



Rok LI.

Warszawa d. 23 Czerwca 1917.

Nº 25.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘC ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2690.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

PHENACODIN

(Phenacetin 0.5, Coffein 0.06, Codein 0.02, Guarana 0.2).

WSKAZANIA:

MIGRENA i wszelkie bóle głowy; newralgie, influenza, katar jam czołowych, katary płuc z gorączką, pneumonia.
Sposób przepisywania: w lekkich napadach bólów głowy $\frac{1}{2}$ tabletki w celu przerwania napadu; w cięższych napadach całą tabletkę, a w razie potrzeby do 3 sztuk dziennie w przerwach 4 godzinnych.

Oryginalne opakowanie: Flakon zawierający 10 tabletek po 1.0 — Mk. 3.15.

Fabryka preparatów farmaceutycznych

WILH. NATTERER, Monachium 19.

Skład główny na Król. Polskie: Tow. Akc. preparatów farmaceut i chemicznych

HENRYK WELT, Warszawa, Przejazd 5.

W nerwowych stanach podrażnienia

jako silny środek uspokajający

i nieszkodliwy środek nasenny.

Tabletki Bromuralu

Przy porównaniu działania z innymi podobnymi preparatami (przeważnie zawierającymi dawkę 0,5 g.) należy zwrócić uwagę na to, że tabletki bromuralu zawierają tylko 0,3 g. substancji.

Rp. Tabletki-Bromuralu po 0.3.

Rurki z 20 tabletkami w cenie około 2 marek

„ 10 „ „ „ 1.10 „

Jako sedativum 3—4 razy dziennie

1 — 2 tabletk., jako środek nasenny wieczorem
przed udaniem się na spoczynek 3—5 tabletek.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Salosant Spiess

(PILULAE SANTALO-SALOLI)

Środek przeciw rzeżącce, nie wywołujący przy-
krych objawów w działaniu, przyjemny w użyciu.

Użycie: 3 — 4 razy dziennie po 3 pigułki.

Pudełko zawiera 60 pigulek drażowanych czekoladą.

Cystosan Spiess

(SPECIES DIURETICAE)

Skład: Folia Uvae Ursi, Rad. Ononidis, Lignum Sassafras, Herba Hernia-
riae, Fruct. Petroselinii, Folia Menthae pip., Fruct. Cubebae.

Użycie: łyżkę na szklanekę gorącej wody 2 — 3 razy dziennie.

Pojemność pudełka około 50 g.

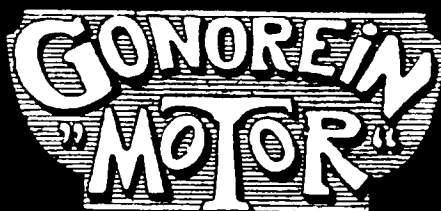
Żądać prospektów.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

*w formie papierosów albo tytoniu
Usuwa szybko napady duszności
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”
Żądać w aptekach i składach aptecznych.



**GONOREIN
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw rzeżącce zawie-
rające: gonorol, salol, extract, cu-
bebarum, aethereum i menthol.,
poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 25.

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 gruźli-
cy płucnej.
- № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.
- № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksyi. Anafi-
laksja 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 Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA I WOLFFA.



DZIENNIK LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

Dziesięć
lecie drugie-

Warszawa, d. 23 czerwca 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2690.

Chondrodystrophia foetalis.

Podał

Szymon Starkiewicz (Dąbrowa-Górnica).

W początkach lutego 1914 roku zgłosiła się do mnie matka Ł. ze swoim 2-miesięcznym niemowlęciem, urodzonym w dn. 20. XI. 1913. Dziecko ogólnie niedomagało, co skłoniło matkę do udania się o poradę.

Ojciec niemowlęcia ma lat 43. Matka—34. Jest ona drugą żoną. Pierwsza żona zmarła jakoby z powodu jakiegoś guza czy ropnia w szczęce. Oboje rodzice niemowlęcia zarażeni byli kiłą. Matka wykazuje odczyn Wassermana ++ (według dr Putermana). Przez 8 lat nie mieli wcale dzieci, po tym dopiero czasie przyszło na świat pierwsze dziecko, które chowa się dotąd, ma lat 7, lecz jest chorowite. Dziecko to zjawiało się na świat po wspólnym swoistem leczeniu się małżeństwa. Druga ciąża zakończyła się poronieniem w 2-im miesiącu trwania. Trzecie z rzędu dziecko ma obecnie lat 5 i jest zupełnie zdrowe. Czwarte ma lat 3 i jest również zdrowe. Obecne dziecko jest płodem 5-ej ciąży. Podczas tej ciąży matka przechodziła liczne zmartwienia i kłopoty z powodu niepomyślnego stanu finansowego świeżo założonego sklepiku. W czasie ciąży nabrzmiewały jej nogi i po raz pierwszy miała zauważyć, że jej puchnie gardło (w chwili badania stwierdza się u niej powiększenie gruczołu tarczowego, zwłaszcza prawej części, na dotyk nawet nieco bolesnej). Sam poród, zdaniem matki, trwał wyjątkowo długo jak na nią, gdyż rodziła zazwyczaj lekko, ten zaś ciągnął się 12 godzin. Dziecko wszakże

przyszło na świat żywe, spokojne, z oczkami szeroko otwartymi; matkę uderzyła wtedy niezwykle ciężka główka noworodka, ale nieproporcjonalnej wielkości główki nie zauważyła ona do chwili, kiedy uwydatnionem to zostało na fotografii, dokonanej z mego polecenia. Jak powiada matka, skóra nowonarodzonego niemowlęcia była szorstka, w jakiś tydzień później tworzyły się na niej ciemnoczerwone wrzodki, zawierające gęstą ropę; wyrzuty te miały się goić prędko.

Dziecko pozostaje przy piersi, lecz dla braku pokarmu i dla swej wprost łapczywości dokarmiane jest 1½ kwaterki mleka krowiego, rozcieńczonego lub nawet całkowitego.

Ważało w dn. 13 i 20 lutego 1914 r. i nieco później 12 funtów, w dn. 18. V. 1914 — 13 funtów. (Dziecko stale chorowało z powodu niestrawności).

Odżywianie dziecka jest mierne. Stan ciepłoty prawie zawsze bezgorączkowy. Skóra ma zabarwienie nieco blade, z odcieniem ziemistym. Po zastosowaniu jodu cera stawała się różową.

Na pierwszy rzut oka uderza nas ogromna głowa tego dziecka. Na czaszce widać żyły, niezbyt rozszerzone. Nieproporcjonalność głowy do całego ciała jest b. wyraźna. Również kończyny wydają się za krótkie w stosunku do długości tułowia. Poza tem u rącek paluszki są dość krótkie, grube, wszystkie prawie jednakowej długości, układające

się w pozycji t. z. *en trident* (Dreizaks). Skóra, właściwie miękkie części, zarówno na dolnych, jak na górnych kończynach przedstawiają się jakby za duże, jakby z b y w a ły w swej masie w stosunku do długich kości, wskutek czego tworzą się fałdy z części miękkich i ze skóry.

Największy obwód głowy, mierzony w różnych odstępach czasu, wynosił 44—46 cm. Ciemiączko duże, nieco napięte, tętniące, przy czem szmeru nie wysłuchuje się, o brzegach kostnych twardych, ma 5 cm. $\times$ 6 cm. Normalne wymiary dużego ciemiączka wynoszą 2 cm. $\times$ 3 cm. (Fiłatow, Hutinel). Małego ciemiączka, ani przestrzeni pomiędzy brzegami kości czaszkowych (szwów) nie wymacuje się wcale, gdyż wszędzie napotyka się twarde, zrosnięte z sobą kości czaszkowe. Potylica też jest b. twarda. Na czaszce stwierdza się oprócz tego dość silnie wystające guzy czołowe i zwłaszcza ciemienione, również bardzo twarde.

Nos u podstawy silnie zapadnięty; w częściach miękkich (chrząstki) nieco rozszerzony. Zmarszczki nakątnej (*epicanthus*) niema.

Jama ust normalna.

Na klatce piersiowej widać zgrubienia różańcowe. Obwód klatki piersiowej na wysokości brodawek około 36 cm. Obwód brzucha na wysokości pępka 39 cm., innym razem 36,5 cm. Pępek zarośnięty. Stawy są nor-

malne; ruchomość ich wydaje się też normalną, za wyjątkiem pewnej nieznacznej zesztywności w stawach łokciowych, jaka wcześniej, zdaniem matki, była o wiele silniej zaznaczona.

Kręgosłup tworzy dość znaczne wypuklenie ku tyłowi w części piersiowej i mniej znaczne choć wyraźne również w części lędźwiowej ku przodowi, co utrudniało nawet nakłucie lędźwiowe, gdyż przestrzeń pomiędzy kręgami lędźwiowymi była bardzo nieznaczna.

Wzrost dziecka od czubka głowy do podeszwy wynosił 56,5 cm. w 2 miesiące później 59. Długość tułowia od *protuber. occip.* do *os coccyg.* 31,5—32 cm. Długość od czubka głowy do pępka 30,5—31 cm.; od pępka do podeszwy 26 cm., później 28 cm. Długość kończyny dolnej od *spina anter.* do *patella* 11,0—11,5 cm. i od *patella* do *malleol. extern.* 9—10 cm., a od kostki do podeszwy około 3 cm. (czyli cała długość dolnej kończyny wynosi 23—24,5 cm.). Długość kończyny górnej od *acromion* do *process. extern.* 6—7 cm. (do *olecranon* 10 cm.), od *olecranon* do *process. styloid* około 9 cm., a od *process. styloid* do końca III palca około 6,5 do 7 cm. (czyli długość górnej kończyny wynosi około 25,5 cm.).

