



Nr 10.

Warszawa, d. 8 Marca 1919.

Rok LIII.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· TWOJOCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

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

Ogólnego zbioru Nr 2779.

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.

Warszawski Zakład dla chorób mowy

(jąkanie, mowa nosowa i t. p.)
przeniesiony na Marszałkowską Nr 61.

Są do sprzedania
narzędzia rynolaryngologiczne oraz książki i atlasy
treści laryngologicznej.

Wiadomość u Dra Włodz. Hertza,
Koszykowa Nr 24.

Do powiatowego szpitala św. Karola w Puławach, potrzebny zaraz **lekarz-chirurg**, na ordynatora. (Może być lekarz-kobieta). Pensja 500 koron miesięcznie, płaconą przez Sejmik. Pp. lekarze, chcący objąć to stanowisko, raczą przesłać ofertę ze swoim życiorysem, do Wydziału Sejmiku Powiatowego w Puławach Ziemi Lubelskiej.

O G Ł O S Z E N I E.

Magistrat m. st. Warszawy ogłasza

konkurs na stanowisko lekarza naczelnego szpitala św. Stanisława w W A R S Z A W I E.

Kandydaci winni składać podania wraz z curriculum vitae do Wydziału szpitalnictwa (ul. Jasna Nr 1) do dnia 1 kwietnia 1919 roku włącznie.

WARUNKI KONKURSU:

- współubiegać się mogą
- a) lekarze uprawnieni przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego do praktyki lekarskiej;
 - b) wiek nie wyżej 50 lat;
 - c) płaca roczna wraz z dodatkami 11.475 marek.

Algorhin Spiess

(Antiseptic. ad. tract respirator.).

Skład: Chloreton, kamfora, mentol, olej cynamonowy i płynna parafina.

Sposób użycia: Smarować lub wkraplać, a najlepiej zapomocą rozpylacza do płynów tłuszczowych wdmuchiwać w nos i w krtani kilka razy dziennie.

Pojemność flakonu 50 gram.

Ferrosan Spiess. Ferrosan-Arsen Spiess

Złożona nalewka żelaza.

Złożona nalewka żelaza z arsenem

Łatwo strawny preparat żelaza, o smaku przyjemnym, bez wpływów ubocznych, zalecany w blednicy, niedokrwistości i t. p.

Sposób użycia: przed lub po jedzeniu dla dorosłych 3—4 razy dziennie po łyżce stołowej i dla dzieci odpowiednio do wieku od 1/2 łyżeczki tyleż razy dziennie.

Pojemność flakonu około 250 gr.

Remedium Sedativum Spiess

(Extract. viburni compositum).

Środek przeciwkrwotoczny z działaniem kojącym bez objawów ubocznych. (tańszy od Extr. hydrastis canad. fluid).

Skład: Hydrastinin. hydrochloric. synthetic., Extract. viburni prunifol. fluid., Extr. piscid. erythr. fluid.

Sposób użycia: zadaje się do wewnątrz w dawkach po 10 — 20 — 40 kropli 3 — 4 razy dziennie.

Pojemność flakonu 20 gram.

Cystosan Spiess

(Species diureticae).

Skład: Fol. uvae ursi, Rad. ononidis, Lignum sassatras, Herba herniariae, Fruct. petroselini, Fol. menthae pip., Fruct. cubebae.

Sposób użycia: łyżkę na szklankę wody gorącej do zaparzenia po 2—3 razy dziennie.

Pojemność pudełka 50 gram.

Ferrum carbonicum Spiess Tabulettae

in massa sacchar. obduct.

Każda tabletki zawiera: Ferri sulfurici 0,10 gr., Kali carbonici 0,05 gr., Natri bicarbonici 0,05 gr.

Ferrum carbonicum cum acid. arsenicos. Spiess Tabulettae

in massa cacaotin obduct.

Każda tabletki zawiera: Ferri sulfurici 0,10 gr., Kali carbonici 0,05 gr., Natri bicarbonici 0,05 gr.

Acid. arsenicosi 0,001 g.

W tabletkach naszych węglan żelaza wytwarza się dopiero po wprowadzeniu tabletki do organizmu; tym sposobem więc mamy w preparacie naszym ferrum carbonicum in statu nascendi, do czego jak wiadomo przy leczeniu węglanem żelaza dążyć należy.

Flakon zawiera 100 tabletek.

Prurigol Spiess

(Unguentum contra scabiem).

Maść od świerzby, nie plamiąca bielizny, nie posiadająca przykrego zapachu i łatwo odmywająca się wodą.

Pojemność słoika 100 gramów. Opakowanie szpitalne 1 kilogram.

Mesolament Spiess

(Ungt. mesotani cum mentholo).

Maść stosowana w cierpieniach artretycznych i reumatycznych wzamian wewnętrznych preparatów salicylowych.

Skład: mezotan, lanolina, mentol. Sposób użycia: w miejsca bolące wcierać ilości odpowiadające 1—2 łyżeczek od herbaty, co odpowiada 1—2 gr. kwasu salicylowego.

Pojemność tuby około 40 gr.

Digitol Spiess

(Essentia digitalis titrata).

Standardyzowana esencja naparstnicy, posiadająca pewne działanie.

Sposób użycia: dla dorosłych po 15—30 kropli 3 razy dziennie.

Pojemność flakonu—15 gr.

Libophan Spiess

(Lithium borotophanicum).

Środek przeciw dnie oraz ostrym i chronicznym przypadkom gośćca stawowego.

Sposób użycia: 4—6 tabletek dziennie.

Pojemność rurki 20 tabletek 0,5 gramowych.



WZGLĘD LECZARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

Dziesięć
Dzieci

Warszawa, d. 8 marca 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2779.

Kilka słów w sprawie przebiegu klinicznego choroby, wywołanej przez zatrucie gazami.

Podał

Dr med. Karol Zaleski (Warszawa—Mińsk).

W wojnie obecnej prócz wysoko rozwiniętej techniki wojennej znalazły zastosowanie takie sposoby prowadzenia walki, jakich istnienia nawet nie przypuszczano przed wojną. Mam tu na myśli zastosowanie gazów trujących bądź pod postacią fal wolnego gazu, bądź pod postacią pocisków, napełnionych płynami lotnymi o mniej lub więcej wydajnej sile trującej. Wielka liczba ofiar w ludziach, jako następstwo takiego sposobu prowadzenia walki, zmusiła strony walczące do szukania środków ochronnych, zabezpieczających od zabójczego działania gazów, a jednocześnie badanie i spostrzeganie kliniczne miało na celu opracowanie odpowiedniego postępowania lekarskiego w celu niesienia pomocy skutecznej uległym otruciu gazami.

Symptomatologia choroby, wywołanej przez zadziałanie gazów trujących na ustrój, posiada w chwili obecnej dosyć obfitą literaturę, która jak się zdaje, zupełnie wyczerpująco przedstawia objawy, towarzyszące zatruciu; natomiast przebieg kliniczny posiada pewne luki pod względem systematycznego przedstawienia oddzielnych okresów chorobnych. Sprawa ta komplikuje się jeszcze i dlatego, że w zależności zarówno od stopnia zatrucia, jak i od składu chemicznego stosowanych gazów, przebieg cierpienia nie daje obrazu jednolitego. Te właśnie względy skłoniły prof. Mirotworcewa, byłego naczelnika służby zdrowia Czerwonego Krzyża na froncie zachodnim, do podjęcia starań w kierunku

ku stworzenia oddziału szpitalnego, w którym można byłoby prowadzić badania ściśle i spostrzeżenia kliniczne nad przebiegiem choroby, wywołanej przez gazy. Oddział taki udało się stworzyć i przez czas od 19 listopada 1917 do 7 kwietnia 1918 miałem możność spostrzegać w nim 61 odnośnych chorych. Chorzy przybywali do oddziału najwcześniej po upływie 5-iu dni od chwili zatrucia, lecz byli i tacy, u których zatrucie nastąpiło przed kilku tygodniami. W oddziale przebywali oni od dwóch tygodni do trzech miesięcy.

Materyał mój jest zbyt szczupły, by na jego podstawie można było czynić jakieś uogólnienia, nadto wszyscy chorzy przedstawiali obraz względnie lekkiego zatrucia i dlatego w tym szkicu chciałbym zwrócić uwagę jedynie na pewne szczegóły w przebiegu choroby u takich chorych, podając wyłącznie spostrzeżenia własne.

Sądzę, że podział chorych na pewne kategorie, zależnie od stopnia zatrucia, a więc na postaci lekkie i ciężkie, jest zupełnie konwencyonalny i zgoła nie odpowiada istotnemu stanowi rzeczy. Jako pomocnik prof. Mirotworcewa i zawiadujący sposobami walki z gazami w przeciągu prawie półtora roku widziałem około dwóch tysięcy otrutych. Z nich miałem możność badać dorywczo co pewien czas po nad kilkuset chorych, przedstawiających najrozmaitsze stopnie zatrucia i znajdujących się w najrozmaitszych okresach rozwoju

ju sprawy chorobnej, przeto zdaje mi się, że mogę twierdzić z pewną słusnością, że wszelkie podziały, zależne od natężenia objawów chorobnych bezpośrednio po zatruciu, posiadają znaczenie bardzo problematyczne. Widziałem przypadki bardzo ciężkiego zatrucia, które po kilku tygodniach lub miesiącach kończyły się względem wyzdrowieniem, jak również widziałem i takie wypadki, kiedy osobnik z nieznacznymi na pozór objawami zatrucia i uważający się za zupełnie zdrowego umierał nagle w czasie rozmowy wskutek zatoru tętnicy płucnej. Miałem możność uczestniczenia przy badaniu zwłok około dwudziestu razy i odniosłem wrażenie, że zmiany anatomopatologiczne we wszystkich przypadkach były prawie identyczne, różnice zaś były raczej ilościowe, niż jakościowe.

