



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

Diećdziesięcio-
lecie drugie-

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2718.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

SILV-OZON „MOTOR“

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

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylil Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

W nerwowych stanach podrażnienia

jako silny środek uspokajający

i nieszkodliwy środek nasenny.

Tabletki Bromuralu

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

Rp. Tabletki-Bromuralu po 0,3.

Rurki z 20 tabletkami w cenie około 2 marek

„ „ 10 „ „ „ 1.10 „

Jako sedativum 3—4 razy dziennie

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

Knoll & Co., ludwigshafen

Fructalein Spiess

(PASTILLI LAXANTES).

Owocowy środek czyszczący, zawierający fenolftaleinę i agar-agar.

Użycie: 1 — 2 sztuki w razie potrzeby.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Contra1 Spiess

(PASTILLI ANTIDIARRHOICI).

Czekoladowy preparat przeciw bieguncie i rozstrojom żołądka, zawierający wyciąg czarnych jagód i tanalbinę.

Użycie 1 — 4 sztuk jednorazowo.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Żądać prospektów.

CZARNIECKA GÓRA

przy stacji NIEKLAŃ.

Uzdrowisko przyrodolecznicze, leśnogórskie, położone w górach Ś-to Krzyżkich
otwarte cały rok.

Kierownik Zakładu *dr I. Antosiewicz.*

Adres: Czarniecka Góra, obwód Końskie.

KISSINGEN Naturalne Wody mineralne

o wybitnem działaniu w różnorodnych uszkodzeniach wojennych.

Rakoczy uznane powszechnie w chorobach przemiany materii, w cierpieniach żołądka, kiszek, wątroby, serca i naczyń i t. p.

Maxbrunnen woda lecznicza i stołowa w katarach, w chorobach nerek, pęcherza, w kamieniach żółciowych i w dnie.

Luitpoldsprudel w stanach wyczerpania, chorobach zwrotnikowych, chorobach gruczołów, zaburzeniach trawienia, katarach żołądka i kiszek, cierpieniach kobiecych, dnie, katarach dróg oddechowych i t. p.

Bockleter Stahlbrunnen w niedokrwistości, blednicy, cierpieniach organów kobiecych; wybitne wyniki w kuracjach odżywczych.

(Źródła żelaziste Bocklet)

Napełnianie butelek wodą, wytryskującą ze źródeł, odbywa się nadzwyczaj starannie i dokładnie. Na tym właśnie czysto naturalnym sposobie napełniania flaszek polega stwierdzona doświadczalnie siła lecznicza źródeł, bardzo odpowiednich do leczenia domowego.

Lekarze otrzymują warunki wyjątkowe, jak również próby bezpłatnie. Prosimy żądać bezpłatnego opisu źródeł. Do nabycia wszędzie i bezpośrednio przez Zarząd królewskich wód mineralnych Kissingen i Bocklet.

Stale na składzie w hurtowni wód mineralnych „UNITAS” w Warszawie.

Wobec braku balsamu peruwiańskiego zasługuje nasz od roku 1900 wypróbowany środek przeciwko świerzbie

PERUOL

na szczególne wyróżnienie.

Bezwonny!

Bezwonny!

Nie plami bielizny!

Próby i literatura na żądanie.

Action Gesellschaft fur Anilin-Fabrikation. Berlin SO. 36.

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

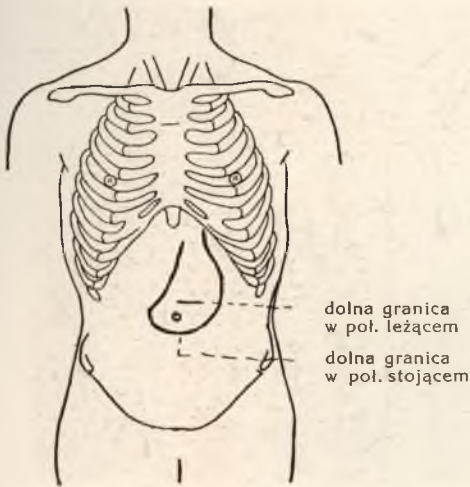


Fig. 1.



R-f. 1.

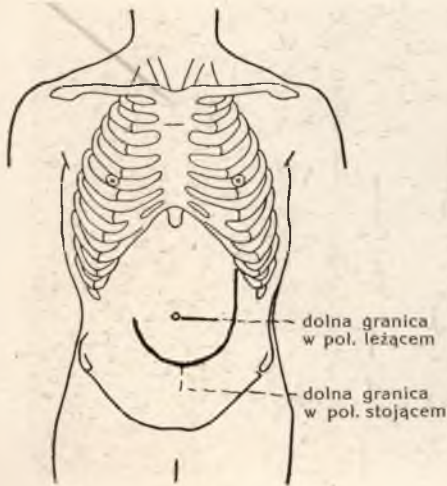


Fig. 2.



R-f. 2.

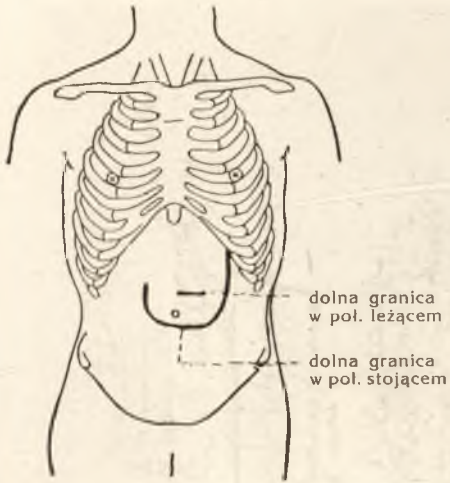
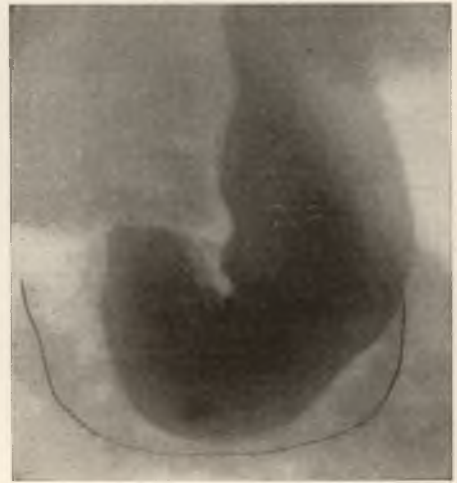


Fig. 3.



R-f. 3.