Wymiary dzieci w wieku mniej więcej Micia Ł., mego pacjenta.

	Micio Ł. 2½ — 4 m.	5 mies. dzie- cko z kiłą dziedziczną czynną.	3½ mies. z podejrze- niem na kiłę wrodzoną	5 mies. dzie- cko normal- ne
Obwód największy głowy	44 — 46 cm.	39 cm.	42 cm.	42 cm.
Obwód piersi na wysokości brodawek	36 cm.	38 cm.	40 cm.	43 cm.
Wzrost (długość)	56,5—59 cm.	55 cm.	62 cm.	64 cm.
„ od czubka głowy do pępka	30,5—31 cm.	34 cm.	—	34 cm.
„ od pępka do podeszwy	26 — 28 cm.	27 cm.	—	30 cm.
Tułów od <i>protuberantia externa</i> do <i>os. coccyg.</i>	31,5—32 cm.	—	34 cm.	30 cm.
Kończyna dolna:				
od <i>spina</i> do <i>patella</i>	11,0—11,5	11 cm.	14,5 cm.	16 cm.
od <i>patella</i> do kostki	9,0—10 cm.	11,5 cm.	—	—
od <i>patella</i> do podeszwy	12 — 13 cm.	14,5 cm.	14 cm.	16 cm.
Kończyna górna:				
od <i>acromion</i> do <i>olecranon</i>	10 cm.	10 cm.	10 cm.	13 cm.
od <i>olecran.</i> do <i>pr. styloid.</i>	9 cm.	7,5 cm.	—	9 cm.
od <i>olecranon</i> do k. III palca.	15,5—16 cm.	14,5 cm.	15 cm.	16,5 cm.
Stosunek obwodu głowy do długości ciała w %.	77,8%—77,9%	70,9%	67,7%	65,4%

Jeśli wymiary Micia Ł. porównamy z wymiarami innych dzieci w tym samym mniej więcej wieku, to dojrzeć możemy u niego ogólne skrócenie kończyn, zwłaszcza kończyn dolnych, przy niezbyt różniacej się długości ich tułowiów. W dodatku u Micia Ł. ramio-

na są krótsze, niż przedramiona, czego nie spostrzega się normalnie. Wzrost 2½ — 4 mies. dziecka 56,5 — 59 cm. nie odpowiada również normie naszych dzieci (zresztą, według Lesage'a, norma dla omawianego wieku wynosi 58 cm., według Hutinela — 60 cm.).

Krótszy ten wzrost zależy zapewne od krótszych dolnych kończyn Miccia. Obwód jego głowy 44—46 cm. odpowiadałby, według Lesage'a, dziecku conajmniej $\frac{1}{2}$ rocznemu. Wymiar ten (przy obwodzie piersi 36 cm.) mógłby wskazywać że istnieje u naszego pacjenta wodogłowie, gdyby nie ta jednolita, przedwczesna twardość czaszki (z brakiem rozszerzonych szwów), z brakiem stałego mocnego napięcia ciemączka, które wyraźnie tętni, gdyby nie brak zupełny wymiotów u dziecka, jak się dowiadujemy o tem od matki jego, wreszcie ujemny wynik 2-krotnie dokonywanego nakłucia lędźwiowego i t. d. (otrzymano za drugim razem kilka kropel klarownego zupełnie płynu). Duże rozmiary ciemączka i całej wogóle czaszki zależą jedynie przeto od przerostu mózgu. Dodajmy, że dziecko umysłowo jest rozwinięte zupełnie dobrze, jeśli nawet nie nadmiernie.

Dziecko obficie się poci; bywa ono często, jak podaje matka, oblane zimnym potem.

Wszystkie gruczoły, badaniu dostępne (na szyi, w pachach i pachwinach, tylko nie w łokciach), są mocno powiększone i nieco twarde.

Zachowuje się dziecko niezbyt spokojnie, płacze często, choć podobno uspokaja się szybko, gdy ssie pierś; niekiedy krzyczy donośnie, ale *n o c a m i* wogóle sypia dobrze:

Ze strony przewodu pokarmowego stwierdzało się prawie stale objawy uporczywej niestrawności (rozwolnione kwaśne stolce, wzdęcie brzucha — przyczyna krzyku i niepokoju? i in.).

Oddech dziecko ma utrudniony, zwłaszcza wdech, lecz miało to miejsce nie zawsze.

Brzeg powiększonej nieco wątroby wymacjuje się na 2 palce poniżej podżebrza. Dobrze również daje się wymacywać śledziona.

Układ krwionośny przedstawia się normalnie. Krwi drobnowidowo nie badano.

W moczu nie wykrywa się nic nienormalnego.

Oдноśnie narządów rodnych należy położyć nacisk, że są one bardzo dobrze rozwinięte.

Posiadam 2 fotografie dziecka, przyczem na jednej z nich dość wyraźnie udało się uchwycić niepomiernie dużą główkę, zapadnięty nos, przydługą nieco do nieodpowiednio krótkich kończyn, lekkie fałdy na rękach i nogach oraz charakterystyczne ułożenie palców u rącek.

Wszystkie przytoczone dane, a mianowi-

cie: krótkie nieco kończyny stosunkowo do normy wogóle i do tułowia dziecka; krótsze ramiona, niż przedramiona, co normalnie bywa odwrotnie; niepomiernie duża głowa z przerostem mózgu i czaszką dobrze skostniałą o twardych na niej guzach czołowych i ciemieniowych i z dużym niezwykle ciemączkiem; zachowana inteligencja dziecka; krótkie jednakowej długości i charakterystycznie ułożone palce *en trident*; zapadnięty u podstawy nos; nawet zgrubienia na końcach trzonów i na żebrach; fałdy, tworzące się z części miękkich, obfite pocenie się i t. d. świadczą (nawet bez obrazów rentgenowskich, których nie udało mi się zdobyć), iż w danym przypadku mieliśmy do czynienia z t. zw. mikromelią albo lepiej *chondrodystrophia foetalis* (Kaufmana) lub *achondroplasia* (Parrot'a).

W tem zboczeniu ustrojowym na plan pierwszy właśnie występuje pewna nieprawidłowość we wzroście chrząstek.

Cierpienie to wciąż budzi żywe zainteresowanie wśród badaczy klinicznych, zwłaszcza pediatrów. Opisy tego cierpienia w literaturze spotyka się rzadko. W obcej dałoby się naliczyć z kilkanaście przypadków (w tem 7 Kassovitz'a, a pozatem pojedyncze niemal przypadki innych autorów), w naszej, o ile udało mi się wykazać, spostrzegali je Brudziński, Dziembowski i Rozenblatówna.

Rozenblatówna słusznie podnosi, że akromegalików traktuje się często jako rachityków, i powołuje się właśnie pod tym względem na opisany przez siebie przypadek, dotyczący się dziecka $1^{10}/_{12}$ -letniego, leczonego długi czas na krzywicę, naturalnie bezskutecznie. Niedawne jeszcze są czasy, kiedy mikromelia uważana była przez wybitnych nie raz klinicystów za wrodzoną krzywicę (Winkler i inni). Dopiero badania anatomopatologiczne, przeprowadzone zwłaszcza nad budową kości i chrząstek mikromelików, dopiero zbliżone więcej do prawdy wyjaśnienie patogenyzy tego cierpienia wykazało, że w chondrodystrofii i w krzywicy mamy dwie różne sprawy, wprost biegunowo różne (Parrot, Kaufman, Hochsinger).

Zrozumiemy to łatwo, gdy przypomnę, jakie zachodzą zmiany w układzie chrząstko-wo-kostnym u mikromelików. Zmiany te, po raz pierwszy dokładnie zbadane i opisane w r. 1891 przez Kaufmana w „*Chondrodystrophia foetalis*“, polegają na zaburzeniach, zachodzących głównie w tkance chrząstkowej: kostnienie śródchrząstkowe (enchondralne) zostaje prawie zupełnie wstrzymane, komórki

chrząstkowe na granicy trzonu i nasad kości długich, t. j. w tych częściach, w których łącznie odbywa się wzrost na długość, przestają bujać i układać się w charakterystyczne kolumny; cała chrząstka sprawia w tych miejscach wrażenie martwej. Natomiast kostnienie okostne, nie mające z chrząstką nic wspólnego, odbywa się w dalszym ciągu prawidłowo, wskutek czego nasady kości długich rozszerzają się, w kościach żeber zaś wytwarzają się na granicy chrząstki i kości zgrubienia nakszałt różańca krzywiczego.

W obrazie mikroskopowym najbardziej charakterystycznym dla chondrodystrofii szczególnie jest t. zw. wyrostek okostny, t. j. smuga tkanki łącznej z ochrzastnej, wrastająca pomiędzy trzon i nasadę kości długiej i uniemożliwiająca oczywiście bujanie komórek chrząstkowych, bez którego wzrost kości na długość jest wykluczony. Natomiast w kościach płaskich czaszki, rosnących, jak wiadomo, tylko dzięki okostnej, a bez udziału chrząstki, wzrost odbywa się nadmiernie, wskutek czego kości te odznaczają się w chondrodystrofii, w przeciwieństwie do krzywicy, grubością i twardością (podano za dr Rozenblatówną z „Przeglądu Pedyatrycznego” t. II na str. 192—193). Liczne te zgrubienia, spowodowane bujaniem tkanki okostnej, wyraźne zwłaszcza na palcach u rąk i na końcach trzonów (widoczne zwłaszcza na rentgenogramach), osiągają różnych stopni. Nasz przypadek zaliczyć trzeba do t. zw. *chondrodystrofii hypoplastica* w przeciwieństwie do drugiej postaci *ch. hyperplastica*, gdzie nasady kości długich rozrastają się do rozmiarów prawdziwych narośli (Stöltzner i Moro). Kaufman odróżnia jeszcze 3-cią postać *ch. malacica*, w której zaburzenia w układzie chrząstkowo-kostnym są bardzo wielkie i osobniki nią obarczone zazwyczaj umierają.

