



# GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru N<sup>o</sup> 2676.

Adres Redakcyi— Żorawia 22.

Adres Administracyi— Marszałkowska 73.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY  
I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

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

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecymi, oraz wewnętrznymi, z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt i opatrunki od 3 do 7 rb. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdują w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do uskutecznienia leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.

**Digipuratum - środek nasercowy**

## SANTYL KNOLL

neutralny ester salicylowy santalolu  
o czysto oleistym i obojętnym smaku,  
nie drażni żołądka i nerek.

**NAJŁATWIEJ PRYSWAJALNY LEK BALSAMICZNY**

Wskazania: rzeżączka, szczeg. ure-	Rp. Santyl w płynie 15.0	cena około M. 3.25
thritus posterior, tenesmus ves.	Santyl w płynie 25.0	M. 4.80
również nie wywołany rzeżączką.	Santyl w kaps. po 0,4 g. N <sup>o</sup> XV	M. 1.80
	Santyl w kaps. po 0,4 g. N <sup>o</sup> XXX	M. 3.25

W razie trudności w sprowadzeniu prosimy zwracać się do naszego przedstawiciela p. W. SOSNOWSKIEGO, Wilcza 42, Warszawa.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Uspokajają nerwy **Bromural** środek nasenny

# Hemogen Magistra Klawe

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

poleca LABORATORJUM CHEMICZNE

Magistra KLAWE,

10, Pl. Trzech Krzyży Warszawa.

Związek chemiczny,  
zawierający  
żelazo i mangan.



Próbki i literatura na żądanie P.P. Lekarzy.

## NEO-FOSFATYNA

wyrobu apteki L. KLIMPLA i S-ki

Doskonały

pokarm

lekkostrawny



MARKA FABRYCZNA

Żądać

tylko

z sowa.

Stosuje się dla niemowląt zwłaszcza w okresie ząbkowania; dla osób karmiących; dla osłabionych i rekonwalescentów.

Do nabycia w aptekach i składach aptecznych.

## DIABETYLIN

preparat drożdżowy w formie tabletek dla diabetyków. Diabetylin zapobiega nawet bez ścisłej diety tworzeniu się cukru.

Sposób użycia:

3 razy dziennie 2 — 3 tabletek.

## MENSTRUALIN

preparat drożdżowy w formie tabletek zapobiega wszelkim przypadłościom przy utrudnionej menstruacji.

Sposób użycia:

2 razy dziennie 2 — 3 tabletki.

Literaturę i próby dla lekarzy wydaje Dav. H. HALPERN—Warszawa—Marszałkowska 68. Skład główny: Tow. Akc. Ludwik Spiess i Syn.

# KISSINGEN Naturalne Wody mineralne

o wybitnym 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 dnę.

**Luitpoldsprudel** w stanach wyczerpania, chorobach zwrotnikowych, chorobach gruczołów, zaburzeniach trawienia, katarach żołądka i kiszek, cierpieniach kobiecych, dnę, 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 zadać 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.



Dla dzieci, matek, rekonwalescentów, osób nerwowych, gruźliczych i starców.

Fosmoza zapewnia prawidłowy rozwój krwi, kości i mięśni, wzmacnia układ nerwowy, zwiększa apetyt i siły.

Niezbędny pokarm dla dzieci w okresie ząbkowania i rośnięcia.

Liczne opinie Pp. Lekarzy i Ordynatorów szpitali dołącza się do każdego pudełka. Najwyższe nagrody na Wystawach Hygienicznych w Londynie, Paryżu i Rzymie. Zamiast bezpozywnej i drogiej herbaty lub kawy, pijcie „Fosmozę”.

**Dostać można wszędzie.**



# WIRIBVS KARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘC-  
TNOŚCI LEKARSKICH

Dziećdziesięcio-  
lecie długie

Warszawa, d. 17 marca 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2676.

Z MIEJSKIEJ PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W ŁODZI.

## O odczynie swoistym Weil-Felixa w tyfusie plamistym

podali

Stefan Sterling i Kazimiera Sterlinżanka.

Aż do początku roku bieżącego rozpoznanie duru plamistego, pomimo różne środki pomocnicze (na drodze bakteryologicznej: ujemny posiew krwi, ujemny odczyn Widala i t. d., na drodze klinicznej: odczyn opaskowy, histologiczne badanie różyczki, odczyn dwuazowy i t. d.), nie posiadało bezwzględnych cech pewności; stała temu, stoi do dnia dzisiejszego, na przeszkodzie nieznaną zarazka swoistego. W znacznym stopniu zaradził brakowi temu odczyn Weila i Felixa; pomimo że w grę nie wchodzi tu właściwy zarazek duru plamistego, odczyn jest naogół o tyle swoisty, iż może okazać istotnie wielkie usługi rozpoznawcze.

We wrześniu roku 1915 udało się Weilowi oraz Felixowi, którzy badali podówczas wiele przypadków duru plamistego w Galicyi, wyhodować z moczu lekarza, chorego na dur plamisty laseczkę o osobliwych własnościach. Laseczka ta została zaglutynowana nie tylko przez surowicę tego samego chorego w rozcieńczeniu 1:200, ale i przez surowicę innych chorych na dur plamisty.

Laseczka Weila-Felixa nie barwi się metodą Gramma, postacią zbliża się do typu odmienia, posiada słaby ruch, tworzy nici. Na pożywce Conradi-Drygalskiego tworzy niebieskie kolonie na Endo — po 24 godzinach

bezbarwne, przy dłuższym staniu różowe kolonie; agar z cukrem gronowym rozsadza po 18 godz., z cukrem mlekowym — po 48 godzinach; żelatynę rozrzedza po 48 godzinach. Na płytce rośnie, jak odmieniec. Różni się więc biologicznie od laseczki duru brzuszego, durów rzekomych, laseczki krwawej biegunki i laseczki okrężnicy. Co do własności serologicznych, to laseczka Weil-Felixa nie zlepia się z żadną z surowic wysokowartościowych: ani durową, ani paradurowemi, ani krwawej biegunki, ani Gärtnera. Dodatni odczyn daje jedynie z surowicą królika, któremu dwukrotnie wstrzyknięto 1 cm.<sup>3</sup> zawiesiny omawianej laseczki.

Pierwsza, próbna serya badań Weila i Felixa była stosunkowo nieliczna. Na 33 badane przypadki duru plamistego wszystkie bez wyjątku surowice dały z laseczką Weil-Felixa dodatni wynik aglutynacji w rozmaitych rozcieńczeniach (od 25 do 500). Jakiejś zależności między tym odczynem, a odczynem Widala autorzy nie ustalili.

Zachęteni wynikami, zaczęli wspomniani badacze sprawdzać swoistość odczynu. Do sprawdzania autorzy użyli nietylko surowic chorych z okolicy, w której się znajdowali, ale i z dalszych miejscowości i naogół otrzymywali te same wyniki. Na 169 surowic, uży-

tych do kontroli, 95 pochodziło od chorych na dur brzuszny; z tych 95 surowic — 10 aglutynowało szczep Weil-Felixa w rozcieńczeniu 1 : 25 (trzeba to przypisać normalnym aglutyninom, znajdującym się stale we krwi); na 62 surowice, pochodzące od innych chorych, 8 dało odczyn dodatni w rozcieńczeniu 1 : 25; razem więc 12% (na 169 surowic) surowic nieswoistych dało wynik dodatni z wyhodowanymi przez Weila i Felixa szczepem odmienia.

Wkrótce ukazała się praca Weltmana, w której autor na podstawie 82 przypadków wprowadza wnioski co do swoistości odczynu Weil-Felixa. S. Weltmanowi udało się wyhodować z moczu chorego na dur plamisty laseczkę typu odmienia, która biologicznie różni się jednak nieco od szczepu, wyhodowanego przez Weila i Felixa oraz aglutynuje nie ze wszystkimi surowicami od chorych na dur plamisty, lecz z częścią. Weltman tłumaczy zjawisko, na którym się opiera odczyn Weil-Felixa tem, że surowice chorych na dur plamisty są wieloaglutynujące (*polyagglutinatorisch*), co zależy, według autora, albo od obecności paraglutynin, które występują we krwi chorych na dur plamisty (a część z nich skierowana jest przeciwko laseczce Weil-Felixa, możemy ją zatem wyzyskać w celach rozpoznawczych), albo stanowi zjawisko chemicznofizyczne, z aglutynacją swoistą nic nie mające wspólnego. Weltman pracował ze szczepem  $X_1$  i  $X_2$  i na podstawie swych badań twierdzi, że dopiero rozcieńczenie 1 : 80 jest dla odczynu Weil-Felixa miarodajne, a także, że występuje on dopiero w końcu 2-go tygodnia choroby oraz po spadku ciepłoty. Miano zaczyna spadać, według autora, we dwa tygodnie po spadku ciepłoty.