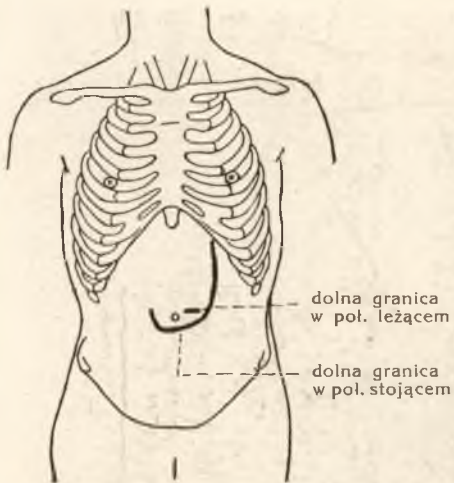
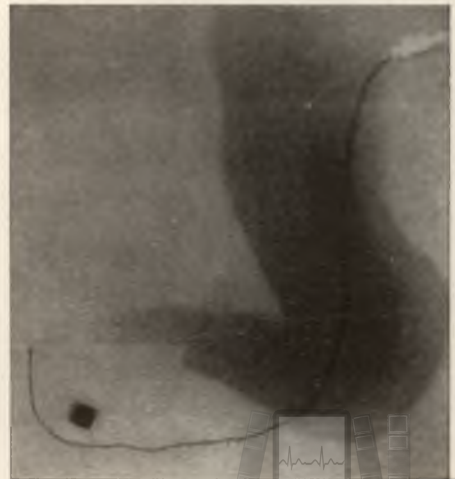


Fig. 4.



R-f. 4.



GAZETA LECZARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GALĘZIOM · WNIĘC
TNOŚCI · LECZARSKICH ·

Dziesięć
Długie

Warszawa, d. 5 stycznia 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2718.

Opukiwanie a rentgenoskopia dla określenia położenia, wielkości i kształtu żołądka.¹⁾

Przez

Mikołaja Rejchmana.

Dziwną zaiste jest rzeczą, iż w najważniejszych dziełach rentgenologicznych nie ma wzmianki o porównawczych badaniach żołądka zapomocą opukiwania i zapomocą promieni Rentgena. Nie znalazłem o tem wzmianki ani w podręczniku Sommera (1911). ani w dziele zbiorowem, wydanem przez Groedela (1914), ani w najnowszym dziele chirurga i rentgenologa Stierlina (1916). Jedynie tylko w dziele Groedela, w całkowitym spisie prac rentgenologicznych, znalazłem wiadomość o tem, że Kieffer, w *Arch. provinc. de chirurgie*, w m. marcu 1907 r. ogłosił pracę p. t. „Porównawcze studium nad badaniem żołądka (położenie i kształt) zapomocą zewnętrznej „eksploracji“ i zapomocą radioskopii“. Jakiego rodzaju badania obejmuje Kieffer nazwą „zewnętrzna eksploracja“, tego nie wiem. Przypuścić należy, że uwzględnił też i opukiwanie. Z tego powodu żałuję, iż dotychczas z tą pracą Kieffera zapoznać się nie mogłem.

Dlaczego dotychczas wcale się nie zajmowano omawianą kwestyą, lub zajmowano się nią w bardzo małym jeno stopniu, nie odpowiadającym zgoła ważności przedmiotu? Zdaje mi się, iż przyczyną tego faktu jest niedostateczna znajomość nauki o opukiwaniu żołądka, a mo-

że i mała wprawa w praktycznem korzystaniu z tej metody badania. Stąd pochodzi jej lekceważenie i postponowanie nie tylko przez badaczy-rentgenologów, ale wogóle przez lekarzy.

Jakkolwiek na zasadzie doświadczenia jestem przekonany, iż w większości przypadków dobrze zastosowane sposoby opukiwania żołądka dają wyniki mniej więcej zgodne z rzeczywistością, to jednakże, ponieważ nieraz zdarzało mi się widzieć, iż rezultaty rentgenoskopii żołądka nie odpowiadały wynikom opukiwania, postanowiłem skontrolować obie te metody w zastosowaniu do określania położenia, wielkości i kształtu żołądka.

O rozmaitych sposobach badania żołądka zapomocą opukiwania, zarówno jak o badaniu żołądka zapomocą promieni Rentgena, mówić tutaj nie będę, gdyż to nie wchodzi w zakres niniejszego odczytu. Nadmienię tylko muszę, że dla korzystnego w celach rozpoznawczych opukiwania żołądka stosować zwykłe należy kilka sposobów badania i że w jednym przypadku tylko ten, a w drugim tylko inny sposób opukiwania dostarczy nam może realnych wyników.

Rozumie się samo przez się, iż przy porównawczem badaniu opukiwania i rentgenoskopii żołądka muszą być uwzględnione następujące okoliczności.

¹⁾ Rzecz czytana na posiedzeniu sekcji gastrologicznej T. L. W. d. 20 czerwca 1917 r.

O położeniu, wielkości i kształcie żołądka sądzić możemy z położenia, wielkości i kształtu przestrzeni opukowego odgłosu żołądka. Przestrzeń tę stanowi głównie część przednio-górnej powierzchni ściany brzucha i w mniejszej mierze część przednio-lewo-dolnej powierzchni klatki piersiowej, z którą te częściami prawie bezpośrednio styka się napęnliony żołądek. Tylko na tej przestrzeni otrzymujemy przy opukiwaniu wyraźny, niski-bębenkowy odgłos żołądka. Zazwyczaj dla celów praktycznych wystarcza opukiwanie dolnej części tej przestrzeni, na ścianie brzusznej, ponieważ ta część znaczniejszym ulega zmianom.

Znając stosunki anatomiczne i warunki opukiwania żołądka, z góry można było przewidzieć, iż wzmiankowana figura przestrzeni opukowego odgłosu żołądka różnić się będzie, pod pewnymi względami, od figury cienia żołądkowego, otrzymywanego zapomocą prześwietlania promieniami Rentgena. Przyczyny tej różnicy są wielorakie. Najpierw, przy pomocy promieni widocznym się staje cień całego żołądka, t. j. nie tylko tej części, która bezpośrednio przylega do przedniej ściany brzucha, lecz również i tych części żołądka, które są pokryte, lub otoczone tkankami sąsiednich organów, mianowicie tkanką płucną u góry, a wątrobą po stronie prawej.

Następnie, przy badaniu rentgenologicznem staje się widoczną w y p u k ł a dolna krzywizna żołądka, która bezpośrednio nie przylega do ściany brzusznej i dlatego opukać się nie daje.

Pozatem, na rentgenogramie są widoczne wszelkie, chociażby najmniejsze wypukłości i wklęsłości, te ostatnie zwykle dość głębokie, lecz bardzo wąskie; tego wszystkiego, oczywiście, zapomocą opukiwania wykryć nie można.

