



№ 10.

Warszawa d. 9 Marca 1918.

Rok LII.

WZGLĘD LECZNIKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2727.

Adres Redakcyi—Żółwia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

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

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

DUR WYSYPKOWY

(tyfus plamisty).

Stron 250, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

ANTITYREOIDYNA-

MOEBIUS.

Od wielu lat znana w leczeniu

Choroby Basedowa

i w stanach tyreotoksycznych.

Antityreoidyna płynna

w butelkach po 10 c. sz.

Literatura na żądanie!

Tabletki antityreoidyny

w rurek po 20 sztuk.

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

E. MERCK & Darmstadt.

JODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

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

Cena flakonu m. 5.50.

Tow. Akc. „**FR. KARPÍŃSKI w Warszawie**“
ul. ELEKTORALNA 35.

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

KOMISJA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM

STOWARZYSZENIU LEKARZY oświadcza na podstawie badań

chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPÍŃSKIEGO

jest organicznem połączeniem jodu w postaci płynnej

zwierającej 4,7 % czystego jodu. Prace te są

się z wodą w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku

może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy

razy dziennie, przyswaja się w ustroju szybko, nie

wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem

(jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się

całkowicie w ciągu 3—4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1918

Przewodniczący Komisji

Przemysłowo Lekarskiej

Sekretarz

Opinia po przebadaniu Jodo-
rolu w Laboratorium Analitycznym
Laboratorium 74 d. d. 10
marcha 1918 r. w d. 10
marcha 1918 r.

Dr. Karpiński
Sekretarz
Laboratorium

Neuronal

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

W połączeniu z **Amylenhydratem** działa znakomicie w zamroczeniu padaczkowym i w stanie padaczkowym.

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

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

Tabletki neurofebrynowe po 0,5 g. № X.

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

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

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

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

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

Wykonywa zamówienia pg. modeli i rysunków.

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 dnacie.

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

Bockleter Stahlbrunnen w niedokrwiistości, 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.

ACIDOL-PEPSIN

wypróbowany, trwały

preparat kwasu solnego i pepsyny.

Pudełko zawiera 5 rurek po 10 pastylek.

Stężenie I
(silnie kwaśne).

Stężenie II
(słabo kwaśne).

Próby i literatura na żądanie!

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

Berlin S.O. 36.

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



GAZETA LECNICKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

Dzieńdziesięcio-
lecie długie-

Warszawa, d. 9 marca 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2727

Z ODDZIAŁU IV SZPITALA Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

W sprawie czynnościowego badania nerek zapomocą metody fenolsulfonftaleinowej.

(Podług odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu klinicznym Tow. Lek. Warsz. w d. 2. X. 1917).

Skreślił

A. Leśniowski

ordynator oddziału.

Sz. P.!

Drugiego listopada r. 1915 zabierałem głos na tem miejscu z powodu pokazu przyrządu Bromberga, który to przyrząd służy do określania sprawności czynnościowej nerek. Wówczas mocno podkreślałem, że w dzisiejszym stanie wiedzy lekarskiej sumiennego i dokładnego klinicystę, zarówno zawodowego urologa, jak internistę nie może już zadowolić samo tylko chemiczne, mikroskopowe oraz bakteriologiczne badanie moczu, gdy chce on zdać sobie należycie sprawę ze stanu nerek badanego pacjenta. Badanie takie bowiem conajwyżej może wykazać, że cały miąższ nerkowy danego osobnika lub jedna z jego nerek jest dotknięta sprawą chorobną; nie wykaże ono natomiast, jak rozległe szerzy się sprawa chorobna w nerkach, jak dalece upośledza ona ich sprawność czynnościową, nie pozwala wykazać, czy w dalszym przebiegu sprawy sprawność ta polepsza się, czy też ulega pogorszeniu. Znane są pozatem przypadki, w których zwykłe badanie chemicznomikroskopowe moczu wykrywa zmiany minimalne w nerkach, lub i wcale ich nie wykrywa, natomiast badanie sprawności czynnościowej wykazuje mniejsze lub większe jej upośledzenie.

Stąd wniosek, że dziś żaden klinicysta

nie może obyć się bez bliższego zaznajomienia się z metodami czynnościowego badania nerek.

Przedstawiony wówczas przyrząd Bromberga stosuję od połowy roku 1915 i dochodzę do wniosku, że posiada on bardzo dużą wartość kliniczną. W przebiegu atoli rozpraw nad owym moim pokazem słyszałem z wielu stron zarzut, że określenie sprawności nerek zapomocą li tylko tego przyrządu jest niewystarczające, jest jednostronne, zasadza się bowiem na wykrywaniu sprawności wydzielania przez miąższ nerkowy tylko soli nieorganicznych, wzgl.—chlorków, że zatem powinno ono być dopełniane i kontrolowane innemi metodami badania czynnościowego.

Przyznając pewną słuszność tym zarzutom, postanowiłem wypróbować inne nowsze metody czynnościowego badania nerek i zapomocą ich sprawdzić wartość przyrządu Bromberga. Oczywiście, należało zwrócić się do metod jaknajprostszych, jaknajłatwiej dających się stosować w ciężkich warunkach doby dzisiejszej. Do nich należą przedewszystkiem metody, polegające na wprowadzeniu do ustroju substancji barwnych i na badaniu sposobu wydzielania ich z ustroju przez nerki. Stosowane dawniej w tym celu rozanilina, neutralrot, metylenblau przeszły już dziś do

historii, już to że są dla ustroju szkodliwe, już to że dają wskazówki wysoce niedokładne.

Pozostają dwie metody—indigkarminowa i fenolsulfonftaleinowa. Ta pierwsza podlega zarzutowi niezupełnej dokładności; w pewnych bowiem warunkach część wstrzykniętego do ustroju barwika pod wpływem alkali przeistacza się w substancję bezbarwną, jako taka wydziela się z moczem, w moczu nie może być wykryta i to może stanowić źródło pomyłek; pozatem pewna część barwika może być wydzielona nie tylko przez nerki.

