



№ 18.

Warszawa d. 4 Maja 1918.

Rok LII.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· TWOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2735.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

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

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

DUR WYSYPKOWY

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

STYPTYCYNA

(STYPTICIN)

Zamiast Extractum hydrastis w

krwotokach macicznych obfitem miesiączkowaniu,
krwotokach klimakterycznych.Dalsze wskazanie: **Zmazy nocne.**

Tabletki styptycyny 0,05 g. rurki po 20 sztuk.

Przedstawiciel: Dom Handlowy NACHTLICHT i KAMIENSKI, Warszawa — Tłomackie 1.

E. MERCK — Darmstadt.

KOMISJA PRZEMIOŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM
STOWARZYSZENIU LEKARZY oświadcza na podstawie badań
chemicznych i ilościowych, że JODOROL KARPINSKIEGO
jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej
rozcieplonej 4,2 % czystego jodu. Przeciw ten ostatni
stał z wodą w każdym stosunku, jest przejrzysty w smaku
może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy
razy dziennie, przyswajając się w ustroju szybko, nie
wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem
(jodizmu) nawet w dawkach największych i wydziela się
całkowicie w ciągu 3-4 dni
Warszawa dnia 27 lutego 1918

Przewodniczący Komisji
Pracownia Lekarska

Sekretarz

Oprawa papierowa i tona.
Wielkość formatu 24 x 32 cm
Cena 2000 zł
Drukarnia
Warszawa, 1918

JODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej.
Jodorol przyswajają się szybko, nie wywołując objawów po-
drażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach
najwyższych i wydziela 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 Przemio-
łowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.

Pellidol

(Diacetylamidoazotoluol).

**Do szybkiego powstawania nabłonka na
ziarninujących powierzchniach ran.**

W wielu razach czyni zbyteczną transplantację.

Znaczne skrócenie okresu leczenia.

Zdumiewający wynik w leczeniu wszelkiego rodzaju wyprysku.

Stosuje się w postaci 2% maści i 5% proszku.

Dokładną literaturę dostarcza **KALLE & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE**. Biebrich nad Renem.

Sapinol

z marką ochronną „Sosna” aptekarza **J. Bobakowskiego** w Warszawie, wyborowy ekstrakt sosnowy do kąpieli. Choroby nerwowe, kobiece, dróg oddechowych, dziecięce, reumatyzm, artretyzm.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

**Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).**

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia pg. modeli i rysunków.

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

**Warszawa, Marszałkowska 139, wprost
bramy, I-sze piętro.**

Poleca: wszelkie narzędzia lekarskie, szpryce, igły do szpryc i chirurg. termometry i t. p. Dokładna reparacja i odnawianie tychże. Reprezentacja na Król. Polskie Fabryki artykułów dla celów medycznych R. GRAF et C-o, Norymberga.

Catgut z najlepszych i zdrowych kiszek; zupełnie gotowy do użytku (jałowy) na gwiazdkach.

Catgut surowy w motkach i kłębkach, lecz wewnątrz nici jałowy.

Włosy końskie wyjałowione według Dra Rosenthala.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz przepisywanie na maszynie przyjmuje b. stud. wydz. lek. F. Stodolska. Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

ACIDOL-PEPSIN

wypróbowany, trwały

preparat kwasu solnego i pepsyny.

Pudełko zawiera 5 rurek po 10 pastylek.

Stężenie I
(silnie kwaśne).

Stężenie II
(słabo kwaśne).

Próby i literatura na żądanie!

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

Berlin S.O. 30.

Przedstawiciel: **I. FREIDER & C-o**. Warszawa, Królewska 35.



GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘ-
TNOŚCI LEKARSKICH

Pięćdziesiąt
lecie dyugie-

Warszawa, d. 4 maja 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2735.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DRA L. ZEMBRZUSKIEGO W WARSZAWSKIM SZPITALU DLA DZIECI
PRZY UL. KOPERNIKA 43.

Przypadek ręki szpotawej z wrodzonym częściowym brakiem kości promieniowej.

PODAŁ

Dr Franciszek Zalewski.

Wrodzony brak jednej z kości przedramienia całkowity, względnie częściowy, występuje zawsze w połączeniu ze zniekształceniem kończyny. Zniekształcenie to przy powierzchownych nawet oględzinach rzuca się w oczy nieproporcjonalnie krótkim przedramieniem, łukowato wygięciem i najczęściej nieprawidłowem ułożeniem ręki.

Przez pewną analogię do podobnego ułożenia stopy szpotawej w stosunku do goleń, ręka taka nosi nazwę ogólną — ręki szpotawej — *manus vara* (p. rys. 1).

Podług Kirmissona ręce szpotawej w większości przypadków towarzyszą zmiany rozwojowe nie tylko w odnośnej kończynie (np. częściowy lub całkowity brak jednej z kości przedramienia), lecz i w innych narządach ustroju, jako to: stopa szpotawa, zrost palców, brak wrodzony palucha i t. d. Prócz braków w kości istnieją zmiany wrodzone w stawach, mięśniach, nerwach, a nawet w skórze zniekształconej kończyny. Bardzo częstym zjawiskiem bywa zeszywnienie stawu łokciowego lub ograniczenie w nim ruchów. Omawiane zboczenie rozwojowe ręki spotykamy dość rzadko. Hoffa w pierwszym wydaniu swego podręcznika ortopedyi przytacza jeden tylko przypadek ręki szpotawej na 1444

Rys. 1.