Co się tyczy spostrzeganych przezemnie przypadków, to, jak już nadmieniałem wyżej, należy je zaliczyć do postaci średnich i lekkich według przyjętej na froncie zachodnim instrukcji dla lekarzy wojskowych. Objawy dominujące spostrzegano ze strony płuc i serca. Bezpośrednio po przybyciu do oddziału u wszystkich chorych, którzy ulegli otruciu przed upływem tygodnia, istniało mniej lub więcej rozległe podrażnienie oskrzeli, co klinicznie obejmuje nazwa *bronchitis et bronchiolitis* ze słabiej lub mocniej wyrażoną dusznością wydechową. Badanie przedmiotowe wykrywało obniżenie dolnej granicy płuc, oddech w jednych okolicach płuc zaostrozony, w innych osłabiony, suche świsty i rżenia obok rżeń wilgotnych drobnobańkowych. W przypadkach, w których działanie gazu było silniejsze, po upływie kilku dni sprawa zapalna z oskrzeli przechodziła na mięsz płuca: powstawały drobne ogniska zapalne, rozsiane głównie na grzbietowej powierzchni płuc. Ogniska te dosyć wolno ulegały wessaniu, nadto obok ognisk, które uległy rezolucji, powstawały często nowe, wskutek czego choroba przeciągała się do trzech tygodni. Niekiedy sprawy zapalne w płucach posiadały przebieg nader niezwykły, przypominający opisane przezemnie na innym miejscu zapalenie płuc poronne (*pneumonia abortiva*). Takie trzy przypadki dotyczyły chorych, przybyłych do oddziału po 5-ciu dniach od chwili zatrucia z dosyć łagodnymi objawami choroby: lekka duszność, niezbyt męczący kaszel, skąpa płwocina śluzoworopna, zwolnienie tętna do 60 — 68 uderzeń, w płucach dużo suchych świstów i furczeń; stan podgorączkowy. Po tygodniowym pobycie w szpitalu, kiedy objawy zapalenia oskrzeli znacznie zła-

godniały, ciepłota wróciła do normy i stan ogólny chorego był zupełnie dobry, chory bez żadnej widocznej przyczyny dostaje dreszczów, a ciepłota dnia następnego podnosi się do 39° C lub wyżej, chory skarży się na duszność. Bardzo skrupulatne badanie pozwala stwierdzić, aczkolwiek nie zawsze, obecność małego ogniska zapalnego z oddechem nieokreślonym lub z odcieniem oskrzelowym i bardzo skąpymi trzeszczeniami przy głębokim wdechu. Ognisko to na drugi lub trzeci dzień ulega rezolucji, ciepłota zaś spada do normy litycznie lub krytycznie. Po kilku dniach, chory czuje się zupełnie dobrze, gdy znów zaczyna się skarżyć na niedomaganie ogólne, zjawiają się dreszcze, gorączka i powtarza się obraz poprzedni. W pierwszym takim przypadku, wobec niemożności wykrycia zmian swoistych w płucach, nie mogłem zrozumieć, z jakiego rodzaju sprawą chorobną mam do czynienia, lecz drugie takie nasilenie, które wystąpiło u tego samego chorego po dniach sześciu z wyraźnymi zmianami ogniskowymi w płucu prawym, naprowadziło mię na myśl o możliwości istnienia w poprzednim wypadku ogniska zapalnego w głębi płuca.

Umiejscowienie spraw zapalnych w płucach jest bardzo rozmaite. U żadnego z moich chorych nie spostrzegałem zapalenia płatowego, drobne zaś ogniska zapalne częściej spostrzegałem w dolnych płatach płuc po stronie grzbietowej. Natomiast w szpitalach na froncie widywałem przypadki zatrucia, w których sprawa zapalna zajmowała całe płaty płuc lub ich części. W tych przypadkach najczęściej przebiegały zapalenia płatów górnych.

W znakomitej większości spostrzeganych przezemnie przypadków przebieg spraw zapalnych w płucach był gładki. Zazwyczaj po paru tygodniach znikał kaszel, a badanie przedmiotowe wykrywało w pewnych okolicach płuc nieznaczne osłabienie lub zaostwienie szmeru oddechowego. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy zatruciu, chociażby niezbyt silnemu, ulegnie osobnik z zastarzałem przewlekłym zapaleniem oskrzeli, połączonem z rozedmą płuc. W tych razach choroba posiada przebieg ciężki i przewlekły. Chorzy ci po dwóch miesiącach pobytu w szpitalu opuszczali oddział z kaszlem i wyraźnem osłabieniem mięśnia sercowego, czego wyrazem była szytko powstająca duszność w czasie chodzenia i lekka sinica twarzy przy częstem i miękkim (próżnym) tętnie. Kilka takich przypadków, badanych przezemnie na froncie,

dawało rokowanie niepewne, a, jak miałem możność przekonać się później, dwa z pośród nich skończyły się zejściem śmiertelnym wskutek wyczerpania mięśnia sercowego.

Nie ulega wątpliwości, że zatrucie gazami szczególnie niekorzystnie oddziaływa na sprawy gruźlicze w płucach. Jeden taki chory przybył do mego oddziału dziesiątego dnia po zatruciu (odetchnął gazem 2 lub 3 razy) z wysoką ciepłotą i niewielkimi zmianami w szczycie płuca prawego. Badanie płwociny wykryło obecność prątków gruźliczych. Sądzę, że gruźlica u tego chorego nie była zbyt daleko posunięta, skoro mógł on pełnić służbę w okopach i, jak sam utrzymywał, czuł się zupełnie nieźle. W szpitalu sprawa gruźlicza postępowała bardzo szybko; nacieczenie wkrótce objęło cały płat górny prawy, ciepłota nabrała cech gorączki wyniszczającej, przyłączyło się zapalenie wysiękowe opłucnej prawej, a po 2½-miesięcznym pobycie w szpitalu chory został ewakuowany z wysoką ciepłotą, gruźlicą rozpadową w płucu prawym i wyraźnym nacieczeniem szczytu płuca lewego.

Zapalenie suche opłucnej spostrzegałem w pięciu przypadkach. Patogeneza tego powikłania w obrazie klinicznym lekkiego zatrucia gazem nie jest zupełnie jasna i dlatego zasługuje na uwagę. Znana jest powszechnie przyczyna zapalenia opłucnej, przyłączającego się do zapalenia płuc i w tym właśnie okresie spostrzegano je zazwyczaj w przypadkach z ciężkimi objawami zatrucia, natomiast u moich chorych stwierdzano je po upływie 3—8 tygodni od dnia zatrucia. U czterech chorych wystąpiło ono wówczas, gdy pozostały tylko nieznaczne objawy podrażnienia oskrzeli, u jednego zaś bez najmniejszych objawów ze strony oskrzeli i tkanki płucnej. Przebiegało ono przy ciepłocie podgorączkowej, nigdy nie było zbyt rozległe i po 8 lub 10 dniach ulegało zupełnemu wessaniu. O ile mogę wnosić z moich osobistych spostrzeżeń na froncie i z rozmów z kolegami, którzy mieli możność spostrzegania znacznie większej liczby chorych, zwłaszcza z ciężkimi objawami zatrucia, powikłanie, o którym mowa, nie należy do bardzo częstych. Zdaje się, że w przypadkach ostatniej kategorii przeważa postać zapalenia z wysiękiem surowiczym przeważnie z lekkim zabarwieniem krwawym. Wysięk jakoby bardzo trudno ulega wessaniu, a usuwanie płynu zapomocą przekłucia należałoby uskuteczniać bardzo ostrożnie ze względu na zły zazwyczaj stan serca.

Krwioplucie spostrzegałem tylko u dwóch

moich chorych. Jeden z nich przybył do oddziału (po zatruciu gazem przy ustawianiu balonów napełnionych gazem w okopie) w dziesięć dni po zatruciu już z krwiopluciem. Ze względu na ciężki stan ogólny i bardzo powierzchowny oddech z wielką ilością rżężeń suchych i wilgotnych na całej przestrzeni płuc, nie udało mi się stwierdzić obecności zawału krwotocznego. Sądzę jednak, że musiał on istnieć, ponieważ z mniej lub więcej długimi przerwami krwioplucie trwało dwa i pół miesiąca, chory wypluwał do 100 gm. prawie czystej krwi, a jednocześnie znajdowano od czasu do czasu niewielkie ogniska z oddechem oskrzelowym. Drugi chory przybył w trzy tygodnie po zatruciu z ciepłotą podgorączkową, niewielkim kaszlem, dusznością i zaostreniem oddechu w płatach dolnych obydwu płuc od tyłu. U tego krwioplucie zjawilo się po trzech prawie tygodniach pobytu w szpitalu, (a więc w 6 tygodni po zatruciu) i z krótkimi przerwami istniało dni jedenaście.