Widzimy przeto, że w kościach rachityków i mikromelików zachodzą rzeczywiście sprawy chorobne zupełnie odmienne, choć klinicznie mają dużo cech wspólnych. Czy mój przypadek chondrodystrofii nie jest powikłany zmianami krzywiczymi i jak daleko te zmiany się posunęły, odpowiedzieć mi trudno, gdyż pod tym względem tacy badacze, jak wymienieni wyżej, nie godzą się na jedno: Hochsinger kombinację tych 2-ch cierpień uważa za niedopuszczalną, gdy Winkler i inni uważali *chondrodystrofię* za identyczną z krzywicą (*rachitis foetalis*, *rachitis micromelica*).

Niekiedy chondrodystrofię przyjąć mo-

żna za obrzęk śluzowaty (wzgl. *athyreosis*), w moim wszakże przypadku mamy cały szereg objawów charakterystycznych dla mikromelii, a wykluczających *myxoedema*, że pominię odmienne zupełnie zachowanie się układu kostnego przy *athyreosis* i mikromelii, zbadane dobrze pod tym względem przez Dieterle'go. Brakuje w tym przypadku obrzmiałej skóry na twarzy i szyi, dużego języka (*macroglossie*) i specjalnego kretynowatego wyrazu twarzy dziecka. Gdybyśmy byli w posiadaniu rentgenogramów, widzielibyśmy rozwinięte dobrze i wcześniej jądra kostnienia, które w obrzęku śluzowatym wrodzonym zjawiają się zawsze znacznie później (Hochsinger); gdy zwróci się jeszcze uwagę u pacjenta na brak zbytnej wiotkości stawów, raczej istnienie pewnej sztywności w stawach łokciowych, na obfite pocenie się dziecka, bystre spojrzenie jego oczu, brak zmarszczki nakątnej (*epicanthus*) normalne podniebienie dobrze rozwinięte narządy rodne i t. d., to obrzęk śluzowaty wykluczamy bez wahania.

W dwóch tych wadach ustrojowych widzimy właśnie bardzo dużo przeciwieństw, przemawiających za tem, że kiedy w obrzęku śluzowatym mamy do czynienia z przejawami niedomogi lub braku czynności gruczołu tarczowego, to w chondrodystrofii wszystko dowodzi, że mówić tu przedewszystkiem o takim braku gruczołu niema podstaw; leczenie tyreoidyną, jak to stwierdzają dość zgodnie liczni autorzy, nie osiąga w tem ostatniem zboczeniu wielkiego efektu, który tu nigdy nie jest tak wybitny, jak w obrzęku śluzowatym. Jednakże liczne spostrzeżenia, zdaje się, stwierdzają, że zachodzi jakiś związek pomiędzy tym gruczołem a dystrofią. Tak np. niezmiernie ciekawy jest przypadek Cavazzani, w którym kobieta przed ciążą i w czasie ciąży, pragnąc schudnąć, przyjmowała bardzo duże ilości tabletek tyreoidyny; płodem tej ciąży okazał się typowy mikromelik. Godnem zwłaszcza jest tu uwagi, że tolerancja względem tego przetworu w czasie ciąży była niezwykle, gdy później poza ciążą te same dawki wywoływały u tej kobiety objawy choroby Basedowa, wymagające leczenia.

I nasz przypadek jest pod tym względem dość ciekawy: matka dziecka miała po raz pierwszy w czasie tej ciąży zauważyć powiększenie gruczołu tarczowego. Dodajmy jeszcze, że dość często autorzy, którzy dokonywali sekcji na mikromelikach, znajdowali różne, zwykle zresztą niezbyt duże zmiany w ich gruczole tarczowym.

Dr Hans Abel (w artyk.: „Zur Pathoge-

nese der Mikromelie“ w „*Zeitschrift für Kinderheilkunde*“ t. V) w nadmiernym rozwoju układu nerwowego, mięśni, narządu trawien- nego i moczopłciowego i całego wogóle u- stroju mikromelika dopatruje się istnienia sil- niejszego, niż normalnie, bodźca twórczego. (Nawet w zaburzeniach chrząstki widzi on to samo, tylko że dochodzi tu aż do stanu pato- logicznego). Wszystkie te dane, zarówno jak nieznaczące, lecz często spotykane zmiany w gruczole tarczowym dowodzą, zdaniem jego, specjalnego zaburzenia w równowadze se- krecyi wewnętrznej.

Mikromelię widzieliśmy u dziecka matki, zażywającej tyreoidynę, jako więc bezpośred- nie następstwo hipertyreoidyzmu (przyp. Cavazzani, może i mój, gdzie i matka Miccia Ł. i ja sam stwierdzaliśmy klinicznie niedoma- ganie u niej gruczołu tarczowego podczas ciąży tej po raz pierwszy). Że jednakże w patogenezie mikromelii odgrywa rolę zaburze- nie nie jednego gruczołu o wydzielaniu we- wnętrznem, lecz że chodzi raczej wogóle o naruszenie równowagi w wydzielaniu wewnę- trznem kilku gruczołów, jak chce dr Hans Abel, to za tem przemawiają coraz bardziej badania nad sekrecją wewnętrzną.

Czy mają jakie znaczenie w patogenezie tego zboczenia, jako czynnik etyologiczny, przejścia moralne matki mikromelika, jak chcą niektórzy (niepowodzenia finansowe rodziców Miccia Ł.), dziś, sędzę, trudno na to odpowie- dzieć. Pod względem wszakże etyologii mój przypadek nasuwa pewne myśli; zachodzi tu pewna osobliwość, której, jeśli się nie my- lę, nie wskazują autorzy: u Miccia Ł. mamy wyraźne wskazania na przebytą kiłę u rodzi- ców. Wyłania się więc pytanie (zwłaszcza jeśli uwzględnimy poliadenię, jakby hepato- i splenomegalię), w jakim stosunku do stwier- dzanych przezemnie objawów chorobnych u Miccia Ł. znajduje się kiła (wzgl. kiła wro- dzona)? Czy u dziecka tego mamy wogóle jej przejawy i czy należy je uważać za do- datkowe do mikromelii, czy samo omawiane schorzenie nie jest wyrazem jeśli już nie czyn- nej kiły, to może wyrazem dziedzicznym parasyfilisu? Nadmieniam wszakże, że o- prócz wzmiankowanej poliadenii (w dodatku przy niestwierdzaniu gruczołów chłonnych w przegubach łokciowych) i niewyraźnych wska- zań ze strony matki na istnienie jakichś wy- rzutów u dziecka, nie mamy żadnych prawie innych wyraźniejszych objawów kiły dziedi- cznej, bo nie stwierdza się ani bolesnego zapa- lenia okostnej, ani krzyków nocnych, ani wodo-

głowia i t. p. Tyle co do patogenezy i etyo- logii mojego przypadku.

Rokowanie bywa naogół niepomyślne. Bardzo dużo mikromelików ginie odrazu wsku- tek przedwczesnego przyjścia na świat. Lecz i wśród dojrzałych noworodków-mikromeli- ków nie wszystkie są zdolne do życia ze- wnątrzmacicznego. Skoro jednakże Miccio Ł. przyszedł na świat odrazu krzepki, skoro przeżył już 3 — 4 miesiące, to miało się do- wód, że przyszedł na świat w swoim czasie, co mu wraz z pokarmem matki zapewnić mu- siało w znacznym stopniu dalsze życie. W rokowaniu kierujemy się też stosunkiem pro- centowym, jaki zachodzi pomiędzy wzrostem ciała a obwodem największym głowy. U mo- jego pacyenta stosunek ten wynosił 77,8% — 77,9%, a później nawet 76%, gdy u normal- nego dziecka w tym wieku około 66%. Choć więc stosunek taki przekracza dość znacznie normę, to jednakże podawano stosunki o wie- le jaskrawsze, np. od 90 do 120 u mikrome- lików-noworodków (Virchow, Kaufman, Bole i inni), gdy u normalnych noworodków do- chodzi zaledwie do 66,6. Kassowitz u 4-le- tniej dziewczynki z mikromelią stwierdził ob- wód głowy 42, długość ciała 56, stosunek 75, a u 12-letniej dziewczynki z mikromelią sto- sunek ten wynosił 51 (gdy normalnie równa się 36,5; przytocz. za Brudzińskim). Skoro te dziewczęta przeżyły już tyle lat ze stosunka- mi omawianymi, znacznie więcej odbiegający- mi od normy, niż to widzimy u mojego pa- cyenta, to wzięwszy pod uwagę inne okoli- czności, można było *quoad vitam* rokować po- myślnie. Jak się dowiedziałem później, dzie- cko zmarło w 6-ym miesiącu życia wśród ob- jawów ostrego nieżytu żołądka i jelit.

