wykładu. Jednym z takich zagadnień, najogólniej tylko w kilku wierszach przeze mnie poruszonym, była sprawa wydzielania soku żołądkowego w świetle teorii o wewnętrznym wydzielaniu. Przeciwno wypowiedzianym tam poglądom nadesłał dr Tomaszewski „sprostowanie”, zamykające się w kategorię twierdzenia: „żaden z cytowanych autorów nic podobnego nie wykazał”. Uprzejmie więc proszę o umieszczenie następującej odpowiedzi.

Dr Tomaszewski twierdzi: „Edkins nie obserwował wydzielania soku żołądkowego”, w rzeczywistości jednak Edkins w pracy swojej (J. of Ph. t. 34), przeprowadzonej na kotach, gdzie powierzchnia wydzielnicza żołądka jest stosunkowo b. mała, obserwował pod wpływem współżylnego wprowadzania wyciągów z błony śluzowej odźwiernika zupełnie wyraźne zwiększenie kwasoty znajdującego się w żołądku roztworu fizyologicznego, podczas gdy wyciągi z błony śluzowej dna takiego wyniku mu nie dawały.

Wspomniana praca Edkinsa przeszła już do specjalnej literatury fizyologicznej, a nawet do poważnych obcych podręczników fizjologii. Tacy badacze, jak Swale Vincent (Ergebn. d. Phys. t. IX), Biedl (Innere Secretion. 1916, t. II), Tiegerstedt (Lehrb. d. Ph. d. M. 1915) i inni piszą w tej sprawie wprost bez żadnych zastrzeżeń i powątpiezań, że Edkins wykazał wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem wśródzylnego wprowadzania wyciągów z błony śluzowej odźwiernika.

Przeciwnie więc zdanie dra Tomaszewskiego, jako odosobnione, musi albo samo uleść sprostowaniu, albo też musi być poparte bardzo przekonującym, nie dopuszczającym żadnej wątpliwości, materiałem doświadczalnym. Komentowanie zaś przez dra Tomaszewskiego pracy Edkinsa słowami: „Edkins nie obserwował wydzielania soku żołądkowego, a jedynie nieznaczne zwiększenie kwasoty roztworu fizyologicznego, znajdującego się w żołądku i to przy wśródzylnym wprowadzaniu wyciągów” nie może być chyba uważane za dostateczny materiał doświadczalny.

Co do prac samego dra Tomaszewskiego, na które się autor notatki powołuje, to nad sprawą tą zatrzymam się trochę dłużej. Faktem jest, że dr Tomaszewski spostrzegał obfite wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem podskórnego wprowadzania wyciągów z różnych części żołądka. Przeciwno temu nie protestuje też i sam autor notatki. Co do wpływu wśródzylnego wprowadzania wyciągów na czynność wydzielniczą żołądka, to w pracy, wykonanej we Lwowie i ogłoszonej w rocznikach Krak. Ak. Um. (O chemicznych bodźcach gruczołów żołądkowych. Część I. T. LVI. Ser. B. W. mat. prz.), na str. 104 mówi dr Tomaszewski, że wydzielanie soku żołądkowego wprawdzie ma miejsce, jest ono jednak b. nieznaczne i krótkotrwałe, na str. zaś 118 i 119 twierdzi, że wśródzylne wprowadzanie wyciągu nie wywołuje żadnego działania na gruczoły żołądkowe. W rzeczywistości, jeżeli przeglądamy materiał doświadczalny w pracy

dra Tomaszewskiego, widzimy, że autor w doświadczeniu XIII, XIV i XV obserwował wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem wśródzylnych iniekcji wyciągów. Zasadniczej więc różnicy w działaniu wyciągów, stosowanych podskórnym i wśródzylnym w pomienionej pracy niema, jest tylko różnica ilościowa. Różnica ta może zależeć od warunków czysto fizyologicznych, a mianowicie od różnej koncentracji w jednostce czasu ciała czynnego we krwi, powodującej niejednakowe efekty, przy stosowaniu z jednej strony podskórnym, z drugiej zaś wśródzylnym wyciągów. Przebieg omawianych doświadczeń, przy szybkim lub wolnym wprowadzaniu do krwi badanych wyciągów, przemawiałyby za tem przypuszczeniem.