Szczególną uwagę zwrócić należy na zaburzenia w narządach krążenia, powstające po zatruciu gazami. Objawy te cechują się wielką uporczywością i zazwyczaj pozostawiają trwałe ślady w czynności serca. Tętno u przybywających do oddziału wkrótce po zatruciu nie posiadało żadnego ściśle określonego typu. U większości chorych liczba uderzeń tętna wynosiła 76 do 80 uderzeń; tętno było nieźle napełnione, lecz miękkie. W dwóch przypadkach, gdzie zatrucie było cięższe, stwierdzono przyspieszenie tętna do 108—112 uderzeń, nadto od czasu do czasu tętno było dwubitne, małe i nikłe, wreszcie w trzech przypadkach tętno było zwolnione od 48 do 60 uderzeń.

Pomiary ciśnienia krwi dokonywane kilkakrotnie u 28 chorych w odstępach tygodniowych, dały liczby 101 do 130 mm. (przyrząd Riva-Rocci).

W 28 przypadkach wymiar poprzeczny serca był wyraźnie powiększony; prawa granica serca dochodziła do środka mostka lub nawet do jego prawego brzegu; uderzenia serca były głuche, przytłumione; drugi ton na tętnicy płucnej wzmożony. U jednego chorego w dwa tygodnie po otruciu stwierdzono obecność niestałego wprowadzie zrazu szmeru skurczowego na tętnicy głównej. Szmer ten z czasem stał się wyraźniejszym i nie znikł po 2 i pół miesięcznym pobycie chorego w oddziale. Inny chory przybył do oddziału w dwa miesiące po zatruciu. Wśród innych objawów znaleziono u niego szmer skurczowy

u wierzchołka serca bez najmniejszych zmian w płucach; szmer ten nie znikł jeszcze po dwóch miesiącach, które chory przebył w oddziale. Taki sam szmer skurczowy znalazłem u innego chorego, który przybył do oddziału piątego dnia po zatruciu. Szmer u tego chorego zjawiał się w trzecim tygodniu pobytu w szpitalu i można go było stwierdzić jeszcze po upływie miesiąca, kiedy chory został ewakuowany. Jeszcze inny chory przybył w dwa tygodnie po zatruciu. Przy pierwszym badaniu znaleziono szmer skurczowy u wierzchołka serca. Chory ten pozostawał w oddziale pięć tygodni i przed ewakuacją szmeru tego nie można było stwierdzić.

Wielu autorów szmery w sercu, występujące u zatrutych gazami, zalicza do czynnościowych, jako zależne z jednej strony od przeszkód w krążeniu wskutek powiększonej lepkości krwi, a od niewydolności mięśnia sercowego z drugiej. Nie da się zaprzeczyć, że szmery takie istnieć mogą, nie należałoby jednak uogólniać tej sprawy. Wiadomo, że szmery czynnościowe, zależne od osłabienia mięśnia sercowego w wielu razach występują lub wzmagają się tylko przy wzmożonym ruchu chorego lub w warunkach, kiedy serce pracować musi intensywnie, z czasem jednak znikają one prawie jednocześnie z polepszeniem się sprawności serca, szmery zaś, które trwają stale w przeciągu tygodni lub miesięcy u chorych, nie opuszczających łóżka, uważałbym za zależne od zmian organicznych nawet w takich przypadkach, kiedy objawy ogólne otrucia nie były zbyt ciężkie. Przy puszczeniu moje znajduje poparcie w danych badania zwłok. Krynickij¹⁾ badając zwłoki otrutych gazami znajdował na brzegach zastawek drobne skrzepy krwi. Badania dalsze dowiodły, że istniało tu uszkodzenie śródbłoka, a cały obraz anatomopatologiczny przypominał zapalenie brodawkowate wsierdzia.

Zatrzymałem się nieco dłużej nad objawami ze strony serca, ponieważ mam wrażenie, że zmiany te ze względu na znaczenie, jakie posiadają dla chorego, nie zawsze są dostatecznie doceniane. Nie należą one do częstych, przynajmniej moje spostrzeżenia zdają się to potwierdzać. Wśród znacznej liczby chorych, badanych przezemnie w rozmaitych okresach choroby w szpitalach na froncie, a były pomiędzy nimi przypadki bardzo ciężkie, szmery w okolicy serca znajdo-

wałem niezbyt często w 4 lub 5 tygodni po zatruciu, natomiast w początkach drugiego tygodnia objaw ten spotykałem znacznie częściej. Znaczyło by to, że wkrótce po zatruciu powstają szmery czynnościowe, które następnie giną, te zaś, które pozostają przez czas dłuższy, zdaje się zależeć od zmian organicznych w mięśniu sercowym (blizny) lub na zastawkach.

Systematyczne badania krwi z powodów odemnie niezależnych dokonywane nie były. Wyniki badania sporadycznego, dokonane u kilku chorych tej samej grupy, przeciętnie przedstawiają się w sposób następujący. Ciąłka czerwone: słabo wyrażona chromatofilia, anizo - i poikilocytoza.

Ciąłka białe: neutrofilów 37%; postaci przejściowych 14%; limfocytów dużych 22%; eozynofiliów 5%; limfocytów małych 26%.

Co się tyczy narządów trawienia, to u spostrzeganych przezemnie chorych tylko w jednym przypadku istniały wymioty i bóle w dołku, które ze względu na natężenie i czas trwania dawały wrażenie owrzodzenia żołądka. Chory ten przybył do oddziału w 10 dni po zatruciu i wśród innych skarg zaznaczył, że od dwóch dni miewa nudności, wymioty i bóle w dołku obok braku apetytu. Przez cały czas pobytu w szpitalu w przeciągu dwóch miesięcy wymioty i bóle w dołku występowały często po najmniejszych błędach dyetetycznych. Inni chorzy skarżyli się zazwyczaj na bóle w górnej części brzucha, gniecenie w dołku, brak apetytu i odbijanie. Wszystko to jednak po paru tygodniach przemijało.

Znacznie częściej spostrzegałem biegunkę krwawą, która zjawiała się w tym okresie choroby, kiedy stan ogólny chorych był zupełnie zadowalający.

Wśród pierwszej grupy chorych, przybyłych w listopadzie ubiegłego roku biegunkę krwawą spostrzegałem tylko u jednego chorego, natomiast z pośród chorych, przyjętych do oddziału w marcu r. b., zapadło na nią pięciu w 3 do 6 tygodni po otruciu. Ponieważ przebieg kliniczny był niezmiernie podobny do dyzenterii, sądziłem, że mam do czynienia z małą endemią, lecz brak podniesienia ciepłoty ciała, ujemny wynik badania kału i krótkotrwałość, bo 6 do 8 dni trwający przebieg choroby, pozwalają mi twierdzić, że miałem do czynienia ze sprawą chorobną, wywołaną przez zatrucie gazami.

W szpitalach na froncie spotykałem bardzo często przypadki biegunki krwawej u ciężko otrutych. U tych chorych spostrzegałem ją już na początku drugiego lub w końcu

¹⁾ Patalogo-anatomiczeskija izmienenija u otrawlennych gazami. Dyssert. 1917 r.

pierwszego tygodnia choroby. Przebieg był cięższy i biegunka trwała około 3-ch tygodni.

Objawy ze strony wątroby spostrzegałem trzy razy. U jednego chorego, który przybył w dwa tygodnie po otruciu, była lekka żółtaczka, a powiększeniu uległ lewy płat wątroby. Chory skarżył się na uczucie rozpiekania w brzuchu i brak apetytu. Dolny brzeg wątroby można było wymacać na dwa palce poniżej łuku żebrowego; wątroba była bolesna na ucisk. Po miesięcznym pobycie w szpitalu chory został ewakuowany z wątrobą niebolesną i niewyczuwalną. U dwóch pozostałych chorych znaleziono powiększenie płata prawego. W obydwóch tych przypadkach w 11 dni po otruciu wątroba była nieco bolesna, dolny brzeg jej znajdował się na trzy palce poniżej łuku żebrowego, żółtaczki nie było i chorzy nie skarżyli się na żadne zaburzenia w trawieniu prócz braku apetytu. Z czasem obrzmienie wątroby u obydwóch znikło zupełnie.

Jak widać z powyższego, w lekkich postaciach zatrucia zaburzenia czynności wątroby bywają przeważnie słabo wyrażone, trwają krótko i występują względnie późno. Inaczej rzecz się przedstawia w przypadkach ciężkich. Tu obrzmienie wątroby można stwierdzić na drugi lub trzeci dzień po zatruciu, obrzmie-

nie dosięga wysokiego stopnia i dolny brzeg wątroby czasami dóchodzi do połowy przestrzeni pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem. Wątroba bywa bardzo bolesna i zazwyczaj daje się stwierdzić mniejsza lub większa żółtaczka. Przypuszczać należy, że zarówno obrzmienie wątroby, jak i żółtaczka w tych razach może zależeć nie tylko od zaburzeń krwioobiegu na tle osłabienia czynności serca. Taka patogenеза nie odpowiada temu, co widzimy w przypadkach względnie lekkich, w których brak mocno wyrażonych objawów wyczerpania mięśnia sercowego, jak również mniej lub więcej rozległych objawów zastoinowych. Sądzę, że możnaby było podejrzewać tworzenie się zakrzepów w obrębie żył wątrobnych, zwłaszcza że takie zakrzepy w przypadkach ciężkiego zatrucia już na drugi dzień znajdowano bardzo często w żyłach kończyn dolnych lub, chociaż znacznie rzadziej, w żyłach krezki. Powstawanie zakrzepów w wątrobie przy zwolnionem wogóle krążeniu w układzie żylnym tego narządu i wzmożonej krzepliwości krwi wydaje się bardzo możliwem, samo zaś ich istnienie, utrudniając odpływ krwi, sprzyjałoby występowaniu obrzmienia wątroby. Na podstawie tego przypuszczenia żółtaczkę możnaby było uważać za wyraz miejscowej hemolizy ciałek czerwonych. (dok. n.)

Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis i jej stanowisko w grupie chorób przerostowych naskórka.

Podał

Dr Robert Bernhardt.

Ordynator szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

(Dokończenie—patrz № 9).

Schamberg. *Kongenitale Ichthyosis* (1912). 2 letni chłopiec od urodzenia chory. Zaczerwienienie i łuszczenie całej niemal powierzchni skóry. Rozrosty brodawkowate w okolicach stawowych.

J. Nicolas i A. Hochoutot. — Dwa przypadki *erythrodermie congénitale ichtyosiforme avec hyperépidermotrophie sans bulles familiale* (1913).

2 bracia w wieku 10 i 14 lat. Zwykły obraz omawianego tutaj schorzenia skóry.

Z powyższych przeze mnie streszczonych przypadków w liczbie 10 muszę zakwestyonować spostrzeżenie Bizard-Langevin'a, jako nie dotyczące cierpienia wrodzonego (miało powstać w 13 miesiącu życia), a zatem nie od-

powiadające jednemu z 3 objawów kardynalnych *erythrodermiae congenitalis ichthyosiformis*. W przypadku Bruhnsa zabarwienie czerwone istniało od urodzenia, brakło go w chwili spostrzegania chorego. Skóra jednak posiadała barwę niezwykłą, bo żółto-brunatną, ciemnobrunatną. Odcienie te ponieważ dadzą się pogodzić z pojęciem o barwie „czerwonoskórych“, gdy się uwzględni, że częstokroć w omawianem cierpieniu erythrodermia bywa okresami tak słabo wyrażona, iż zdaje się zupełnie ustępować na plan drugi. W taki sposób do powyższych 25 przypadków przybywa jeszcze 9, które wraz z moimi własnymi tworzą liczbę 38. Wśród nich dziedziczność prosta była notowana raz

jeden, skłonność familijna 5 (w tem jeden raz u bliźniąt), w jednym przypadku ojciec i jedna z córek mieli wrodzoną keratodermię dłoni i podeszew, podczas gdy druga córka miała *ichthyosis vulgaris*. Skórę rybią u rodzeństwa spostrzegano w 3 przypadkach. Bliskie pokrewieństwo rodziców (skuzynowani) zanotowano 3 razy i tyleż razy syfilis dziedziczny.

Jeżeli teraz zestawimy i porównamy wszystkie te spostrzeżenia, to musimy dojść do wniosku, że są one tak analogiczne i bądź co bądź o tyle podobne do siebie, że wyodrębnienie ich jako klinicznego typu wrodzonych schorzeń przerostowych naskórka wydaje się zupełnie usprawiedliwione. Rozpoznanie zazwyczaj nie napotyka większych trudności przy uwzględnianiu trzech wyżej wskazanych objawów głównych. Nie należy jednak zapominać, iż tutaj, jak i w każdym wogóle schorzeniu, intensywność objawów podlega wahaniom szerokim. Dlatego zdarzyć się może, że w jednym przypadku na miejsce naczelnego wysuwa się objaw erytrodermii, w innych zaś nadmierne rogowacenie naskórka. Pierwsza mieści w sobie skalę barw od bladoróżowej do miedzianoczerwonej i brunatnoczerwonej, drugie obejmuje wszystkie przejścia od łuszczenia otrębowatego aż do wyrostów jeżastych. Z tem wszystkiem przyznać jednak trzeba, że gdy się widzi chorego, dotkniętego omawianem cierpieniem — pierwsza rzecz, jaką nasuwa wrażenie wzrokowe, to myśl o skórze rybiej (*ichthyosis*). Obie te sprawy są bądź co bądź pokrewne. Należą one wszak do jednej grupy wspólnej i ze swej strony dają znowu cały szereg punktów styczności nie tylko z pozostałymi przedstawicielami tejże grupy wrodzonych chorób przerostowych naskórka, lecz i z innymi typami wrodzonych schorzeń i wadliwości skóry. Zawile te i bardzo złożone sprawy wysuwają jednak mimowolne pytanie, jakie miejsce w grupie wrodzonych chorób przerostowych naskórka winna zająć omawiana tutaj *erythrodermia congenitalis ichthyosiformis*?

Co się tyczy skóry rybiej, to podobieństwo polega głównie na wyglądzie ogólnym i ułożeniu łusek oraz tworów rogowych. Podobieństwo to sięga tak daleko, iż rozgraniczenie obu spraw — pod tym względem przynajmniej — nie da się prawie pomyśleć. Różnice znowu wynikają głównie z istoty owych 3 objawów zasadniczych, o których powyżej już była mowa. Można je sformułować w sposób następujący. Skóra rybia jest wadliwo-

ścią widocznie wrodzoną, klinicznie występującą jednak dopiero w 1 lub 2-im roku życia; *erythrodermia congenitalis ichthyosiformis* jest wadliwością wrodzoną κατ' ἐξοχήν, gdyż ujawnia się wnet po urodzeniu dziecka. Przy schorzeniu pierwszym zazwyczaj bywają wolne od sprawy ichtyotycznej: twarz, zgięcia stawów wielkich, dłonie oraz podeszwy; w drugim wręcz przeciwnie — twarz i zgięcia bywają ulubionem siedliskiem rogowacenia nadmiernego, przyczem zgięcia stawowe bywają częstokroć zajęte w stopniu wyższym, niż powierzchnie wyprostne. Również na dłoniach i podeszwach spostrzegać można zjawiska keratodermii w przeważającej liczbie przypadków. W *psoriasis* po usunięciu łusek skóra posiada swój zwykły normalny kolor; w *erythrodermia cong. ichth.* zaczerwienienie skóry należy do objawów znamiennych i uwidocznia się już w chwili przyjścia na świat dziecka.

Cokolwiekby się mówiło o wartości względnej przytoczonych objawów różnicowych, to sądzę jednak, iż należy je traktować jako zasadnicze. Niesłusznem jest niedocenianie takiego np. objawu, jak erytrodermia jedynie dlatego, że bywa on czasem słabo zaznaczony albo chwilowo znika zupełnie, co wszak nie powinno dziwić wobec wybitnie przewlekłego przebiegu cierpienia. Również co do umiejscowienia, odgrywającego w dermatologii wogóle niemałe znaczenie oryentalcyjnorozpoznawcze, pragnąłbym zaznaczyć, iż nie godzi się tego rodzaju wprost niezwyklej lokalizacji określać mianem „atypowej“, zwłaszcza wobec współistnienia innych również „nietypowych“ objawów. Postępowanie odmienne musiałoby nas przecie doprowadzić do znacznego poszerzenia pojęcia *ichthyosis vulgaris*. Czystość typu zostałaby skażona nie tylko przez wprowadzenie niezwyklego umiejscowienia, lecz równie — pierwiastka zapalnego, co mało się zgadza z powszechnie dziś przyjętymi poglądami na istotę cierpienia, zwanego skórą rybią. I dlatego mniemam, iż będzie o wiele słuszniej, jeżeli obok *ichthyosis vulgaris* zachowamy jeszcze inny typ kliniczny pod nazwą *erythrodermia congenitalis ichthyosiformis*, nie zapominając przecie ani na chwilę, że obie te sprawy należą do jednej grupy i są z sobą bardzo blisko spokrewnione.

O wiele zawilej przedstawia się sprawa określenia stosunków wzajemnych pomiędzy omawianem cierpieniem a t. zw. *keratoma diffusum malignum congenitale* (syn. *hyperkeratosis dif. cong.*, *ichthyosis foetalis* s. in-

trauterina s. congenita). Obok ciężkiej śmiertelnej postaci *ichthyosis foetalis*, której obraz kliniczny jest powszechnie znany, autorowie odróżniają obecnie jeszcze typ bardziej dobrotny, przy którym życie osobnika może być zachowane. Jako taki Ballantyne podaje stan wrodzony, gdy skóra posiada tego rodzaju wygląd, jak gdyby pokryta była warstwą kolodium, które w następstwie się złuszcza. Niekiedy bywa też *ectropium* i *eclabium*. Sprawa może się zakończyć zupełnym lub częściowym wyleczeniem (*mild-type*). Riecke dzieli odnośne spostrzeżenia na 3 grupy. Pierwsza obejmuje przypadki typowe *ichthyosis foetalis gravis*. Do drugiej należą spostrzeżenia, w których objawy grupy pierwszej występują już to w stopniu o wiele łagodniejszym, już to w rozprzestrzenieniu tylko częściowym. W tych razach dzieci przeważnie rodzą się w porę i częstokroć pozostają przy życiu (*ichthyosis congenita larvata*). W trzeciej grupie dzieci przychodzą na świat ze skórą albo zupełnie zdrową, albo też zmienioną w stopniu bardzo nieznacznym. Dopiero po dłuższym czasie wytworzyć się mają zmiany cechujące grupę drugą. Stopień tych zmian oczywiście warunkuje zdolność do życia (*ichthyosis congenita tarda*). Thibierge również odróżnia postać ciężką i łagodną. Do tej ostatniej włącza spostrzeżenia analogiczne do grupy drugiej Rieckiego oraz do typu drugiego Ballantyne'a. Zdaje mi się jednak, że zaliczenie tego ostatniego typu do *ichthyosis foetalis* polega widocznie na nieporozumieniu. To, co podaje Ballantyne, najzupełniej odpowiada owemu obrazowi klinicznemu, który nazywamy „łuszczeniem się skóry u noworodków” (*exfoliatio lamellosa neonatorum*) i zapewne nic nie ma wspólnego z keratoma congenitale. Sądzę również, że grupa trzecia Rieckiego nie posiada podstaw dostatecznie trwałych—zwłaszcza w tym odłamie spostrzeżeń, który dotyczy dzieci ze skórą normalną w chwili urodzenia. Tutaj brak nam właśnie jednego z objawów zasadniczych, mianowicie stanu wrodzonego schorzenia skóry.