Osobiście chętnie i często stosowałem metodę indigkarminową. Wobec powyższych zarzutów straciłem do niej zaufanie.

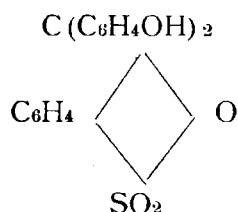
Dlatego też postanowiłem wypróbować metodę fenolsulfonftaleinową, która w roku 1910 do badania czynności nerek podana została, i z wyniku tych moich prób chcę dziś Sz. P. zdać sprawę.

Zachęca mnie do tego i ta okoliczność, że, o ile mogłem przekonać się z dostępnego mi piśmiennictwa, sprawa stosowania wyżej wymienionego przetworu przez autorów polskich była zaledwie pobieżnie poruszana.

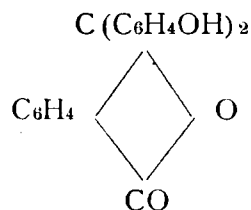
Mianowicie—dr Pawlicki, mówiąc na posiedzeniu Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu d. 26 kwietnia 1913 r. „O rozpoznawaniu czynności nerek chorych“, wspomina między innymi o stosowaniu w tym celu fenolsulfonftaleiny, lecz — o ile można sądzić — osobiście tego środka nie stosował. Dr Jeziński, zabierając głos w rozprawach nad tem przemówieniem, również wspomina o nowej metodzie, lecz zna ją tylko z piśmiennictwa.

W naszym Towarzystwie Lekarskiem dr. J. Wojciechowski, pokazując na jednym z posiedzeń klinicznych w 1913 r. kolorometr Helliga, mówi, że między innymi bywał on stosowany do określania sprawności czynności nerek przy pomocy fenolsulfonftaleiny; lecz nie podaje, czy sam tę metodę w praktyce zastosował.

Fenolsulfonftaleina jest błyszczącym czerwonym proszkiem krystalicznym o składzie chemicznym podług wzoru:



Wzór ten poucza, że składem fenolsulfonftaleina jest bardzo bliska do fenolftaleiny:



Fenolsulfonftaleina trudno rozpuszcza się w wodzie i wyskoku, natomiast łatwo w płynach zasadowych, i nadaje roztworowi zabarwienie fioletowoczerwone rozmaitego natężenia w zależności od stężenia roztworu.

Roztwór fenolsulfonftaleinowy był najpierw zbadany pod względem działania fizjologicznego na zwierzętach przez (Amerykanów) Rowntree i Abela, następnie przez Rowntree i Geraghty zastosowany na człowieku. O wynikach swych poszukiwań ogłosili oni w 1910 r.

Liczne ich doświadczenia wykazały zupełną nieszkodliwość dla ustroju ludzkiego, zarówno zdrowego, jak chorego, tego przetworu, w ilości 6 mgr. do ustroju wprowadzonego. To samo mówią i inni autorowie. Między innymi Erne starannie badał mocz chemicznie i drobnovidzowo przed i po stosowaniu barwika, i nigdy nie spostrzegł śladów podrażnienia miąższu nerkowego.

Następnie twierdzą Rowntree i Geraghty, że fenolsulfonftaleina wydziela się z ustroju wyłącznie przez nerki. Z autorów tylko Deutsch wykazał bardzo drobne ślady barwika w stolcach.

Twórcy metody badali wydzielanie się fenolsulfonftaleiny na żabach, podwiązując im w jednym szeregu doświadczeń tętnice nerkowe, w innym — żyły wrotne nerki, i doszli do wniosku, że w warunkach fizjologicznych jest barwik wydzielany i przez kłębuszki, i przez nabłonki kanalikowe, lecz główna jego masa wydziela się tą ostatnią drogą.

Zdanie to potwierdzają inni autorowie. Między innymi Frenkel i Uhlman wykonali następujące doświadczenia na królikach. Wprowadzali oni do ustroju królika kantarydynę, uszkadzali w ten sposób kłębuszki nerkowe, następnie wstrzykiwali fenolsulfonftaleinę. Po jednorazowym wstrzyknięciu bardzo dużej ilości kantarydyny zwierzęta ginęły po upływie 15-tu godzin; wydzielanie moczu było minimalne, w drobnej ilości moczu niepodobna było określić ilości barwika, wszakże mocz — po dodaniu ługu — był wyraźnie zabarwiony na fioletowoczerwono. Badanie drobnovidzowe nie wykazywało spostrzegalnych zmian ani w kłębuszkach, ani w nabłonkach. Gdy natomiast wstrzyknięto wielokrotnie drobne ilości kantarydyny, tak iż zwierzęta żyły pięć dni,

to narazie, dopóki zmiany były nieduże, wydzielanie fenolsulfonftaleiny nie ulegało zmianie, po kilku wstrzyknięciach atoli wydzielanie barwika zmniejszało się, i, jakkolwiek słabe, pozostawało do końca wyraźnie. Pod drobnowidem znajdowano kłębuszki przekrwione, kanaliki prawidłowe.

Następnie wstrzykiwano królikom chrom. Po wielokrotnych małych dawkach barwik wydzielał się w ilości prawidłowej, po dawkach dużych mocz nie zawierał ani śladu barwika. Drobnowidz wykrywał wówczas wybitne uszkodzenie nabłonka kanalików, czasami obok tego lekkie przekrwienie kłębuszków.