innych zniekształceń wrodzonych. Dollinger na 859 wad rozwojowych nie widział ani jednego przypadku ręki szpotawej. Reginald Sayre w swej pracy, zakomunikowanej w 1893 r. Amerykańskiemu Towarzystwu Ortopedycznemu, przytacza 5 własnych spostrzeżeń odnośnych. Kirmisson spostrzegał 8 przypadków ręki szpotawej wrodzonej. Z polskich autorów pierwszy podał wzmiankę o niedorozwoju kości przedramienia kandydat medycyny, ukryty pod literą K. Notatka ta, wydrukowana w Przeglądzie Lekarskim r. 1868 nosi tytuł „Brak częściowy kości promieniowych tudzież strzałkowych“. Należy żałować, że autor nie wspomniał zupełnie o położeniu ręki w stosunku do przedramienia. Drugą bardzo krótką i pobieżną wzmiankę znalazłem w Pamiętniku T-wa Lekarskiego Warszawskiego z r. 1890, głoszącą, że na klinicznym posiedzeniu Towarzystwa w dn. 5 XI. 1889 r. Dr Jasiński przedstawiał przypadek z wrodzonym brakiem kości promieniowej i palca wielkiego w kończynie górnej prawej. Pozatem istniał niedorozwój mięśnia dwugłowego, zupełny brak zginacza długiego oraz mięśni wyprostnych palca wielkiego, mięśnia odwracającego przedramię i mięśnia nawrotnego obłego. W napiętku brak było kości łódkowatej i półksiężycowatej. Stosownie do położenia ręki odróżniamy podług Kirmissona następujące postacie ręki szpotawej: 1) rękę szpotawą grzbietową (*manus vara dorsalis*), gdy znajduje się ona w nadmiernym wyprostowaniu, 2) rękę szpotawą dłoniową (*manus vara palmaris*), gdy jest zgiętą, 3) rękę szpotawą promieniową (*manus vara radialis*), gdy zboczy w stronę odpowiadającą położeniu kości promieniowej, 4) rękę szpotawą łokciową (*manus vara ulnaris*), gdy skierowaną jest ku kości łokciowej. Są to niejako czyste postacie ręki szpotawej, które jako takie spotykamy rzadko; zwłaszcza b. rzadką jest postać ręki szpotawej grzbietowej. Zazwyczaj owe postacie kombinują się wzajemnie, stwarzając typy mieszane, a więc: rękę szpotawą grzbietowo-promieniową (*m. vara dorso-radialis*), r. szp. grzbietowo-łokciową (*m. vara dorso-cubitalis*), r. szp. promieniowo-dłoniową (*m. v. radio-palmaris*) i r. szp. łokciowo-dłoniową (*cubito-palmaris*). Nazwę polską „ręka szpotawa“ nie można, mem zdaniem, uważać za ścisłą: po pierwsze nie odpowiada ona całkowicie analogicznemu pojęciu stopy szpotawej co do istoty sprawy, po wtóre—dla niektórych postaci ręki szpotawej np. dla łokciowej stosowniejszą była by nazwa „koślawej“. Broca rozróżnia słusznie pomiędzy in-

nemi: *main bote vara* i *main bote valga*. Ponieważ, jak to zauważyliśmy wyżej, ręka szpotawa zazwyczaj występuje z innemi zniekształceniami, względnie brakami w odnośnej kończynie, przeto już Bouvier w Słowniku Encyklopedycznym (*Dictionnaire Encyclopedique*) dzieli rękę wrodzoną szpotawą na trzy odmiany, stosownie do tego czy kościec kończyny górnej jest prawidłowy, czy też przedstawia pewne zboczenia rozwojowe.

Do pierwszej odmiany należy ręka szpotawa z kośćcem prawidłowo rozwiniętym, do drugiej — z kośćcem niezupełnie wykształconym, do trzeciej — z brakiem jednej, względnie kilku kości.

Kirmisson, opierając się na tem, że przypadki, należące do drugiej odmiany Bouviera, stanowią liczbę znikomą, zalicza drugą odmianę do trzeciej i tworzy w ten sposób tylko dwa typy ręki szpotawej.

Ręka szpotawa przy kośćcu kończyny całkowicie rozwiniętym, podług Bouvier'a, jest najrzadszą postacią, natomiast Kirmisson posiada co do tego zdanie odmienne. Postać ta w większości przypadków wikła się z innemi wadami rozwojowemi w ustroju; tak np. w jednym przypadku Kirmissona ręka szpotawa dłoniowa istniała jednocześnie z dwustronną stopą szpotawo-końską wrodzoną w stopniu wybitnym, w drugim zaś — dwustronną rękę szpotawą dłoniową spostrzegano z zanikiem czterech ostatnich palców stopy prawej. Przechodząc do drugiej odmiany ręki szpotawej wrodzonej w myśl podziału Kirmissona, spotykamy w odmianie tej wrodzony brak całkowity albo częściowy kości promieniowej, lub znacznie rzadziej—łokciowej.

W piśmiennictwie odnośnem istnieje opisanych sporo przypadków wrodzonego całkowitego braku kości promieniowej: Burekhardt już w r. 1890 naliczył 10 przypadków wrodzonego braku kości promieniowej; Hoffa w rok później przytacza 39 przypadków; w kilka zaś lat później Werner Kummel doniósł o 68 przypadkach. Natomiast brak częściowy kości promieniowej, towarzyszący ręce szpotawej, stanowi rzadkość wyjątkową.

Wobec tego pozwolę sobie przytoczyć osobliście spostrzegany przypadek ręki szpotawej z częściowym brakiem kości promieniowej z oddz. chirurgicznego dra L. Zembruskiego. Przypadek ten dotyczy chłopczyka 2½ letniego, dziedzicznie nie obciążonego, zbudowanego wogóle prawidłowo i będącego w stanie ogólnym dobrym. Przedramie prawe — wygięte łukowato ku zewnątrz i o 4 cm. skrócone w porównaniu z lewem; wygięcie tworzy kość łokciowa. Ręka nieco zgięta w stawie promieniowo nadgarstkowym i zbacza silnie w stronę promieniową, tworząc z przedramieniem kąt około

90°, i w położeniu tem pozostaje stale. Jest to zatem ręka szpotawa promieniowo-dłoniowa podług podziału Kirmissona (p. rys. 1). Na rysunku nie jest uwidocznione zgięcie ręki dłoniowe.