Weil i Felix nie zadowolnili się tymi wynikami i w następnej, ogłoszonej przez jednego z nich (Felixa) pracy, poddają rozbirowi wyniki, otrzymane po zbadaniu 185 surowic chorych na tyfus plamisty i 632 surowic, pochodzących od innych chorych.

Okazało się z tych zestawień, że tylko w jednym przypadku, gdzie klinicznie był rozpoznany niewątpliwie dur plamisty, aglutynacja ze szczepem Weila i Felixa była ujemna.

Normalne surowice aglutynują laseczkę w rozcieńczeniu 1 : 25 w 12%, a w rozcieńczeniu 1 : 50 odsetek dodatnich wyników znacznie się zmniejsza.

Te same mniej więcej wyniki miało według cytaty autora, laboratorium „Salubritätskommission der II Armee“: w 90% otrzymało wyniki dodatnie (zbadanych zostało 500 surowic,

pochodzących od chorych na dur plamisty i 500 surowic — od innych chorych).

Weil i Felix, na zasadzie 100 przypadków duru plamistego, zbadanych przez nich serologicznie i bakteryologicznie, ustalili krzywą aglutynacyjną.

Doszli oni do wniosku, że dodatni wynik aglutynacji, w większości przypadków, przypada na koniec pierwszego tygodnia choroby i rozcieńczenie tak stosunkowo słabe, jak 1 : 50 przemawia stanowczo za durem plamistym. Najsilniejsza aglutynacja przypada na okres bezpośrednio następujący po spadku ciepłoty; zanik własności aglutynacyjnych w surowicy daje się zauważyć po upływie ok. 6 tygodni po spadku ciepłoty. Pogląd zaś Weltmana jakoby dopiero rozcieńczenie 1 : 80 było miarodajne, Felix zwalcza, jak również nie zgadza się na twierdzenie tego autora, że dopiero w drugim tygodniu odczyn ma znaczenie rozpoznawcze. Pogląd ten oparł Felix na badaniach, dokonanych wyjątkowo silnie aglutynującym szczepem, wyhodowanym przez autorów i nazwanym przez nich  $X_{19}$ . Dwa pierwsze, słabo aglutynujące szczepy otrzymały nazwę  $X_1$  i  $X_2$ .

Szczep  $X_{19}$  przyczynił się bardzo do ułatwienia reakcji, z pomocą bowiem tego szczepu udawało się autorom osiągać bardzo wysokie miana aglutynacyjne surowic.

Na 61 surowic od chorych na dur plamisty lub ozdrowieńców po tej chorobie, wszystkie dały ze szczepem  $X_{19}$  wynik dodatni. W 16 przypadkach autorzy mogli dokładnie sprawdzić, którego dnia surowice zaczynały aglutynować i przekonali się, że w 12 przypadkach aglutynacja występowała przed 4-m dniem choroby. Felix dzieli swój materiał na dwie grupy, różniące się pod względem wzrostu miana aglutynacyjnego w miarę posuwania się choroby. Do grupy I-iej należą surowice, kt. aglutynują przed 4-ym dniem choroby — miano wzrasta bardzo wysoko (przeszło 5,000); typ II-gi — to surowice, które zaczynają później aglutynować (na 6 lub 7 dzień choroby) — miano ich jest niskie. Co do zanikania własności aglutynacyjnych po przebytej chorobie, to nie zbadano jeszcze, którego właściwie dnia miano zaczyna się obniżać (autor twierdzi, że mniej więcej zdolność aglutynacyjna znika po upływie około 5 miesięcy od spadku ciepłoty).

Autor twierdzi zatem, że na podstawie tego odczynu diagnoza może być postawiona w 75% przypadków przed 4-ym dniem choroby, a w 25% przypadków na 6, lub 7 dzień choroby.

Odczyn-Weil-Felixa został wkrótce sprawdzony przez szereg innych badaczy. Elias utrzymuje, że odczyn Weil-Felixa stosowany w laboratorjach wojskowych, daje w 70—90% wyniki dodatnie. O ile uważać za swoiste miano powyżej 1:40, to odsetek dodatnich wyników zwiększy się jeszcze, zdaniem autora. Gohn twierdzi, że wykonał w 372 przypadkach aglutynację z laseczką Weil-Felixa. Z tych przypadków 166 pochodziło od chorych nie na dur plamisty, lecz na inne cierpienie, z pozostałych zaś, w 43 przypadkach chodziło o rozpoznanie duru brzuszego, w 57 przypadkach również nie było podejrzenia na dur plamisty, w 90 przypadkach surowice pochodziły częściowo od chorych na dur plamisty, częściowo od ozdrowieńców po tej chorobie i wreszcie 16 przypadków pochodziło z małej endemii duru plamistego. Na całą tę liczbę (372 przypadków) 55 dało wynik dodatni, z czego 67,5% przypadło na chorych na dur plamisty, lub podejrzanych o tę chorobę.

Starckenstein przypisuje duże znaczenie rozpoznawcze odczynowi Weil-Felixa. Na 66 przypadków, rozpoznanych klinicznie, jako dur plamisty, 46 dało odrazu wynik dodatni, 6 — po kilku dniach. U 14 chorych, gdzie odczyn Weil-Felixa wypadł ujemnie, okazało się w dalszym ciągu choroby, że nie był to dur plamisty. Kontrole surowic normalnych z łatwo aglutynującym szczepem X<sub>19</sub> dały wynik ujemny. Wreszcie Fuchs<sup>1)</sup> również zaleca stosowanie odczynu Weil-Felixa ze szczepem α<sub>19</sub>. Dwa pierwsze szczepy α<sub>1</sub> i α<sub>2</sub> nie dają, zdaniem autora, odczynu swoistego.

Technika, stosowana przez Weil-Felixa, przy wykonywaniu odczynu jest następująca: 24-godzinna hodowla szczepu na agarze skośnym autorzy spłukują 1,5 cm.<sup>3</sup> fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Do każdej próbki z zawartością 1 cm.<sup>3</sup> surowicy w odpowiednim rozcieńczeniu dodają po 1 kropli gęstej zawiesiny. Wyniki autorzy odczytują po 6—8 godzinach; jeżeli chodzi o dokładne ustalenie miana, wówczas odczytują po 18 godzinach.

Korzystając z obfitego materiału, który przepływał przez naszą pracownię, postanowiliśmy dokładnie zbadać swoistość odczynu Weil-Felixa, przyczem jeden z nas miał możliwość klinicznego badania tych przypadków, które się znajdowały w Miejskim Szpitalu dla

chorych zakaźnych (przy ulicy Łąkowej). Pracowaliśmy ze szczepem α<sub>19</sub>, przyczem szczep, sprowadzony z Berlina z Instytutu Roberta Kocha, aglutynuje lepiej, niż szczep, sprowadzony z Wiednia z Instytutu Kralla. Naogół szczep po kilkunastu przeszczepieniach traci na zdolnościach aglutynacyjnych; aby więc tego uniknąć, przeszczepiliśmy otrzymane pokolenie (6-e) na kilkanaście probówek, które stale przechowujemy w hodowli. Jedną z przeszczepionych probówek, używając codzień świeżą hodowlę, doprowadzamy do mniej więcej 20-ego pokolenia; w ten sposób mamy zawsze dobrze aglutynującą zawiesinę.

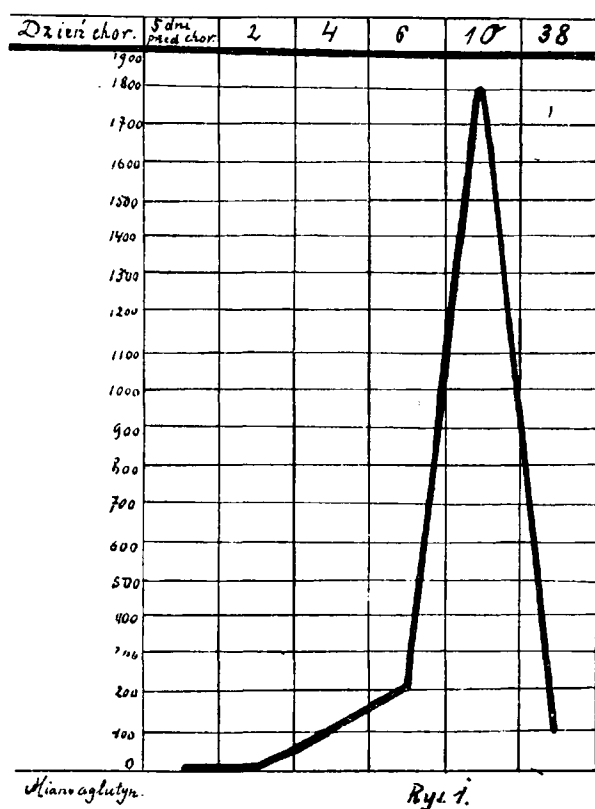
Z nadsyłanych do pracowni moczów od chorych na dur plamisty wyhodowaliśmy w kilkunastu przypadkach laseczkę, we własnościach swych przypominającą biologicznie odmienca Weil-Felixa. 3 z tych szczepów aglutynowały nieźle z surowicami od chorych na dur plamisty o wysokim mianie (1:5000) w rozcieńczeniu 1:400. Wobec jednak ogromnej przewagi X<sub>19</sub> używaliśmy, jak wyżej zaznaczono, tylko tego szczepu.