W taki więc sposób koncepcję postaci złagodzonej, względnie dobrotniej *ichthyosis intrauterina* musimy oprzeć głównie o typ drugi Rieckiego i Thiebiergera. Postać ta, której wyodrębnienie wydaje się najzupełniej usprawiedliwione z powodu analogii i podobieństwa do *ichthyosis foetalis gravis*, obecnie zajmuje nas dlatego, że niektórzy badacze do niej właśnie zaliczają objawozbiór *erythrodermia congenitalis ichthyosiformis*. Przy

porównywaniu odnośnych spostrzeżeń łatwo się przekonać, że utożsamianiu podlegają te właśnie przypadki *erythroder. cong. icht.*, w których występowały t. zw. objawy niestale, zwłaszcza zaś zanik i retrakcja skóry np. *ectropium*, *eclabium*, zniekształcenie uszu i t. p. Przypisać też trzeba, że w takich razach niewątpliwie istnieje pewne podobieństwo pomiędzy wzmiankowanymi sprawami chorobnymi. Tego jednak bynajmniej nie można powiedzieć o postaciach czystych *erythrodermia cong. icht.*, gdzie występują 3 zasadnicze, główne objawy obok zupełnego braku zjawisk zanikowych skóry (np. spostrzeżenia Alpara, Rascha, Jadassohna, Galewskiego, moje i innych). Jak klasyfikować tego rodzaju przypadki? Czy należy je gwałtem wciskać w ramki *ichthyosis foetalis*? Sądzę że nie. *Erythroderm. cong. icht.* niewątpliwie posiada swój odrębny wygląd kliniczny o tyle charakterystyczny, że w większości przypadków cierpienie to można rozpoznać stosunkowo łatwo. Jestem też zdania, że objawom zaniku skóry nie należy w danym razie przypisywać bezwzględnego znaczenia różnicowo-rozpoznawczego, gdyż nie są one przywilejem wyłącznym *ichthyosis foetalis*. Spotykamy się z nimi też i u innych przedstawicieli omawianej grupy schorzeń wrodzonych skóry. Tak np. w keratodermii dłoni i podeszew zanik skóry palców i ich wygląd twardzielinowy bynajmniej nie należą do rzadkości. Także w niektórych spostrzeżeniach *exfoliatio lamellosa neonatorum* notowano zjawiska *ectropium* i *eclabium* w słabym stopniu wyrażone. Wreszcie znane też są przypadki *ichthyosis vulgaris*, którym towarzyszyły objawy zaniku skóry. Wybitne przykłady tego rodzaju spostrzeżeń podali głównie Audry i Jadassohn. Ten ostatni opisuje je pod nazwą *Fityriasis alba atroficans*. Są to niewątpliwie przypadki skombinowane. Nie powinniśmy bowiem ani na chwilę zapominać, że właśnie w dziedzinie wrodzonych schorzeń i wadliwości skóry możliwe są jaknajbardziej złożone kombinacje nie tylko pomiędzy przedstawicielami danej grupy, lecz również w połączeniu z pokrewnymi. Powstające stąd obrazy chorobne mogą tworzyć całą gamę przejściową nie tylko pomiędzy typami danej grupy, lecz występują również w roli łącznika pomiędzy grupami pokrewnymi. W pewnych warunkach niektóre z takich kombinacji mogą się nawet utrwalić, a w następstwie dziedziczyć. Za przykład podać można t. zw. chorobę Meledyjską (*mal de Meleda*), w której drogą widocznie doboru płciowego zosta-

ło utrwalone połączenie keratodermy dłoni i podeszew ze zrogowaciałem znamieniem systemowym.

Kwestya dziedziczności wysuwa tutaj jeszcze jeden dowód, przemawiający na niekorzyść utożsamiania *erythrodermia cong. ichth. z ichthyosis foetalis*. Rzeczywiście, dotychczas nie znamy ani jednego niewątpliwego przypadku dziedziczenia *ichthyosis foetalis*. Gdybyśmy zaś zaliczyć mieli *erythrodermia cong. ichth.* do postaci złagodzonych skóry rybiej wrodzonej, to właśnie tutaj moglibyśmy się spodziewać przejawów dziedziczności w kierunku *ichthyosis intrauterina gravis*. Tak jednak nie jest i dopóki takie dowody nie zostaną przedstawione, dopóty sprawie wcielenia omawianego cierpienia skóry do typu skóry rybiej wrodzonej brakować będzie podstaw trwałych, nienaruszalnych.

O ile jednak dziś jeszcze uważam za słusne wyodrębnienie wyż. skreślonego objawozbioru *erythrodermia cong. ichth.*, o tyle wydaje mi się niewłaściwem nadmierne poszerzanie tego pojęcia klinicznego. A jednak już w 1913 r. L. Brocq wystawił aż 3 dodatkowe postaci tego wrodzonego schorzenia skóry. Mają niemi być: 1) większość wrodzonych keratodermii dłoni i podeszew, jako postać umiejscowiona, częściowa *erythroderm. cong. ichth.*, 2) choroba Meledyjska oraz 3) t. zw. erythrokeratodermia symetryczna i postępująca. Co się tyczy pierwszych 2 postaci, to są to typy kliniczne tak wyraźne i tak w sobie zakończone, że wcielenie ich do innego bądź co bądź dyskusyjnego typu wydaje mi się gwałtem niedopuszczalnym. Postać 3-cia dotyczy spostrzeżeń, w których występowały symetrycznie ułożone czerwone łuszczące się, rzadziej brodawkowate placki, które wolno się powiększały i stopniowo łączyły ze sobą. Niekiedy istnieje keratodermia dłoni i podeszew a także zmiany paznokci. Cierpienie to nie jest ani wrodzone, ani familijne.

Przypadki tego rodzaju podali Dubreuilh-Brocq, Nicolas-Jambon (II spostrz.), Darier,

Brocq-Fernet-Delort. Z dawniejszych Darier zalicza tutaj spostrzeżenie Thiebierge'a; być może też, że jeden z 4-ch przypadków Jaddassohna należy do tej kategorii. Darier nadał im nazwę *erythrokeratodermia symmetrica et progressiva* i wskazał powinowactwo z grupą znamion a także z *erythrodermią* Brocqa. Ten ostatni znowu usiłuje je wprost zaliczyć do przez się opisanego objawozbioru *erythrodermia cong. ichth.* Tutaj zatem obok postaci wrodzonych należałoby jeszcze odróżniać nabyte, w których zmiany skóry z biegiem lat stopniowo powstają i wolno się rozwijają. Sądzę jednak, że takie niepomierne poszerzanie *erythrodermii* typu Brocq'owskiego jest co najmniej przedwczesne. Do wyświetlenia zajmującej nas sprawy nie przyczynia się ono wcale, przeciwnie wikła ją bez potrzeby. Wzmiankowane spostrzeżenia należy traktować raczej tylko jako materiały do przyszłej syntezy, zadawalniając się dziś jedynie skrzętnem notowaniem faktów.

Na zasadzie wszystkiego tego, co wyżej powiedziano, dochodzę do wniosku, że podany przez L. Brocqa objawozbiór *erythrodermia congenitalis ichthyosiformis* powinien dziś jeszcze być zachowany, jako typ odrębny wrodzonych chorób przerostowych naskórka. Należy mu się miejsce pośrednie pomiędzy skórą rybią zwykłą a wrodzoną. Wszystkie trzy typy pozostają między sobą w ścisłym związku i powinowactwie, których wyrazem są widocznie postaci przejściowe i mieszane. Więzy pokrewieństwa łączą zatem omawiane schorzenie skóry z następującymi typami i grupami klinicznymi: 1) z wrodzoną i dziedziczną keratodermią dłoni i podeszew, 2) z wrodzonymi cierpieniami zanikowymi skóry, paznokci i włosów, 3) z wrodzonymi sprawami przerostowymi paznokci oraz włosów (właściwa *hyperepidermotrophia*), 4) z grupą znamion za pośrednictwem t. zw. choroby Meledyjskiej i wreszcie 6) w odmianie swej pęcherzowej z t. zw. pęcherzycą urazową (*epidermolysis hereditaria bullosa*).

PIŚMIENNICTWO.

1) L. Brocq. Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie. Annales de dermat. 1902. 2) L. Brocq. Traité élémentaire de dermat. pratique. Paris, 1907. 3) E. Langlet. Vue d'ensemble sur quelques dermatoses congénitales etc. Thèse—Paris. 1902. 4) Brocq-Fernet. Erythrodermie cong. icht. avec un certain degré d'agénésie pileaire. Bulletin de la soc. française de Derm. 1908. p. 327, patrz też ibid.