Kciuk (*poller*) prawy przedstawia obraz zaniku w pewnym stopniu i znajduje się stale w przywodzeniu (*adductio*). Ruchy ręki i palców częściowo są zachowane, przytem dziecko chętnie chwytą przedmioty, lecz z trudnością je utrzymuje. Co się tyczy ruchów samej ręki, to rozginanie oraz odwodzenie czynne jest bardzo ograniczone, rozginanie i odwodzenie bierne daje się wykonać z pewną trudnością. Dolna część kości łokciowej z wyrostkiem rylcowatym znacznie wystaje, powyżej zaś tego występu widać w skórze poprzeczne linijkowate wgłębienie długości około trzech centymetrów. Wzdłuż brzegu wygiętego kości łokciowej po stronie zewnętrznej ciągnie się ubarwienie

Rys. 2.



skórne (*pigmentatio*) w postaci wąskiej smugi długości około 10 cm. Ruchy bierne w stawie łokciowym są bardzo ograniczone: dziecko trzyma kończynę stale w łokciu wyprostowaną. Wszystkie te zmiany wyżej opisane spostrzegali i inni autorzy, jak Kirmisson, Hoffa, Broca, Spitz i t. p. Natomiast zboczenie, które wykazuje rentgenogram w naszym przypadku, należy do wyjątkowych; mianowicie, jak to widać na rys. 2, kość promieniowa istnieje tylko częściowo w postaci odcinka środkowego, prócz tego z 8-miu kości napięstka obecne są tylko dwie niedorozwinięte i, zdaje się w znacznej części jeszcze składające się z tkanki chrząstkowatej. Czy i w jaki sposób odbił się częściowy brak kości promieniowej na układzie mięśniowym i nerwowym kończyny, niepodobna dać na to odpowiedź *in vivo*, gdyż u dziecka tak małego

trudno było zbadać ruchy dowolne, lub zastosować w celu rozpoznawczym prąd elektryczny. Opierając się jednakże na opisanych przez Jasińskiego i Kirmissona przypadkach wrodzonego braku kości promieniowej, w których zwłaszcza wykonana była sekcja, możemy przypuszczać, że i w naszym przypadku niedorozwój kości promieniowej pociągnął za sobą cały szereg zmian w układzie mięśniowym i nerwowym przedramienia, a być może i ramienia t. j. braki niektórych mięśni, — a nawet grup mięśniowych i zboczenia w przebiegu nerwów. Zapewne istnieją też i w naszym przypadku pewne zmiany w budowie stawu łokciowego, obrysy którego są niewyraźne, kłykie, a szczególnie zewnętrzny, na dotyk nieprawidłowe (p. także rentgenogram—rys. 2).

Co się tyczy patogenyzy omawianej wady rozwojowej, to niektórzy autorowie kładą nacisk na dziedziczność, opierając się na danych Bouviera, podług którego u osobnika, dotkniętego wrodzonym brakiem kości promieniowej i kciuka — czworo dzieci odznaczało się brakiem bądź jednego, bądź też kilku palców, — i na przypadku Roberta, w którym siostra osobnika z wrodzonym brakiem kości łokciowej posiadała tę samą wadę rozwojową. Inni zaś z Darestem na czele uważają, że powstaniu danej wady wielce sprzyja zbyt ciasny worek owodni, który, wywierając wskutek tego pewien ucisk, może powodować wadliwe ułożenie danych kończyn, a nawet zanik tych części składowych, z których normalnie tworzy się kośćciec danego członka. Nie wyłączone też jest, że wewnątrz worka owodni mogą istnieć pasrna i zrosty, wywierające pewien wpływ ujemny na rozwój kończyny. Te przypuszczenia tembardziej zyskują na doniosłości, jeżeli zwrócimy uwagę na częste istnienie wgłębienia bliznowatego w skórze na poziomie dolnego odcinka przedramienia w przypadkach wrodzonego braku całkowitego bądź też częściowego kości promieniowej. Podobne zjawisko zwraca uwagę i w naszym przypadku. Inne znowu dane wskazują, że patogenyza ręki szpotawej wrodzonej z brakami w kośćcu tkwi, być może, w niedorozwoju ośrodków nerwowych, co objaśniałoby współistnienie ręki szpotawej z zaburzeniami mowy tudzież ze zboczeniami w sferze psychicznej. Tych zboczeń w przypadku naszym nie spostrzegaliśmy. Z opisu i klasyfikacji ręki szpotawej, naszkicowanych powyżej, wynika, że rozpoznanie tej wady rozwojowej nie przedstawia żadnych trudności. W przypadkach wątpliwych co do całkowitego, czy też częściowego braku jednej z kości uciekamy się do promieni Roentgena. Zaznaczymy tutaj tylko, że w razie ręki szpotawej z całkowitym kośćcem przedramienia zwykle mamy postać ręki szpotawej łokciowodłoniowej, w przypadkach zaś braku kości promieniowej, rękę szpotawą promieniową lub promieniowodłoniową, jak to ma miejsce w naszym przypadku.

Rokowanie (w związku z metodami leczniczymi) jest zależne od tego, czy mamy do czynienia tylko ze zmianą ułożenia ręki w stosunku do prawidłowo zbudowanego przedramienia, czy też z brakiem tej lub innej kości przedramienia.