Co się tyczy techniki, to w badaniach naszych różni się ona cokolwiek od oryginalnej, podanej przez Weil-Felixa. Różnica polega na pewnej odmienności w przygotowaniu zawiesiny, oraz na późniejszym sprawdzaniu wyników aglutynacji. Zawiesinę przygotowujemy z 24-godzinnej agarowej hodowli, którą spłukujemy 5 cm.<sup>3</sup> fizyologicznego roztworu NaCl; do gęstej tej zawiesiny dodajemy jeszcze 35 cm.<sup>3</sup> fizyologicznego roztworu NaCl. Do rozcieńczonej surowicy 1:25, 1:50 i 1:100 w 0,5 cm.<sup>3</sup> dodajemy po 0,5 cm.<sup>3</sup> zawiesiny, przez co otrzymujemy rozcieńczenia ostateczne 1:50, 1:100 i 1:200. Probówki pozostawiamy w ciepłocie pokojowej przez 16—18 godzin (nastawiamy odczyn około 6-jej pp. — odczytujemy nazajutrz rano). Wyniki sprawdzamy przez lupę. Technika ta, jak się okazało z licznych badań porównawczych, daje wyniki czulsze od techniki Weil-Felixa, lub od krótkotrwałego umieszczania probówek w cieplarni (2—3 godz.) — która to technika stosowana jest w Instytucie R. Kocha. Każda surowica badana była przynajmniej w rozcieńczeniach 1:50<sup>1)</sup>, 1:100 i 1:200 w razie dodatniego wyniku — dalej, w wielu przypadkach aż do miana końcowego. Do celów jednak klinicznych w przeważającej liczbie przypadków rozcieńczenie 1:200 jest zupeł-

<sup>1)</sup> Na podstawie referatu w Deut. Med. Woch. № 47. 1916.

<sup>1)</sup> Niekiedy surowice, zwłaszcza wysokoaglutynujące, w rozcieńczeniu 1:50 aglutynują słabiej, aniżeli w rozcieńczeniach znacznie wyższych.

nie wystarczające, o czym mowa zresztą poniżej. Ogółem zbadaliśmy 677 surowic, ponieważ jednak w pierwszych 122 nie stosowaliśmy techniki jednolitej i pracowaliśmy z dwójakimi szczepami (wiedeńskim i berlińskim), przeto nie dołączamy ich do ogólnych wyników. Pozostaje zatem 555 surowic, z tych zaś 311 surowic od chorych na dur plamisty, reszta surowic pochodzi od chorych bądź podejrzanych o tyfus plamisty (gdzie jednak klinicznie i bakteryologicznie stwierdzono dur brzuszny), bądź też od osobników chorych na inne cierpienie (*pneumonia*, *tbc. lues*—surowice nadesłane na odcz. Wassermann).



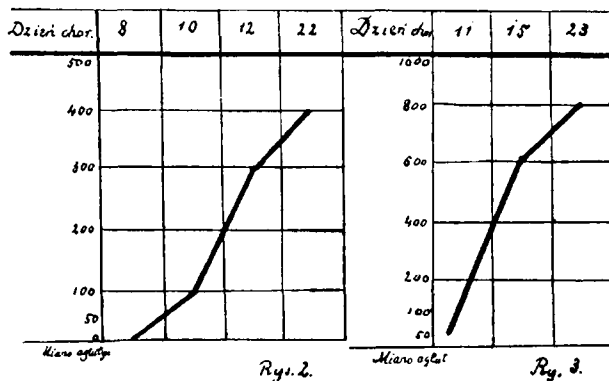
Rys. 1.

Załączona tablica (I-a) wskazuje, iż w materiale naszym odczyn dodatni wypadł najczęściej w drugim tygodniu choroby; faktowi temu nie możemy jednak nadawać żadnej specjalnej wagi — wypływa on poprostu stąd, iż dwa szpitale miejskie największą ilość surowic nadsyłały nam na 9-ty dzień choroby. Ponieważ zaś odczyn z początkiem drugiego tygodnia daje naogół wyniki dodatnie, zrozumiałem jest, że i u nas na ten okres przypadła największa liczba przypadków dodatnich. Z tabliczki tej natomiast widać wyraźnie, że nawet i w drugim tygodniu, w pewnej liczbie przypadków, odczyn wypadł słabo, a nawet ujemnie.

Od 7-go do 12-go dnia ch. odczyn wypadł dodatnio w rozc. 1:50 w 7 p.

W ciągu drugiego tyg. ch. odczyn wypadł dodatnio w rozc. 1:100 w 19 p. Odczyn wypadł ujemnie w ciągu drugiego tygodnia w 8 p.

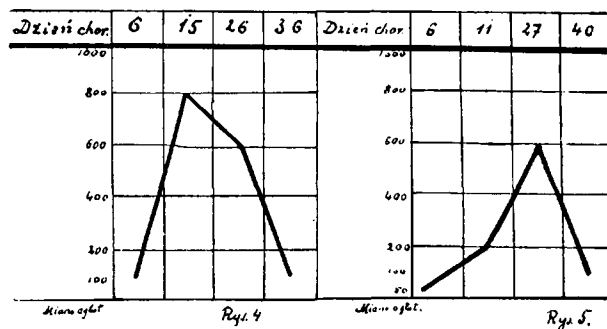
Zwykle jednak miano było wysokie, i pomijając 182 przypadki, gdzie zadowolniono się jedynie określeniem miana 1:200 w celach rozpoznawczych, a dalszych ze względów technicznych nie dokonywano, otrzymywaliśmy wyniki dodatnie w dużo wyższych rozcieńczeniach (do 1:5000).



Rys. 2.

Rys. 3.

Załączona tabliczka (II-a) wykazuje w ogólnych zarysach powstawanie aglutynacji swoistej (dla szczepu odmienca Weil-Felixa), oraz stopień wzmagania się jej; jeszcze wyraźniej występuje to na załączonych krzywych (Rys. 1—5).



Rys. 4.

Rys. 5.

Trudno na naszym materiale ustalić właściwą chwilę powstawania aglutynin, lecz już nawet w stosunkowo nielicznej liczbie badanych przez nas przypadków z pierwszych dni choroby wynikać zdaje się, iż odczyn W.-F. występuje w poszczególnych przypadkach bardzo wcześnie, już na 3—4 dzień choroby: wcześniejszych przypadków nie mieliśmy — natomiast ścisłość naszych wczesnych przypadków co do dnia choroby jest zupełna, gdyż pochodzą one z domów izolacyjnych, gdzie 2 razy dziennie mierzy się ciepłotę i gdzie chory przebywa zwykle część okresu wylegania.

Z 5-ciu przyp. na 3 dz. chor. odczyn ujemnie wypadł 1 raz, 2 razy aglut. w rozc. 1:50, 1 raz w rozc. 1:100 i 1 raz w rozc. 1:200.

T A B L I C A I.

Dzień choroby	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	29	36	57	Ogółem w przyp.
Miano aglutyn 1 : 50	2	1	3	5	2	1	2	2	2																			20
1 : 100	1	1	6	7	8	2	7	3	3	1	2	1		1					1		1					1	1	47
1 : 200	1	4	5	18	18	21	34	23	18	13	9	5	4	1	1	1	2	1			2				1			182
1 : 300		1					1	5		1		1									1							10
1 : 400					1		1	1		1				1												1		6
1 : 600						2	2		1	1	1		1											1	1	1		11
1 : 800							2				1		1	1							1							6
1 : 1000			1					2					1								1							5
1 : 1800					1					1																		2
1 : 2000										3												1						4
1 : 2500														1						1								2
1 : 5000										1												1						2
Odczyn ujemny (—) w przypadk.	1	1		1	3	4	2		1		1																	14
Razem zbadano przyp. w odpow. dniu choroby:	5	8	15	32	34	34	53	29	32	15	13	8	7	4	1	1	2	2	1	1	6	1	1	2	2	1	1	311

T A B L I C A II.