Prócz powyższych, anatomofizjologicznych przyczyn, dwie jeszcze okoliczności, związane ze sposobem badania, są zazwyczaj powodem różnicy pomiędzy figurą opukowego odgłosu a figurą rentgenoskopowego cienia żołądka. Pierwszą okolicznością jest to, iż zapomocą opukiwania bada się zwykle żołądek u osób w p o z y c y i l e ż a c e j (w tej bowiem pozycji łatwiejsze jest opukiwanie żołądka), gdy zapomocą prześwietlania bada się zazwyczaj żołądek w p o z y c y i s t o j ą c e j, a wiadomo, że w tem ostatniem położeniu ciała granica dolna żołądka opuszcza się na 2—3 cm. Drugą zaś okolicznością jest to, iż dla opukiwania napęnlia-

my żołądek większą ilością (400—500 ctm.⁸⁾ gatunkowo lżejszego płynu, a w celu badania rentgenoskopowego napęlnia się ten organ mniejszą ilością (300—350 ctm.⁹⁾ gatunkowo cięższej papki kontrastowej.

Wszystkie powyżej wzmiankowane fakty sprawiają, że figura rentgenoskopowego cienia żołądka jest w przeważającej liczbie przypadków (zarówno u osób zdrowych, jak i u chorych) w ę ż s z a i d ł u ż s z a, niż figura przestrzeni opukowego odgłosu żołądka.

Mając na uwadze, przy porównywaniu figury opukowej z figurą rentgenoskopową żołądka, względy, o których tylko co mówiliśmy, nieraz będziemy mogli w danym przypadku zrozumieć powody różnicy w położeniu i w kształcie obu tych figur. Co więcej, doświadczenie może nas nauczyć wnioskowania z wyników opukiwania o tem, jaki będzie w przybliżeniu rezultat rentgenoskopowego badania żołądka. Jeżeli zaś dokonywać będziemy, u jednej i tej samej osoby, obu badań, natychmiast jedno po drugim, w możliwie jednakowych warunkach (t. j. w położeniu stojącym i po przyjęciu zwykłej ilości papki kontrastowej), to położenie, wielkość i kształt figury przestrzeni opukowego odgłosu stają się bardziej zbliżone do położenia, wielkości i kształtu rentgenoskopowego cienia żołądka. O tem przekonało mnie kilka doświadczeń, których dokonałem przy łaskawej pomocy kolegi Grudzińskiego.

Osobom, badanym naczecz, dawaliśmy do spożycia 300 grm. mieszanki kefiru z siarczanem barytu (100), poczem natychmiast żołądek tych osób opukiwałem w położeniu leżącym i stojącym. Na obwód przestrzeni opukowego odgłosu żołądka, oznaczonej w położeniu stojącym, przyklejaliśmy cienki drucik ołowiany w celu uwydatnienia tych granic przestrzeni opukowej na ekranie i na fotografii. Zaraz potem kol. Grudzinski badał cień żołądka na ekranie, a mniej więcej w 10 do 15 minut, od chwili ukończenia opukiwania, zdejmował rentgenofotografię.

Z tych kilku doświadczeń okazało się, że na ekranie granice cienia żołądka odpowiadały konturom przestrzeni opukowej, rozumie się, o tyle, o ile uwzględniało się niewielkie różnice, wynikające z okoliczności, o których powyżej mówiliśmy. Na fotografiach zaś różnice te były daleko większe. Fakt ten dziwić nas nie powinien, ponieważ różnice pomiędzy cieniem na fotografii a figurą przestrzeni opukowego odgłosu żołądka nie były, pod względem położenia, wielkości

i kształtu, znaczniejsze od różnicy pomiędzy cieniem na fotografii a cieniem na ekranie. Widocznie, w czasie kilkunastominutowym, od chwili rentgenoskopii do chwili rentgenofotografii, zaszły pewne zmiany, które cieniowi żołądka nadały inne nieco położenie i inne kształty. Tak, na fotografii № 1, jeżeli ją porównamy z figurą przestrzeni opukowej № 1, tejże samej osoby, widzimy, że cień żołądka posunął się nieco na prawo, z powodu nacisku na lewy brzeg żołądka, wywartego przez znajdującą się w tem miejscu, w chwili fotografowania, rozdętą pętlę kiszek. (Fig. № 1, Rf. № 1).

Na fotografii № 2 widzimy cień dolnej części żołądka, zupełnie odpowiadający dolnej części figury przestrzeni opukowego odgłosu żołądka. (Fig. № 2, Rf. № 2).

Fotografia № 3 zgadza się zupełnie z figurą przestrzeni opukowej; właściwie dolny brzeg cienia powinien był w tym przypadku sięgać niżej (rzut krzywizny dolnej!), lecz prawdopodobnie cały cień żołądka został podniesiony ku górze, skutkiem wciągnięcia brzucha, podczas fotografowania (na co zwracał uwagę Faulhaber). (Fig. № 3, Rf. № 3).

Cień na fotografii № 4 zgoła nie odpowiada figurze przestrzeni opukowego odgłosu żołądka (Fig. 4), u tejże samej osoby, a prztem nie jest podobny do cienia żołądka, jaki zazwyczaj się otrzymuje w przypadkach zwężenia odźwiernika, którem to cierpieniem ta osoba była dotknięta; natomiast na ekranie widoczny był cień, zupełnie podobny do figury przestrzeni opukowej. Szukając przyczyny tego zjawiska, przyszliśmy do przekonania, że był nią ucisk, wywarty przez kłiszę na brzuch (chorej polecono przycisnąć mocno brzuch do kłiszy), skutkiem czego bardzo obzmiała wątroba i duży guz pęcherzyka żółciowego, istniejące u tejże chorej, wyparły żołądek ku stronie lewej. (Fig. № 4, Rf. № 4).

Powyżej wzmiankowane przyczyny, a

przede wszystkim ustawiczne ruchy kiszek i żołądka sprawiają, że im później, po opukiwaniu, bada się żołądek zapomocą promieni Rentgena, tem większa okazuje się różnica pomiędzy figurą opukowego odgłosu a cieniem żołądka.

Podobna, albo jeszcze większa różnica spostrzegać się daje, u jednej i tej samej osoby, pomiędzy dwoma cieniami na ekranie, albo pomiędzy dwoma cieniami na fotografii, jeżeli powtórnego, rentgenologicznego badania dokonywać będziemy po upływie dłuższego czasu, np. po upływie kilku, lub kilkunastu godzin.

Tem niemniej jednak stwierdzić należy, że najwybitniejsze, jeżeli się tak wyrazić wolno, typowe formy przestrzeni opukowego odgłosu żołądka, zarówno prawidłowe, jak i odpowiadające pewnym zmianom chorobnym, są bardzo podobne do takichże typowych form rentgenoskopowego, lub rentgenofotograficznego cienia żołądka. W przypadkach, w których się okazują znaczniejsze różnice, odnaleźć nieraz można przyczynę, różnice te sprowadzającą.

Wnioski, do jakich, na zasadzie powyżej przytoczonych faktów przyjść należy, są następujące:

a) dla określenia położenia, wielkości i kształtu żołądka uciekać się można zarówno do opukiwania, jak do prześwietlania żołądka promieniami Rentgena; wniosek ten jest bardzo ważny dla lekarzy, nie mogących korzystać z pomocy rentgenologa;

b) do wykrycia szczygółowych zmian w kształcie żołądka niezbędnem jest badanie rentgenologiczne;

c) w przypadkach, w których opukiwanie żołądka jest utrudnione, lub uniemożliwione przez zmiany w organach sąsiednich, rozpoznanie położenia, wielkości i kształtu żołądka dokonane być może jedynie tylko zapomocą promieni Rentgena.