Do niepomyślnych należą przypadki, w

których do wad rozwojowych przyląca się porażenie mięśniowe z przykurczeniem znacznem mięśni przeciwnych. Rzecz prosta, że i sposób postępowania naszego będzie zależny od wspomnianych czynników. W przypadkach więc prostszych bez braków w kości wystarczy może zastosowanie przyrządów ortopedycznych, zawsze jednak dla chorego dość uciążliwych, względnie zbyt kosztownych. O ile zaś przykurczenie mięśni nie pozwala na zupełne wyprostowanie ręki, to należy wykonać przecięcia lub przedłużenia ścięgien odnośnych mięśni lub grup mięśniowych. Zamiast przecięcia ścięgien podskórnego w przypadkach, gdzie obawiamy się zranić naczynie lub nerw, czy też gdy ścięgna nie dość wyraźnie się zaznaczają, możemy zastosować przecięcie ścięgien otwarte, t. j. po uprzednim ich odsłonięciu. W przypadkach braku jednej z kości przedramienia postępowanie wzmiankowane już nie wystarcza, gdyż daje wynik w najlepszym razie przemijający. Ponieważ w takich przypadkach najczęściej cierpią sprawność i siła ręki, która nie posiada dostatecznego punktu oparcia, przeto, zdaniem niektórych chirurgów, należy dążyć do zesztynienia ręki w rzekomym stawie promieniowo nadgarstkowym. W tym celu do odnośnych przypadków nadawałby się zabieg pomysłu Bardenheuera. Zabieg ten jest następujący: Cięciem wzdłuż brzegu kości łokciowej odstawia się dolny koniec tej ostatniej wraz z napiętkiem. Zwiniawszy następnie rękę w stawie garstkowym zapomocą silnego odchylenia jej w kierunku istniejącego nieprawidłowego ułożenia — uprzystępnąć należy sobie dolny koniec kości łokciowej, który nożem resekcyjnym rozszcza się wzdłuż do połowy jej długości. Następnie umieszcza się w owym rozszczepie kości napiętko w ten sposób, by część kości rozszczepu, leżąca po stronie kości promieniowej, przylegała do promieniowej strony napiętko, część zaś kości rozszczepu strony łokciowej — do strony łokciowej napiętko. Wreszcie pozostaje umocować ten ostatni w kości łokciowej zapomocą wbicia gwoździ po obu stronach. Po nałożeniu szwów skórnych następuje unieruchomienie ręki z początku przy pomocy szyn, by po 8 dniach, po zdjęciu szwów i wydobyciu gwoździ, nałożyć opatrunek gipsowy na przeciąg 5 tygodni. By po tym zabiegu utrwalić otrzymany wynik, można jeszcze wykonać dodatkowy mały zabieg, polegający na nadłamaniu kości łokciowej i odpowiedniem jej ułożeniu, a to z dwóch następujących powodów: 1) prawie we wszystkich przypadkach braku

kości promieniowej kość łokciowa bywa wygięta łukowato nazewnątrż, wskutek czego ułożenie ręki szpotawej staje się jeszcze wybitniejsze; 2) po rozszczepieniu dolnej części kości łokciowej na część łokciową i promieniową, ta ostatnia, zastępująca kość promieniową, odchyła się nieco od swego przebiegu, naskutek czego nie może się rozrastać tyleż wzdłuż, co i część łokciowa rozszczepu, przebieg której pozostał niezmieniony.

Bardenheuer przytacza trzy przypadki, operowane jego sposobem i we wszystkich trzech ruchomość w stawie ręki została nawet jakoby odzyskana, co uważać należy za dodatnią stronę zabiegu. Wręcz odmiennego poglądu jest Burckhardt, który, na zasadzie swoich spostrzeżeń, obniża wartość tego zabiegu, uważając go nawet za przeciwwskazany. Postępowanie Bardenheuera z powodzeniem zastosował Max Curdy, dodając jeszcze wycięcie częściowe kości łokciowej.

Reginald Sayre ogłosił przypadek, w którym, postępując podług Bardenheuera, dokonał wycięcia nie tylko części kości łokciowej, lecz i napiętko.

Wracając do naszego przypadku, zaznaczę, że powzięliśmy zamiar leczenia operacyjnego, lecz z wyłączeniem zabiegu Bardenheuera, a to dlatego, że w skład napiętko, jak to widać na rentgenogramie, wchodziły tylko dwie drobne niedorozwinięte kości, dość daleko przytem położone od dolnego końca kości łokciowej; zachodziła przeto obawa, że z jednej strony nie będzie możliwe celowe zużytkowanie owych kostek do wszczepienia w dolny koniec kości łokciowej, z drugiej zaś strony wycięcie napiętko zupełne i wszczepienie na przykład kości śródreżca w rozszczep kości łokciowej byłoby wprost zadaniem niewykonalnem. Plan naszego postępowania był taki: najpierw wykonanie wycięcia klinowatego kości łokciowej (*osteotomia cuneiformis*) w celu wyprostowania zgiętego przedramienia, następnie w kilka tygodni potem wydłużenie względnie skrócenie ścięgien odpowiednich mięśni. Wreszcie należało w przyszłości obmyśleć też i zabieg dla uruchomienia lub przynajmniej dogodniejszego ustawienia stawu łokciowego.

Klinowate podokostnowe wycięcie kości łokciowej wykonane zostało w środkowej jej części w miejscu największej wypukłości; po wyprostowaniu przedramienia, ułożono je z ręką w gipsowym opatrunku. Rękę samej nadano położenie w t. zw. *hypercorrectio*, t. j. w maksymalnym wyprostowaniu i w odchyleniu ku kości łokciowej. Po upływie 4-ch tygodni zdjęto opatrunek gipsowy, stwierdzając zrost przeciętej kości łokciowej z dobrym wynikiem: wygięcie łukowate wyrównało się. Ustawienie ręki okazało się nieco lepszem: jakkolwiek zbacziała ona jeszcze w kierunku strony promieniowej przedramienia, to jednak zgięcie jej było mniej wybitnem. Nałożono jeszcze raz opatrunek gipsowy w ułożeniu ręki, jak po zabiegu i oddano dziecko matce na jej wyraźne żądanie z warunkiem zgłoszenia się po miesiącu w celu ewen-

tualnego wykonania drugiej części zamierzonej operacji. Jednakowoż, nie bacząc na nasze namowy, matka z dzieckiem więcej się nie zgłosiła. Usiłowania dowiedzenia się o dalszych losach dziecka w Błoniu, skąd pochodzi, pozostały bez skutku.

Aczkolwiek przypadek nasz nie odnacza się niczem szczególnem od opisanych przez autorów obcych, jednakowoż ze względu na brak w piśmiennictwie polskiem odnośnych bardziej szczegółowych spostrzeżeń, ośmieliłem się podać go do wiadomości Szan. Kolegów. W dostępnem mi piśmiennictwie naszym, jak to już wyżej zaznaczyłem, istnieją zaledwie dwie wzmianki, opisujące pobieżnie łaną wadę rozwojową, bez żadnego uwzględnienia patogenezy i leczenia. Z tego wynikałoby, że u nas albo nie czyniono prób w kierunku leczenia tych ciężkich wad rozwojowych, albo też wyniki leczenia nie zostały ogłoszone. Tymczasem, jak to widzimy z piśmiennictwa obcego, gdzieindziej przystępowano do mniej lub więcej szczęśliwego leczenia omawianego zбочenia rozwojowego i ogłaszano przypadki odnośne bez względu na wyniki. Np. ostatnio Küttner w № 45 z 1917 Münch. Mediz. Woch. opisał przypadek ręki szpotawej u dziecka 1½ r. z częściowym brakiem kości promieniowej, w którym brakujący odcinek tej ostatniej zastąpiony został przez wszczepienie odpowiedniej części kości, wziętej z przedramienia małpy (makako). Wynik co do ułożenia ręki był względnie niezły.