Na str. 104 dr Tomaszewski nadmienia, jakoby „można uważać” za fakt zupełnie pewny, że ciało, wywołujące wydzielanie soku żołądkowego w wypadku wprowadzania podskórnego nie jest identyczne z tem, które wywołuje wydzielanie przy stosowaniu wśródzylnym. Ten „fakt zupełnie pewny” musiałby być eksperymentalnie najdokładniej uzasadniony na drodze szczegółowej analizy fizyologiczno-chemicznej, czego w pracy dra Tomaszewskiego nie znajdujemy.

Na str. 100 powołuje się autor na doświadczenia Studzińskiego (bez podania źródła) i pisze: „Ciśnienie po dawkach używanych przeze mnie nie ulega wybitnej zmianie... Krzepliwość krwi nie badałem”.

Na str. zaś 104 znajdujemy ustęp: „specjalne doświadczenie (nie przytoczone jednak przez autora) wykazało, że użyte wyciągi wybitnie obniżają ciśnienie krwi”.

Na drodze zaś chemicznej dr Tomaszewski nie zdołał ani wyosobnić z wyciągów tych „różnych”, według niego, ciał, co byłoby bezwzględnie przekonujące, ani nie podał nic pewnego i pozytywnego o przypuszczalnej naturze chemicznej tych hypotetycznych związków, ani wreszcie nie przedstawił dokładnie ich własności chemicznych.

Działanie alkoholu absolutnego np. na wyciągi charakteryzuje Dr Tomaszewski na str. 111: „doświadczenie to wykazuje, że zapomocą alkoholu absolutnego... można wzmocnić działanie wyciągu”; na str. 112 i 113 „jednakże wyciąg obrobiony trzeci raz... alkoholem absolutnym wywołał bardzo nieznaczne wydzielanie soku żołądkowego”; na str. 114: „absolutny alkohol niszczy znaczną część działającego ciała”.

Dalej zmniejszenie się siły działania wyciągu, obrobionego absolutnym alkoholem, próbuje autor upatrywać w jednoczesnym zmniejszaniu się części stałych takiego wyciągu, co nie jest słuszne, gdyż wyciąg dwukrotnie zadany absolutnym alkoholem, choć ilość części stałych spadła w nim znacznie, jak to widać z danych na str. 112, wywołał w doświadczeniu XXIV silniejsze działanie, niż wyciąg nieobrabiany alkoholem.

W rzeczywistości więc, wbrew daleko idącym wnioskom dra Tomaszewskiego, widzimy, że materiał doświadczalny jego pracy pozwala tylko z całą pewnością stwierdzić raz jeszcze fakt, że wyciągi z różnych części żołądka, a także innych tkanek, wprowadzone podskórnym lub wśródzylnym powodują wydzielanie soku żołądkowego. Dalej, że w warunkach eksperymentowania dr. Tomaszew-

skiego (stosunkowo szybkie wprowadzanie znacznych ilości wyciągu wprost do krwi, co wywołuje wybitne zmiany w ogólnym krążeniu, o czym świadczy zachowanie się zwierzęcia, a w szczególności w ukrwieniu żołądka) podskórne wprowadzanie wyciągów daje ilościowo większy efekt, niż wśródzylne. Dalsza analiza tych faktów musi być przedmiotem jeszcze bardzo dokładnych badań.

Wobec tego wszystkiego w zupełności podtrzymuję wypowiedziane w wykładzie wstępnym zdanie, że autorzy spostrzegali wydzielanie soku

żołądkowego po wśródzylnem i podskórnem wprowadzaniu wyciągów z różnych części żołądka.