ZE SZPITALA POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA.

Niezarośnięcie otworu owalnego, rozpoznane za życia.

PODAŁ

Tadeusz Korzon.

Ordynator oddziału.

W październiku r. b. przybył na oddział chory, 24-letni mężczyzna, z daleko posuniętą gruźli-

cą płuc, gorączkujący do 39 stopni, wychudzony, z tętnem od 110 do 130 uderzeń na minutę. Poza

dużemi zmianami w obu płucach, zwłaszcza w prawym, gdzie można było wykryć objawy istniejącej jamy w górnym płacie i poza powiększeniem wymiarów serca bez jakichkolwiek szmerów — uderzała od razu bardzo silna sinica. Najwydatniej wyrażona była ona na uszach, które czasami nabierały koloru wprost granatowego, na twarzy była siność niezbyt silnie zaznaczona. Mocno sine były dłonie i stopy. Chory cierpiał na silną duszność. Obrzęków nie miał. Białka w moczu nie było. Duszność, jakiej chory doświadczał, i sinica, która w natężeniu swoim była zmienna, nie odpowiadały ani stanowi serca, ani nie tłumaczyły się przez obszerne zmiany w płucach. Widujemy przecież suchotników *in extremis* bez duszności tak silnie wyrażonej, jak to było u naszego chorego: chory nie mógł sobie miejsca znaleźć, to zrywał się i siadał, to znów kładł się, a jednocześnie owa straszna sinica uszu i kończyn również nie odpowiadała zwykłym obrazom klinicznym u tego rodzaju chorych. Ponieważ widziałem już raz tego rodzaju przypadek przed 19 laty, gdy byłem asystentem na oddziale dra Jakowskiego, przeto i tutaj za najbardziej prawdopodobne uznałem istnienie komunikacji pomiędzy dwiema połowami serca i mieszanie się krwi żyłnej z tętniczą. Brak wszelkich szmerów w sercu i innych objawów, jakie spotykają się np. przy pozostałym przewodzie Botala nasuwał przypuszczenie niezarośniętego otworu owalnego. Takie też rozpoznanie postawiłem.

Po upływie dni 10 od chwili przybycia na oddział chory zmarł. Sekcja zwłok, łaskawie dokonana przez kol. Kuligowskiego, w zupełności potwierdziła rozpoznanie: prócz gruźlicy płuc z kawerną po prawej stronie, znaleziono serce znacznie powiększone (*cor bovinum*), mięsień sercowy prawie trzykrotnie grubszy, niż normalnie, a w kącie górnym przegrody między przedsionkami, szczelinę długości około centymetra, przepuszczającą koniec małego palca. Była to więc wada rozwojowa serca, z pomiędzy innych tego rodzaju, stosunkowo najczęściej spotykana. Rozpoznanie tej wady za życia chorego ułatwił mi przypadek dra Jakowskiego, który cechował się zupełnie podobnymi objawami i który również był przez niego rozpoznany przed śmiercią chorego, a sekcyjnie stwierdzony.

Przypadek ten przemawiałby przeciw dość rozpowszechnionemu pogładowi, że choroby sercowi, zwłaszcza z wadami takimi, gdzie powstaje zastój krwi w płucach, nie zapadają na gruźlicę płuc.

Nasz chory z tak silną sinicą na tle mieszanania się krwi żyłnej z tętniczą, ogromnem powiększeniem serca, miewał niewątpliwie zastoje krwi w płucach, a jednak, choć nieobarczony dziedzicznie, umarł na gruźlicę płuc.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

1. E. Lick (Gdańsk). Wyniki dostatecznej rezekcji gruczołu tarczowego w chorobie Basedowa.

Autor jest zwolennikiem wczesnego operowania w chorobie Basedowa (w ciągu pierwszego półrocza po ukazaniu się pierwszych objawów) i dostatecznego wycięcia gruczołu tarczowego. Usuwa oba zrazy i węzlinę (*isthmus*), pozostawiając tylko z jednej strony część gruczołu wielkości orzecha laskowego, z drugiej — włoskiego, oszczędzając gruczoły przytarczowe i nerw zwrotny. Dzielnie operacji na „etapy“ uważa za szkodliwe dla chorego i zgadza się na to tylko w ostateczności. Na 100 przypadków niewątpliwie choroby Basedowa operował w 54 (w tem 2 przypadki śmiertelne). W 29 przypadkach (15 wczesnych) wykonał operację dostateczną (oba zrazy i węzlinę) na jednym posiedzeniu, w 5 — w dwu posiedzeniach. Usunięty gruczoł ważył od 30 — do 180 gr. Wyniki tych operacji na odległość (*Fernresultate*) były dobre: w 20 przypadkach wyleczenie, w 6 — poprawa, w 3 — brak poprawy, w 5 — wynik niewiadomy. Za wyleczone autor uważa przypadki, w których wola nie odrastało, ustąpiła tachykardia i powróciła zdolność do pracy. Wytrzeszcz nie zawsze ustępuje całkowicie, zwłaszcza, jeżeli istniał od roku, pozostaje bez zmiany nerwowa konstytucja. W 4 przypadkach ze względu na stan ogólny porzeczano na usunięciu jednego zra-

za (w tem jeden przypadek śmiertelny), w 2 innych — podwiązano tylko górne naczynia z jednej strony. W siedmiu przypadkach wtórnej choroby Basedowa, trwającej od roku z wolem jednostronnym, usunięto jeden zraz, chorobowo zmieniony, w 7-iu przypadkach, gdzie było zwyrodnienie gruczołu tarczowego z jednej strony, również porzeczano na usunięciu jednego zraza. Wczesna operacja przedstawia dużo mniejsze niebezpieczeństwo i jest o wiele łatwiejsza, gdyż gruczoł tarczowy nie jest tak kruchy i mniej krwawi. Autor wogóle uważa strumektomię w chorobie Basedowa za trudniejszą, niż wola zwykłego. co zresztą potwierdzają inni chirurdzy.

Autor najwięcej obawia się wstrząsu (*shock*) i dlatego stara się mu zapobiedz. Chorzy powinni być przed operacją izolowani (osobny pokój), trzeba im oszczędzać wszelkich wzruszeń (odwiedziny, listów), powinni się oswoić z otoczeniem (lekarzem, służbą, pielęgniarką), leżeć w łóżku, wysypiać się dobrze (na noc veronal), podczas operacji układ nerwowy powinien również być oszczędzany — starannie przeprowadzone znieczulenie miejscowe i ogólne (narkoza eterowa). Zejście śmiertelne w obu przypadkach autora zależało od wstrząsu, od niedostatecznego przygotowania do operacji.