Technika próby, podana przez Rowntree i Geraghty, jest następująca. Na pół godziny przed wstrzyknięciem barwika podaje się badanemu osobnikowi 300—400 cm. sz. płynu do wypicia. Jednocześnie ze wstrzyknięciem dokładnie opróżnia się pęcherz moczowy. Wstrzykuje się 1 cm. sz. roztworu, zawierający 6 mgr. fenolsulfonftaleiny, następnie co parę minut zbiera się mocz do naczynia, mieszczącego parę kropli mocnego ługu. Mocz, zawierający barwik, ma swoiste żółtistożółte zabarwienie; stykając się zaś z ługiem, przybiera zabarwienie fioletowoczerwone o natężeniu, odpowiadającym ilości zawartego barwika.

Chwilę, gdy pierwsze krople wydzielającego się moczu zabarwiają się dostrzegaliśmy dla oka, oznaczamy jako początek wydzielania się barwika. Po upływie jednej godziny po wstrzyknięciu opróżniamy dokładnie pęcherz moczowy danego osobnika, po upływie drugiej godziny robimy to po raz wtóry. Zebrane porce mocz zapomocą dodania ługu zabarwiamy i zapomocą odpowiedniego

przyrządu—kolorymetru np. pomysłu Autenrietha-Königsbergera, określamy w każdej porcji moczu w odsetkach wydzieloną ilość barwika.

Podług twórców metody — pozwala ona poznać, jak nerki pracują w chwili wykonania doświadczenia; wydzielana ilość fenolsulfonftaleiny idzie równolegle do sprawności wydzielniczej nerki.

Wyniki badań Rowntree i Geraghty, wykonane na licznych osobnikach o nerkach zdrowych i chorych, doprowadziły ich do wniosków; które w streszczeniu przedstawiają się, jak następuje:

Nerki zdrowe zaczynają wydzielać barwik w 5 — 11 minut po podskórnym wstrzyknięciu tegoż, w ciągu pierwszej godziny wydzielają 38 — 60% wstrzykniętej ilości barwika, po upływie dwóch godzin—60—85%.

Po wstrzyknięciu domięśniowym początek wydzielania się barwika jest ten sam, po upływie pierwszej godziny wydziela się 43—70%, po dwóch godzinach 70—90% wstrzykniętego barwika.

Wreszcie po wstrzyknięciu dożylnym początek wydzielania zjawia się po 3—5 minutach, po dwóch godzinach wydziela się 50—80% barwika.

Uogólniając powyższe, można dla celów praktycznych przyjąć, że w przypadku nerek zdrowych wydzielanie barwika po upływie dwóch godzin zostało ukończone; ilości, wydzielane w trzecią i czwartą godzinę, są to już tylko ślady wprowadzonego do ustroju barwika.

A zatem przy końcu drugiej godziny doświadczenia otrzymujemy wyraźny obraz wydzielniczej zdolności nerek.

(C. d. n.).

Streszczenie zbiorowe.

ZAKAŻENIA MENINGOKOKOWE.

Podał

St. Serkowski.

Zarówno badanie płynu mózgoworodniowego chorych, jak i wydzielin z gardzieli i nosa chorych i nosicieli meningokokowych (por. Streszcz. zbiorowe w Gazecie Lekar. 1917 str. 321) wymaga szybkiego i dokładnego rozpoznania bakteryologicznego. Jest to tembardziej sprawa ważna, że niejasne strony epidemiologii meningokoków dadzą się wyja-

śnić tylko przez badania bakteryologiczne, a tych niewyjaśnionych faktów epidemiologicznych jest jeszcze dużo: niewiadoma jest przyczyna, dlaczego ta choroba zakaźna zdarza się najczęściej w kwietniu i maju — bez uprzedniego kataru lub anginy; niewyjaśnione są przeskoki w przebiegu epidemii i brak związku między poszczególnymi przypadkami.

Wreszcie nieustalona dotychczas sprawa nosicielstwa m-ów wyjaśnić da się tylko przez dokładne i szybkie badania.

Zdawałoby się po prostu, że niema nic łatwiejszego nad wyosobnienie i rozpoznanie meningokoków, i że zwłaszcza rozpoznanie m-ów nie może nastęrczać żadnych trudności, gdy chodzi o badanie płynu mózgowordzeniowego: wewnątrzkomórkowy układ dwoinek, odbarwianie ich według metody Grama, posiew w podłożach specjalnych z dodatkiem płynu mózgowordzeniowego, puchlinowego, surowicy lub krwi, brak wzrostu w podłożach zwykłych, wreszcie aglutynacja wyosobnionych ziarenkowców pod wpływem surowicy wysokoaglutynującej—dają dostateczny punkt oparcia do rozpoznania. Niestety, i w tym kierunku, jak i w wielu innych dziedzinach sanitarii i bakteriologii doświadczenia ostatnich lat wojennych przynoszą nam pewne rozczarowania i zmuszają do gruntownej rewizji istniejących poglądów.

Już dawniej zauważono, że m-ki odznaczają się wielką wrażliwością na wpływy zewnętrzne, że z płynu nieświeżo wypuszczonego można nie otrzymać żadnego wzrostu, że wyosobnione w pierwszej generacji mogą nie aglutynować się, i że różne szczepy m-ów nie jednakowo zachowują się względem podłoży cukrowych. Nie będę tu opisywał sposobów wzmoczenia ilości m-ów, sposobów, jakie proponowali Obé w r. 1915, Fraenkel w tymże roku i Hancken w 1916. Ten ostatni badacz (1) zauważył, że ani jedna cecha m-ów nie jest zjawiskiem bezwzględnie stałym i że o rozpoznaniu decydować musi „suma cech”, z nich za najważniejszą uważał próbę serodyagnostyczną („Schlusstein der Diagnose“).