Żałować wypada, że leczenie w naszym przypadku zostało wskutek przyczyn od nas niezależnych niedokończone i wobec tego nie można przesądzać, jakie mogliśmy z czasem otrzymać wyniki zamierzonego zabiegu pod

względem anatomicznym i czynnościowym podług przytoczonego planu. Byłoby zatem pożądanem, by i u nas Szan. Koledzy zechcieli dzielić się swemi spostrzeżeniami nad ręką szpotawą wrodzoną, oraz by usiłowania różnych sposobów leczenia podawali do ogólnej wiadomości. W ten sposób z czasem można będzie wypracować metody postępowania leczniczego, dające lepsze od dotychczasowych wyniki, i przyczynić się przynajmniej w pewnej mierze i u nas do zwalczania tego, na szczęście rzadkiego, lecz uciążliwego kalectwa wrodzonego.

Na zakończenie niech mi wolno będzie złożyć podziękowanie p. d-rowsi L. Zembru-skemu za łaskawe odstąpienie mi w celu spostrzegania opisanego przypadku, jakoteż za okazaną pomoc przy pisaniu pracy niniejszej.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) K.... kand. med. Brak częściowy kości promieniowych tudzież strzałkowych. Przegl. Lek. 1868.
- 2) Sprawozdanie z posiedzenia klinicznego z d. 5. XI. 1889 r. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1890.
- 3) Dr E. Kirmisson. *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*. Paris. 1898.
- 4) A. Broca. *Chirurgie infantile*. Paris. 1914.
- 5) Rincheval. Ein neues Operationsverfahren zur Behandlung congenitaler Defekte eines Unterarm- und Unterschenkelknochens. *Archiv für klinische Chirurgie*. 1894.
- 6) Hans Spitzzy. *Chirurgie und Orthopädie im Kindesalter*. Leipzig. 1910.
- 7) Küttner. Die Transplantation aus dem Affen und ihre Dauererfolge. *Muench. med. Woch.* 1917. № 15.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

3. Max Hirsch (Berlin). Wskazanie społeczne i eugenetyczne do przerywania ciąży.

Nierozstrzygnięta dotychczas sprawa przerywania ciąży ze wskazań społecznych znowu wypłynęła w Niemczech na światło dzienne z powodu ciężkich warunków życiowych, w jakich znalazło się społeczeństwo, nękane od lat kilku wojną i jej bezpośrednimi skutkami. Temat ten podjęto w końcu roku zeszłego na dwu zebraniach złączonych Towarzystw lekarskich w Berlinie. Wśród referatów i debatów wyloniły się dwie zasadnicze kwestye, które podzieliły zebranych na przeciwników i zwolenników przerywania ciąży ze wskazań społecznych i eugenetycznych, a mianowicie: przeciwnicy dowodzili, że z powodu znacznego zmniejszenia się podczas wojny liczby porodów, nie można zezwolić na niszczenie kielującego życia, zwolennicy zaś wskazywali

na trapiącą kraj cały nędzę, która wymaga koniecznie ograniczenia liczby porodów. Ostatecznie zwyciężyli przeciwnicy, nie uznający innego wskazania do przerywania ciąży, jak tylko wskazanie lekarskie. Tem nie mniej jednak znalazł się śmiały obrońca tezy o wskazywaniu społecznych i eugenetycznych do przerywania ciąży w osobie Maxa Hirscha.

Ze względu na aktualność podjętego tematu podajemy tu pracę jego w streszczeniu.

Przerywanie ciąży ze wskazań lekarskich jest i pozostać musi operacją zbawienną, zasługującą na zupełne poważanie. Lecz, według Hirscha, tak wskazanie społeczne, jak i eugenetyczne, rozważane tymczasem zresztą tylko teoretycznie, zasługuje również na uznanie, a to z tych względów, że 1) poronienie, wykonywane ze wskazania społecznego lub eugenetycznego, ma wielkie znaczenie społeczne, jako środek racjonalnie normujący

sprawę gatunkową człowieka, 2) poronienie, na tych wskazaniach się opierające, staje się właśnie w wielu razach leczeniem przyczynowym, 3) oba te wskazania przedmiotowością i dokładnością swoją górują nad wskazaniami lekarskimi, 4) oba one więcej niż wszystkie wskazania lekarskie mogą być zabezpieczone od samowoli i nadużyć.