(*Deut. med. Woch.* 1917, Nr. 42).

A. Puławski.

Przegląd bibliograficzny.

K. Wenda. **Apteka na Zamku warszawskim i Aptekarze królewscy.** Warszawa, 1917. Nakładem autora. 1 knlb. + str. 25, in 8°.

Wśród ulubionych studyów nad dziejami farmacji w Polsce natknął się p. Wenda na ciekawy a mało znany materiał, dotyczący dziejów apteki na Zamku warszawskim. Ponieważ przedmiot ten ściśle się wiąże z dziejami aptekarzy królewskich, więc oba te tematy zebrał w jedną całość i poświęcił im niniejszą „notatkę”.

Aptekarze królewscy dzielili się na dwie kategorie: a) aptekarzy dworskich, związanych z siedzibą królewską i towarzyszących królowi w podróżach (*itinerarii*) i b) aptekarzy, zaszczyconych tytułem *serwitora*, jako dostawców, często być może przygodnych lub wprost tylko mających poparcie, przywileje, np. prawo wywieszania herbu królewskiego, prawo wyłączne na otwieranie apteki ponad liczbę przepisaną, prawo monopolu na aptekę w całym mieście i t. d.

Pierwszym przywilejem aptekarzy dworskich było wyzwolenie się ze zwierzchnictwa władz municypalnych, a oddanie się pod dozór marszałków nadwornych. Aptekarz dworski wolny był od przymusu wpisywania się do ksiąg miejskich i od wpisywania się do cechu. Wolno mu było otwierać sobie aptekę gdzie chciał po całej Rzeczypospolitej z uwolnieniem od wszelkiej opłaty cła. Wolno mu było przelać na rodzinę mienie, nadane mu z łaski królewskiej, czyli miał wolność czynienia zapisów. Był też wolnym od kwatunku. Aptekarz dworski był zarazem aptekarzem wojskowym i towarzyszył królowi i wojsku w czasie wypraw wojennych. Aptekarz dworski miał w aptece własny swój towar, który odprzedawał w postaci leków dworowi, jakoteż osobom postronnym.

Autor podaje cały szereg aptekarzy królewskich (33), poczynając od Floryana Cabortiego, wspomnianego już w roku 1545 aż do ostatniego aptekarza dworskiego Wilhelma Gotliba Heissinga, którego wymieniają akty Rady Lekarskiej w r. 1804. Szereg ten wykazuje bardzo wielu aptekarzy cudzoziemców (aż 23), którzy jednak zaaklimatyzowali się w Polsce i tu większą część albo nawet całe swe życie spędzili. Pierwszymi aptekarzami dworskimi byli, jak się zdaje, Florian Cabort i bratanek jego Angelo Caborti, którzy nie prowadzili jeszcze apteki na Zamku, ale mieli ją w lokalu, wynajętym poza Zamkiem. Aptekę zamkową albo królewską otwarto na Zamku dopiero w r. 1619 i odtąd bez przerwy aż do roku 1818 była tam prowadzona, a mieściła się niedaleko Bramy Krakowskiej w osobnej oficynie na dwa piętra murowanej, w której prawdopodobnie znajdowały się też apartamenty aptekarzy. Dopiero w r. 1818 z powodu zburzenia Bramy Krakowskiej i przyległych zabudowań aptekę przeniesiono z Zamku do gmachu pojezuickiego,

rządowego na Rynku n. 74 (na rogu ul. Jezuickiej). Po Floryanie Cabortim pozostała wspaniała księga do wpisywania recept doktorskich. Do księgi tej kopiowano dzień w dzień wszystko, co lekarze zalecali chorym królewskim: Barbarze i Zygmuntowi. Pod ostatnią, wykonaną dla królowej Barbary receptą 8 maja 1551 roku, podpisano: *hic abdormuit*.

Angelo Caborti (około r. 1570) rodem z Otranto, był aptekarzem Katarzyny Austriackiej, trzeciej żony Zygmunta Augusta.

Po Cabortich wymienia autor następujących aptekarzy królewskich: Jana Jakuba Marianiego († 1577), aptekarza królowej Bony, który wydał swą siostrę za Wojciecha Baryczkę; syn jego Mikołaj Mariani († 1607), już nobilitowany, był burmistrzem Warszawy i aptekarzem królowej Anny Jagiellonki; Kacpra Karabę, wspomnianego w r. 1582; Rosińskiego; Antoniego Wola (Vol) z przydomkiem „Każmierz”, rajcę warszawskiego, ożenionego z Dorotą Pipanówną; Franciszka Ruszajewskiego; Pawła Caterłę, lekarza i aptekarza w jednej osobie, który otrzymał w roku 1619 przywilej dożywotni na utrzymywanie apteki królewskiej z prawem sprzedawania leków na miasto; Jana Jerzego Hahna, aptekarza podróznego, który w nagrodę za udział w wyprawach wojennych (1649 — 1658) otrzymał prawo otworzenia apteki w mieście na warunkach, aptekarzom królewskim przysługujących.

Idąc dalej śladem opowiadania, spotykamy z wybitniejszych aptekarzy królewskich: Grzegorza Sebastjana Englerta, *serwitora* Władysława IV, a zarazem właściciela apteki w rynku starej Warszawy, założyciela bractwa strzeleckiego w r. 1625; francuza Klaudyusza Gallois; włocho Jakuba Ginięgo; Jakuba Teodora Łazińskiego, który za zasługi otrzymał od Augusta II w r. 1697 tytuł „rzeczywistego i czynnego farmakopoli królewskiego” z prawem posiadania apteki w Zamku Królewskim; Jakuba Minaszewicza (alias Minasowicza), rajcę warszawskiego i konsyliarza królewskiego, który prowadził aptekę po teściu swoim, Łazińskim jeszcze w r. 1720; Mateusza de Piluskiwicze Kostrzewskiego, aptekarza dworskiego, którego w r. 1696 król Jan III wysłał do Wiednia, aby wydoskonalił się w sztuce aptekarskiej „u aptekarza iakiego przedniego”. Mateusz był następnie wójtem i burmistrzem Warszawy. Zmarł w r. 1746; Jana Fryzego z Erfurtu, ucznia Ginięgo; Franciszka Mehlera, podpisującego się jako „*Sacrae Regiae Maiestatis Poloniae et Electoris Saxoniae Pharmacopola Aulicus*”; Józefa Skalskiego, który w r. 1763 otrzymał od króla Augusta III nominację na aptekarza dworskiego i odtąd podpisywał się jako „*Apothecarius Aulae Dresdensis*”; podczas powstania Kościuszki był jednym z członków Dyrekcji Lazaretowej; następcami ich byli: Rhode, Krzysztof Eppinger, radca królewski; Jan