Zeissler i Riedel (2), także Gassner (3) opisują przypadki wyosobnionych typowych meningokoków, nie aglutynujących się pod wpływem surowicy swoistej. Już w r. 1909 Dopter odróżniał meningokoki od parameningokoków; z płynów mózgowordzeniowych wyosobnili Darré i Dumas (4) też te ostatnie, ale i parameningokoki—według badań Dopter i Pauron (5)—też nie stanowią jednej jednolitej grupy, lecz dzielą się na trzy różne rasy (α , β , γ), które różnią się między sobą nie mniej, niż i od meningokoków. Zdania badaczy francuskich znalazły potwierdzenie i w badaniach lekarzy angielskich (Times 22 i 15 stycznia 1917 r.), powtórzonych w pismach niemieckich: meningokoki nie są jednym gatunkiem bakterii, lecz czterema różnymi typami.

Okazało się w praktyce, że surowica wysoko aglutynująca meningokokowa aglutynuje tylko homologiczny i pokrewne szczepy meningokoków i nie aglutynuje żadnego z pozostałych trzech typów. Żaden z instytutów zagranicznych nie wyrabia surowicy poliwalentnej men. ani do celów rozpoznawczych, ani leczniczych: wobec tego wynik ujemny badań aglutynacyjnych lub wiązania dopełnia—ca wcale nie wyklucza możliwości, że wyosobnione ziarenkowce są meningokokami.

Jak stwierdzają Zeissler i Gassner (6): „W obecnym naszym stanie wiedzy o aglutynacji meningokoków wynik dodatni zależy od przypadku, czy posiadana surowica wyprodukowana jest z takiegoż szczepu, jak i wyosobnione meningokoki, i dlatego też badanie serodyagnostyczne nie może być podstawą do ustalenia rozpoznania. W większym stopniu dyagnozę opierać trzeba na własnościach hodowli. Wynik aglutynacyjny dodatni jest naturalnie pożądanym, ale nie bezwarunkowym potwierdzeniem badania kultur. Badaniu serodyagnostycznemu możnaby przypisywać większe znaczenie wtedy, gdy okaże się możliwością posiadania surowic aglutynujących względem wszelkich istniejących i możliwych ras meningokoków“.

Jeżeli porównamy cechy meningokoków, jak je pierwotnie przedstawiali Weichselbaum, Schottmüller i in., z cechami według autorów ostatniej doby, przekonamy się, że w ciągu ostatnich 12 lat sprawa nie wyjaśniła się, raczej przeciwnie zagmatwała. Tak np. Zeissler i Gassner (l. c. str. 308) twierdzą: „Es ist alles unsicher geworden“, a Klinger i Fourman (7) są zdania, że łatwo rozpoznać możemy tylko typowe szczepy; jeżeli zaś wyosobnimy szczepy atypowe, to nie można ustalić rozpoznania z zupełną pewnością, i tylko pochodzenie z płynu mózgowordzeniowego danych ziarenkowców w wielu przypadkach jedynie umożliwia rozpoznanie“. W akademii berlińskiej (Kaiser Wilhelm Akademie) z pośród 11 nadesłanych szczepów meningokoków tylko jeden ustalono, jako typowe meningokoki.

Bakteriologiczne rozpoznanie meningokoków na śluzówce nosicieli nastęrcza jeszcze większe trudności w badaniu pojedynczych osobników i jest wręcz niewykonalne, jeżeli chodzi o badania masowe większej liczby osób. Niedawno Hirschbruch i Börner (8) w płynie mózgowordzeniowym chorych na *meningitis epidemica* wykryli w poszczególnych przypadkach: 1-o *diploc. catarrhalis Pfeiffer*, 2-o *diploc. intracellularis meningitidis* w dwóch modyfikacjach: jedna — właściwe meningokoki Weichselbauma i druga — *diploc. intracellularis meningitidis A nobis*, 3-o *diploc. crassus Lingelsheim* i 4-o *diploc. mucosus Lingelsheim*. Autorzy ci podają cechy każdego z tych gatunków i typów: co do aglutynacji meningokoków właściwych i „*A nobis*“, to wynik dodatni otrzymano tylko pod wpływem homologicznych surowic, ale nie dowolnej surowicy meningokokowej. Bakterie wzmiankowane wyosobniano z płynu mózgowordzeniowego, a na śluzówkach znajdowano jeszcze więcej szczepów i typów. Tak więc niemieccy autorzy potwierdzają poglądy badaczy francuskich (Dopter i in.), choć nie zgadzają się na nazwę parameningokoków.

Dalsze postępy wiedzy o zakażeniach meningokokowych warunkują się sposobami otrzymywania surowic aglutynujących, ściślej metodą różnicową, jaką proponują Hirschbruch i Börner co do wyosobniania z płynu lub z krwi dwoinek oraz zmianą techniki aglutynacyjnej, co zalecają Zeissner i Gassner.

Według tych ostatnich, makro- i mikroaglutynacja meningokoków powinna być wykonywana z udziałem surowic swoistych i równorzędnie — surowic normalnych od takichże zwierząt, od jakich pochodzi surowica swoista (szczegóły l. c. str. 312).

Z powyższego widzimy, że niezbędne są

dalsze badania w celu wyjaśnienia istoty bodźców meningokokowych i że obecnie jeszcze niema sposobu do ostatecznego wyjaśnienia sprawy nosicieli. Wobec tego i epidemiologia zakażeń meningokokowych w dalszym ciągu jeszcze pozostaje niewyjaśniona.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1) Hanckeu. Centr. f. Bakter. t. 78, 1916, str. 365 i Fromme u. Hancken. Ztschr. f. Hygiene. 1916. 2) J. Zeissler u. F. Riedel. D. med. Woch. 1917. str. 258. 3) G. Gassner. Ztschr. f. Hygiene t. 84, 1917, str. 270. 4) H. Darré et J. Dumas. C. rend. Soc. de Biol. t. 77, 1914, str. 106. 5) Dopter et Pauron.