Dzień choroby	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	16	18	19	22	23	27	29	36
Kalm.		—							$\frac{1}{200}$										
Strzel.									$\frac{1}{200}$							$\frac{1}{2000}$			
Silb.						$\frac{1}{100}$			$\frac{1}{200}$									$\frac{1}{400}$	
Gros.						$\frac{1}{50}$			$\frac{1}{200}$										
Radz.							$\frac{1}{100}$			$\frac{1}{200}$									
Dud.	—				$\frac{1}{50}$								$\frac{1}{200}$						
Wert.		$\frac{1}{100}$								$\frac{1}{200}$									
Polm.									$\frac{1}{100}$			$\frac{1}{200}$							
Silb.				$\frac{1}{200}$					$\frac{1}{500}$							$\frac{1}{600}$			
Bogacz.				$\frac{1}{100}$		$\frac{1}{200}$		$\frac{1}{600}$											
Guterm.											$\frac{1}{200}$			$\frac{1}{100}$					
Kol.				$\frac{1}{200}$												$\frac{1}{5000}$			
Cymb.									$\frac{1}{50}$							$\frac{1}{800}$			

Z 8-miu przyp. na 4 dz. chor. odczyn ujemnie nie wypadł 1 raz, a z pozostałych — 5 aglutynowało już w rozcieńczeniu wystarczającym dla rozpoznania klinicznego. wreszcie z 15 przyp. na 5-y dzień chor. wszystkie aglutynowały, przyczem miano w 1 przypadku doszło aż do 1 : 1000.

Z tej niewielkiej liczby (kilkunastu) przypadków ścisłych wniosków wyciągać, rzecz prosta, nie można; mamy jednak prawo przypuszczać, o ile w pierwszych dniach odczyn W.-F. wyszedł już słabo dodatnio, a w dzień lub dwa później wzmożył się, że w podejrzanym przypadku wystąpi dur plamisty.

Jak długo utrzymuje się aglutynacja po spadku ciepłoty, na podstawie naszych badań określić dokładnie nie możemy, z poszczególnych jednak przypadków (patrz tabliczka II i krzywe rys. 4—5) jesteśmy uprawnieni przyjąć, że trwa ona przez kilka tygodni po spadku ciepłoty. Tu zwrócić jeszcze musimy uwagę, co podkreśla i Weltmann, że w dość znacznej liczbie przypadków duru plamistego wypadła dodatnio odczyn Widala na dur i dur rzekomy, jak to wskazują załączone cyfry.

Na 311 surowic od chorych na tyfus plamisty dało odczyn Widala dodatni:

93	surow. z laseczką duru brz. w rozc.	1 : 50
23	" " " " " "	1 : 100
8	" " " paraduru " " "	1 : 50
3	" " " " " " "	1 : 100

Pod względem praktycznym ma to duże znaczenie, albowiem aż do chwili stosowania odczynu Weil-Felixa wynik dodatni odczynu Widala w rozcieńczeniu 1 : 50 i 1 : 100 miał dość poważne znaczenie rozpoznawcze; dziś jednak, dzięki czułości omawianego tu odczynu, możemy te przypadki duru plamistego z dodatnim odczynem Widala odgraniczyć od istotnych przypadków duru brzuszego. Nie ulega bowiem wątpliwości, że po zastosowaniu odpowiednio wysokiego miana (1 : 200 dla odczynu Weil-Felixa) można już na podstawie wyniku badań serologicznych postawić rozpoznanie różniczkowe obydwu durów (plamistego i brzuszego), naturalnie w późniejszym okresie choroby. Potwierdza to nasz dość bogaty materiał z tyfusu brzuszego (128 przypadków), gdzie dodatni wynik odczynu Weil-Felixa wypadł (w rozcięż. 1 : 200) tylko dwa razy, w tyfusie zaś plamistym odczyn wypadł dodatnio w 96%; w tych zaś przypadkach duru plamistego, w których odczyn wypadł ujemnie, zależało to, być może, od względnie wczesnego okresu choroby, w którym wzięto krew, albo od ciężkiego stanu chorych (2 zmarło).

Od czego zależna jest obecność aglutynin dla odmienia Weil-Felixa, odpowiedzieć trudno; wchodzi tu w grę zapewne zjawisko paraglutynacji, t. j. zlepiania drobnoustroju nieswoistego, tak charakterystyczne dla duru plamistego; ono to właśnie tłumaczy, dlaczego w przebiegu duru plamistego wykryto tyle drobnoustrojów „swoistych“: każdy z autorów, któremu udało się wyhodować ze krwi chorego jakiś drobnoustrój, na podstawie mniej lub więcej wybitnej aglutynacji z surowicą chorego, uważał wyhodowany drobnoustrój za swoisty. Dopiero wyhodowanie odmienia Weil-Felixa dowiodło, że w tyfusie plamistym aglutynacja z jakimkolwiek bądź z wyhodowanych szczepów nie przemawia bynajmniej za jego własnościami chorobotwórczymi.

Streszczając wyniki naszych badań, dochodzimy do następujących wniosków:

1. Odczyn Weil-Felixa w 96% przypadków duru plamistego wypadła dodatnio; 4% przypadków ujemnych zależne były od okresu choroby, wieku (dzieci), oraz ciężkiego stanu pacyenta. W około 32% przypadków duru plamistego odczyn Widala wypadł dodatnio w rozcieńczeniu 1 : 50; a w przeszło 10% w rozcieńczeniu 1 : 100.

2. W 2 przypadkach duru brzuszego, czyli w około 2% odczyn Weil-Felixa wypadł (w rozcięż. 1 : 200) dodatnio.

3. Odczyn Weil-Felixa jest swoisty dla duru plamistego; występuje naogół wyraźnie pod koniec pierwszego tygodnia.

4. Powolne wzrastanie miana w ciągu dni kilku przemawia za drem plamistym.

5. Za miano rozpoznawcze musimy uważać przynajmniej rozcieńczenie 1 : 200 (w rozcieńczeniu 1 : 100 odczyn wypadł dodatnio dość często i w durze brzuszonym).

6. Surowica chorego osiąga najwyższe miano pod koniec drugiego tygodnia, oraz w okresie spadku ciepłoty i zaraz po nim; z biegiem czasu miano zmniejsza się.

7. Do aglutynacji należy używać zlepliwego szczepu X<sub>19</sub>.

8. Odczyn, ze względu na łatwość techniki oraz czułość, powinien być dokonywany w każdym przypadku podejrzanym o dur plamisty, zwłaszcza w późniejszym okresie choroby<sup>1)</sup>.

Łódź. W grudniu. 1916.

<sup>1)</sup> Miejska Pracownia Bakt. chętnie gotowa jest na żądanie dostarczyć Pracownikom miejskim lub prywatnym szczep (X<sub>19</sub>) bezpłatnie.



ZE SZPITALA IM. KAROLA I MARYI DLA DZIECI W WARSZAWIE. LEKARZ NACZELNY: DR J. BRUDZIŃSKI.  
Z PRACOWNI SZPITALA. KIEROWNIK DR K. JONSCHER.

## O leukopenii doświadczalnej

(DONIESIENIE PIERWSZE)

Podali

**Marta Erlichówna i Karol Jonscher.**

(Dokończenie—patrz № 9).

Metoda przeprowadzania naszych badań różniła się tem od doświadczeń innych autorów, że przystępowaliśmy do obliczania białych ciałek krwi natychmiast po wstrzyknięciu zawiesiny, t. j. po upływie jednej do pięciu minut, podczas gdy w dostępnem nam piśmiennictwie obliczenia dokonywane były dopiero po upływie kilku godzin. Obliczania powtarzaliśmy w krótkich odstępach czasu — co kilkanaście do kilkudziesięciu minut — w ciągu pierwszego dnia — następnie badaliśmy krew przez kilka dni co 24 godziny. Dzięki temu poznaliśmy okres działania jadu, który musiał z konieczności ująć uwagi innych badaczy, gdyż najintensywniejsze i najciekawsze zarazem zmiany występują przez 2—3 godzin po wstrzyknięciu jadu.

Doświadczenia nasze podjęliśmy, wychodząc z założenia, opartego na piśmiennictwie (Lange (1), Czystowicz (2), Lucibelli (3), Schittenhelm (4) i inni), że jad duru brzuszego prawdopodobnie działa deprymująco na szpik kostny, obniżając w ten sposób zdolność wytwarzania leukocytów, przez co powstaje leukopenia, zarówno kliniczna, jak doświadczalna. Wydawało nam się, że brak leukopenii, lub nieznaczne obniżenie się liczby ciałek białych u osobników młodych mogłyby zależeć od większej odporności ich szpiku kostnego na działanie jadów, lub też, że reakcja po uszkodzeniu szpiku kostnego młodocianego jest silniejsza i że wskutek tego obniżenie liczby wytwarzanych leukocytów mogło ulegać szybko wyrównaniu. W praktyce jednak proces obniżania się liczby białych ciałek krwi okazał się bardziej złożony. Przekonaliśmy się bowiem, że natychmiast po wstrzyknięciu zawiesiny zabitych laseczek duru brzuszego następuje kolosalny rozpad białych ciałek krwi. Jesteśmy więc świadkami natychmiastowego i bezpośredniego uszkodzenia leukocytów w krwiobieg przez jady. W dostępnem nam piśmiennictwie doświad-

czalnym spotkaliśmy tylko u Langego (1) po-  
bieżnie wyrażone przypuszczenie, że w powstawaniu leukopenii, obok uszkodzenia szpiku kostnego, może odgrywać pewną rolę także i uszkodzenie białych ciałek, krążących we krwi.