Chrzyciel Boeckler, od r. 1784 prezydujący w Komisji egzaminacyjnej lekarskiej; Fryderyk Plewczyński, radca z Elbląga (1801). Ostatnim wreszcie aptekarzem dworskim w Warszawie był wspomniany już Heissing, który prowadził aptekę zamkową, lecz za nieporządku, wykryte w niej w r. 1815, został przez Radę Lekarską pozbawiony prawa kierowania apteką. Od rodziny Heissingów aptekę, przeniesioną już do gmachu pojezuickiego, dzierżawili: Zeuschner, Trylski, który wywiesił nad nią godło „Orla Białego“, następnie Schweiger i Fabian. W r. 1835 nabył aptekę dworską na własność Wilhelm Neumeyer i przeniósł ją na ulicę Nowo-Senatorską do domu dra Köhlera; po Neumeyerze byli kolejno jej właścicielami: Nowakowski, Fijałkowski i Karczewski; obecnie zaś jest własnością Karczewskiego i Łukasiewicza. W aptecę tej przechowuje się do-

ład wspaniały mózdzierz, zabytek po dawnej aptece zamkowej, noszący na sobie rok 1602 i napis łaciński¹⁾, który w przekładzie polskim znaczy: „W pocie oblicza swego będziesz chleb spożywał“.

Tak się przedstawiają dzieje aptekarzy królewskich i ich apteki na Zamku warszawskim. Ze skrzętnością i umiejętnością ułożył autor z okrucich archiwalnych i bibliotecznych zajmujące opowiadanie, w którym dotknął też mimochodem odwiecznej sprawy stosunku organów aptekarskich do lekarskich. Zaprzeczyc się nieda, że i dawniej istniał pewien antagonizm zawodowy między aptekarzami a lekarzami, ale na pociechę powiedzieć trzeba, że nie brakło także objawów dodatniego ich na siebie oddziaływania ku pożytkowi nauki, postępu i dobra ogólnego.

M. Zwejbaum.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie gastrologiczne d. 21 marca 1917 r.

Lubelski demonstruje chorą, operowaną z powodu kamicy żółciowej z przebiegiem klinicznym nietypowym dla kamicy, symulującym zapalenie wyrostka robaczkowego.

Rejchman podobne przypadki często obserwował; nieraz rostrzyga dyagnozę wystąpienie żółtaczki.

Knappe uważa pęcherzyk żółciowy za narząd szczątkowy najzupełniej dla ustroju zbędny, powodujący, jak i wyrostek robaczkowy, częste zaburzenia ustroju. Żółć, zdaje się, nie ma wielkiego znaczenia w akcie trawienia kiskowego. Zaczyny potrzebne do trawienia kiskowego otrzymujemy z trzustki i soków kiskowych. Działanie bakteryobójcze żółci zostało już dawno obalone.

Grundzach jest przeciwny usuwaniu normalnego pęcherzyka; żółć stale nie wydziela się do kisek, a tylko pod wpływem trawienia. W razie braku pęcherzyka może powstawać w pewnych odcinkach dróg żółciowych zastój żółci.

Lubelski też nie podziela poglądów Knappego co do braku znaczenia pęcherzyka żółciowego; w razie recydywy bowiem, o ile niema pęcherzyka, trudno dostać się chirurgowi do przewodów.

Al. Zawadzki przedstawia ze swego oddziału 24 zdjęcia rentgenowskie żołądka z wrzodami żołądka i dwunastnicy przedoperacyjne i wykonane w kilka tygodni po operacji. Następnie przedstawia 3 klisze żołądka od chorych, u których wywiady, badanie soku żołądkowego, kału i obraz rentgenowski przemawiały za wrzodem dwunastnicy, a operacja wykazała zrosty zapalne dwunastnicy z pęcherzykiem żółciowym, zrosty mające swoje źródło w dwóch przypadkach w wyrostku robaczkowym, w jednym — w zapaleniu jajowodu, jajnika, sieci i wyrostka. Wreszcie przedstawia preparaty 10-ciu częściowo operacyjnie wyciętych żołądków z powodu modze-

lowatych wrzodów odźwiernika lub małej krzywizny z przedziurawieniem i zrostami z wątrobą lub trzustką. Z liczby ogólnej chorych operowanych za pomocą częściowego wycięcia żołądka Z. stracił tylko dwa przypadki. Śmiertelność 18% winna być uważana za niewielką. Omawiając technikę operacyjną, Z. zaznacza, że wyłączone stosowanie zespolenia, jako panaceum na wrzody żołądka i dwunastnicy, należy dzisiaj do historii.

Tokarski twierdzi, że z operowanych przez Zawadzkiego chorych kilku ma się znów gorzej. Jest za leczeniem wewnętrznym i radzi dawać 0,05 KJ z 1 — 3 gramami sody, co powoduje zmniejszenie kwasu solnego. Jod zmniejsza *viscositas* krwi; krew dochodzi do naczyń, do których nie docierała, *callus* zmniejsza się.

Sierpiński odpowiada Tokarskiemu, że z liczby kilkudziesięciu pacjentów, dłuższy czas obserwowanych przez niego po operacji, jeden już żyje 22 lata i ma się bardzo dobrze, co zresztą może powiedzieć i o pozostałych. Należy zrobić rewizję wskazań; wstrzymanie się od tego zabiegu jest nieraz groźne; Sierp. nigdy nie żałował namawiania swych pacjentów do operacji.

Rejchman obserwuje chorych, którzy już 30 lat i więcej żyją po operacji. Badania Rejchmana, dokonywane z Mintzem, wykazały, że K-J. nie zmniejsza nadkwaśności i nie wywiera żadnego wpływu na chemizm żołądka. Często w przypadkach kataru żołądka, połączonych z bólem, jod działa dobrze, również w nerwicach żołądka.

Rubinirot podkreśla znaczenie radyoterapii w przypadkach gastralgii.

Zawadzki odpowiada Tokarskiemu, że chory, o którym wspomina, był bardzo wycieńczony przed operacją; być może wrzód obecnie uległ

¹⁾ „In sudore vultus tui nesceris pane tuo. A. D. 1602“. Mózdzierz waży 110 1/2 f. (Przyp. spr.)

rakowatemu zwyrodnieniu. W odpowiedzi Rubinrotowi zaznacza, że znany jest wpływ głębokich naświetlań żołądka na chemizm soku żołądkowego i w Muench. Med. Woch. w ostatnich dwóch latach było kilka prac o wpływie tych promieni na obniżanie się kwaśności soku żołądkowego.

Posiedzenie gastrologiczne d. 18 kwietnia 1917 r.

Rejchman przedstawia chorego z guzem w prawym dole biodrowym. Guz wychodzi z tylnej ściany jamy brzusznej, przypuszczalnie rozwija się na *coecum*, naczyniach lub *mesocoecum*.