1909. p. 186. 6) J. Nicolas et A. Jambon. Contribution à l'étude des erythrodermies cong. icht. etc. Annales de Derm. 1909. str. 481. 7) G. Thiebierge. Ichtyose. Ichtyose foetale. Pratique dermat. t. II. 8) Hallopeau — Roy. Sur une ichtyose hystrix congénitale etc. Annales de dermat. 1905. str. 868. 9) C. Bruhns. Die atypischen Ichthyosisfälle u. ihre Stellung zur Ichthyosis cong. u. Ichthyosis vulg. Archiv f. Derm.

1912. t. 113. str. 187. 10) L. Bizardat et Langevin. Erythrodermie congénitale ichtyosiforme avec hyperépidermotrophie. Bul. de la soc. fr. 1908. str. 92. 11) R. Schonfeld. Ein Fall von Erythrodermia congenita partialis. Archiv f. Derm. 1909. t. 98. str. 101. 12) G. Pernet. Bullous ichthyosis. British journal of Derm. 1911. str. 344. 13) Galewsky. Ueber Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis. Arch. f. Derm. 1912. t. 113. str. 373. 14) Schamberg. Kongenitale Ichthyosis. Ref. Archiv f. Derm. t. 117. str. 337. 15) J. Nicolas et Hochoutot. Ueber 2 Fälle von Erythrodermie congénitale icht. Gazette médicale de Paris. 1913 r. Ref. Arch. f. Derm. t. 117. str. 555. 16) Janovsky Victor. Keratosis dif. s. universalis congenita. Mraček, zeszyt IX. 17) E. Riecke. Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrank. Jena. 1912. 18) L. Brocq, Fernet et Desaux.

Erythrodermie icht. cong. etc. Bul. de la soc. fr. 1913. str. 416. 19) Brocq et Dubreuilh. Erythrokeratodermie symétrique en placards etc. Bul. de la soc. fr. 1908. str. 327 i 331. 20) J. Darrier. Erythro-keratodermie verruqueuse en nappes, symétrique et progressive. Bul. de soc. fr. 1911. str. 252. 21) Brocq, Fernet et Delort. Erythrodermie ichtyosiforme symétrique circonscrite et progressive. Bul. de la soc. fr. 1912. str. 511. 22) Thibierge. Cas extraordinaire d'ichtyose généralisé etc. Annales de Derm. 1892. str. 323. 23) J. Méneau. De l'ichtyose foetale etc. Annales de Derm. 1903. str. 97. 24) Brocq et Fage. Keratodermies symétriques palmaires et plantaires erythrodermiques congénitales ichtyosiformes. Bul. de la soc. fr. 1911. str. 362. 25) Dubreuilh. Keratodermie. Pratique Derm. t. II. str. 927.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 24 września 1918 r.

T. Łapiński wygłosił rzecz p. t. „Alkohol a choroby umysłowe“.

Prelegent rozpatruje to zagadnienie na podstawie spostrzeganych 81 przypadków, pochodzących w 90% z rodzin, w których notowano choroby umysłowe i nerwowe; w połowie przypadków można było stwierdzić osobiste cechy zwyrodnienia wrodzonego lub nabytego.

Szkodliwe działanie wysokoku jest bardzo urozmaicone; zależy to w znacznej mierze od osobistych cech danej jednostki; istnieją jednakże pewne objawy, wspólne wszystkim ostrym psychozom alkoholowym, a mające swój prototyp w stanie ostrego zatrucia alkoholem. Zdaniem Ł., niema dostatecznych danych do tworzenia oddzielnej grupy t. zw. przewlekłych psychoz alkoholowych. Dla wyplenia opilstwa trzeba poza reformami społecznymi i zarządzeniami kulturalnymi usunąć dzieci pijaków z pod wpływu otoczenia, a typy nieprawidłowe umieszczać możliwie wcześniej w odpowiednich zakładach.

W dyskusji Winiarski zgadza się z prelegentem co do wpływu cech indywidualnych ustroju przy oddziaływaniu na alkohol; jest natomiast odmiennego zdania w sprawie odpowiedzialności za czyny, popełnione pod wpływem nadużycia wysokoku. Przestępca winien odpowiadać za czyny, popełnione w stanie zupełnego zamroczenia świadomości.

Higier uważa, że prelegent, idąc z prądem czasu, kładzie zbyt duży nacisk na wpływ czynników dziedzicznorodzinnych. H. podkreśla specjalny charakter wysokoku, jako jadu; jego wpływ na różne narządy i na poszczególne obręby układu nerwowego, brak stałej ścisłej zależności pomiędzy zmianami anatomicznymi a przebiegiem klinicznym i na tej zasadzie dochodzi do wniosku, że pogląd prelegenta jest zbyt uproszczeniem tych tak zawiłych spraw.

Jaroszyński T. wypowiada kilka uwag o stosunkach rosyjskich w omawianej sprawie: psychozy alkoholowe wynoszą tam 12% wszystkich chorób umysłowych. Zebrane przez J. dane staty-

styczne wykazały, że pijaństwo wśród Polaków jest mniejsze, niż u innych narodów, i że w miarę lat nie zwiększa się; uważa za wskazane sprawdzenie tego faktu przez obliczenie częstości psychoz alkoholowych na materyale klinicznym polskich zakładów psychiatrycznych.

Pręgowski zapytuje, czy prelegent nie uznaje wpływu alkoholu na powstawanie zmian psychicznych w różnych postaciach klinicznych, i wypowiada przypuszczenie, że bez zwyrodnienia pierwotnego nie doszło by może w wielu przypadkach psychoz alkoholowych.

Bornstein uważa zapytanie Pręgowskiego za nieporozumienie, zarzuca wywodom prelegenta brak idei szerszej, chociaż obfity materyał nadawał się do pokuszenia się o rozwiązanie wielu jeszcze spornych kwestii z omawianej dziedziny.

Łapiński odpowiada, że celem jego pracy była możliwie ścisła ocena spostrzeganych danych, a nie tworzenie mało uzasadnionych przypuszczeń. Nie uznaje istnienia swoistych dla alkoholików zmian anatomopatologicznych. Statystyka psychoz alkoholowych jest niepewna, gdyż obejmuje również wiele przypadków ostrego zatrucia wyskokiem. W sprawie odpowiedzialności za czyny, popełnione przez alkoholików, Ł. zaznacza, że większość prawodawstw stosuje w tych razach pojęcie zmniejszonej odpowiedzialności wobec wyraźnego często zdegenerowania tej kategorii przestępców.

Posiedzenie kliniczne dn. 1 października 1918 r.

1. Prof. Loth demonstruje preparaty przezroczyste, wykonane metodą Spaltholza, polegającą na doborze płynów, posiadających stopień załamania światła identyczny z danym narządem.

2. Prof. Kryński wygłosił rzecz p. t.: „Przepuklina udowa a gruczoł Cloqueta“. Prelegent podkreśla trudności rozpoznania różniczkowego pomiędzy przepukliną udową a stanem zapalnym gruczołu Cloqueta, przytaczając odpowiednie spostrzeżenia własne. Zabieg należy wykonywać we wszystkich przypadkach wątpliwych.

3. Orłowski Stan. wygłosił rzecz p. t.:

„W sprawie psychonerwicy urazowych, zwłaszcza po wybuchu ciężkich pocisków w pobliżu“.

Prelegent spostrzegł 5 podobnych przypadków w Warszawskim Lazarecie Miejskim. We wszystkich przypadkach stwierdzono zaburzenia psychiczne w postaci zaćmienia świadomości i amnezyi oraz zaburzenia zdolności porozumiewania się; czasami występował również szereg objawów, właściwych cierpieniom organicznym, które zniknęły jednak szybko, pozostawiając obraz czysty nerwicy. O. jest zdania, że w omawianych przez niego przypadkach podłoże cierpienia stanowiły pewne nieznaczne zmiany organiczne tkanki nerwowej, wywołane przez wstrząśnienie mózgu.

W dyskusji Zieliński E. jest zdania, że w razach podobnych istnieje często niewątpliwie uraz rzeczywisty pomimo braku uszkodzeń zewnętrznych. Przekłucie łądźwiowe wykazuje zwykle wzmożoną ilość białka i krwi w płynie mózgoworodzeniowym. Oprócz tej grupy ze zmianami anatomicznymi Z. uznaje jeszcze dwie: grupę symulacji i grupę nerwicy psychicznych.

Higier jest zdania, że psychonerwice urazowe powstają u osobników usposobionych wsku-

tek różnorodnych przyczyn. Uraz ma tutaj jednak znaczenie specjalne, gdyż działa z jednej strony przez sferę wzruszeniową na psychikę, a z drugiej wywołuje tu i owdzie zmiany organiczne.

Łapiński T. podkreśla istnienie objawów organicznych w materiale prelegenta. Drobne wybroczyny w tkance mózgowej powstają wskutek zmniejszonego ciśnienia. Leczenie jest zwykle bezskuteczne.

Karłowski uważa jedynie uraz dźwiękowy za czynnik chorobotwórczy swoisty dla nerwicy kontuzyjnej. Cały obraz kliniczny jest zdaniem K., wywołany przez zaburzenia w czynności narządów błędnikowych; K. stwarza na tej zasadzie własną teorię (akustyczną) powstawania nerwicy urazowych.