Rozpad białych ciałek krwi jest tak znaczny, że w niektórych przypadkach liczenie ich w kamerze przedstawiało wielką trudność, zwłaszcza w ciągu pierwszej godziny po wstrzyknięciu zawiesiny; po upływie pewnego czasu obliczanie było łatwiejsze, gdyż masy rozpadowe znikwały, widocznie wyrzucone z krwiobiegu.

Na preparatach barwionych (Giemsa, May-Grünwald—Giemsa, Polychrom Kleina, Leishman) stwierdziliśmy zmiany bardzo znaczne. Przedewszystkiem uderza w oczy rozpad leukocytów wielojądrowych, dochodzący w niektórych preparatach do 75% ogólnej liczby obliczonych ciałek białych. Miejscami widzimy całe, lub rozerwane jądro, brak zarodki, dokoła na dużej przestrzeni rozsypane ziarenka pseudoeozynofilowe. (Jak wiadomo, leukocytom neutrofilowym ludzi odpowiadają we krwi króliczej leukocyty z ziarnistością wyraźną i grubą, jasno czerwoną, przypominającą barwą i kształtem ziarnistość eozynofilową, jednak znacznie od niej drobniejszą i jaśniejszą). Niektóre jądra, leżące oddzielnie, mają kontury wyraźne, barwią się dobrze, inne są napełnione, barwią się źle, wyglądają jakby się rozplywały, jeszcze inne są dobrze zabarwione, lecz fragmentowane. W innych miejscach leukocyty mają budowę prawidłową, tylko kontury ich są niejasne, lub miejscami poprzerywane. Na brzegach preparatów lub w preparatach gorzej rozartych miejscami leżą całe masy ziarenek pseudoeozynofilowych, a także masy rozpadowe złożone z części jąder. Nieliczne leukocyty zasadochłonne są również w podobny sposób uszkodzone. Naogół wygląd niektórych leukocytów wielojądrowych nasuwa myśl, o pro-

cesie fagocytozy, zwłaszcza, że w limfocytach, które zdolności fagocytowania nie posiadają, zmian morfologicznych nie zauważyliśmy wcale. Ponieważ jednak nie udało nam się ani razu w żadnym preparacie zauważyć w leukocytach, lub dokoła nich, tworów, podobnych do laseczek duru brzuszego, przestajemy na wyrażeniu tego przypuszczenia, nie wyciągając z niego żadnego wniosku. Mimo to, że kształt i barwienie się limfocytów nie ulega żadnej zmianie, jednak absolutna ich liczba zmniejszała się w każdym przypadku dość znacznie. Co się tyczy wielojądrowych eozynofilowych, to do zupełnego ich braku w okresie znacznej leukopenii znaczenia nie przywiązujemy, wobec nieznacznej ich ilości absolutnej i wobec związanej z tem trudności obliczania.

Żadnych wyraźnych zmian morfologicznych nie wykazują również czerwone ciała krwi. Natomiast zauważyliśmy zmiany, dotyczące się płytek Bizzozera, a m. przez dłuższy czas po wstrzyknięciu zawiesiny, ilość ich jest znacznie zwiększona, czasami zjawiają się płytki 2—3 razy większe, przypominające wyglądem płytki krwi ludzkiej. Przyczyny tej zmiany nie umieliśmy sobie wytłomaczyć. W związku z temi zmianami dodam zaraz, że nawet po wystąpieniu następczej leukocytozy, t. j. po szeregu godzin a nawet dni, stwierdzaliśmy również wielokrotnie rozpad, polegający głównie na uszkodzeniu zarysów leukocytów, lub też na rozsypywaniu się ziarnistości pseudoeozynochłonnej i zasadochłonnej.

Przyczyna tego zjawiska może być dwójaka: albo jakieś ciała krążą we krwi, które zachowały jeszcze własność niszczenia, choć w słabszym stopniu, białych ciałek krwi, lub też szpik kostny, uszkodzony przez jady, wytwarza narazie leukocyty mniej trwałe, niż normalnie. Po pewnym czasie zaczyna on jednak wytwarzać leukocyty trwałe, a nawet trwalsze niż przedtem, gdyż po powtórnej zastrzyknięciu zawiesiny występuje wprawdzie leukopenia, ale rozpad jest zwykle mniejszy, czasami nawet brak go zupełnie (królik I). Że rozpad białych ciałek krwi wywołany jest jedynie nagłym nagromadzeniem się dużej ilości jadów we krwi, dowodzi doświadczenie na króliku XI, u którego, przy wstrzyknięciu zawiesiny laseczek duru do otrzewnej — co powodowało powolniejsze przedostawanie się jadów do krwi — wywołaliśmy leukopenię mniej wybitną, a nie stwierdziliśmy ani śladu rozpadu białych ciałek krwi.

Co się tyczy zmian ilościowych, to

już przy pierwszym obliczaniu, w kilka lub kilkanaście minut po wstrzyknięciu, liczba białych ciałek zmniejszała się mniej więcej do połowy, np. z 8000 na 4000; po godzinie stwierdzaliśmy cyfry 4—5 razy mniejsze, np. 1200—2000. W tym samym stosunku wzrastał rozpad. Maximum leukopenii wypada w 2—3 godzin po zastrzyknięciu zawiesiny, zmniejszanie się rozpadu następuje jednak nieco wcześniej.

W 7—8 godzin liczba białych ciałek wraca do normy, lub też występuje już leukocytoza, w każdym razie stwierdzamy leukocytozę (kilkanaście tysięcy) nazajutrz i przez kilka dni następnych. Po powtórnej zastrzyknięciu leukopenia była zwykle mniej wybitna, rozpad — mniejszy, lub też brak było rozpadu zupełnie, leukocytoza występowała szybciej i wybitniej (np. 38000).

Absolutna liczba limfocytów podlega również, wskutek tego zabiegu, wahanom dość dużym, nie w tym stopniu jednak, jak liczba leukocytów wielojądrowych; zmniejszanie się liczby limfocytów postępuje przytem powolniej i trwa dłużej, niż to ma miejsce dla postaci pseudoeozynofilowych, tak że najmniejsze wartości absolutne otrzymujemy niekiedy dopiero w okresie zwiększania się ogólnej liczby ciałek białych. Zgadza się to w zupełności z wynikami przeglądania preparatów barwionych; jak zaznaczyliśmy już wyżej, nie spotykamy wcale limfocytów rozpadających się — rozpad leukocytów wielojądrowych tłomaczył nam przecież to prawie natychmiastowe występowanie leukopenii po zastrzyku laseczników duru. Można więc przypuścić, na podstawie tych faktów, że zmniejszanie się absolutnej liczby limfocytów zależy w mniejszym stopniu od bezpośredniego działania na nie jadu durowego, w większym zaś od działania na narządy krwiotwórcze. Na wysokości następczej leukocytozy występuje przytem ciekawa różnica w zachowaniu się limfocytów u królików starych i młodych. U pierwszych absolutna liczba limfocytów dorównywa liczbie leukocytów wielojądrowych, przewyższa ją nawet; np. u królika I — 8556 limfocytów i 7695 leukocytów, lub 19480 i 16900; u królików młodych natomiast limfopenia absolutna trwa jeszcze w tym okresie w całej pełni; np. u królika IV mamy 2168 limfocytów na 27347 pseudoeozynofilowych, u królika VI 1098 na 10492. Dowodziłoby to większej wrażliwości układu limfatycznego u zwierząt młodych. Jest to w każdym razie jedyna wyraźna różnica, jaka występuje w porównaniu ze zwierzętami starymi.

Procentowa zawartość limfocytów zależy, naturalnie, w dużym stopniu od jednoczesnego zachowania się ciałek wielojądrowych; wobec powolniejszego występowania absolutnej limfopenii niż absolutnej leukopenii rozumiałem jest, że limfocyty procentowo powiększają się w pierwszym czasie po zastrzyku, dochodząc nawet do 100%! Zaznaczymy tutaj, dla uniknięcia nieporozumień, że mogliśmy przy obliczaniu stosunku wzajemnego ciałek wielojądrowych i limfocytów uwzględniać tylko postacie, nie podległe zupełnemu rozpadowi.

Wyniki naszych badań dowodzą, że w powstawaniu leukopenii eksperymentalnej przez zastrzykiwanie jadów duru brzuszego odgrywają rolę 2 czynniki: 1) uszkodzenie leukocytów bezpośrednio przez jad, 2) uszkodzenie szpiku kostnego. Uszkodzenia leukocytów dowodzi ich rozpad natychmiast po zetknięciu się z jadem. Za uszkodzeniem szpiku kostnego przemawia przede wszystkim powstawanie leukopenii nawet wtedy, gdy niema rozpadu, zarówno w doświadczeniach, jak w klinice, świadczy o tem również doświadczenie na króliku V, u którego wstrzyknięcie dawki zbyt małej wywołało narazie leukocytozę, potem spadek liczby ciałek białych do normy; wreszcie doświadczenie XI, w którym zastrzyknięcie jadów duru do otrzewnej wywołało leukopenię bez rozpadu.