Al. Zawadzki zna dwa podobne przypadki—w jednym znalazł guz pozaotrzewny, wypełniający cały dół biodrowy—był to *osteosarcoma*, wychodzący z miednicy. Drugi przypadek dotyczył też guza w prawym dole biodrowym; guz ten spowodował rozszerzenie żył na nodze i obrzęk.

Mintz widział chorego dr R. przed 4 tygodniami i radził operację ze względu na szybkie chudnięcie; dzisiaj, zdaje się, guz jest większy. Rozpoznanie bez laparotomii jest trudne; nie można wykluczyć tuberkulomatu.

Al. Zawadzki zwraca uwagę na brak badania kału oraz zdjęć rentgenograficznych ze strony *coecum* i kości, brak badań krwi i Pirqueta. Gdyby badanie krwi dało podejrzenie na ropień, przystąpiłoby do operacji. Co do przypuszczenia mięsaka, jest ono możliwe, nowotwór ten bowiem czasem rośnie powoli.

Grundzach pokazuje rentgenogram przetoki żołądkowo-czczej.

Rubinrot zaznacza, że o ile przetoki żołądka z jelitem grubym nie są rzadkością, o tyle niezmiernie rzadko można obserwować przetoki żołądkowo-czczej.

Maliniak uważa, że rozpoznanie oparte wyłącznie na jednej metodzie nie jest pewne. Należałoby pomyśleć o zastosowaniu przyrządu Holzknechta zaciskającego ew. zamykającego przez ucisk z zewnątrz dwunastnicę; wówczas pokarm, jeżeli jest przetoka, idzie nie zwykłą drogą lecz przez przetokę.

Al. Zawadzki przypomina o zdjęciu rentgenowskim samoistnego jakoby zespolenia czczego jelita z żołądkiem w przypadku wrzodu dwunastnicy; zdjęcie to było demonstrowane w Tow. Lek. przez kol. Skabowskiego. Chory ów

był operowany w zeszłym roku przez Zaw., na operacji okazał się wrzód dwunastnicy, ale zespolenia, ani nawet zrostów nie było. Przypadek Grundzacha, nie poparty badaniem pośmiertnym, budzi wątpliwość.

Mintz omawia przypadek, w którym na zasadzie braku cienia na dużej przestrzeni był rozpoznany rak odźwiernika; operacja nie wykazała raka, a tylko wrzód żołądka, należy więc być ostrożnym we wnioskach, wyprowadzanych na podstawie zdjęć rentgenograficznych.

Rejchman żałuje, że chory w danym przypadku nie wymiotował, badanie wymiocin dało by pewne wskazówki (domieszka kału). Rak na dużej krzywiznie może nie powodować wymiotów.

Rubinrot wypowiada odczyt p. t. „Choroba Hirschsprunga“.

Korzystając z obserwacji 5 przypadków, autor rozpatruje patogenезę tej choroby, metodykę badania ze szczególnym uwzględnieniem radioskopii, wreszcie leczenie wewnętrzne i chirurgiczne. Hirschsprung tłumaczy napady ostrego zaparcia z wzdęciem brzucha, występujące często u noworodków, podłożem anatomicznym: rozszerzeniem światła kątnicy z przerostem jej ścian. Według Leichtensterna zmiany te powstają wskutek zaburzeń w rozwoju płodu. Późniejsi autorzy szukali przyczyny mechanicznej, stwarzającej warunki zaparcia: *valvula sigmoidea*, załamanie jelita, *plica pelvico rectalis*, skurcz kiszki ewent. zwieracza. Według Heilera wspomniane wtórne czynniki na tle wrodzonej anomalii doprowadzają do rozwoju i wybuchu choroby. Oprócz objawów ostrego zaparcia bez wymiotów spostrzega się też nie rozdętego jelita, uwydatniające się często pod powłokami brzuszными. Rektoskop po przedostaniu się przez przeszkodę znajduje się w workowatym rozszerzeniu.

Badanie radiologiczne pozwala określić rozległość cierpienia. R. pokazuje 5 radiogramów. Rokowanie w przypadkach nieoperowanych jest niepomyślne — 75% śmiert. Przypadki operowane dają według Biermana 43% śmiertelności. Z metod operacyjnych stosuje się najczęściej rezekcję dotkniętego odcinka; Lanz radzi dokonanie operacji w 2 tempa — z uprzednim założeniem *anus praeternaturalis coecalis*.

K. Szokalski.

Wiadomości bieżące.

Projekt wystawy tyfusowej. O projekcie wystawy takiej pisze do nas kol. Józef Jaworski co następuje: Doniosłe znaczenie uświadamiania szerokich mas ludności o istocie chorób zakaźnych, ich szerzeniu się oraz sposobach zapobiegania, stwierdzone zostało przez naukę i doświadczenie. Nawet najsurowsze przepisy, skierowane przeciwko zwalczaniu chorób zakaźnych nie zdołają wywrzeć istotnego wpływu bez rozumnego współdziałania ogółu.

Pod tym względem znamienitym jest aforyzm tak znakomitego męża stanu, jakim był Gladstone, że uświadczenie w sprawach sanitarnych jest ważniejsze, niż prawodawstwo sanitarne.

Do najskuteczniejszych metod uświadamiania należy bezsprzecznie pouczanie szerokich mas ludności żywym słowem, zastosowanie do pouczania takiego odpowiednich pokazów, jak np. tablic, rysunków, obrazów, preparatów makro i mikroskopowych, modeli i t. d. Gdy nadto bywa możliwość posilkowania się obrazami świetlnymi za pomocą aparatu projekcyjnego, wartość pouczania, w taki sposób prowadzonego, zwiększa się pod względem pedagogicznym znakomicie. W razie zaś gdy odbywa się ono według pewnego, planu przez pewien czas, w oznaczonych godzinach, słowem, gdy pouczanie jest połączone z wystawą, odpowiednio urządzoną i posiadającą zorganizowany perso-

nel dydaktyczny, staje się ono metodą poniekąd idealną rozpowszechniania, jak w tym razie, zasad unikania i zwalczania chorób zakaźnych.

Wychodząc z tego założenia, a mając na względzie smutne nad wyraz ze stanowiska epidemiologii położenie obecne miasta naszego i wogóle kraju, proponowałem w d. 27 grudnia r. u. Radzie Towarzystwa Higienicznego Warszawskiego urządzenie kilku lub kilkunastodniowej wystawy tyfusowej celem zobrazowania tego wszystkiego, co dotyczy przyczyn, istoty, sposobu szerzenia się, a następnie metod zapobiegania i zwalczania wogóle chorób, mianem tyfusów nazwanych, a głównie tyfusu brzuszno i wysypkowego.

Nie wchodząc w szczegóły, plan wystawy takiej, która mogłaby być przenośną, a tem samem otwieraną i w innych miastach naszych, według projektu mego, obejmuje ona następujące działy, które, rzecz naturalna, wymagają jeszcze dokładnego omówienia:

Statystyka, historia i literatura, głównie popularna, tyfusów.