Leczenie polegało na dążeniu do uregu- lowania diety i poprawieniu trawienia odży- wiania, co przy małej inteligencji matki nie- wielki osiągało skutek. Przetwory rtęci, sto- sowane zresztą pod postacią b. małych da- wek kalomelu, a później jodu nie wywarły żadnego prawie wpływu, może jedynie popra- wiła się cera dziecka. Dalszem mojem zamie- rzeniem było nie tyle stosowanie tyreoidyny, którą nawet już zacząłem był stosować, ile leczenie t. zw. wielogruczołowe. Myśl tę na- sunęły mi nietylko poprzednie rozmyślenia, lecz i artykuł o infantylizmie dr M. Biehlerowej (w „*Archiv. de Med. des Enfants*“ 1912), gdzie autorka, traktując to zboczenie ustrojo- we jako schorzenie wielogruczołowe, leczyła je z niewątpliwym skutkiem tyreoidyną, wy- ciągiem z przysadki mózgowej i wreszcie ad-

renaliną. Niestety, kuracyi tej przeprowadzić nie mogłem. Nie mogłem też przeprowadzić innych badań, a to głównie dla braku szpitala dziecięcego w Zagłębiu.

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.

(Dokończenie—patrz № 24).

Po tem krótkiem zestawieniu przypadków i opisie praktykowanych u nas zabiegów, z kolei rzeczy chcę się zastanowić nad celem i wskazaniem do zabiegów przy postrzałach czaszki, zwłaszcza przy postrzałach rynienkowatych. Musimy przyjąć, że z małymi wyjątkami wszystkie rany postrzałowe czaszki, przenikające w głąb mózgu, są pierwotnie zakażone. Trudno bowiem przypuszczać, żeby skóra, włosy i czapka żołnierza, znajdującego się w okopach, były wolne od bakteryi, mogących powodować ropienie. W każdej przecieź ranie postrzałowej czaszki spotykamy włosy, strzępy przestrzelonej czapki, nieraz małe grudki ziemi, kamyki i trawę, które się tam dostają prawdopodobnie wtedy, gdy żołnierz ranny pada na ziemię.

Niewątpliwie odgrywają też pewną rolę w pierwotnem zakażeniu rodzaj i rozmiary rany. Im większa powierzchnia rany, tem większa możliwość jej zakażenia (infekcyi). Z ran postrzałowych czaszki największą powierzchnię posiadają postrzały rynienkowate, przypuszczać więc należy, że rany te są przedewszystkiem pierwotnie zakażone.

Doświadczenia z wojny rosyjsko-japońskiej i obecnej wojny doprowadziły wielu chirurgów do wniosku, że wszystkie postrzały rynienkowate są bezwarunkowo pierwotnie zakażone i z tej przyczyny powinny być operowane, o ile możliwe, najprędzej. Nie wszyscy jednak chirurdzy wypowiadają się tak stanowczo za jaknajszybszem stosowaniem „débridement“ w postrzałach czaszki i skłaniają się raczej do konserwatywnego leczenia. Profesor Herman ze Lwowa wypowiada w tej sprawie następujące zdanie: „teza, że każdy postrzał czaszki musi być bezwarunkowo operowany, stosowana bezkrytycznie, rzemieślniczo do każdej rany postrzałowej czaszki, bez względu na czas jej trwania, cechy anatomiczne, towarzyszące objawy kliniczne i t. d. nie wytrzymuje oczywiście krytyki. W odniesieniu jednak do ran świeżych i od-

powiednio zmodyfikowana, okazać się może bardzo pożyteczną“. I w końcu swej pracy dochodzi do następującego wniosku: „rany postrzałowe, drażące czaszki, pierwotnie często jałowe, bardzo często ulegają następowemu zakażeniu. Tylko rany zakażone winny być operowane metodą „débridement“ i to tylko wówczas, gdy odpowiednio długa obserwacja wykaże, że mimo troskliwego opatrywania zakażenie szerzy się w kierunku do jamy czaszki. Nie zapominajmy, że najradykałniejsza nawet „trepanacja“ nie usuwa zakażenia istniejącego. Ona stwarza tylko warunki, które mogą utrudnić dalsze szerzenie się zakażenia. Natomiast każdy zabieg krwawy, urażając tkanki, obniża ich odporność, a tem samem pozbawia ustrój najdzielniejszego środka odkażającego“.

Doświadczenia Hermana są bardzo cenne, trzeba jednak zwrócić uwagę, że są oparte na materyale tyłowych szpitali, zatem na chorych, których rany już pewien dłuższy czas trwają. Sposoby postępowania i wskazania u tych chorych muszą być zupełnie inne, niż u chorego, którego się otrzymuje w godzinę po zranieniu.

Widzimy więc, że mimo dość długiego już trwania wojny, istnieją jeszcze różne zapatrywania co do leczenia ran postrzałowych czaszki.

Na podstawie własnej szczupłej kazuistyki i bardzo krótkiego czasu obserwacji operowanych chorych, nie możemy stawiać twierdzenia, że każdy postrzał czaszki powinien być operowany. Operowaliśmy prawie wszystkie postrzały czaszki w sposób, jaki już poprzednio podałem, wychodząc z założenia, że prawie wszystkie postrzały, w których oporna twarda i substancja mózgowa zostały uszkodzone, są pierwotnie zakażone. W bieżącej literaturze o postrzałach czaszki spotykałem się stale z zapatrywaniem, że wszystkie ropnie mózgu, zdarzające się tak licznie po postrzałach czaszki i występujące nieraz n

stał ni z owad w bardzo długi czas po zranieniu i kończące się prawie zawsze śmiertelnie, mają swoje źródła w pozostałych w ranie postrzałowej odłamkach kostnych lub pociskach. Uważaliśmy więc, że usunięcie właśnie tych odłamków, jako najniebezpieczniejszych dla życia chorego, jest głównym celem wykonywanych przez nas zabiegów i że im wcześniej się usunie te źródła zakażenia, tem lepsza będzie prognoza na przyszłość, tem mniejsza możliwość następowych ropni mózgu.

Jak już kilka razy wspominałem, nie mieliśmy możliwości dłuższej obserwacji operowanych chorych z powodu bliskości frontu. Jednak i ten krótki czas obserwacji, przez który mogliśmy u siebie przetrzymać operowanych, utwierdzał i zachęcał do stosowania tych zabiegów. Wszyscy operowani wykazywali nawet w tym krótkim czasie znaczną poprawę, później dowiadaliśmy się od kolegów, którzy tych chorych leczyli w tyłowych szpitalach, o dobrych wynikach naszych zabiegów, prawie u wszystkich naszych chorych.

Dla przykładu przytoczę w tem miejscu krótką historię kilku operowanych postrzałów ryńienkowatych,

Leg. Z. S., II. Brygada. Ranny w głowę w czerwcu 1916 r. pod drutami rosyjskich okopów. Z powodu silnego ognia karabinowego przywieziony dopiero na drugi dzień do zakładu, w stanie na wpół przytomnym z zupełnie mokrym i brudnym opatrunkiem.

Po ostrzyżeniu i ogoleniu głowy stwierdzono postrzał karabinowy wzdłuż szczytu czaszki po prawej stronie szwu strzałkowego. Czepiec między wlotem i wylotem kuli utrzymany. Przy obmacywaniu wyczuwa się wyraźne złamanie czaszki (fractura). Po przecięciu czepca między wlotem i wylotem okazuje się ryńienkowaty postrzał długości około 8-miu cm. W otworze kości tkwi mnóstwo odłamków i strzép z czapki. Opona twarda przedarta. Zabieg wykonano w zwykły sposób. Po wyjęciu wszystkich odłamków, mózg tętni. Na czepiec założono trzy szwy sytuacyjne, w oba końce rany wprowadzono gazikowe setony i założono opatrunek. Na drugi dzień po zabiegu, chory zupełnie przytomny, żąda jedzenia, chce siedzieć i wstawać. Wykazuje lekki niedowład lewej górnej i dolnej kończyny. Na trzeci dzień zmiana opatrunku, wydzielina bardzo skąpa, świeże setony i opatrunek. Z niedowładu nie daje się prawie nic zauważyć. Na 4-ty dzień chory bez gorączki został dalej wysłany.

Żołnierz niemiecki K. S. Ranny w czoło w listopadzie 1915 r. Jako lekko ranny przyszedł pieszo do zakładu w pół godziny po zranieniu. Po zdjęciu opatrunku okazuje się rana postrzałowa kulą karabinową, wlot 2 palce nad prawym łukiem oczodołowym, wylot na prawej skroni. Skóra między wlotem a wylotem utrzymana. W otworze wylotu sterczy duży odłamek kostny i wycieka miazga mózgowa, przy obmywaniu wyraźnie się wyczuwa złamanie czaszki (fractura). W czasie

przygotowań do operacji chory omdlewa i majaczy. Po cięciu skórnm widoczny postrzał ryńienkowaty długości około 6 cm. Opona twarda przedarta, w otworze rany odłamek i miazga mózgowa. Po wykonaniu zwyczajnego zabiegu i wyjęciu dużych odłamków kostnych, tkwiących głęboko między oponą a sklepieniem czaszki, założono 2 szwy sytuacyjne i setony. Chory jeszcze tego samego dnia przychodzi zupełnie do siebie, nie zdradza żadnych anormalnych objawów, temperatura normalna. Na 3 dzień po zabiegu opatrunek, rana bez wydzieliny i wykazuje już tendencję gojenia, zestawiono te same setony. Na 5 dzień po świeżym opatrunku wysłano chorego dalej w doskonałym stanie. Sam wsiadł do wozu i odbył transport do najbliższego szpitala polowego w pozycji siedzącej.