Ujemnego wpływu jadu durowego na szpik kostny dowiódł między innymi i Hirschfeld (5), który zapomocą przewlekłego zatrucia królików jadami durowymi wywoływał u tych zwierząt zanik szpiku kostnego. W naszych doświadczeniach, u 4 małych królików i u jednego dużego, zabitego chloroformem, szpik kostny był makroskopowo normalny, zaś w preparatach mikroskopowych stwierdziliśmy wybitną hyperplazję elementów szpikowych ziarnistych. Sprzeczność wyników badań Hirschfelda i naszych jest jednak tylko pozorna, znane nam są bowiem niektóre środki, które mogą podnosić lub obniżać czynność narządów, zależnie od tego, czy są stosowane w dawkach dużych czy ma-

łych [alkohol, arszenik, chinina, tolnylendiamina (6)].

Co się tyczy pytania, które było punktem wyjścia dla naszych doświadczeń, czy w leukopenii doświadczalnej u królików występują różnice, zależne od ich wieku, to musimy odpowiedzieć przecząco: zarówno u królików młodych, jak u starych otrzymywaliśmy wybitną leukopenię przez wstrzyknięcie im do żyły zabitych laseczek duru brzuszego. Wobec stwierdzonego przez nas rozpadu leukocytów ujemny wynik naszych badań staje się zupełnie zrozumiały; sam fakt bowiem rozpadu, który nastąpił, oczywiście, tak samo we krwi młodej, jak i starej, wystarczył, aby wywołać leukopenię, jeśliby nawet szpik kostny królików młodych reagował inaczej niż u królików starych. Wnioski te jednak nie dadzą się zastosować do kliniki, gdyż przy stopniowym i przewlekłym zatruciu ustroju ludzkiego w durze brzuszonym, rozpad być może nie występuje wcale, lub też tylko w bardzo nieznacznym stopniu — przez to na pierwszy plan wysuwać się musi czynnik drugi, to jest uszkodzenie szpiku kostnego, posiadającego niewątpliwie odmienne cechy, a zwłaszcza większą wrażliwość, u dzieci, niż u dorosłych.

Na zasadzie badań naszych dochodzimy do wniosków następujących:

1. Po wstrzyknięciu królikowi zawiesziny zabitych laseczek duru brzuszego występuje natychmiast leukopenia.

2. We krwi królików, którym wstrzyknięto zawieszinę zabitych laseczek duru brzuszego, stwierdza się natychmiast kolosalny rozpad wielojądrowych leukocytów.

3. W powstawaniu leukopenii eksperymentalnej odgrywają rolę 2 czynniki: rozpad leukocytów, oraz uszkodzenie szpiku kostnego.

4. Po upływie kilku godzin lub dnia następnego występuje stale następca leukocytoza.

5. Różnice w występowaniu leukopenii u osobników dorosłych i dzieci, chorych na dur brzuszny, nie dadzą się przenieść na grunt doświadczalny, gdyż w eksperymencie otrzymuje się leukopenię tego samego stopnia u królików starych i młodych.

## PIŚMIENNICTWO.

1. Lange. Deutsches Arch. f. klin. Med. T. 94, z. 5—6, r. 1908.

2. Czysłowicz. Annales de l'Institut Pasteur. 1891. T. 7.

3. Lucibelli. Reformi Medica. 1909, № 2.

4. Schittenhelm. Zentr. für exper. Pathol. u. Therapie. 1912. T. 10.

5. Hirschfeld. Dutsch. Arch. f. kl. Med. 1908. T. 92, p. 482.

6. Hertz i Erlichówna. Gazeta Lekarska. 1914, № 46.

## Posiedzenia kliniczne w szpitalu Wolskim.

Dn. 14 Czerwca 1916.

Z. Monsiorski przedstawił 24 letnią niezamężną wieśniaczkę, chorą od 11 miesięcy, u której peryody stawały się coraz mniej obfite, a od 6 miesięcy ustały zupełnie, jednocześnie brzuch powiększał się w obwodzie. Dr M. stwierdził guz miękki, wypełniający równomiernie brzuch ponad pępkiem; środek guza dochodził prawie do pępka, natomiast boki obniżały się ku dołowi, tworząc jakgdyby dwa rogi. Chełbotanie wyraźne, brak bolesności. Przed badaniem pierwotnym dokonano nakłucia poniżej pępka i wypuszczono sporą ilość płynu.

Wobec równomiernego wzdęcia brzucha w górnej okolicy, chełbotania i formy guza, przypominającej rozciągniętą bursę omentalis, Dr M. przystąpił do operacji z rozpoznaniem „cystoma pancreatis”. Po przecięciu brzucha od wyrostka mieczykowatego aż do pępka otrzewna ścienna została starannie obszyta ze ścianami guza, a raczej z lig. gastrocolicum (jak się następnie okazało). Po szczelnym zamknięciu jamy otrzewnej, wypuszczono trójgrańcem parę litrów płynu, podobnego do płynu torbieli jajnikowej (cystoma pseudomucinosum), następnie przecięto lig. gastrocolicum, sprawdzono palcem, że bursę omentalis jest wolna, ale że na dnie jej znajduje się otwór zrobiony trójgrańcem, otwór ten prowadził do guza miękkiego, który anatomicznie mógł być tylko trzustką. Tylną ścianę otrzewnej, rozciągniętą opróżnionym guzem, przyciągnięto do brzegów rany brzusznej i w ten sposób udało się sączkować przestrzeń pozaotrzewną.

Manduk przedstawia zawartość powyżej opisaną torbieli: bezwonny płyn, podobny do gęstego roztworu gumy arabskiej, przy wylewaniu ciągnący się w nici, barwy szarobronzowej z wkropleniami żółtawymi; jaśniejsze te wkroplenia wykazują się pod drobnowidłem jako zbiorowiska ciałek ropnych. Płyn po dłuższym staniu mało się zmienia i nie ulega rozkładowi. Ciężar właściwy 1026. Odczyn słał zasadowy. Przy zagotowaniu nie ścina się nawet po dodaniu kwasu octowego, natomiast dodanie mocnych kwasów mineralnych wywołuje strąć całej zawartości probówki. Płyn zbadany na zaczyny okazał zupełny brak steapsyny (lipazy) podpuszczki i labzymogenu, brak trypsiny, pomimo dodania chlorku wapnia jako aktywatora (Delesenne), i słabe jedynie własności diastatyczne. Glikogenu nie stwierdzono.

D według Wohlgemutha  $\frac{38^{\circ}}{1\text{ h}} = 5$  i  $\frac{38^{\circ}}{24\text{ h}} = 20$ .

Manduk przedstawił chorą z obrzękiem wybroczynowym twarzy i odkrytych części ciała. Podobne przypadki opisane zostały przez Quinckego i Bregmanna w roku 1895.

E. Osieński wygłosił rzecz p. t.:

„Spostrzeżenia z ambulatorium chorób wewnętrznych w Szpitalu Wolskim, dotyczące chorób głodowych, oraz parę uwag w sprawie prowadzenia statystyki ambulatoryjnej i potrzeby reformy w ambulatoriach szpitali warszawskich“.