C. rend. Soc. de Biol. t. 77, 1914, str. 157, 231 i 292. 6) J. Zeissler u. G. Gassner. Ztschr. f. Hygiene t. 84, 1917, str. 307. 7) R. Klinger u. F. Fourman. Muench. Med. Woch. 1915, str. 1037. 8) A. Hirschbruch u. C. Börner. Ztschr. für Medizinalbeamte, t. 31, 1918, str. 1 i 21.

Przegląd bibliograficzny.

Uwagi z powodu pracy dra Wł. Szenajcha: „Zasady organizacji opieki nad dziećmi“. Do użytku lekarzy, urzędników państwowych i samorządowych oraz działaczy społecznych. Warszawa. 1917.

W myśl zadań, do jakich przeznaczona jest wymieniona w tytule praca dra Szenajcha, nie mogą się powstrzymać od skreślenia paru uwag. Czynie to tem chętniej, że autor w przedmowie do swej nadzwyczaj starannie zestawionej i ciekawej pracy zwraca się do czytelników o nadsyłanie uwag krytycznych ze wszystkich działów, omawianych w jego książce.

Ja ograniczę się tylko do części tej pracy pierwszej, mianowicie do działu statystyki: „Śmiertelność dzieci“.

I. Już na pierwszych stronach swej pracy (str. 9, 10, 17, 33) porusza autor sprawę współzależności liczby zgonów noworodków od liczby urodzeń, przyjmując wraz z autorami niemieckimi fakt istnienia tej współzależności, i to współzależności dodatniej, nie przypisując jej zresztą znaczenia przeważającego a tem mniej wyłącznego.

Sprawa ta bynajmniej ostatecznie rozstrzygnięta jeszcze nie jest. Niezaprzeczonym jest wpływ wysokich cyfr urodzeń (obliczanych zwykle na 1000 ludności) na powiększenie cyfry śmiertelności ogólnej (‰) przy najlepszych nawet warunkach zdrowotnych — a to w zależności jedynie od kombinacji wyliczeniowych: powiększenie się liczebności klasy noworodków o najwyższym współczynniku śmiertelności wpływa z konieczności na ogólny ‰ śmiertelności.

W książce Prinzinga: Handbuch der medizinischen Statistik.—Jena 1906—na str. 261 znajdujemy przykład, wymownie ilustrujący tylko co powiedziane.

Dane liczbowe, zaczerpnięte ze statystyki pruskiej w latach

	1816—20	1821—30
Cyfra urodzeń (‰)	43,0	40,3
Śmiertelność noworodków (‰)	16,9	17,4
Śmiertelność ludności		
z wyłączeniem noworodk. (‰)	21,9	21,9

	28,5	28,0
Ogólna śmiertelność (‰)		
a w Bawarii w latach 1863—69		
1870—75		
Liczba urodzeń	36,7	39,9
Śmiertelność dzieci	32,7	31,9
Śmiertelność ludności		
z wyłączeniem noworodków	20,4	19,6
Śmiertelność ogólna	30,1	31,8

Oba przykłady wykazują, że w warunkach możliwie mało się różniących, w jednym i tym samym kraju i w dwóch okresach czasu, bezpośrednio po sobie idących, zmniejszenie liczby urodzeń odbija się na spadku ogólnej cyfry śmiertelności i odwrotnie—zwiększenie cyfry urodzeń, przy zmniejszonej nawet śmiertelności noworodków i zmniejszeniu się cyfry śmiertelności z wyłączeniem noworodków, daje zwykłą śmiertelność ogólną.

W obu jednak przypadkach współzależność między liczbą urodzeń i śmiertelnością noworodków jest ujemna: zmniejszenie liczby porodów łączy się ze zwiększeniem liczby zgonów noworodków i odwrotnie—zwiększenie liczby urodzeń łączy się ze zmniejszeniem śmiertelności w pierwszym roku życia.

Sprawie związku współzależnego między liczbą urodzin i zgonów noworodków poświęca kilka głębszych myśli i uwag W. Lexis w dziele: Abhandlungen zur Theorie der Bevölkerungs und Moralstatistik—Jena 1903 w rozdziale V. Ueber die Ursachen der geringen Veränderlichkeit statistischer Verhältniszahlen.

Lexis pragnie odpowiedzieć sobie na pytanie, czy między śmiertelnością noworodków, a liczbą ich urodzeń istnieje związek, oparty na prawach natury, czy też mamy tu do czynienia jedynie z wynikami utrudnionej walki o byt, która drogą uniemożliwiania wyżywienia nakłada tamę zbyt wybujałej płodności rodu ludzkiego.

Za pierwszym przypuszczeniem przemawiałyby się zdawały fakty wzmagania się śmiertelności dzieci w miarę zwiększania się liczby i częstości porodów w rodzinie — jak również fakt spadania liczby pozostałych przy

życiu w miarę wzrastania liczby urodzonych w małżeństwie dzieci. Przypuszczałyby nawet można, mówi dalej Lexis, że przy powiększeniu się liczby urodzin zwiększa się procentowo śmiertelność dzieci.

Ale pomimo tych wszystkich refleksji sprawa i dla Lexisa nie jest ostatecznie ustalona — wymaga ona dalszych i bardzo ścisłych badań — a wynik tych badań w każdym razie nie będzie w stanie wykluczyć przypuszczenia, że zwiększonych hekatomb dzieci domaga się nie celowość natury, lecz raczej warunki społeczne i ekonomiczne, trudności wyżywienia, i t. p. — w każdym razie klęski, z którymi walczyć można i należy.

II. Mówiąc o śmiertelności dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, autor na zasadzie zestawień współczynników śmiertelności dla poszczególnych klas wieku ludności (Galicyi i Bukowiny) wypowiada następujące zdanie (str. 31):

„Z powyższych tablic widzimy, że wraz z wiekiem zwiększa się śmiertelność. Lecz również w zaraniu życia śmierć stacza gwałtowną walkę z życiem. Z walki tej wkrótce wychodzi zwycięzko życie, które już w latach 10 — 15 osiąga największą odporność. Jest to okres najbujniejszego rozkwitu życia, niestety również i punkt zwrotny w walce ze śmiercią. Odtąd życie zaczyna ulegać śmierci, ulega jej jednak bardzo powoli i dopiero śmiertelność wśród starców ośmdziesięcioletnich przewyższa śmiertelność wśród niemowląt“.