Bakteriologia tyfusów: brzuszno, paratyfusów, tyfusu powrotnego, tyfusu wysypkowego.

Parazytologia oraz jej stosunek do przyczynowości tyfusu, zwłaszcza tyfusu wysypkowego.

Epidemiologia tyfusów.

Anatomia patologiczna.

Klinika tyfusów.

Higiena publiczna i prywatna ze względu na szerzenie się tyfusów.

Profilaktyka publiczna i osobista, czyli zapobieganie zarażaniu się.

Dezynfekcja.

Dezynsekcja.

Studnie, wodociągi, kanalizacja.

Pomocy materialnej, zresztą, jak sędzę, skromnej, na urządzenie wystawy udzieliłoby powinno miasto.

W wystawie wzięłyby mogły udział w dwu działach ostatnich i poważniejsze firmy handlowo-przemysłowe.

Takie metodyczne pouczanie pobudza ludność do pewnej samodzielności, do samoobrony przed grożącą epidemią, a często klęską, i co najważniejsza wytwarza zaufanie do zarządzeń sanitarnych i powoduje zrozumienie potrzeby zarządzeń takich, a tem samem sprzyja ich wykonaniu nie tylko pod względem formalnym, lecz rzeczywistym, istotnym.

— Na konkurs Towarzystwa Higienicznego, ogłoszony z inicjatywy dra J. Jaworskiego, na napisanie odczytu z higieny ludu, nadesłano 4 prace. Na sędziów konkursowych zaproszono: pp. radcę Tow. Kred. Ziemińskiego S. Dzierżbickiego, redaktora „Gazety Świątecznej” T. Prószyńskiego, gospodarza z Sandomierskiego, pisarza ludowego J. Smole, oraz drów: J. Bączkiewicza, J. Polaka i Wł. Starkiewicza.

N A D E S Ł A N O.

- 1) Puławski A. O księdzu Boduenie. Warszawa, 1917.
- 2) Wernic L. Walka z chorobami wenerycznymi i nierządem. Warszawa, 1917.
- 3) Brunner J. Odkazanie (Dezynfekcja). Warszawa, 1917.

Do numeru niniejszego dołącza się, jako dodatek bezpłatny, tablicę z 4 rysunkami i 4 rentgenogramami.

TREŚĆ NUMERU.

Str.		Str.
	<i>Przegląd bibliograficzny.</i> K. Wenda. Apteka na Zamku warszawskim i Aptekarze królewscy. Ocenit M. Zwejbaum	5
Mikołaj Rejchman. Opukiwanie a rentgenoskopia dla określenia położenia, wielkości i kształtu żołądka	1	
Tadeusz Korzon. Niezarośnięcie otworu owalnego, rozpoznane za życia	3	
<i>Dział sprawozdawczy.</i> I. E. Lick (Gdańsk). Wyniki dostatecznej rezekcji gruczołu tarczowego w chorobie Basedowa	4	
	<i>Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.</i> Posiedzenia gastrologiczne z d. 21 marca i 18 kwietnia 1917 r.	6
	<i>Wiadomości bieżące</i>	7

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

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.
Administracja otwarta w dni powszednie od 10¹/₂ do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.
Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17,50, półrocznie M. 8,75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1,25 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

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

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Świeżo wydany został Zeszyt 1. 2. 3. Seryi XXII.
(Ogólnego zbioru zesz. 253, 254, 255).

Dr SEWERYN STERLING.

ZAPALENIE NEREK W ŚWIECIE POGLĄDÓW TEGOCZESNYCH.

Cena 3 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

OPUŚCİL PRASĘ

KALENDARZ LEKARSKI

NA ROK 1918

WYDAWNICTWO D-ra J. POLAKA.

Treść: Podręcznik terapeutyczny ze zbiorem recept opracowany przez znanych specjalistów naszych i uzupełniony według ostatnich danych z klinik polskich i zagranicznych. Lista lekarzy warszawskich sprawdzona najdokładniej do d. 1 listopada 1917 r. — Lista instytucji i zakładów z wymienieniem składu osobistego lekarzy urzędujących i adresów: Wydział lekarski uniwersytetu Warszawskiego, Wydział zdrowia publicznego m. stoł. Warszawy, lekarze sanitarni, opieki sanitarne, okręgowe, szpitale i przytułki, lecznice prywatne, ambulatorya i t. p. — Lista lekarzy w Łodzi, lekarzy państwowych okupacji niemieckiej i świeżo mianowanych zastępców lekarzy powiatowych (polaków). Lista lekarzy rządowych i praktykujących w okupacji austriackiej. — Listy czynnych telefonów instytucji lekarskich i miejskich w Warszawie. — Najwyższe dawki środków lekarskich mocno działających. — Zamiana wag dziesiętnych na aptekarskie. — Dawki dla dzieci. — Dawkowanie wstrzykiwań podskórnych. — Stężanie leków do wziewań, pędzlowania, wdmuchiwań, leków wprowadzanych do worka łącznicy. — Ilość kropeł różnych płynów w gramie. — Rozpuszczalność przetworów. — Oznaczenie okresu ciąży. — Tablica brzemienności. — Wzrost i waga człowieka w różnych okresach życia. — Kąpiele lecznicze. — Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach. — Otrucia.

Cena egzemplarza w oprawie z ołówkiem marek pięć.

Do nabycia w księgarniach i u wydawcy dra J. POLAKA (Nowogrodzka 82 w Warszawie). — Za przesyłkę na prowincję nie dolicza się dopłata. Do zamówień pocztą należy dołączać gotówką pięć marek.

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.

W BIURZE SEKCJI ZDROWIA PUBLICZNEGO DEPARTAMENTU SPRAW WEWNĘTRZNYCH (Marszałkowska 154)

są do nabycia następujące podręczniki,

obejmujące wykłady, wygłoszone na kursach przygotowawczych dla lekarzy powiatowych.

1. BIERNACKI ST. Badanie najważniejszych środków lekarskich. Cena Mk. 1.50
2. BRAUN J. Hygiena wodociągów i kanalizacji. " " — .80
3. BRUNNER J. Odkazanie. " " 5.50
4. CHODŹKO W. Polskie prawodawstwo sanitarne w rozwoju historycznym. " " 1.50
5. DEBIŃSKI B. Walka z gruźlicą jako chorobą ludową. " " 2.—
6. GEPNER B. Rozpoznawanie i leczenie jaglicy. " " —.60
7. KOSKOWSKI B. Rewizye i przeglądy aptek. " " 3.—
8. RADZIWIŁŁOWICZ R. Psychiatria sądowa. " " 4.—
9. SZENAJCH WŁ. Zasady organizacji opieki nad dziećmi. " " 3.50
10. WERNIC L. Walka z chorobami wenerycznymi i nierządem.. " " 7.50

INIEKCJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

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

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

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

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0.02—0.04 c. Phenol.

i wiele innych.

POLECA

A P T E K A

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.