W dyskusji Orłowski powątpiewa o częstym występowaniu zmian w płynie mózgoworodzeniowym — nie stwierdzał ich w jednym ze swych przypadków. Uwaga kol. Łapińskiego o objawach organicznych polega na nieporozumieniu. Teoria identyczna z wygłoszoną przez kol. Karbowskiego, została już dawno wypowiedziana przez Oppenheima.

Polskie Towarzystwo Pedyatryczne.

Posiedzenie kliniczne d. 26.VI. 1918 r.

R. Stankiewicz demonstruje 1) preparat mózgu z *meningitis purulenta* z przypadku błonicy z zapaleniem płuc, za życia brak było objawów oponowych; 2) dziewczynkę 11 letnią z wyrostkiem jamy nosowogardłowej oraz przerostem migdałków, z napadem kaszlu o charakterze szczekającym co 1 — 3 minut; 3) dziewczynkę 7 letnią z wrodzoną wadą serca.

M. Kanawa demonstruje również „*morbus coeruleus*“ u 10 miesięcznego dziecka.

L. Zembrzusk i przedstawił 6-letnią dziewczynkę dotkniętą wadą rozwojową *microphthalm-*

mus. Wgłębi oczodołu widoczna jest gałka oczna wielkości orzecha laskowego, rogówka zmętniała, widzenie niema miejsca. Jest wskazanie do noszenia protezy.

L. Anders wygłosił rzecz p. t. „Przypadek potwornika wątroby“ (praca ta będzie drukowana w Gazecie Lekarskiej).

Jonscher wygłosił rzecz „O badaniu refraktometrycznym i chemicznym płynów wysiękowych i przesiekowych“ (praca ta była drukowana w Gazecie Lekarskiej № 39, 40, 41 r. 1918).

Marta Erlichówna.

Wiadomości bieżące.

— Pogrzeb prof. Ig. Baranowskiego odbył się w dn. 28 u. m. Nad grobem pierwszy przemawiał prof. L. Kryński imieniem Towarzystwa Naukowego:

„Nad mogiłą wielkiego obywatela i znakomitego lekarza polskiego ś. p. Ignacego Baranowskiego składa Towarzystwo Naukowe Warszawskie przez usta moje wyrazy czci i pożegnania. Odleciał jeden z tych jasných duchów polskich, który w ciągu długich, najbardziej beznadziejnych lat naszego bytowania politycznego nie poddawał się nigdy zwątpieniu, który wierzył głęboko, iż zdrowy duch w zdrowym ciele narodu potrafi przetrwać wszystko i wyjdzie kiedyś zwycięsko z niewoli. Stąd też nieustanna piecza nad zdrowiem cielesnym i duchowym narodu stanowiła część życia Zmarłego. Oddawał się jej z tem umiłowaniem serdecznem, które stanowiło cechę jego działalności społecznej. Na każdym stanowisku, jakie zajmował, czy jako znakomity lekarz, któremu tysiące chorych zawdzięczały swe zdrowie

i życie, czy jako nauczyciel i przodownik młodzieży, czy jako inicjator lub współpracownik wielu poczynąń społecznych — wszędzie wnosił to bezgraniczne umiłowanie sprawy ogólnej, to oddanie siebie dla dobra publicznego, poza którem zniknęła zupełnie miłość własna czy ambicje osobiste.

Potrzeba czynienia dobrze była Jego drugą naturą, bez tego nie rozumiał życia; była punktem wyjścia i dźwignią Jego działań obywatelskich, do których z zapałem i siłą przekonania umiał wciągać innych, sam pozostając najczęściej w cieniu.

Wczuty serdecznie w tętno życia społeczeństwa we wszystkich dzielnicach Polski, pojmował, jak mało kto, jego potrzeby duchowe i ruchliwym swym umysłem dążył do ich urzeczywistnienia. To też, wyczuwając odpowiednią chwilę po rewolucji rosyjskiej w roku 1906 wraz z Włodzimierzem Spasowiczem i Władysławem Holewińskim, zdobył możność utworzenia w Warszawie Towarzystwa Naukowego, jako najwyższej u nas instytucji naukowej. Nowopowstałe i szybko rozwijające się

Towarzystwo otaczał On serdeczną opieką i troskliwością. Wciągu pierwszych 3 lat istnienia instytucja nasza, nie posiadająca jeszcze własnej siedziby, znalazła przytułek w domu ś. p. prof. Baranowskiego, który oddał na jej użytek połowę swego mieszkania. Przed kilku miesiącami z rozrzewnieniem przyjął wiadomość o uzyskaniu nowej siedziby w gmachu Staszica przez Towarzystwo Naukowe, jako spadkobiercę niezapomnianego Tow. Przyjaciół Nauk. W dowód czci i serdecznej wdzięczności Tow. Nauk. obrało Go przed 10 laty pierwszym swym członkiem honorowym.

Dziś, po długich latach pracowitego i pełnego zasług żywota odszedł od nas, szczęśliwy, że jeszcze danem Mu było oglądać odrodzenie zjednoczonej naszej Ojczyzny, która imię jego zawsze z czcią i wdzięcznością wspominać będzie.

Rektor K o s t a n e c k i podniósł zasługi zmarłego profesora Szkoły Głównej i Uniwersytetu Warszawskiego.

Kol. M. J a k o w s k i wygłosił następujące przemówienie:

„Towarzystwo Lekarskie Warszawskie żegna nad tą otwartą mogiłą swego niegdyś prezesa, Członka honorowego i Nestora lekarzy naszych, który, wysoko niosąc sztandar nauki lekarskiej polskiej, godnie reprezentował przez szereg lat naszą instytucję, a w czasie ciężkiego ucisku i prześladowania wszystkiego, co polskie, strzegł praw Towarzystwa i zabiegał o jego pomyślny rozwój.

Ś. p. Ignacy Baranowski był członkiem Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego od 1862 r. t. j. od chwili, gdy po przybyciu do Warszawy został asystentem niezapomnianego Tytusa Chałubińskiego na Jego klinice lekarskiej, a potem adjunktem przy klinice terapeutycznej ówczesnej Szkoły Głównej, tej Uczelni, która odegrała tak wielką i historyczną rolę w rozwoju umysłowym naszego społeczeństwa w epoce powstaniowej, po r. 1863. Brał zawsze czynny udział w pracach naukowych Towarzystwa, żywo interesował się sprawami higieny i walki z epidemiami, brał czynny udział w wielu komisjach Towarzystwa, a zwłaszcza w Komitecie higienicznym dużo włożył pracy wspólnie z nieżyjącym Stanisławem Markiewiczem i Ludwikiem Natansonem. Zwłaszcza walka z gruźlicą stanowiła umiłowany temat Jego pracy, czego wyrazem były usilne zabiegi i pierwsze próby stosowania w Warszawie metody leczenia tuberkulizacją Kocha; rezultaty tych prób komunikował na posiedzeniach Towarzystwa i ogłaszał w jego organie „Pamiętniku Tow. Lek. Warszawskiego”. Czynny udział jako przedstawiciel Tow. brał w pracach nad zwalczaniem gruźlicy na Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie w r. 1900.

Przygotowany gruntownie do pracy naukowej podczas kilkunastoletniego pobytu na studiach zagranicą w najlepszych ówczesnych klinikach lekarskich, przesiąknięty umiłowaniem do postępu ukochanej przez siebie medycyny wewnętrznej i każdy nowy kierunek i zwrot w poglądach na podstawowe zasady nauki szczerze i żywo Go interesowały. Gdy bakteriologia zaczęła zdobywać, po pracach Pasteura i Kocha, swe pierwszorzędne stanowisko w nauce, z zapałem poświęcił się zaznajomieniu z jej zasadami, a gdy rozpoczęto w pracowni Tow. Lek.

wykłady bakteriologii, On pierwszy pośpieszył na nie i z całym zapałem oddawał się pracy. Po opuszczeniu stanowiska profesora kliniki dyagnostycznej w Uniw. Warsz. wyjechał na czas jakiś zagranicę na studia bakteriologii do Wiesbadenu i Paryża.

Towarzystwo nasze, ceniąc wysoko zasługi naukowe i społeczne ś. p. Ignacego Baranowskiego, po usunięciu Go przez władze rosyjskie z katedry przy Uniw. Warsz. w r. 1886, wybrało Go jednogłośnie swym członkiem honorowym, a później w latach 1894, 5 i 6 trzykrotnie powoływało Go na zaszczytne stanowisko swego prezesa. Na tem stanowisku strzegł mocno praw i egzystencji naszego Towarzystwa przed zakusami władz rosyjskich, które zawsze podejrzliwie i zazdrośnym okiem patrzyły na rozwój Tow. Lek. Warsz., tej jedynej polskiej instytucji naukowej, jaka została się pomimo ucisku i represji władz carskich w Królestwie Kongresowym, a obecnie dobiega szczęśliwie setki lat swojego istnienia.

Pamięć o ś. p. prof. Ignacym Baranowskim nigdy w Tow. Lek. Warsz. nie zginie, a przykład Jego działalności świecić będzie zawsze członkom naszego Towarzystwa.

Cześć pamięci zacnego Człowieka, dobrego Polaka, i umiłowanego Kierownika młodych sił lekarskich!