Z wyżej przytoczonym, bardziej może retorycznym niż rzeczowym, określeniem niezupełnie można się godzić. Przedewszystkiem śmiertelność nie jest jedynie funkcją wieku, ale wypadkową wielu przyczyn, między którymi rasa, dziedziczność i warunki życia zewnętrzne niepoślednią odgrywają rolę. A i sam proces wymierania bynajmniej nie rozciąga się na cały okres życia, równomiernie wzmagając się lub słabnąc, ale się koncentruje głównie w dwóch jego epokach: przy końcu i na samym początku.

Pierwsza grupa — to ci zdrowi ludzie, co przez życie przeszli normalnie aż do jego zwykłego kresu — u ludów europejskich 70 — 75 lat; druga, przeciwnie, to noworodki, które już na świat przyniosły ze sobą zarodki choroby i śmierci — płody źle rozwinięte, źle do walki z przeciwnościami życia przygotowane. Duża część takich noworodków wymiera regularnie już w pierwszym roku życia, dając największe nasilenie wymierania w epokach najbardziej do chwili przyjścia na świat zbliżonych. W niektórych krajach ginie w ten sposób 20% — 25%, a do tego doliczyć należy jeszcze 3% — 4% noworodków martwych.

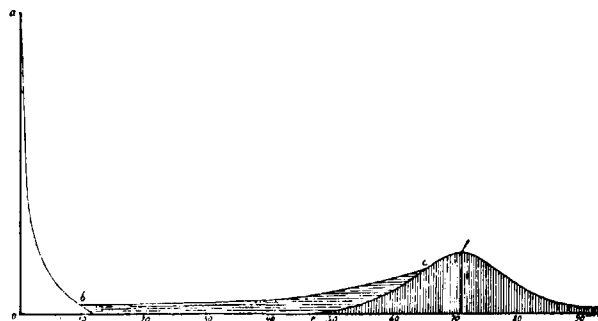
Procent tej wczesnej — w pierwszym roku życia — śmiertelności bywa u różnych klas ludności rozmaity — u biednych większy, u bogatych mniejszy, ale nawet w najlepszych warunkach zdrowotnych i ekonomicznych pozostaje wybitnie wysoki; najlepsza opieka i odżywianie mogą wprawdzie wywalczyć pe-

wne przedłużenie życia o lat parę — nawet kilka, ale nieubłaganemu wyrokowi przeciwstawić się nie są w stanie. I nie pozostaje nic innego, jak pogodzić się z tą smutną prawdą, że duża część dzieci przychodzi na świat niezdolna do życia i podlega pewnej śmiertelności swoistej. Maximum natężenia tej śmiertelności, która pierwsze ofiary swe zabiera jeszcze w łonie ich matek, przypada na chwilę urodzin dziecka, ale pojedyncze z tej grupy jednostki wymierają jeszcze w ciągu całego pierwszego dziesiątka lat.

Obie te grupy I i II nie wyczerpują wszystkich urodzonych w danym pokoleniu. Pewna znaczna ich część umiera między 10 i 60 rokiem życia, i tych nie można zaliczyć ani do pierwszej grupy — starców, ani do drugiej grupy — noworodków.

Pierwsza grupa ludzi normalnych zapewne może dać pewną liczbę zgonów w tym okresie życia (epidemie, nieszczęśliwe wypadki), ale są to drobne rzeczy, gdy tymczasem na okres ten przypada 25% — 33% wszystkich zgonów. Otóż musimy ze zmarłych w tym okresie życia wydzielić trzecią grupę — grupę jednostek pod względem zdrowia i długowieczności mniej wartościowych.

Ta grupa nie posiada swego przeciętnego czasu trwania życia, jak obie grupy poprzednie, wypadki śmierci zdarzają się w niej między 10 i 60 rokiem życia; nasilenie śmiertelności początkowo jest małe, stopniowo jednak się zwiększa, słabnąc jednak znowu pod koniec. W. Lexis, którego koncepcję o wymieraniu przeciętnego pokolenia tylko co starałem się możliwie dokładnie przedstawić (l. c.), dołączył schematyczny rysunek, ilustrujący wzajemny stosunek omawianych trzech grup danego pokolenia.



Pierwsza grupa normalna e, f, g, z *maximum* wymierania w punkcie f.

Drugą grupę reprezentuje krzywa a, b — a grupę trzecią linia b, c. Ta ostatnia grupa u swego początku, jak też i u swego końca zachodzi na grupy sąsiednie, i wypadki śmierci w tych strefach przejściowych są pochodzenia mieszanego.

III. Z osobistych badań autora najwięcej zainteresowały mnie dane statystyczne, dotyczące się śmiertelności dzieci rodzin robotniczych w zależności od liczby dzieci w rodzinie.

Duży materiał autora (10,000), brak podobnych prac w dostępnej mi literaturze nie-

tylko krajowej, ale i zagranicznej, zainteresowanie to moje potęgowały.

Już we wzmiankach o pracy dra Szenajcha w pismach codziennych zwracano uwagę na wykazywany w niej opłakany stan naszych liczniejszych rodzin robotniczych, w których śmiertelność dzieci dochodziła do 60% — rzecz chyba dotąd nigdy jeszcze nie notowana.