Wskazanie społeczne do przerwania ciąży nie jest wcale nowością. Trwa ono tak dawno, jak dawno istnieje związek między chorobą a położeniem społecznym dotkniętego nią osobnika. Wskazanie społeczne, jako dopełnienie wskazania lekarskiego, jest tak stare, jak samo powołanie lekarskie i nie da się teraz gwałtem unicestwić. Inne będzie dla suchotnicy, mającej środki na to, aby leczyć się w uzdrowisku, sanatorium, lub mieć w domu należytą opiekę fachową, a inne dla takiej, którą nędza materialna zmusza codziennie do ofiar ze sił swych i zdrowia. Tam, gdzie konkurują ze sobą wskazania lekarskie i społeczne, zawsze rozstrzygającym będzie wskazanie społeczne, czy to np. gdy trzeba przepisać lekarstwo lub leczenie dyetetyczne, czy dać przepisy higieniczne (co do zawodu, pracy, spokoju lub sportu), czy zalecić leczenie w uzdrowisku, czy też operację. Od możliwości przeprowadzenia leczenia zachowawczego w znacznej mierze zależy ustanowienie wskazań, a możliwość ta znowu wyłącznie zależy od położenia społecznego osoby chorej. Dotyczy to zarówno takich cierpień, jak kamica, choroby organów brzusznych, jak i niektórych chorób ciężarnych (gruźlica, moczoćki cukrowej, wad serca, chorób nerek i t. p.). U ciężarnej zamożnej zalecać się będzie w tych razach leczenie zachowawcze w uzdrowisku, w klimacie południowym i t. p., u ubogiej — głosować się będzie za przerwaniem ciąży. A więc w postępowaniu leczniczym zawsze rozstrzygać będzie wskazanie społeczne. Im mniej ściśle i chwiejniejsze będzie wskazanie lekarskie, tem skwapliwiej brać trzeba będzie pod uwagę warunki społeczne. Byłoby nie logicznością i niesprawiedliwością, gdyby, uwzględniane we wszystkich poczynaniach lekarskich wskazanie społeczne, było poronieniu leczniczemu odmawiane, tem bardziej, że wskazanie społeczne może niekiedy być dla niego jedynie miarodajnym, np. w przypadkach nędzy krańcowej. Autor jest zdania, że sprawy tego rodzaju rozstrzygać się powinno przed forum kompetentnym, w którymby obok lekarza głos zabierał ekonomista i statystyk. Wtedy wskazanie społeczne uzyskaloby bezwzględną przedmiotowość i ścisłość prawie matematyczną; a toby uchroniło najlepiej osoby interesowane od samowoli i nadużyć, których tak się obawiają przeciwnicy wskazania społecznego. Przerwanie ciąży ze wskazania społecznego byłoby wtedy leczeniem przyczynowym w najczystszej jego postaci dla znacznej liczby poronień sztucznych, dziś wykonywanych ręką zbrodniczą potajemnie na kobietach, które nędza doprowadza do tej ostateczności. Gdyby stworzono taką instancję, przed którą przypadki, kwalifikujące się do

przerwania ciąży ze wskazań społecznych, mogłyby być przedstawiane do rozstrzygnięcia, wtedy przeciwko zbrodniczemu spędzaniu płodu możnaby występować z całą surowością prawa, nie wyłączając od odpowiedzialności nawet samej ciężarnej.

Wskazanie eugenetyczne do przerwania ciąży wymaga jeszcze sumienniejszej pracy przygotowawczej w nauce o dziedziczności, higienie społecznej i statystyce. Na wskazanie to pierwszy r. 1913 zwrócił uwagę M. Hirsch, przekonawszy się, że obawa posiadania potomstwa chorego lub upośledzonego bywa powodem do szukania ratunku w spędzeniu płodu. Już i dziś znanych jest tyle faktów dziedziczenia wad, ułomności i chorób, że środki zapobiegawcze pod postacią zabronienia lub ograniczenia małżeństw, zapobiegania zajściu w ciążę i trzebieżenia kobiet, są zupełnie usprawiedliwione. Jedynie sztuczne poronienie nie zyskało dotychczas aprobaty i jest nadal surowo przez prawo karane. A jednak przerwanie ciąży byłoby jedynym rozsądnym leczeniem w razie zaniedbania zapobiegnięcia ciąży w przypadkach wyżej wymienionych.

Eugenetyka posiada wielkie znaczenie narodowe. Przekroczyła już okres zagadnienia akademickiego i weszła na drogę praktyczną. Eugenetyka jest tylko odłamem higieny społecznej, którą się przedewszystkiem lekarz zajmować powinien. Wskazanie eugenetyczne tak samo, jak społeczne, jest w stanie najlepiej zabezpieczyć od samowoli i nadużyć.

Chwila obecna nie sprzyja wskazaniom społecznym i eugenetycznym, które bezustannie wchodzą w kolizję ze wskazaniami politycznymi. Jest jednak nadzieja, że po wojnie odzyskają na nowo swe prawa.

(*Deutsche med. Wochenschrift*. 1918, № 5).
Z.

4. G. Barrier. O telegonii.

W r. 1915 w Akademii lekarskiej paryskiej toczyły się rozprawy na temat telegonii. Telegonia, impregnacja, polega na błakającej się oddawna w biologii hipotezie, że pierwsze zapłodnienie posiada własność nasycania (impregnowania) następnego potomstwa, z innych ojców zrodzonego, cechami fizycznymi pierwszego sprawcy zapłodnienia.

Barrier w komunikacie swym, przedstawionym Akademii, stara się szeregiem faktów obalić ten błędny pogląd na dziedziczność, pogląd, znajdujący jeszcze do niedawna zwolenników wśród hodowców i weterynarzy.

Do zjawisk telegonii zaliczano często zupełnie błędnie przypadki, pochodzące z *superfekundacji*, t. j. z zapłodnienia kilku jajeczek z tego samego okresu owulacji przez rozmaitych ojców.

Telegonia niesłusznie przypisuje w zapłodnieniu przewagę ojcu, albowiem rola matki jest w zapłodnieniu o wiele ważniejsza; matka dostarcza zarodkowi legowiska, jakoteż środków pożywnych w pierwszym stadium rozwoju, które jest prawie zawsze kierownikiem dalszego rozwoju.

W sprzyjających warunkach mogą przypadkowo przez atawizm powrócić u potomka cechy przodków, często bardzo oddalone. Zdarzyć się więc może, że te cechy atawistyczne będą u potomka zupełnie podobne do cech pierwszego męża matki.

Starano się też t. zw. impregnację u samicy objaśnić wessaniem się nieużytych podczas aktu rozplodowego cząstek nasienia samca. Lecz przypuszczenie podobne jest błędne: błona śluzowa pochwy nie posiada łatwości wchłaniania kolloidów i nie może trwale zatrzymywać nasienia.

Nieda się też niczem poprzeć przypuszczenie, że ciecz nasienna (białko) pierwszego samca zapładniającego może być zdolna do odegrania u samicy roli antygenu i do sprzyjania tworzeniu się przeciwciał, któreby mogły dostarczać środowisku macicznemu odporności specjalnej i ostatecznej przeciwko wpływowi nasienia innych samców zapładniających.