Żołnierz austriacki J. K. Ranny w głowę i prawe przedramię w czerwcu 1916 r. Dostarczony do szpitala polowego w 3 godziny po zranieniu w stanie na wpół przytomnym, silnie skrwawiony, puls słabo napięty, wolny. Postrzał ryńienkowaty przebiegający skośnie ku stronie prawej, od szczytu czaszki ku potylicy, prócz tego pęknięcia czaszki (fissury), biegnące ku dołowi. Długość rany około 8 cm. Przed operacją infuzya 1-lit. fizyologicznego roztworu soli i iniekcye kamfory. Z rany wypływa duża ilość zmiażdżonej tkanki mózgowej, zmieszanej z piaskiem, trawą i drobnymi odławkami blaszki wewnętrznej. Po dokładnem oczyszczeniu rany zapomocą wody utlenionej (hyperolu) i delikatnego gazikowania, wykonaliśmy cały zabieg chirurgiczny prawie bez narkozy. Po usunięciu wszystkich odłamków mózg zupełnie wyraźnie tętni. Jak zwykle założono 2 szwy sytuacyjne i duże setony gazikowe. Na 2 dzień po operacji chory zupełnie przytomny, żąda jedzenia, skarży się tylko na ból w tyle głowy i zasłanianie wzroku. Temperatura 38. Wieczorem 2-go dnia zmiana opatrunku, wydzielina rany dość obfita, po wyjęciu setonów wycieka jeszcze pod wpływem tętnienia trochę miazgi mózgowej, założono powtórnie setony i opatrunek. 4 dnia przy zmianie opatrunku wydzielina bardzo skąpa, wygląd rany dobry, temperatura 37,2. Chory nie skarży się już na bóle głowy i zasłanianie wzroku. 5 dnia zrana z powodu pogotowia marszowego musiano chorego odesłać.

Podobnie pomyslny przebieg pooperacyjny przedstawiał się u reszty operowanych z powodu postrzałów ryńienkowatych, z wyjątkiem 2 zejść śmiertelnych, o których już wspominałem przy ogólnem zestawieniu moich przypadków.

Zanim skończę z postrzałami ryńienkowatymi, muszę chociaż w kilku słowach poruszyć sprawę szycia ran postrzałowych czaszki. W kwestyi tej spotyka się również rozmaite poglądy i zapatrywania.

Herman ostro potępia wszelkie szycia ran postrzałowych czaszki. Baranyi w Przemyśle nie tylko zaszywał na głucho świeże postrzały ryńienkowate, ale nawet pokrywał ubytki opony twardej powięzią szeroką ud. Statystyka Barany'ego jest jednak bardzo ską-

pa i niejasna i posiada zbyt wiele cech przypadkowości, żeby mogła przekonywać.

Przyjawszy raz, że większość ran postrzałowych czaszki jest pierwotnie zakażona, trudno się zdobyć na tak ryzykowny krok, jakim jest kompletne zaszycie rany. Również natychmiastowa transplantacja opony twardej nie ma najmniejszych widoków do przyjęcia się w zakażonej ranie. Pozatem transplantacja zabierałaby zbyt wiele czasu w gorączkowej robocie na froncie.

Przy opisie sposobu operowania naszych chorych mówiłem już, że prawie we wszystkich przypadkach zakładaliśmy na czepec szwy sytuacyjne i w ten sposób pokrywaliśmy częściowo otwór rany, wprowadzając równocześnie setony gazikowe w oba końce rany. Przy tym sposobie postępowania nie mieliśmy nigdy żadnych przykrości, ani nie byliśmy nigdy zmuszeni do puszczenia szwów. Setony gazikowe zupełnie dostatecznie spełniały swoje zadanie. Z podobnem postępowaniem spotkałem się niedawno w artykule V. Florschütza w *Münchener Med. Woch.* Rana, w ten sposób opatrzona, była naszym zdaniem lepiej zabezpieczona od następowego zakażenia przy zmianie opatrunków i w czasie długiego transportu, jaki musieli odbywać nasi chorzy z frontu. Wyjątkowo w jednym tylko przypadku z postrzałów rynienkowatych odważyłem się na zaszycie rany na głucho. Zastrzegam się jednak, żeby ten wyjątkowy przypadek miał służyć jako zachęta, jako przykład do zaszywania ran postrzałowych. Przytoczę tu w krótkości historię tego przypadku.

Leg. T. G., I. Brygady. Ranny w lipcu 1916 r. odłamkiem granatu w głowę. Chory w pół godziny po zranieniu znalazł się już w zakładzie sanitarnym. Na potylicy więcej po stronie lewej podłużna rana szarpana skóry i czepca. W kości potylicznej (os occipitale) ubytek długości 12 cm., szerokości 2 i pół cm. W jamie kości mnóstwo większych i mniejszych odłamków kostnych. Chory przytomny, ale bardzo apatyczny, skarży się na ból głowy i złe widzenie. Zabieg wykonano w narkozie morfinowo-eterowej. Po usunięciu drobnych odłamków okazuje się, że opona twarda jest nienaruszona. Przy obmacywaniu brzegów rany napotkano w górnym kącie rany 2 duże odłamki kostne, siedzące między oponą twardą a sklepieniem czaszki; odłamki ostrożnie wyjęto, by nie uszkodzić całej opony. Po wyjęciu tych odłamków mózg zaczął wyraźnie tętnić w otworze rany. Po wyrównaniu brzegów kości kleszczami Luera, okrwawiono brzegi rany czepca i skóry, poczem zaszyto na głucho całą ranę. Na 2 dzień po operacji chory zupełnie przytomny, rozmowny, narzeka tylko że głodny, skarży się jednak, że ma ciągle przed oczami czarne plamy. Na 3 dzień zmiana opatrunku, rana zupełnie przyschnięta, brzegi zeszyte rany widocznie zlepione. Na 5 dzień po-

wtórna zmiana opatrunku, rana goi się *per primam*, chory czuje się zupełnie dobrze, czarne plamy przed oczami prawie już nie dokuczają. 7-go dnia wyjęto 4 szwy. Chory czuje się zupełnie dobrze. Na 8 dzień chory został odesłany do najbliższego szpitala polowego. W miesiąc później otrzymałem kartkę od chorego z Lublina, że się nadal zupełnie dobrze czuje. Przebieg temperatury po zabiegu przedstawiał się u operowanego jak następuje: operowany 28. VIII. 1916.

29. VII.	Temp.	38,2 — 38,5
30. „	„	37,5 — 38,0
31. „	„	37,2 — 37,9
1. VIII.	„	37,2 — 37,3
2. „	„	37,1 — 37,2
3. „	„	36,9 — 37,1

Pozostają jeszcze do krótkiego omówienia postrzały po cięciwie (segmentarne) i postrzały osiowe.

Postrzały po cięciwie (segmentarne), o ile się zbliżały do postrzałów rynienkowatych, operowaliśmy w znany sposób. W postrzałach segmentarnych zbliżonych do postrzałów osiowych i w postrzałach osiowych, prognoza jest znacznie gorsza, niż w postrzałach rynienkowatych, nie tylko z powodu zazwyczaj znacznych pęknięć czaszki, ale i z powodu znacznych uszkodzeń samej masy mózgu i często znacznych krwotoków śródczaszkowych. W wypadkach tych prawie zawsze występowaliśmy czynnie w tem znaczeniu, że usuwaliśmy widoczne i dające się wymacać odłamki kostne z rany wstrzału i wystrzału. Po zabiegach tych można było zawsze zauważyć poprawę w ogólnym stanie chorych. Dla przykładu przytoczę historię jednego z tych chorych.

Żołnierz rosyjski J. Z. Ranny w maju 1915 r. w głowę. Przywieziony w 4 godz. po zranieniu w stanie nieprzytomnym, z oddechem Cheyne-Stokesa. Postrzał osiowy czaszki. Włot pocisku 3 palce nad prawym łukiem oczodołowym, wylot nad lewym uchem. Od obu ran kostnych biegną rozległe pęknięcia. Z ran wylewa się sporo miazgi mózgowej z odławkami kostnymi. Prawie bez narkozy wydobyto z obu ran sporą ilość odłamków i miazgi mózgowej i założono delikatne setony. Na 3 dzień po zabiegu chory sam pije; lewa ręka jest porażona; jest przytomny, mowa jednak jest bardzo niewyraźna. Na 4 dzień z powodu marszu został dalej odesłany.

W postrzałach ślepych zależy prognoza od tego, jak daleko ugrzązł pocisk i jak wielkie spowodował uszkodzenia wewnątrz mózgu. W każdym jednak razie, jeśli się już nie usunie samego pocisku, to usunięcie widocznych i namacalnych odłamków i zmniejszenie tem samem ucisku śródczaszkowego musi być pożyteczne i wskazane.

Kończąc na tem moje uwagi o postrzałach czaszki, mogę jeszcze raz powtórzyć, że wyniki naszej szczupłej ilości zabiegów chi-

rurgicznych u rannych w głowę były bardzo zachęcające i potwierdzają doświadczenia innych lekarzy, pracujących na froncie.

Przegląd bibliograficzny.

Pamiętnik Warszawskiego lazaretu miejskiego 1914—1915 r.