Doc. J. Jaworski temi słowy przemówił:

„Ten, którego tutaj nazawsze pożegnać mamy, prof. Ig. Baranowski, ma wiele, bardzo dużo, tytułów do uznania i hołdu, do wdzięcznej pamięci potomnych. Mnie przypadło w udziale uczcić Go w imieniu Ministerium Zdrowia Publicznego jako Członka Honorowego Rady Lekarskiej Państwa Polskiego, t. j. instytucji powstałej za czasów Księstwa Warszawskiego, a czynnej po przez czasy Królestwa Polskiego do chwili, gdy ukazem wydanym w Moskwie, a datowanym w Petersburgu 1 sierpnia r. 1867, po upadku powstania listopadowego, zniesiona została.

Prof. Ig. Baranowski, wybitny lekarz i znakomity pedagog, nie poprzestawał na badaniach klinicznych i zajęciach dydaktycznych, lecz w zrozumieniu głębokiem znaczenia i doniosłości organizacji kraju pod względem urządzeń zdrowotnych, jak również pod względem służby zdrowia publicznego podejmował dociekania w tej dziedzinie.

Traktat Jego z r. 1867 p. n. „Uwagi nad urządzeniami służby zdrowia w Królestwie Polskiem”, posiada do dziś znaczenie niepoślednie.

Mówi On w nim o dwu systemach urządzeń administracyjno-lekarskich, mianowicie o centralizacji biurokratycznej i decentralizacji autonomicznej, a następnie poddaje subtelnej krytyce istniejący i stosowany w kraju system. Zło systemu centralistyczno-biurokratycznego widzi w wielkiem ograniczeniu instytucji najniższych, jedynie kompetentnych w rozstrzyganiu spraw miejscowych na pozór drobnych, a przeniesienie tej ujętej im swobody działania na władzę lekarską zwierchnię. Powtóre, zależność instytucji lekarskich od równoległych im instytucji administracyjnych. A dalej nieokreśloność zadań lekarzy miejskich i powiatowych; pozbawienie ich pomocy ze strony znawców — inżynierów, budowniczych, chemików; wreszcie odjęcie urzędowi lekarskiemu samodzielności w rzeczach wa-

źnych, a tylko pozostawienie w najpodrzedniejszych.

Okazuje się z tego, że Ig. Baranowski już przed 57 laty uznawał potrzebę gruntownych i radykalnych reform w tej dziedzinie życia państwowego i przewidywał, jakby przeczuciem wieszczem, potrzebę usamodzielnienia spraw zdrowia publicznego przez utworzenie po temu najwyższej magistratury lekarskiej w kraju.

I rzeczywiście, prof. Ig. B. doczekał się tej chwili powstania takiej instytucji w zmartwychwstającej Polsce, t. j. Ministerium Zdrowia Publicznego, jednego z pierwszych w Europie. Z powołaniem do życia Ministerium Zdrowia Publicznego wskrzeszona jednocześnie została i Rada Lekarska Państwa Polskiego. Do składu tej Rady Lekarskiej na Członka Honorowego pierwszy zaproszony został prof. Ig. Baranowski. On bowiem był świadkiem, a poniekąd współpracownikiem, dawnej Rady Lekarskiej, On przez uczestnictwo swe w odrodzonej Radzie Lekarskiej tworzył jakby ogniwo nieprzerwane z dawną jej tradycją, z najlepszymi, z najpiękniejszymi jej wspomnieniami.

W imieniu tej odrodzonej Rady Lekarskiej Państwa Polskiego, jako organu Ministerium Zdrowia Publicznego, składam hołd ostatni temu Mężowi wielkiego serca, niezwykłego umysłu, Mężowi niepospolitych czynów!

Następnym mówcą był kol. J. P a w i ń s k i. Mowę jego podamy w jednym z najbliższych numerów „Gaz. Lek.“.

Dwa ostatnie przemówienia wygłosili p. K o r n i ł o w i c z i p. W. R o j a, który mówił w imieniu górali podhalańskich.

— Kol. Nisenson nadesłał nam wspomnienie o ostatnim wykładzie prof. Baranowskiego w klinice uniwersyteckiej.

Było to w roku 1886. Czcigodny prof. Baranowski ukończył wtedy 25 lat służby profesorskiej. Jako posiłkujący się często językiem polskim na wykładach dla studentów i uchylający się ongi od świadczenia w sądzie w języku urzędowym, ś. p. I. Baranowski uchodził u władzy wyższej za nieprawomyślnego nauczyciela; dlatego też

nie został uproszony, jak to zwykle miało miejsce, do dalszego zatrzymania katedry. Został przeto emerytowany. Wiadomość o rychłym ustąpieniu z uniwersytetu ulubieńca studentów rozniosła się lotem błyskawicy po aulach uniwersytetu. Studenci pocichu szykowali się do gremialnego pożegnania swego dobroczyńcy, niezastąpionego przewodnika. Dowiedziano się, iż ostatni wykład wymownego i wytrawnego profesora odbędzie się w szpitalu Dzieciątka Jezus, w jednej z sal wykładowych.

Pamiętnego dnia tego zaroїło się od studentów wszystkich fakultetów. Przybyli na salę chorych słuchacze prawa, przyrody, filologii, matematyki...

Ławki były ustawione dokoła łóżka, w którym leżał chory. Zabrakło miejsca dla słuchaczy. Studenci urządzili istną barykadę, stojąc jedni nad drugimi. Wreszcie wszedł niecierpliwie oczekiwany profesor i odbył ostatni wykład przy łóżku chorego.

Wybiła godzina 12-ta. Wstał se swego miejsca ś. p. Baranowski i rozpoczął mowę tymi słowy:

„Wybiła ostatnia godzina“... Przeniósł się myślą w dawniejsze lata i snuł różne nadzieje na przyszłość. Słuchacze płakali i szlochali.

Ś. p. Baranowski, wzruszony do łez, przemawiając do serc wychowalców swych, uspakajał ich, mówiąc, iż profesorem wprawdzie już nie będzie, pozostaje jednakże nadal przyjacielem młodzieży. „Drzwi moje, dodał, są zawsze dla was, moi kochani, otwarte. Przychodźcie do mnie, a radą i pomocą wszelką zawsze Wam służyć będę!“

Ciężko było rozstać się uczniom z tym wzorem profesora i człowieka. Pomału zaczęli się studenci rozchodzić. Na sali zapanowała grobowa cisza. Biedni chorzy kliniczni stracili tedy na zawsze swego ojca, zbawcę i pocieszyciela.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie (z przedmieściami). Od d. 23. II. do 1. III. 1919 r. było: odry 8 przypadków, szkarlatyny — 10, duru plamistego — 215 (w tem mężczyzn 117, kobiet 98, chrześcian 149, żydów 66), duru brzuszego — 8, dyzenteryi — 2, dyfterytu —

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str
Karol Załęski. Kilka słów w sprawie przebiegu klinicznego choroby, wywołanej przez zatrucie gazami.	109	Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia kliniczne dn. 24 września i 1 października 1918 r.	117
Robert Bernhardt. Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis i jej stanowisko w grupie chorób przerostowych naskórka (dok.).	113	Polskie Towarzystwo Pedyatryczne. Posiedzenie kliniczne d. 26 czerwca 1918 r.	118
		Wiadomości bieżące	118

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

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

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

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 Mk. 36, półrocznie Mk. 18; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 40, półrocznie M. 20. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

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

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL 'A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma
z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1'50.

**O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na
rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.**

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra R o m a n a J a s i ń s k i e g o.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena zniżona m. 4.

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracyi Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie zniżonej nabywać można tylko w Administracyi.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

*w formie papierosów albo tytoniu
usuwa szybko napady duszniczy
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, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 23.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR” niniejszem zawiadamia W W. P P. Doktorów, iż

„MOTO FER”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor”.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: **MOTO FER** i **MOTO FER c. ARSENO**.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

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

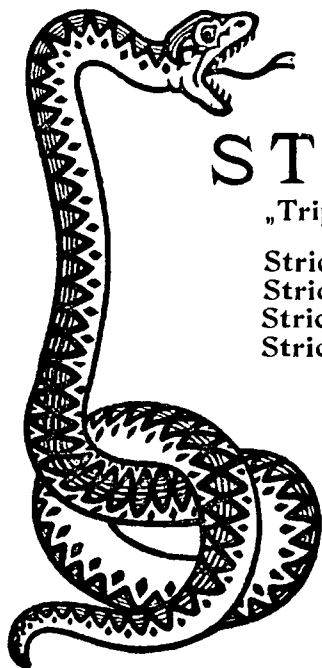
Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

C e n a m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.



INIEKCYJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III” Gessner — pudełko 36 ampulek.
(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

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

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

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

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

i wiele innych.

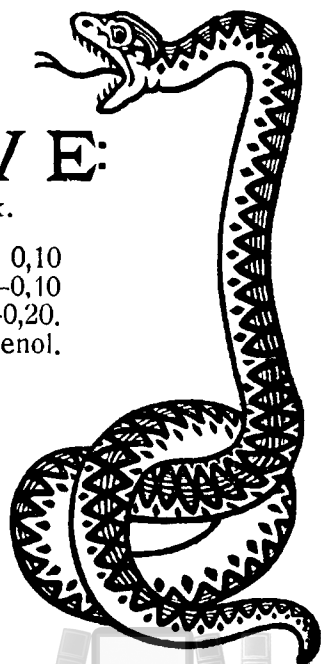
POLECA

A P T E K A

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Drukarnia Krajowa (W. Krawczyński, E. Egert, J. Więclawski), Żelazna 89. Telefon 188-70.