Tak samo ostać się nie może hipoteza o impregnowaniu matki przez płód, gdyż produkty (białka) przez płód złożone, muszą uleść wpływowi soków macicznych, które zużywają się i odnawiają bezustannie. Z tego wypływa, że w ciążach następnych soki maciczne będą zupełnie wolne od produktów pierwszej ciąży.

Zootechnicy i hodowcy coraz mniej wierzą w telegonię, której wywołanie na drodze doświadczalnej nigdy się jeszcze dotychczas nie udawało. Zresztą rzadcy już teraz zwolennicy telegonii uważają ją też za zjawisko zupełnie wyjątkowe.

Z tego wszystkiego, co się powiedziało o telegonii, można wyprowadzić ten tylko wniosek, że tam, gdzie się mieszają dwie dziedziczności, następuje ich wzajemne — choć w stopniu różnym — oddziaływanie w potomstwie, bez wywierania jednak wpływu na rodziców.

Wywoływanie u osób zgwałconych poronienia, z powodu obawy telegonii, nie może znaleźć usprawiedliwienia na drodze naukowej, gdyż hipoteza o niezatartym stygmacie dziedziczenia nie znalazła potwierdzenia, a więc w tych wypadkach przerwanie ciąży może usprawiedliwiać tylko sentyment lub wskazanie natury społecznej.

W dyskusji Galippe przytoczył 2 przypadki połączenia się samicy czystej rasy (suka i kotka) z samcami mieszańcami, czego następstwem był pomiot o wspólnych cechach ojca i matki. Następne jednak potomstwo, zrodzone z połączenia się tychże samicy z samcami tejże czystej rasy, było już rasowe i nie posiadało wcale cech, właściwych poprzednim samcom.

Jeszcze bardziej przeczy telegonii ujemny wynik badań nad udzielaniem się potomstwu, urodzonemu z drugiego łoża, wad rozwojowych, istniejących u pierwszego ojca, jako to: spodziectwo, sześć palców, szpotawość, wargę zajęcza, prognatyzm dolny rodzinny i t. d., a tem bardziej choroby nerwowe lub umysłowe.

Pinard twierdzi, że wszelkie doświadczenia stare i nowe, wykonane na zwierzętach w warunkach ściśle naukowych, zawsze wykazywały, że telegonia nie istnieje zupełnie i na dowód tego przytacza następujące świeże spostrzeżenie, przedstawione w Związku biologów w Petersburgu, a opublikowane w *Comptes rendus de la Société Biologique*, 1913. Dwie kłaczki, zapładniane kilkakrotnie przez zebra, wydały 8 zebroidów, następnie te same kłaczki, zapłodnione przez ogiery, wydały 7 źrebaków, nie mających śladów pręgi na skórze. Przypadki tego rodzaju świadczą wymownie przeciwko telegonii.

(*Bulletin de l'Académie de Médecine* № 18. *Scance du 8 mai, 1915*). Z.

Przegląd bibliograficzny.

Pamiętnik szpitala św. Ducha za rok 1916, opracowany przez lekarzy, pracujących w szpitalu, wydany pod redakcją d-ra A. Leśniowskiego. W Warszawie, R. P. 1918. Str 117.

Zdając sprawę z Pamiętnika Klinicznego szpitala D. J. (G. L. 1917 № 39), cieszyliśmy się, że tyle cennego materiału naukowo-praktycznego nie przepadło dla naszego piśmiennictwa lekarskiego i wyraziliśmy nadzieję, że, zanim zdobędziemy się na wspólny organ dla wszystkich szpitali, inne szpitale nie zaniedbają ogłaszać sprawozdań z odbywających się teraz stale posiedzeń klinicznych.

Oto mamy przed sobą Pamiętnik szpitala św. Ducha. Nie jest to jednak Pamiętnik posiedzeń klinicznych, tylko w ogóle Pamiętnik szpitala św. Ducha za rok 1916. Posiedzenia kliniczne zajmują w nim miejsce podrzędne (zaledwie 24 strony na 117). Streszczono 44 komunikaty i demonstracje, przedstawione na 10 posiedzeniach (w szpitalu D. J. było ich 68 na tyluż posiedzeniach).

O ile w Pamiętniku Klinicznym szpitala D. J. zauważyliśmy zbyt może wielką drobiazgowość w opisach, o tyle w Pamiętniku szpitala św. Ducha mielibyśmy do zarzucenia zbytnią lakoniczność, zwłaszcza demonstracji preparatów anatomicznych. Tu nazwa sama bez zwięzłego choćby opisu niewiele znaczy. Brak spisu rzeczy, o których była mowa na posiedzeniach, utrudnia korzystanie z materiału klinicznego. Lwią część Pamiętnika (61 stron) zajmują sprawozdania statystyczne z 5 oddziałów szpitalnych i ambulatoryum. Chociaż wolelibyśmy widzieć takie sprawozdania w ogólnym wydawnictwie, obejmującym wszystkie nasze szpitale i opracowane według wzoru, jaki w swoim czasie był projektowany dla statystyki szpitalnej, to jednak należy przyjąć z uznaniem uwzględnienie tak ważnego działu naszego szpitalnictwa choć w szupłym zakresie, dotyczącym jednego tylko szpitala. Z tego działu podkreślamy bardzo interesujące sprawozdanie z ambulatoryum

szpitala św. Ducha, które ma swoją bardzo poważną tradycję i jest dobrze, jak na nasze stosunki, zorganizowane.

Rzut oka na przeszłość szpitala św. Ducha bardzo jest na miejscu w tego rodzaju Pamiętniku i czyta się z przyjemnością, jako chlubne świadectwo stanu naszego szpitalnictwa w odległej przeszłości. Ale musimy zarzucić autorowi tego sprawozdania, że, podając streszczenie ze znanej już i opracowanej historii szpitala św. Ducha, pominął zupełnie bliższą przeszłość tego szpitala, tak dobrze znaną żyjącemu jeszcze pokoleniu starszych lekarzy a nigdzie nie drukowaną. Trzeba by tę przeszłość utrwalić, zanim te tradycje zbledną z biegiem czasu i braku faktycznego materiału.