W ciągu I kwartału w przychodni wewnętrznej szpitala Wolskiego spostrzegał prelegent liczne przypadki stanów chorobnych głodowych wśród chrześcian dzielnicy wolskiej i sąsiadujących z nią okręgów (śród leczących się żydów, których  $\% = 4^{\circ}$ , przypadków głodowych nie notowano). Liczba przypadków głodowych 143 (18 męzc. i 319 kobiet), co czyni  $28,8^{\circ}$ , odsetek dla męzczyzn wynosi  $9,7^{\circ}$ , dla kobiet  $39^{\circ}$ . Tak więc omawiane zjawisko tyczy się głównie kobiet. Co zaś do wieku, to największa liczba kobiet przypada na lata 21 — 40, rzadziej spostrzegano przypadki głodowe w 41 — 50, jeszcze rzadziej w 11—20. Olbrzymią większość wśród przypadków głodowych stanowi niedokrewność skutkiem głodzenia (anemia ex inanitione):  $20,4^{\circ}$  (ogólny  $\% 89$  przypadków), dla męzczyzn  $7^{\circ}$  (13 przypadków); dla kobiet wraz z tymi przypadkami blednicy ( $3,7^{\circ}$  — 12 przypadków), w których czynnikiem wywołującym chorobę również był głód, odsetek wynosi  $27,5$  (101 przypadków). Pod względem liczebności ustępują 1-ej grupie dwie następne, mianowicie: wyniszczenie (inanitio) 10 przypadków u kobiet ( $3,1^{\circ}$  kobiet,  $2^{\circ}$  ogółem) i choroby czynnościowe nerwowe (neurastenia i hysteria)—5 przypadków u męzczyzn i 27 u kobiet ( $2,7^{\circ}$  męzczyzn,  $8,4^{\circ}$  kobiet,  $6,4^{\circ}$  ogółem). Wspólną cechą wyliczonych 3-ch grup stanowi niedokrewność rozmaitego stopnia, występująca na 1-szy plan w niedokrewności głodowej, zajmująca 2-ie miejsce w obrazie chorobnym przy wyniszczeniu, tudzież przy osłabieniu nerwowem i histeryl. Gnilca i kurzej ślepoty prelegent nie spostrzegał; puchlinę głodową widział raz jeden, brak miesiączki skutkiem głodzenia (amenorrhoea ex inanitione) kilka razy (te ostatnie przypadki skierowano do przychodni ginekologicznej). Gruźlica płuc stanowiła  $12,4^{\circ}$  (62 przypadki); odsetek dla męzczyzn i dla kobiet prawie jednakowy. Zasługuje na uwagę złośliwy przebieg gruźlicy: chorzy odżywiali się niedostatecznie ilościowo i jakościowo, w wielu przypadkach jadali raz na dobę, nieznaczna część chorych używała tłuszczów; mięsa, jaj, grochu, ryżu nie używano. Wobec jednakowo ciężkich warunków bytu wśród ludności biedniejszej Warszawy wnosić należy, że analogiczne zjawisko powinno występować w innych dzielnicach miasta. Dotychczas w prasie lekarskiej nie znajdujemy żadnej wzmianki, zjawiska bowiem takie, jak przypadki głodowe, są poniekąd analogiczne do chorób zakaźnych, to też nie tylko powinny być rejestrowane wogóle, lecz, co najważniejsza, powinny być podawane do wiadomości we właściwym czasie. Ztąd widoczna jest konieczność prowadzenia statystyki ruchu chorych w ambulatoriach szpitali warszawskich, której dotąd nie posiadamy; dałaby ona całkowity obraz przypadków głodowych w ich kolejnym rozwoju, a nadewszystko wykazałaby liczbę poszczególnych chorób i pozwoliła na skreślenie nareszcie pełnego obrazu chorobowości pośród biedniejszej klasy ludności, stanowiącej przeważnie klientelę szpitali warszawskich.

**Dnia 6 września 1916 r.**

Dr Gałęzowski wygłosił rzecz o ślepotę zmiernchowej, spotykanej w przychodni ocznej szpitala Wolskiego w l p. 1916 r.

Po zdefiniowaniu istoty ślepoty zmiernchowej i różniczkowaniu jej, jako hemeralopia symptomatyczna z postacią jejsamoistną hem. essentialis, prelegent zatrzymuje się na tej postaci ślepoty zmiernchowej, która występuje bez jakichkolwiek zmian wziernikowych ze strony oczu wśród ludności miast i okolic zniszczonych wojną, gdzie ludzie żywią się wyłącznie węglowodanami. Tam „kurza ślepotą“ występuje nagminnie, sprawiając wrażenie epidemii, choć nie jest nią w istocie.

U chorych, spostrzeganych w przychodni szpitala Wolskiego nie ustalono żadnych zmian wziernikowych, z wyjątkiem czasami rozszerzenia i przekrwienia żył i nieznaczego zwężenia tętnic. Źrenice bywały czasami nieco szersze, leniwie oddziaływały na światło i przystosowanie; pole widzenia przy pełnym świetle dziennym było normalne, jak również i uczucie barw prawidłowe.

Spostrzegano 29 przypadków ślepoty zmiernchowej, z tego 21 u mężczyzn, 4 u kobiet i 4 u dzieci.

Według wieku:

11 — 20	21 — 30	31 — 40	41 — 50	51 — 60	61 — 70
M.6 K.0	M.0 K.3	M.1 K.0	M.6 K.1	M.8 K.0	M.4 K.0

Największa liczba wśród mężczyzn między 50 — 60 rokiem życia; przypadają one na czas przednówka w mies. kwietniu (3) i maju (10).

Prawie wszyscy ci chorzy od kilku miesięcy nie używali tłuszczów, jedynym ich pożywieniem były ziemniaki z wodą soloną.

Dr Borsuk referował 3 przypadki torbieli przedrzepkowej (*bursa praepatellaris*); każdy przedstawia pewną swoistość: 1) Torbiel jednokomorowa powikłana ropieniem; 2) O ściankach bardzo nitych, których podczas operacji nie wykryto; ropienie i wytworzenie się rozlanej fleg-

mony zniszczyło charakter torbieli; 3) Torbiel wielokomorowa — zropiała.

Borsuk radzi podczas operacji wyluszczenia tych torbieli być bardzo ostrożnym, żeby przez śmiałe cięcie nie otworzyć stawu kolanowego.

Dr Szreder demonstrował preparat ropnego zapalenia ochrzęstnej chrząstki obrączkowej po tyfusie wysypkowym z zejściem śmiertelnym wskutek duszności. Autopsya wykazała ropne zapalenie ochrzęstnej tylnej chrząstki obrączkowej, *laminae cartil. cricoideae*. Ropy było dość dużo, sama chrząstka oddzielona od ochrzęstnej zmartwiała. Przypadek uważać należy za objaw septyczny po tyfusie.

Dr Monsiorski przedstawił przypadek ciąży zamacicznej i podał następujące wskazówki rozpoznawcze: 1) O ile w przypadkach prostych rozróżnianie spraw zapalnych i nowotworowych przydatków oraz ciąży zamacicznej jest zadaniem łatwym, o tyle w przypadkach niewyraźnych napotykały trudności nadzwyczajne: 2) Tylko całkowity zespół objawów lub też wyraźne objawy krwotoku mogą dać zupełnie pewne rozpoznanie ciąży zamacicznej; 3) w braku jakiegokolwiek objawu pamiętać należy, że a) w ciąży zamacicznej może wcale nie być zatrzymania peryodu; b) zatrzymanie peryodu wraz z następnym krwawieniem może występować nie tylko w ciąży zamacicznej ale i w sprawach zapalnych i nowotworowych przydatków macicznych; c) ból w razie przedziurawienia wyrostka może poprzedzać ból poronieniowy lub perforacyjny w ciąży zamacicznej; d) objawy podrażnienia otrzewnej mogą być w ciąży zamacicznej nawet większe, niż w razie przedziurawienia wyrostka; e) wysoka ciepłota we wczesnych okresach choroby przemawia więcej za sprawą wyrostka, w późniejszych traci znaczenie rozpoznawcze. 4) Badanie krwi jest cennym środkiem rozpoznawczym w przypadkach powikłanych.

J. Bukowska.

## Wiadomości bieżące.

— Prof. R. Blanchard w Paryżu wydał pierwszą część swego Zbioru wszelkiego rodzaju napisów na pomnikach, tablicach pamiątkowych i statkach lekarzy oraz przyrodników; część ta zawiera 1258 napisów. Prof. Blanchard wydał to dzieło swoim kosztem i rozsyła je bezpłatnie bibliotekom, oraz ludziom interesującym się specjalnie historią medycyny.

— Wydział Zdrowia publicznego uprasza o podanie do wiadomości, iż wakuje stanowisko zarządzającego miejskimi zakładami dezynfekcyjnymi i spalania śmieci. Termin składania ofert do dnia 25-go marca 1917 r.

Do stanowiska zarządzającego zakładem dezynfekcyjnym i palenia śmieci przywiązana jest pensja roczna 3000 rb., mieszkanie (3 pokoje i kuchnia), światło i opał.

Kandydat winien złożyć podanie do dnia 25-go marca 1917 r. i następujące dowody: 1) Imię i nazwisko, wiek, wyznanie; 2) Wykształcenie; 3) Curriculum vitae, z wymienieniem dotychczas zajmowanych przez kandydata stanowisk; 4) Świadectwo zdrowia; 5) Referencye.

Pierwszeństwo będą mieli kandydaci z wyższym wykształceniem technicznym i uzdolnieniem administracyjnym. Pożądana jest znajomość zasad bakterjologii.