Wreszcie co do przytoczonego przezemnie nazwiska Tweedy, to praca tego autora i Edkinsa (J. o. Ph. T. 38), jako związana z pojęciem otrzymywanej z błony śluzowej odźwiernika „*gastric-sekretyny*“, zasługiwała na uwzględnienie w ustępie, dotyczącym wydzielania soku żołądkowego w świetle teorii o wewnętrznym wydzielaniu.

Doc. dr Fr. Czubalski.

Wiadomości bieżące.

— W obecnym czasie szerzenia się nędzy, a wraz z tem chorób zakaźnych, na stan lekarski kraju spadło brzemie obowiązków szczególnie ciężkie i odpowiedzialne. Brzemie to znoszą lekarze nasi, oczywiście, bez szemrania, trwając nieraz na posterunkach prawdziwie straconych. Do takich straconych posterunków upodobniać się zaczęły w ostatnich miesiącach stanowiska lekarzy sanitarnych m. Warszawy.

Na barki lekarzy tych włożono stopniowo obowiązki nader złożone i niezmiernie odpowiedzialne, a jak obecnie, również nader niebezpieczne. Dość powiedzieć, że w ciągu niewielu miesięcy trzech z pomiędzy nich zmarło na tyfus plamisty.

W ostatnich tygodniach lekarze sanitarni zapomnieli się wreszcie w odezwie, zwróconej do

Urzędu Zdrowia, a następnie do Magistratu miasta, o uwzględnienie dzisiejszych, wyjątkowych warunków ich pracy i o przyznanie im praw ubezpieczenia według zasad, przyjętych poprzednio dla lekarzy szpitali zakaźnych, oraz o podniesienie norm płacy, dotąd istotnie nadto skromnych. Odpis odezwę swej lekarze sanitarni przesłali między innemi Zarządowi Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, które, po rozpatrzeniu sprawy na posiedzeniu dyskusyjnym, poparło żądania wymienione gorąco i z zupełną jednogłośnieścią.

Należy mieć nadzieję, że i władze miejskie uznają słuszność żądań wymienionych, bynajmniej nieprzesadnych i liczących się mimo wszystko ze stanem kasy miejskiej, i powezmą względem nich decyzję przychylną.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Aleksander Domaszewicz. Kilka uwag o leczeniu w polu ran postrzałowych czaszki	285	kliniczne dn. 16 stycznia, 6 i 20 lutego, 6 marca	290
Marta Erlichówna. Przypadek eunuchoidyzmu	288	Polemika. List dra Tomaszewskiego	294
Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia		Odpowiedź dra Czubalskiego	295
		Wiadomości bieżące	296

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 10¹/₂ do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

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

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.25. na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metz i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
 № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
 № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowym dtru brzuszego.
 № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.
 № 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 Administracyi Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Z zapomogli Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia dra Józefa Mianowskiego wydano:

„Zarys anatomii człowieka“

I. HENLEGO

w opracowaniu F. MERKLA.

PRZEŁOŻONY NA JĘZYK POLSKI PRZEZ GRONO LEKARZY
 WARSZAWSKICH

pod redakcją Dra E. LOTH.

Cena 2 tomów (tekst i atlas) m. 25.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz **przepisywanie na maszynie** przyjmuje b. studentka wydz. lek.

F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

CIECHOCINEK

Dr W. BIESIEKIERSKI

WILLA HOME.

Dr E. Reichstein

ordynuje podczas sezonu letniego
w CIECHOCINKU,
dom Adama.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

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

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

Cena m. 2.50.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

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

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

D-ra Med. Henryka Nusbauma

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

(Fizjologia, Patologia i Terapia ogólna, Propedeutyka)
z rysunkami w tekście, portretem autora i przedmową napisaną
przez doc. dra J. Pruszyńskiego.

Cena M. 6.25.

Skład Główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Kraków, G. Gebethner i S-ka.