A tradycje te były świetne. Im to zawdzięcza szpital św. Ducha dotychczasową sławę i popularność. Tu nauczali i operowali prof. Korzeniowski, prof. Girsztowt, a wre-

sze prof. J. Kosiński, którego sława ściągała do szpitala i do ambulansu ludność ze wszystkich ziem polskich. Z jego kliniki wyszedł cały zastęp dzielnych chirurgów, że wspomnę tylko nazwiska przedwcześnie zgasyłych Matlakowskiego, Jawdyńskiego, Zagórskiego, Bukowskiego i innych. Tu nauczał niezapomnianej pamięci i wielkiej sławy prof. Chałubiński i bardzo poważny uczony prof. Lambl. Tu również pracował prof. Neugebauer (ojciec), tu miał pracownię chemiczno-bakteryologiczną (jedyną wówczas) Leon Nencki, gdzie pracowano wiele i umiejętnie. Pominąć... tego świetnego okresu w rozwoju szpitala św. Ducha, przejście do porządku nad tylu wybitnymi osobistościami wydaje się luką, która powinna być wypełniona w następnych zeszytach tego wydawnictwa.

Zewnętrzna szata Pamiętnika nader jest wykwintna, zwłaszcza na czasy obecne. P.

Wiadomości bieżące.

— Do grona współtwórcy naszego pisma przystąpili: prof. Tadeusz Koźniewski i prof. Jerzy Modrakowski.

— W d. 27 z. m. odbył się w uniwersytecie tutejszym wykład nowomianowanego profesora propedeutyki lekarskiej, dra Alfreda Sokołowskiego.

Po scharakteryzowaniu i złożeniu hołdu tym, którzy wykładali propedeutykę w Szkole Głównej i w Uniwersytecie, mianowicie Szczuckiemu, Łuczkiwiczowi i Brudzińskiemu, prof. S. przedstawił licznie zgromadzonej młodzieży uniwersyteckiej świetlaną postać Karola Marcinkowskiego, jako godny ze wszech miar naśladowania wzór lekarza, działacza społecznego i gorącego patrioty.

Oklaski licznie zgromadzonych słuchaczy stanowią zasłużoną nagrodę za wykład nader zajmujący, piękny co do formy i bogaty co do treści.

— W liczbie członków Rady Stanu, mianowanych dekretem Rady Regencyjnej, znajdują się dwaj lekarze warszawscy: dr Radziwiłłowicz Rafał i prof. Sokołowski Alfred. Z wyboru należą do Rady Stanu: dr Marczewski Józef z Częstochowy i dr Świeżyński Józef z Radomskiego.

— Miejsca wakujące dla lekarzy. Szpitalne: 1) w Mszczonowie pow. błoński w szpitalu dla zakaźnych. Wynagrodzenie 3000 m. rocznie. 2) W Kutnie w szpitalu dla zakaźnych—3000 m. rocznie. 3) W Makowie w szpitalu ogólnym 275 m. miesięcznie i utrzymanie (dla kawalera). 4) W Tykocinie: szpital zakaźnych, 1200 m. rocznie i 500 m. zapomogi od miasta.

5) w Płońsku: szpital ogólny 150 m. miesięcznie. 6) Nowe Miasto, pow. Rawski, szpital dla zakaźnych; 200 m. miesięcznie. 7) W Słupcy; szpital dla zakaźnych; 5000 m. rocznie, mieszkanie i opał. 8) W Górze Kalwarii (pow. Grójecki) wakuje posada asystenta szpitalnego z pensją 900 rb. rocznie, mieszkaniem, światłem, opałem, posada lekarza miejscowego z wynagrodzeniem 600 rb., mieszkaniem i życiem; prócz tego 150 m. miesięcznie dopłaty za zajęcie w szpitalu dla zakaźnych.

Dla lekarzy wolnopraktykujących. 1) W Żelechowie, pow. Garwoliński, z zapomogą 200 m. miesięcznie od miasta, 30 m. za więzienie i 500 m. rocznie za szkoły. 2) W Rykach, pow. Garwoliński, z zapomogą 100 m. miesięcznie. 3) Os. Czerwińsk, pow. Płoński, 150 m. zapomogi miesięcznej. 4) Chorzele, pow. Przasnyski, 150 m. zapomogi miesięcznej.

NEKROLOGIA.

Zmarli. Dr Antoni Noga-Mars, prof. Uniw. Lwowskiego, dyrektor kliniki ginekologicznej, zmarł w Lwowie. Życiorys zasłużonego profesora podamy w jednym z najbliższych numerów.

Dr Stanisław Mikulski b. ordynator kliniki chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu św. Łazarza, zmarł w Warszawie d. 25 kwietnia, w wieku lat 59

Dr Wacław Jabłoński, lekarz wolnopraktykujący, zmarł w Warszawie d. 28 kwietnia; żył lat 50.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.
Franciszek Zalewski. Przypadek ręki szpotawej z wrodzonym częściowym brakiem kości promieniowej	137
<i>Dział sprawozdawczy.</i> 3. Max Hirsch (Berlin). Wskazanie społeczne i eugenetyczne do przerwania ciąży	141

	Str.
4. G. Barrier. O telefonii	142
<i>Przegląd bibliograficzny.</i> Pamiętnik szpitala św. Ducha za rok 1916. Ocenili P.	143
<i>Wiadomości bieżące.</i>	144
<i>Nekrologia.</i>	144

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 4¹/₂ do 6-ej.

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XX.

- № 1, 2, 3. **Seweryn Sterling.** Postaci kliniczne suchot płucnych.
 № 4, 5, 6. **W. Gajkiewicz.** O objawach przedsionkowych (westybularnych) i ich znaczeniu fizyologicznem i patologicznem (z 13 rysunkami i 2 tablicami).
 № 7, 8. **Józef Jaworski.** Cięża i gruźlica oraz wzajemny ich stosunek.
 № 9. **Alfred Sokołowski.** Serce a płuca, ich wzajemny stosunek w sprawach patologicznych.
 № 10, 11, 12. **A. Puławski.** O chorobie Basedowa.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgowodzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosaczna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.



**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 rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aetherum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. "Motor"
Marszałkowska 23.

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.