## NEKROLOGIA.

## Ś. p. STANISŁAW DOBROWOLSKI.

W d. 19. lutego zmarł w Krakowie dr Stanisław Dobrowolski, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego. Urodzony we Lwowie w r. 1873, tam otrzymał średnie wykształcenie, medycynę zaś studiował w Uniwersytecie Krakowskim, gdzie też w r. 1897 uzyskał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Już następnego roku został asystentem kliniki chorób kobiecych, na której czele stał niezapomniany prof. Jordan. W dobrej tej szkole położnictwa i ginekologii Dobrowolski, dzięki zdolnościom i pracowitości, szybko przyswoił sobie wiedzę teoretyczną i praktyczną swej specjalności, i już w r. 1903 habilitował się jako docent położnictwa i ginekologii, a w 1907 Wydział lekarski powierzył mu zastępstwo wykładów po zmarłym właśnie prof. Jordanie. Wkrótce potem Wydział Krajowy mianował Dobrowolskiego prymaryuszem oddziału ginekologicznego w szpitalu Ś-go Łazarza, a w r. 1908 Uniwersytet powołał go na dyrektora szkoły położnych, mieszczącej się w tymże szpitalu i związanej z oddziałem chorób kobiecych. Na obu tych stanowiskach ś. p. Dobrowolski okazał się dzielnym i gorliwym pracownikiem, dbającym o dobro i rozwój instytucji. Wreszcie w r. 1910 uzyskał tytuł nadzwyczajnego profesora.

Ś. p. Dobrowolski brał też czynny udział w pracach Towarzystwa Lek. Krak. W r. 1909 był jego prezesem. Wśród licznych jednak zajęć zawodowych i nauczycielskich nie zaniedbywał Dobrowolski niwy naukowej. Jako profesor Wszechnicy i kierownik szkoły położnych poczuwał się do obowiązku napisania dla licznych swych uczniów i uczennic podręczników akuszerji, w których mógłby zawrzeć zasady wiedzy, zdobytej w szkole Krakowskiej. Wspólnie więc z prof. Jordanem rozpoczął pisanie „Podręcznika położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy“. Z powodu jednak zgonu prof. Jordana zmuszony był większą część podręcznika tego, obejmującą patologię ciąży, porodu i pogoju, sam już opracować, co też z wielką erudycją i talentem wykonał i w roku 1908 podręcznik wydał. Przez napisanie zaś w r. 1913 „Nauki Położnictwa dla położnych“ Dobrowolski wiele się przyczynił do postępu wiedzy położniczej wśród akuszerów w Galicyi, dając im w ręce oryginalny i wzorowo wydany podręcznik polski.

Prócz tych prac podstawowych Dobrowolski pozostawił jeszcze kilka cennych przyczynków naukowych, świadczących o poważnych studiach zmarłego na polu wiedzy lekarskiej. W tomie XLIII Rozpraw Akademii Krakowskiej znajduje się praca jego p. t. „Flora pochwy fizjologicznej“, w Ginekologii (Stankiewicz) z lat 1904 i 1905 — dwie jego rozprawy p. t. „O cytöksynach łożyskowych“ i „Sprawozdanie 10-letnie (1893 — 1903) z kliniki położniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego“.

W czasie toczącej się obecnie wojny europejskiej Dobrowolski, nie porzucając swych zajęć codziennych w uniwersytecie i szkole, pracował także jako starszy lekarz sztabowy armii austriackiej, a ta zdwojona, uciążliwa praca szybko wyczerpała nadwątłone chorobą serca siły jego i przyspieszyła zgon uczonego lekarza i pożytecznego krajowi obywatela. Cześć Jego pamięci!

Z.

## TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str
Stefan Sterling i Kazimiera Sterlinzanka. O odczynie swoistym Weil-Felixa w tyfusie plamistym . . . . .	129	Posiedzenia kliniczne w szpitalu Wolskim d. 14 Czerwca i 6 Września 1916 r. . . . .	138
Marta Erlichówna i Karol Jonscher. O leukopenii doświadczalnej . . . . .	135	Wiadomości bieżące . . . . .	139
		Nekrologia . . . . .	140

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 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 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“, I „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2. Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz jednoszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 25 na stronach wewnętrznych okładki kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzla i S-ka, 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 Rb. 6, z przesyłką Rb. 6 kop. 50 (wyczerpane).
2. **Choroby serca**, przez *Oskara Widmana*. Dzieło oryginalne, opatrzone licznymi drzeworytami w tekście. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
3. **Księga Pamiątkowa**, wspólnymi siłami spisana, najzacniejszemu Mistrzowi Profesorowi Doktorowi Medycyny Henrykowi Hoyerowi, dwudziestopięcioletnią rocznicę mozołnej, a użytecznej pracy obchodzącemu, w ofierze złożona przez wdzięcznych uczniów i przyjaciół Jego, współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Warszawa 1884 r. (wyczerpane).
4. **Psychiatria**, przez D-ra *Rothe'go*. Dzieło oryginalne. Cena Rb. 1 kop. 80, z przesyłką Rb. 2.
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* (wyczerpane).
7. **Nauka o chorobach narządów trawienia**, przez D-ra *Mikołaja Rajchmana*. Cena Rb. 1, z przesyłką Rb. 1 kop. 50.
8. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**. Dzieło oryginalne przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie (wyczerpane).
9. **Dyagnostyka chirurgiczna**. Dzieło oryginalne przez *Romana Jasińskiego*. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
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 Rb. 5 kop. 50. Dla prenumeratorów Gaz. Lek. cena niższa na Rb. 2 kop. 50, z przesyłką Rb. 3.
11. **Histerya — Gilles de la Tourette** — w opracowaniu *A. Puławskiego*. Cena Rb. 2 kop. 70, z przesyłką Rb. 3
12. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych Wł. Biegańskiego**.  
Tom pierwszy. Cena Rb. 4 kop. —, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.  
Tom drugi. Cena Rb. 4 kop. 50. z przesyłką Rb. 5.
13. **Wykład chorób dróg oddechowych** przez D-ra *A. Sokołowskiego*.  
I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysunkami w tekście). Cena Rb. 2 kop. 40.  
Cena w oprawie Rb. 2 kop. 80. Przes. k. 40.  
II. **Choroby płuc**. Cena Rb. 3, w oprawie Rb. 3 k. 50. Przes. k. 50.  
III. Cz. I. **Choroby opłucnej i śródpiersia**. Cz. 2. **Suchoty płucne**. Cena Rb. 5, w oprawie Rb. 5 kop. 60. Przes. k. 60.
14. **Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna** przez D-ra *Zdz. Dmochowskiego*, prosektora Uniwers. Warszawskiego.  
Cz. I. **Klatka piersiowa**. Cena Rb. 3, na papierze kredowanym Rb. 4. Przesyłka kop. 50.
15. **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów — G. Vogel'a** w tłumaczeniu polskiem *Zweigbauma i Popiela*, z 214 rysunkami w tekście. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
16. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani** przez D-ra *T. Herynga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
17. **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** przez D-ra med. *H. Nusbauma*, z rysunkami w tekście. Cena rub. 2.50, z przesyłką rub. 3.
18. **Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych**. Przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go. Cena kop. 60, z przesyłką kop. 75.
19. **W sprawie organizacji ogólnej Uniwersytetu, a Wydziału Lekarskiego w szczególności** przez *Józefa Brudzińskiego*. Cena kop. 80, z przesyłką rub. 1.
20. **Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych** przez prof. *Edwarda Lotha*.  
I. **Krtani** (z 3 rysunkami w tekście). Cena Złp. 2 gr. 20, przesyłka 20 gr.  
II. **Trzewa klatki piersiowej** (z 14 rysunkami w tekście) Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.
21. **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruczliczych na podłożu sztucznem** przez *Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego*. Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.



**ASTHMIN-  
MOTOR**

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

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

**GONOREIN  
MOTOR**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aetherum i menthol., poleca własnego wyrobu  
War. Tow. Akc. „Motor”  
Marszałkowska 23.

**Towarzystwo Akcyjne „Fr. Karpiński” w Warszawie Elektoralna № 35**  
poleca

**KARPIŃSKIEGO**

## **KĄPIELE Z KWASU WĘGLOWEGO**

(CO<sub>2</sub>)

Zastępujące kąpiele w Nauheim, Kissingen.

Kąpiele te, stosowane z przepisu lekarza, działają znakomicie w astmie, cierpieniach nerwowych, zapaleniach oskrzeli (bronchitis), rozedmie płuc, wadach serca i t. d. nie mniej doskonały środek do pobudzenia krążenia krwi.

**OPRÓCZ POWYŻSZYCH FABRYKA WYRABIA:**

**Karpińskiego**  
**kąpiele**

borowinowe z kwasem węglowym, zastępujące franzensbadzkie, krynickie, żeglestowskie, reinerckie i t. p.

jodowo-bromowe z kwasem węglowym.

bromowe z kwasem węglowym.

balsamiczno-sosnowe z kw. węglowym.

siarczane z kwasem węglowym, zastępujące akwizgrańskie, buskie, soleckie, truskawieckie, piszczańskie i t. p.

**UWAGA.** Sole Karpińskiego do kąpiele są przygotowane w tabliczkach prasowanych, łatwo rozpuszczalnych.  
Brozury gratis i franco. Żądać wszędzie.

**Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”.**

# Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
- № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
- № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowym duru brzuszego.
- № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teorya anafilaksji.
- № 10. Ludwik Zembrzusi. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA I WOLFFA.