W marcu r. b. wyszedł z druku Pamiętnik Warszawskiego lazaretu miejskiego, wydany pod redakcją dr med. Franciszka Kijewskiego przy współudziale drów: M. Borsuka, J. Borzymowskiego, W. Horodyńskiego, L. Karwackiego, prof. L. Kryńskiego, W. Kamockiego, St. Orłowskiego, Stef. Karp-Rotterunda i T. Solmana.

Pamiętnik obejmuje przeszło 500 stronic druku i składa się z 3-ch części: pierwsza dotyczy dziejów założenia lazaretu i sprawozdania gospodarczo-administracyjnego, druga jest statystyczno-lekarska, trzecia zaś zawiera prace oryginalne, oparte na materyale spostrzeganym w lazarecie.

Z pierwszej części dowiadujemy się, że lazaret na blisko 2 tysiące łóżek otwarty został 5 września 1914 r.; zawierał on w najważniejszej części pomieszczenia dla chorych chirurgicznych, *resp.* rannych, ale uwzględniono również i możliwość napływu chorych żołnierzy z cierpieniami wewnętrznymi. Podziwiać należy niezwykłą energię i umiejętność, z jaką w szybkim czasie komitet lazaretu razem z naczelnym lekarzem Kijewskim przy pomocy specjalistów technicznych potrafił w gmaczu, przeznaczonym dla innych zadań, przygotować wszystkie urządzenia tak, aby one odpowiadały nie tylko potrzebom chorych, ale również, aby odpowiadały wymaganiom nauki lekarskiej i dawały możność lekarzom w całej pełni zastosować swą wiedzę dla dobra chorych. W lazarecie pracowało pięćdziesięciu kilku lekarzy, a między nimi znaczna liczba znanych specjalistów ze wszystkich działów medycyny; oprócz tego pracowało jeszcze 26 studentów medycyny, 400 sanitariuszek i 39 siostr miłosierdzia, mających opiekę nad chorymi, nad apteką, kuchnią i pralnią. Na urządzenia gospodarcze, chirurgiczne i przygotowanie pomieszczeń wydano 188 tysięcy rb., co nie przedstawia wcale zbyt wysokiej cyfry wobec tych urządzeń, jakie w lazarecie uczyniono; utrzymanie zaś lazaretu od 5 września 1914 roku do 12 sierpnia 1915 roku wynosiło 545 tysięcy rb. przy 389,360 dniach szpitalnych. Żywność wynosiła 227 tys. rb., co stanowi 41,5% ogólnej sumy wydatków na utrzymanie, a środki lekarskie, opatrunkowe i narzędzia chirurgiczne 82 tysiące rb., co stanowi 15% ogólnych wydatków; te dwie pozycje świadczą, że pod względem żywienia i środków lekarskich lazaret lepiej był uposażony materyalnie od szpitali miejskich w ówczesnej dobie.

W opisie dziejów lazaretu znajdują je-

dnak pewną nieścisłość chronologiczną; powiedziano tam, że wskutek przepełnienia szpitali miejskich przez rannych, ówczesny zarząd miasta postanowił urządzić oddzielny lazaret dla wojskowych; w istocie jednak już wcześniej zarząd miasta powziął ten projekt, gdyż zarezerwowawszy w połowie sierpnia w szpitalach miejskich do tysiąca łóżek dla rannych, już 27 sierpnia postanowił urządzić lazaret na koszt miasta, wyłącznie przeznaczony dla wojskowych, najprawdopodobniej mając na względzie potrzeby mieszkańców miasta i w obawie przed możliwym przepełnieniem szpitali przez rannych. Ranni zaś w większej liczbie zaczęli napływać do szpitali miejskich dopiero 29 sierpnia, a obrócony na użytek rannych żołnierzy zakład położniczy przy ulicy Karowej, nie doczekał się nawet wcale rannych i w końcu września został znowu przywrócony do spełniania swego pierwotnego zadania.

Część druga statystyczno-lekarska obejmuje nie tylko najdokładniejszą drobiazgową statystykę uszkodzeń, chorób i zabiegów operacyjnych z poszczególnych oddziałów chirurgicznych i wewnętrznych z odnosnemi uwagami ordynatorów, kierujących tymi oddziałami, ale i sprawozdania z więcej specjalnych oddziałów, jak chorób uszu, gardła, szczęk i jamy ustnej; pozatem pomieszczone są sprawozdania z działalności pracowników lekarskiej, pracowni radioskopowej i wyniki z dokonanych sekcji.

Za czas istnienia lazaretu było razem chorych 16277; z tej liczby rannych i z cierpieniami chirurgicznymi było 10506, a z chorobami wewnętrznymi 5771. Zmarło razem 892; z tej liczby chorych chirurgicznych 786, a wskutek chorób wewnętrznych 106. Z ogólnego zestawienia widać, że największa liczba rannych była w dolne kończyny (przeszło 4 tysiące) z zejściem śmiertelnym w 269 przypadkach, i w kończyny górne (prawie 3 tysiące) z zejściem śmiertelnym w 66 przypadkach.

Pozatem zanotowano 1182 postrzałów klatki piersiowej i płuc z 8,7% śmierci
1145 postrzałów głowy „ 11,5% „
207 „ kręgosłupa „ 26% „
308 „ brzucha „ 29,7% „

Operacji wszystkich dokonano wogóle 4783, z tych wielkich 2386 z 347 przypadkami śmierci, a małych 2397 z zejściem śmiertelnym w 11 przypadkach.

Z powikłań róża rzadko stosunkowo występowała; ropowica gazowa wystąpiła u 104 chorych z zejściem śmiertelnym w 70 przypadkach; tężec notowany był u 79 rannych

z 56 przypadkami śmierci. Sekeyi dokonano razem 128.

Przy ogólnym zestawieniu uszkodzeń postrzałowych ważnych okolic ciała odsetka śmiertelności nie przedstawia się wysoką; szczegółowe dopiero rozpatrzenie się w sprawozdaniu z oddzielnych oddziałów i w poszczególnych operacjach wykazuje, że na ten względnie niewielki procent śmiertelności wpływa w znacznym stopniu duża liczba uszkodzeń, chociaż i bardzo ważnych okolic ciała, ale dotycząca tylko części powierzchownych. Operacji na płucach i opłucnej dokonano po postrzałach w 121 przypadkach z odsetką śmiertelności, wynoszącą 22%; trepanacji czaszki przy uszkodzeniu samej kości lub kości i mózgu dokonano 177 razy z zejściem śmiertelnym w 64 przypadkach, co daje 36%; laparotomii z racyi ran postrzałowych brzucha dokonano 48 z zejściem śmiertelnym w 28 przypadkach, co daje 58%; laminiektomie w liczbie 23 dały 15 zejść śmiertelnych, co stanowi 65%. Ran ciętych i kłutych notowano bardzo mało. W wykazie chorób wewnętrznych u wojskowych uderzająca jest dość znaczna liczba stwierdzonej gruźlicy płuc, gdyż wynosząca 223 przypadki i organicznej wady serca, rozpoznanej u 107 chorych.

Nie może nas wcale dziwić, że przy przedstawieniu tak obfitego materiału statystycznego mogły się zdarzyć gdzieś pewne pomyłki, tak np. na str. 128 podano liczbę ewakuowanych z lazaretu na 16046, co razem z 892 przypadkami śmierci przedstawiałoby liczbę 16938 dostarczonych do lazaretu chorych, zamiast rzeczywistej, na innym miejscu podanej, a wynoszącej 16277; pomyłka ta była wynikiem obliczania w zestawieniu ogólnym nie tylko rannych, ale i liczby uszkodzeń, nieraz wielolicznych u jednego osobnika.

Na stronie 33 w rubryce obrażeń kręgosłupa przy 16 przypadkach ran postrzałowych kręgów i rdzenia i przy dokonanych 9 operacjach podano 16 chorych, jako wypisanych z poprawą, co trzeba uważać za jakąś tylko pomyłkę; na str. 100 na 9 uszkodzeń postrzałowych przenikających brzucha zanotowano 9 wypisanych zdrowych lub z poprawą.

Na str. 81 i 91 w poddziałach dla ran postrzałowych głowy, klatki piersiowej i brzucha najprawdopodobniej przedstawiono rubrykę, w której miano notować zejście śmiertelne na rubrykę, w której notowano wypisanych jako zdrowych lub z poprawą i odwrotnie. Drobne te jednak usterki w niczem nie zmniejszają ogromnej wartości tej bogatej statystyki, w której każdy chirurg przy szczegółowym rozpatrywaniu znajdzie dla siebie dużo cennych danych.

Przechodząc do 3-ej części Pamiętnika, zaznaczyć muszę, że zawiera ona dużo wybornych artykułów, z których nie jedne mają charakter dobrze opracowanych monografii. Karwacki z Bichniewiczówną i Groerówną opracowywał już od grudnia 1914 etiologię i patogenezę gazówek, do czego zachęciła go znaczna liczba przypadków tego groźnego po-

wikłania, pojawiająca się u rannych; ten sam autor ogłasza w Pamiętniku symptomatologię i patogenezę zatrucia gazami, czemu również poświęca kilka uwag Teodor Heryng; poza tem Karwacki podaje jeszcze próby leczenia gorączki powrotnej, razem zaś z Z. Krakowską ogłasza wpływ niektórych ciał koloidalnych na rozwój lasieczników durowych A na podłożach sztucznych, a z Groerówną dwa przypadki ostrego gośca stawowego. Z dużej pracy J. Brunera o tężcu dowiadujemy się, że w znacznej liczbie przypadków tego powikłania w lazarecie, surowica i inne środki, stosowane podczas występowania objawów chorobnych, nie sprawdziły pokładanej w nich nadziei. Później dopiero dowiemy się, czy zapobiegawcze zastrzykiwanie surowicy wszystkim rannym, jak to miało mieć miejsce podobno w armii francuskiej, odniosło pożądane wyniki.