Powszechnie przyjętem jest, że najwyższy współczynnik śmiertelności przedstawia klasa nowonarodzonych (0—1); wynosi on mianowicie 81‰ w Szwecyi i Norwegii i 272‰ w Rosyi; gdy tymczasem współczynnik innych klas waha się w granicach:

Wiek	Szwajcarya	Włochy
Klasa 1— 5	od 18,1‰	do 39,1‰
	Bawarya	Galicja-Bukowina
5—10	4,1	8,7
	Bawarya	Galicja-Bukowina
10—15	2,2	4,9
	Bawarya	Galicja Bukowina
15—20	3,7	5,4
	Prusy	Galicja-Bukowina
20—25	5,2	7,5

Jakże daleko stąd jeszcze do 600‰!

Nie mogąc sobie zagadki tej wytłomaczyć z suchych zestawień cyfrowych (str. 38), sięgnąłem, idąc za wskazówką odsyłacza, do Księgi Pamiątkowej Wszechnicy Warszawskiej 1916, czego zresztą wcale nie żałuję, bo zapoznałem się z całym bogatym materiałem autora.

Rozpatrzenie starannie ułożonej tablicy I rozstrzygnęło moje wątpliwości i uspokoiło moje obawy co do smutnego pierwszeństwa, jakie bezwarunkowo byłoby przysznane naszemu krajowi, gdyby wnioski autora nie były wyprowadzone wadliwie. Rzecz cała polega zresztą na małym nieporozumieniu.

W statystyce przyjęto uważać za cyfrę śmiertelności liczbę zgonów, przypadających na pewną grupę jednostek (zwykle 1000) i zaszłych w danej jednostce czasu (zwykle rok), jednakowej dla wszystkich wyliczeń, mających służyć do zestawień lub porównań.

O tej zasadzie niezupełnie pamiętał autor tablicy I i IX [śmiertelności dzieci w zależności od liczby urodzin (Księgi Pam. W. W. str. 340—341 i 362)].

Zestawił on mianowicie w jednej tablicy nietylko liczbę zgonów dzieci rodzin różnolicebnych, ale i zgonów, zaszłych w różnych, postępowo wzrastających okresach czasu trwania współżycia małżeńskiego—od terminów pięcioletnich do „srebrnego wesela“ i *au delà*.

Gdyby ktokolwiek pracę, rozpoczętą przez dra Szenajcha, miał cierpliwość i możność prowadzić w dalszym ciągu, to zapewne doczekałby momentu, kiedy „śmiertelność“ potomstwa rodzin robotniczych dosięgłaby cyfry 100%—boć wszelka grupa ludzka, wzięta pod obserwację, skazana jest na wymarcie i cała wyrzucić musi, tylko trzeba na to cierpliwie czas pewien wyczekać.

Ale, powtarzam, w statystyce pod mianem śmiertelności danej grupy pojmować musimy nie cyfrę zmarłych jej członków w ciągu dowolnie obranego i bynajmniej nie jednakowego w zestawianych spostrzeżeniach okresu czasu, ale jedynie liczbę zgonów, przypadających na 1000 jednostek i zaszłych w ciągu roku jednego.

Ponieważ liczba zgonów niemowląt w rodzinach nawet o znacznej liczbie dzieci z natury rzeczy musi być wyliczona w stosunku rocznym — określenie śmiertelności dzieci wypadło prawidłowo i wykazało nawet mniejszą śmiertelność niemowląt u nas, niż na zachodzie Europy. A mianowicie: ¹⁾

Saksonia (rodziny górników)	Dane autora
3 dzieci	20,7‰
4 „	20,5
5 „	20,4
6 „	22,8
7 „	23,2
8 „	23,9
9 „	25,9
10 „	25,7
11 „	31,4
12 „	35,0
wyżej 12 „	42,3
	13,0‰
	13,2
	15,2
	15,5
	16,1
	17,3
	16,2
	16,5
	18,1
	17,6
	26,0

Błąd w określeniu cyfry śmiertelności uważam za tak zasadniczy i tak niepedagogiczny, że niewykazanie go uważałbym sobie za grzech współwiny. Błąd ten w Księdze Pamiątkowej Wszechnicy Warszawskiej jest mniej szkodliwy, gdyż wobec zebranego tam materiału cyfrowego każdy mniej więcej zorientowany czytelnik z błędem tym da sobie radę — ale tablice odsetek śmiertelności dzieci w rodzinach wraz z pomieszczonymi pod nimi wnioskami w Kursach Przygotowawczych dla lekarzy powiatowych Królestwa Polskiego (str. 38) — ze względu na dydaktyczny ich charakter nie powinny być nadal rozpowszechniane bez odpowiedniej korekty.

Tyle rzeczy fałszywych mówią o nas inni, że nie przyczyniamy się my sami przynajmniej do szerzenia nowych o nas a nieuzasadnionych niepoehlebných legend.

A. Ciagliński.

¹⁾ Cytuję podług zestawienia Geisslera w książce Prinzinga—str. 300.

Wiadomości bieżące.

— W szpitalu na Pokornej prowadzone są wi płamistemu (metodą Hamd'ego) dla le-

szczepienia ochronne przeciw tyfuso-

karzy i personelu sanitarnego.

— W d: 24 z. m. odbyło się pod przewodnictwem Dyrektora Służby Zdrowia dra W. Chodźki nadzwyczajne posiedzenie Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego z udziałem członków honorowych miejscowych i przyjezdnych.

Z członków miejscowych obecni byli: dr Biełliński Józef, Giedroyc Franciszek, Nusbaum Henryk, prof. Sokołowski Alfred i dr Stankiewicz Władysław.

Z prowincji przybyli: dr Brzeziński z Zawiercia, Koszutki z Kalisza, Marczewski z Częstochowy, Sterling Seweryn i Tomaszewski z Łodzi i dr Wiśniewski z Siedlec.

Przedmiotem obrad były dwa projekty przepisów, ułożone przez specjalne delegacje z łona Rady Lekarskiej, i rozesłane uprzednio wszystkim członkom Rady oraz wszystkim Towarzystwom Lekarskim w Królestwie Polskiem i prof. Ciechanowskiemu, jako jednemu z członków referentów.

Pierwszy z projektów dotyczył opieki nad powracającymi wychodźcami i zabezpieczenia kraju od zawleczenia i szerzenia chorób zaraźliwych przez powracającą do kraju masę ludności, siłą wysiedloną ze swych siedzib w r. 1915.

Drugi projekt obejmował przepisy o stanowisku lekarza w kasach chorych.

Po wyczerpującej dyskusji, podczas której odczytano i częściowo uwzględniono uwagi nadesłane przez Towarzystwo Lekarskie, przyjęto w ostatecznej redakcji projekty tych przepisów i postanowiono wystąpić do władzy o nadanie im mocy obowiązującej.

Pierwsze to posiedzenie Rady Lekarskiej z udziałem członków prowincjonalnych dowiodło, jak żywo interesuje się kraj całą organizacją służby lekarskiej polskiej i zarządzeniami, proponowanymi i opracowywanymi przez Dyрекcyę Służby Zdrowia Publicznego.

— Na ostatniem posiedzeniu klinicznem Szpital. Dziec. Jezus Dr K. Karwowski, naczelnny lekarz tegoż szpitala, z powodu przypadającej w roku bieżącym 150 rocznicy śmierci a 200-nej przybycia do Warszawy księdza Piotra Gabryela Boduena przypomniał obecnym o niespożytych zasługach tego wielkiego cudzoziemca, jako założyciela Szpitala Dzieciątka Jezus

i Domu dla podrzutków. Postać jego otoczona jest w naszym kraju aureolą wielkiego poświęcenia i miłosierdzia dla opuszczonych dzieci i nędzarzy. Dr Karwowski proponuje, ażeby lekarze szpitala Dz. Jezus i domu dla podrzutków (t. zw. domu wychowawczego) wystąpili z propozycją do Magistratu m. stoł. Warszawy wystawienia pomnika dla tego zasłużonego męża na jednym z placów publicznych naszego miasta, najlepiej na placu Wareckim w pobliżu kościółka i tego miejsca, gdzie ksiądz Boduen przez całe życie pracował i gdzie chwalebnego żywota dokonał. Potrzebny fundusz dałby się zgromadzić drogą składek publicznych, zbieranych w całym kraju, gdyż imię Boduena znane jest w najuboższych chatkach włościańskich. Myśl uczczenia pomnikiem ze składek publicznych poruszał już przed 20 laty kol. A. Puławski w książeczce popularnej, poświęconej księdzu Bodunowi i następnie wznowił ją w drugiem wydaniu tej książeczki w końcu roku zeszłego z powodu 200-nej rocznicy przybycia ks. Boduena do Warszawy. Projekt dra Karwowskiego spotkał się z jednomyślnem uznaniem licznie zgromadzonych lekarzy szpital. Dz. Jezus, przyczem wybrany został komitet, mający zająć się bliżej tą sprawą. Do komitetu wybrano kolegów K. Karwowskiego, L. Andersa i A. Puławskiego z prawem kooptacji.

— W Tykocinie (pow. Mazowiecki ziem. Łomżyńskiej) wakuje miejsce dla lekarza. Miasto Tykocin daje 500 mk. rocznie i mieszkanie, trzy okoliczne gminy każda po 500 mk. rocznie. W promieniu 25 wiorst niema lekarza; ludność okoliczna bardzo zamożna. Bliższe informacje w Magistracie m. Tykocina.

N A D E S Ł A N O.

1) Prof. dr St. Serkowski. Metodyka badań sanitarnych (z 65 rys. w tekście). Warszawa. 1918. 2) Dr Stanisław Kopczyński. Rola lekarza powiatowego w dozorcze higieniczno-lekarskim nad szkołami. Warszawa. 1918. 3) Pamiętnik szpitala Ś-go Ducha w Warszawie za rok 1916. Warszawa. 1918.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str
A. Leśniowski. W sprawie czynnościowego badania nerek zapomocą metody fenolsulfonftaleinowej	73	Przegląd bibliograficzny. Uwagi z powodu pracy dra Wł. Szenajcha: „Zasady organizacji opieki nad dziećmi” skreślił A. Ciągłiński.	77
Streszczenie zbiorowe. St. Serkowski. Zakażenia meningokokowe	75	Wiadomości bieżące.	80

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

Adres Redakcyi: Żorawia 22. — Adres Administracyi: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 4½ do 6-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

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

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

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

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

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

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

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

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.

Terapia mechano-fizykalna
Dr BIESIEKIERSKI—Nowogrodzka 25.
Elektryzacja, arsonwalizacja, diatermia, bergonizacja, masaż wibracyjny, naświetlania.

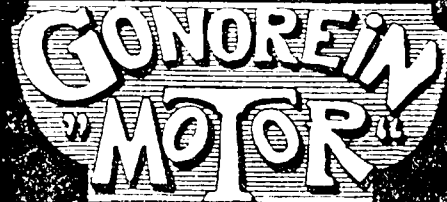
Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuski oraz przepisywanie na maszynie przyjmuje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.



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, cubebaurum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu
War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 25.

Świerzbę

leczy

„Linimentum contra scabiem Hebdae”.
(Maść prow. Hebdy).

Skład maści: Peruscabin, Sulfur, Kali carbonicum, Creta alba, Ol. lini, Glycerinum Ungt. amyli, Sapo kalinus et odor.
Cena: 100.0 — 5.5 m., 250.0 — 10 m.; 1-ko — 35 m.

Dla szpitali cena specjalna.

Skład główny: Tow. Akc. F. R. KARPİŃSKI,
Warszawa — Elektoralna 35.

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 ŚWIEŹLE POGLĄDÓW TEGOCZESNYCH.

Cena 3 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.