Horodyński pisze o usypianiu zapomocą lawatyw eterowych; ten sam temat podaje Fr. Kijewski, przytaczając piśmiennictwo, dotyczące się tej metody, o stosowaniu której obecnie nawet marzyć nie możemy. Kijewski pisze również o uszkodzeniach postrzałowych klatki piersiowej i płuc, opierając się na całym materiale lazaretu, dotyczącym uszkodzeń tej okolicy ciała; i przytaczając z całą drobiazgowością literaturę tego przedmiotu.

St. Orłowski w 4-ch artykułach omawia psychozy w związku z obecną wojną. J. Borzymowski w 2-ch artykułach stara się nakreślić wskazania operacyjne w postrzałach brzucha, i zaleca plastykę w świeżych postrzałach mózgu, co podlegać może jeszcze dyskusji. Prof. Kryński w kilku artykułach daje jasno i treściwie syntetyczny pogląd na obecny stan chirurgii wojennej. Szumlański podaje „Z kazuistyki wojennej cierpień i uszkodzeń narządu słuchowego”; Kamocki — uszkodzenia oczu w wojnie obecnej na tle materiału lazaretu; Koelichen — dane statystyczne i wnioski kliniczne, dotyczące urazów układu nerwowego.

Karp-Rottermund — o zgorzeli rozległej kończyn, T. Solman o leczeniu ran kłutych wątroby, M. Borsuk — w sprawie leczenia operacyjnego tętniaków urazowych i o ciałach obcych w ranach postrzałowych, E. Jakimowicz — o leczeniu odmrożeń, Horodyński — przyczynek do patologii uchyłka Meckela, Jan Mossakowski — przypadek jednoczesnego zranienia narządów jamy brzusznej i klatki piersiowej, F. Kołakowski — o znieczuleniu ogólnym chlorkiem etylu, i lekarz dentysta, L. Goldberg — o powikłanych złamaniach szczęki i sposobach ich leczenia.

Pomimo, że sama Redakcja na str. 521 zaznacza, że pozostały całe działy, dotyczące zarówno leczenia, jak i wyników operacyjnych, które czekają na odpowiednie opracowanie, jednakże przyznać należy, że naczelny lekarz lazaretu, a redaktor Pamiętnika, razem z Komitetem redakcyjnym nie szczędzili trudów, aby w tak stosunkowo krótkim czasie w obecnych ciężkich warunkach wydać Pamiętnik, który, ze względu na bardzo obfi-

ty materiały i umiejętne opracowanie, zajmować będzie napewno jedno z wydatniejszych miejsc w szeregu wydawnictw, jakie nieza-

wodnie ukazywać się będą z chirurgii wojennej dzisiejszej wojny wszechświatowej.

A. Gabszewicz.

Wiadomości bieżące.

— Wyszło z druku 35-te sprawozdanie roczne z działalności Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym im. D-ra Mianowskiego za rok 1916. W roku sprawozdawczym wypłacono zapomóg z funduszu obrotowego na 210339 rb. 19 kop., z funduszków specjalnych 18412 kop. 79, razem 228751 rb. 98 kop. W tem znajduje się zapomóg bezwrotnych 170,412 kop. 39, warunkowo zwrotnych 55339 kop. 59 i pożyczek 3000 rb. Stosownie do przeznaczenia udzielonej pomocy zapomogi na cele i badania naukowe wynosiły razem 107158 rb. 74 kop. (w tem 100739 z funduszu obrotowego), na wydawnictwa naukowe 117837 rb. 60 kop. (z funduszu obrotowego 107225 rb. 19 k.), dla osób, które poprzednio dały się poznać z prac naukowych 3755 rb. 64 kop. (z funduszu obrotowego 2375 rb.). Z zapomóg warunkowo zwrotnych wydano 33 książki. Wśród nich z dziedziny medycyny tłumaczenie Farmakologii Gotlieba i Meyera, oraz Fiziologię człowieka (dzieło oryginalne zbiorowe). Z zapomóg bezwrotnych wydano 41 książek. W tem z medycyny: Przegląd piśmiennictwa lekarskiego za r. 1912 i 13, Dębińskiego B. Znaczenie odmy pierśowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej, Flatau E. Prace z pracowni neurobiologicznej Tom I, Karwackiego L. i Biernackiego St. O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznym, Koskowskiego W. Anatomia opisowa według wykładów prof. E. Lotha; Lothowej-Niemirycz—Badania anatomiczne i antropologiczne, Rzętkowskiego K. Badania nad zachowaniem się kwasów aminowych w ustroju ludzkim, Tryjarskiego E. i Salskiego A. O leczeniu twardzieli szczepionką swoistą. Z pożyczek wydano Malinowskiego F. Choroby weneryczne Tom II.

Kapitał zasobowy Kasy z końcem roku 1916 wynosił 856750 rb., kapitał obrotowy 236945 rb. 99 kop. Najważniejszą pozycję tego ostatniego stanowi dochód z zapisu W. Zglenickiego, wynoszący 122643 rb. kop. 6. Dochód ten płynie z eksploatacji pokładów naftowych koncesyi Kasy Mianowskiego w Surochanach przez Towarzystwo Czarnomorsko-Kaspijskie. Wartość samego zapisu w swoim czasie wynosiła rb. 3700. Dochód wyżej wymieniony nie mógł być zrealizowany w roku bieżącym, chociaż otrzymano wiadomość, iż został wpłacony do Kasy Banku państwa w Petersburgu d. 16 kwietnia 1916 r. (za czas od lipca 1915 do marca 1916). Bilans kasy Mianowskiego wykazuje 1859278 rub.

Te suche cyfry same mówią za siebie. Godzi się uważnie przeczytać całe bardzo sumiennie i dokładnie ułożone sprawozdanie, ażeby mieć pojęcie, ile pożytku przynosi ta piękna instytucja

naszej nauce i naszemu pracownikom na polu naukowym. Szkoda wielka że instytucja taka posiada zaledwie 210 członków rzeczywistych, którzy za rok 1916 wnieśli ogółem składek w sumie 1194 rubli. Członków honorowych liczy kasa 164, założycieli 88.

Skład Komitetu Kasy Mianowskiego jest następujący: prezes Feliks Kucharzewski, vice-prezes Bronisław Chlebowski, kasyer Józef Natanson, sekretarz Stefan Holewiński, członkowie: Dominik Anc, Józef Brudziński, Maksymilian Flakum, Witold Kamieniecki, Henryk Konic, Józef Pawiński, Ludwik Szperl, Władysław Tatarkiewicz. Biuro Kasy mieści się na ulicy Marszałkowskiej № 74.

— Zjazd Higienistów Polskich w Warszawie. Komitet organizacyjny stanowią: Dr Jan Bączkiewicz — przewodniczący, Inż. Jan Furuhjelm viceprzewodniczący, dr Henryk Gromadzki sekretarz, dr Henryk Kucharzewski skarbnik, dr Stanisław Kurtz gospodarz, Asesor B. Koskowski organizator wystawy. Członkowie: dr Witosław Dąbrowski, dr Ludwik Guranowski, dr Józef Jaworski, dr Stanisław Orłowski, dr Józef Polak, dr Arkadiusz Puławski, dr Stanisław Serkowski, dr Władysław Starkiewicz, dr Witold Szumlański, dr Marian Zapasiewicz, dr Józef Zawadzki.

Niezależnie od tego został utworzony Komitet generalny Zjazdu, do którego zostali zaproszeni przedstawiciele naszych władz cywilnych i duchownych, oraz przedstawiciele różnych instytucji i stowarzyszeń naukowych i społecznych.

Na czas Zjazdu zorganizowana zostanie wystawa o charakterze dydaktyczno-poglądowym surogatów środków odżywczych i leczniczych oraz środków leczniczych krajowych i wydawnictw higienicznych.

Pod względem naukowym Zjazd zapowiada się b. dobrze: zgłoszono z górą 100 referatów.

Komitet organizacyjny otrzymał od władz austriackich zapewnienie, że z okupacji austriackiej dla uczestników Zjazdu pasporty będą wydawane za okazaniem zaproszenia na Zjazd; komitet organizacyjny oprócz tego musi wysłać do władz do Lublina listę imienną tych uczestników zjazdu, którzy zgłosili swój udział w Zjeździe z okupacji austriackiej. Jedna taka lista została już sformowana i wysłana.

Ze względu na prace przygotowawcze Zjazdu, pożądané jest, żeby koledzy, którzy pragną wziąć udział w Zjeździe jak najwcześniej się nań zapisywali.

Program ogólny Zjazdu.

1. D. 28 czerwca (czwartek) między godz. 7 a 9 wieczór wzajemne zapoznanie się członków

Zjazdu w cukierni Ogrodu Saskiego „Café de Saxe“.

2. D. 29 czerwca (piątek) o godz. 9 rano uroczyste nabożeństwo w kościele Karmelitów na Krak. Przedmieściu.

3. Między godz. 10 a 11 w południe zwiedzenie Rynku Staromiejskiego, Wystawy Kościuszkowskiej i Zamku.

4. Godz 2 po poł. Uroczyste otwarcie Zjazdu w sali wielkiej Tow. Higienicznego Warszawskiego (ul. Karowa 31) oraz I plenarne posiedzenie Zjazdu.

a) Powitanie Zjazdu przez Prezesa Tow. Higienicznego, dr J. Polaka.

b) Przemówienie Prezesa Komitetu Organizacyjnego i otwarcie Zjazdu.

c) Wybór Prezydium Zjazdu, prezesów honorowych i sekretarzy.

d) Przemówienie przedstawicieli władz i delegatów Instytucji i Towarzystw.

e) Odczytanie listy delegatów na Zjazd i telegramów.

f) Przyjęcie regulaminu Zjazdu.

g) Referaty z zakresu prawodawstwa sanitarnego.

5. D. 30 czerwca (sobota) Gmach Tow. Higienicznego od godz. 8 rano 11 rano posiedzenia sekcyjne. Sekcji 6, a mianowicie:

1) Sekcja sanitarno-lekarska, 2) walka z dudem plamistym, 3) walka z chorobami wenery-

cznymi, 4) Higiena wychowawcza (opieka nad matką, dziećmi i młodzieżą), 5) Lecznictwo, Szpitalnictwo, 6) Higiena miast, miasteczek i wsi. Od 11 rano do 1 po poł. II plenarne posiedzenie Zjazdu.

a) referat główny o stanie sanitarnym kraju, b) referaty programowe w sprawie walki z gruźlicą, c) referaty, dotyczące stanu sanitarnego w szczególności, d) wybór Komisji wniosków.

Od godz. 2 do 4 zwiedzanie Stacji Filtrów. Od 4 do 7 wiecz. posiedzenia sekcyjne

6. D. 1 lipca od 8 do 1 po połud. posiedzenia sekcyjne, od 2 do 4 zwiedzenie szkoły Konopczyńskiego i szkoły im. W. Sawickiego. Od 4 do 7 wiecz. III plenarne posiedzenie: a) referaty programowe w sprawie walki z chorobami wenerycznymi, b) referat o eugenicie, c) odczytanie i przyjęcie wniosków, d) przemówienie prezesa Zjazdu, e) przemówienie prezesa Komitetu Organizacyjnego. Zamknięcie Zjazdu.

N A D E S Ł A N O.

1) Maksymilian Zweigbaum. O bibliotece Żalskich i innych bibliotekach polskich w Petersburgu. Odb. z Bies. Liter. 1917. 2) Sprawozdanie trzydzieste piąte z działalności Kasy Pomocy dla osób pracujących na polu naukowym im. dra med. Józefa Mianowskiego za rok 1916. Warszawa 1917.

K O N K U R S.

Wydział krajowy rozpisuje niniejszem konkurs na posadę dyrektora krajowego szpitala powszechnego we Lwowie.

Podania należy wnosić do Wydziału krajowego w Krakowie (ul. Smoleńska L. 10) w terminie do dnia 30 września 1917 r., załączając do nich: 1) metrykę urodzenia, 2) świadectwo przynależności, 3) dyplom dra wszechnauk lekarskich, uzyskany na jednym z uniwersytetów monarchii austro-węgierskiej, 4) dowód z odbycia praktyki szpitalnej oraz ewentualne inne dokumenty, świadczą-

ce o odbytych studiach, 5) opis życia. Pierwszeństwo będą mieli kandydaci, obznajomieni z administracją zakładów leczniczych. Z posadą powyższą związane są następujące pobory: 1) płaca roczna 6,400 (sześć tysięcy czterysta) koron, 2) mieszkanie w naturze, ewentualnie relutum wedle uznania Wydziału krajowego, 3) deputat opału i światła, 4) prawo do dwóch dodatków pięcioletnich i jednego trzyletniego po 800 (ośmset) koron.

Wydział krajowy.

T R E Ś Ć N U M E R U.

	Str.		Str.
Szymon Starkiewicz. Chondrodystrophia foetalis	297	Przegląd bibliograficzny. Pamiętnik Warszawskiego lazaretu miejskiego 1914 — 1915. Ocenił A. Gabszewicz	305
Aleksander Domaszewicz. Kilka uwag o leczeniu w polu ran postrzałowych czaszki (dokończenie)	302	Wiadomości bieżące.	307

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. Metzl i Ska, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

1. **Farmakologia**, przekład dzieła profesorów *Nothnagel'a i Rosenbach'a* Cena m. 15.
2. **Choroby serca**, przez *Oskara Widmana*. Dzieło oryginalne, opatrzone licznymi drzeworytami w tekście. Cena m. 7.50.
3. **Księga Pamiątkowa**, wspólnymi siłami spisana, najzacniejszemu Mistrzowi Profesorowi Doktorowi Medycyny Henrykowi Hoyerowi, dwudziestopięcioletnią rocznicę mozołnej, a użytecznej pracy obchodzącemu, w ofierze złożona przez wdzięcznych uczniów i przyjaciół Jego, współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Warszawa 1884 r. (wyczerpane).
4. **Psychiatria**, przez D-ra *Rothego*. Dzieło oryginalne. Cena m. 4.50.
5. **Grzybki chorobotwórcze**, napisał D-r *Maryan Jakowski*. Dzieło oryginalne z 7 tablicami litografowanymi i 11 drzeworytami (wyczerpane).
6. **Terapia ogólna**, ze szczególnem uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Odczyty prof. *E. A. Hoffman'a* (wyczerp.).
7. **Nauka o chorobach narządów trawienia**, przez D-ra *Mikołaja Rajchmana*. Cena m. 2.50.
8. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**. Dzieło oryginalne przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie (wyczerp.).
9. **Dyagnostyka chirurgiczna**. Dzieło oryginalne przez *Romana Jasińskiego*. Cena m. 7.50. Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej cena m. 3.75.
10. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**, przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie i „**Choroby górnego odcinka dróg oddechowych**“ przez D-ra *Alfreda Sokołowskiego* ordynatora szpitala Sw. Ducha w Warszawie. Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście, ponownie przez autorów opracowane. Cena m. 13.75. Dla prenumeratorów Gaz. Lek. cena niższa na m. 6.25.
11. **Histeria — Gilles de la Tourette** — w opracowaniu *A. Puławskiego*. Cena m. 6.75.
12. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych** *Wł. Biegańskiego*. Tom pierwszy. Cena m. 10. Tom drugi. Cena m. 11.25 Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej cena dwóch tomów m. 12.50.
13. **Wykład chorób dróg oddechowych** przez D-ra *A. Sokołowskiego*.
I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysunkami w tekście). Cena m. 6.
II. **Choroby płuc**. Cena m. 7.50.
III. Cz. 1. **Choroby opłucnej i śródpiersia**. Cz. 2. **Suchoty płucne**. Cena m. 12.50.
14. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna** przez D-ra *Zdz. Dmochowskiego*, prosektora Uniwers. Warsz.
Cz. I. **Klatka piersiowa**. Cena m. 7.50, na papierze kredowanym m. 10.
15. **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów** — *G. Vogel'a* w tłumaczeniu polskim *Zweigbauma i Popiela*, z 214 rysunkami w tekście. Cena m. 10.
16. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani** przez D-ra *T. Herynga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena m. 10.
17. **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** przez D-ra med. *H. Nusbauma*, z rysunkami w tekście. Cena 6.25.
18. **Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych**. Przekład odczytu prof. *A. Dieudonné'go*. Cena m. 1.50.
19. **W sprawie organizacji ogólnej Uniwersytetu, a Wydziału Lekarskiego w szczególności** przez *Józefa Brudzińskiego*. Cena m. 2.
20. **Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych** przez prof. *Edwarda Lotha*.
I. **Krtani** (z 3 rysunkami w tekście). Cena m. 1.
II. **Trzewa klatki piersiowej** (z 14 rysunkami w tekście) Cena m. 2.
21. **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem** przez *Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego*. Cena m. 2.
22. **Zimnica i komary malaryczne u nas** przez *Tadeusza Korzona*. Cena m. 2.25.

Dr E. Reichstein

ordynuje podczas sezonu letniego
w CIECHOCINKU,
dom Adama.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francu-
zki oraz przepisywanie na maszynie przyj-
muje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.
Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

Hemogen Magistra Klawe

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy
w stosowaniu, o przyjemnym smaku, nie psujący się,
nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby;
zalecany we wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych
polecą LABORATORJUM CHEMICZNE

Magistra K L A W E,
10, Pl. Trzech Krzyży Warszawa.

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan.



Próbki
i lite-
ratu-
ra na
zga-
danie
P.P. Le-
karzy.

JODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej. Jodorol przyswaja się szybko, nie wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydzielą się całkowicie w ciągu 3—4 dni. Może być stosowany od 10—100 kropeł trzy razy dziennie.

Cena flakonu m. 5.50.

Tow. Akc. „Fr. KARPINSKI w Warszawie”
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemysłowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.

KOMISJA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM
STOWARZYSZENIU LEKARZY odebrała na podanie badań
chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPINSKIEGO
jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej
zawierającej 4,75 stężonego jodu. Próbki ten nie ma
się z wodą w żadnym stopniu, jest przyjemny w smaku
może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy
razy dziennie, przyswaja się w ustroju szybko, nie
wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem
(jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydzielą się
całkowicie w ciągu 3—4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1924

Przewodniczący Komisji
Pracownia Lekarskiej

[Signature]
Sekretarz

Oprawa i przebieg leczenia Jodo-
rolu. Wskazania i dawkowanie
To jest wzmianka o Jodorolu
z dnia 27 lutego 1924 r.
F. Karpiński
Sekretarz

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.