



WIRGABVSKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2728.

Adres Redakcyi—Zórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

SILV-OZON „MOTOR“

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

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

W nerwowych stanach podrażnienia

jako silny środek uspokajający
i nieszkodliwy środek nasenny.

Tabletki Bromuralu

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

Rp. Tabletki-Bromuralu po 0.5.

Rurki z 20 tabletkami w cenie około 2 marek

„ „ 10 „ „ „ 1.10 „

Jako sedativum 3–4 razy dziennie

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

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Fruetalein Spiess

(PASTILLI LAXANTES).

Owocowy środek czyszczący, zawierający fenoltaleinę i agar-agar.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Użycie: 1 — 2 sztuki w razie potrzeby.

Contral Spiess

(PASTILLI ANTIDIARRHOICI).

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

Użycie 1 — 4 sztuk jednorazowo.

Żądać prospektów.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena m. 2 50.

Kąpiele solankowe, błotne, kwasowęglowe, elektryczne
i hydropatyczne. Inhalatorium.

Świetne skutki lecznicze we wszystkich
chorobach. Tanie
utrzymanie.

ZDROJOWISKO CIECHOCINEK

Od 1 maja do 1 czerwca
i od 1 września do 15 października ceny
zniżone. Sezon główny od 1 czerw. do 1 wrześn.
CESARSKI ZARZĄD KĄPIELOWY.

Dla kuracji domowej poleca się sól kąpielowa, ług, borowinę, solankę i wodę stołową gazowaną.
Przedstawiciel: A. Szmolke, Warszawa, Marszałkowska 149.

Od r. 1900 wprowadzony środek zastępujący balsam peruwiański

PERUOL

cieszy się wciąż wzrastającym powodzeniem.

Bezbarwny!

Szybkie działanie!

Bezwonny!

Próby i literatura na żądanie.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36.



GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE.

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJŚ
TNOŚCI LEKARSKICH.

Dziesiątych
Dziecięć

Warszawa, d. 16 marca 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2728.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO II B. SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS.

Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej donoszonej — laparotomia, wyzdrowienie ¹⁾.

Podał

Władysław Sztayner.

Ordynator oddziału.

Przypadki ciąży zewnątrzmacicznej w pierwszych miesiącach nie należą dziś do rzadkości: corocznie miewamy po parę takich przypadków, rozpoznajemy je coraz łatwiej, operujemy pomyślnie. Daleko rzadsze są przypadki w ostatnich miesiącach, lub z płodem umarłym, najrzadsze przypadki operowane ciąży zewnątrzmacicznej donoszonej z żywym płodem, w okresie rozpoczętego rzekomego porodu. Taki właśnie przypadek zamierzam tu opisać.

Dnia 27 października 1917 r. przybyła do szpitala Dz. Jezus przysłana z zakładu położniczo-ginekologicznego św. Zofii w Warszawie chora, Sz. Józefa, lat 26, z rozpoznaniem *graviditas X m. Peritonitis septica*. Z nadesłanego schematu widać było, że chora przybyła do zakładu owego d. 20.X., że rodziła przedtem 2 razy, ostatni raz przed 3 laty; kiedy ostatnia była miesiączka i kiedy były pierwsze ruchy płodu nie pamięta; bóle w brzuchu ma oddawna, ruchów płodu nie czuje. Przy badaniu znaleziono ciepłotę 36,7, tętno 72, obwód brzucha najszerszy 90 cm. 22.X. w nocy bóle w okolicy żeber a jednocześnie dreszcze. 23.X. w nocy bóle w dole brzucha, tętno 120, ciepłota 39,2, o godz. 12 w poł. znaleziono brzuch bolesny, napięty. U góry nad pępkiem w linii środkowej brzucha wyczuwa się przez ścianę brzucha drobne części; z prawej zaś strony nad dołem biodrowym prawym—główkę; cała „macica“ ma

kształt nieforemnego guza, wygiętego na prawej stronie, a wklęsłością zwróconego ku stronie lewej. Tętna płodu i szmeru łożyska wysłuchać się nie daje. Badanie wewnętrzne: szyja walcowata, ujęście zewnętrzne przepuszcza 1½ palca, wewnętrzne zaś—palec. Główni nad wchodem, ani innej części płodu nie wyczuwa się, ciepłota 39,5 tętno 136; wieczorem ciepłota nieco niższa—39,0. 25.X. bóle coraz większe; 26 w nocy nie śpi, 27 wzdęcie brzucha coraz większe. 27.X. przysłana do nas wieczorem.

Chorą widziałem dnia 28.X. rano; uzupełniając wywiady, dowiedziałem się od chorej, że wogóle podczas całej ciąży miewała dość silne bóle, zwłaszcza po jedzeniu. Ostatnio—jedenaście dni temu—dostała nadzwyczaj silnych bólów w całym brzuchu, i większego krwawienia z części płciowych; spodziewając się porodu, wezwała akuszerkę, a ta lekarza. Było to w Pultusku, gdzie chora mieszkała. Lekarz, po zbadaniu jej w szpitalu, powiedział, że na miejscu jej pomóc nie może i odesłał do Warszawy na operację, do szpitalu Dz. Jezus. Na drugi dzień pojechała koźmi 58 wiorst do Jabłonny, a ztąd kolejką do Warszawy, potem pieszo do szpitala Dz. J., gdzie lekarz dyżurny, dowiedziawszy się, że jest w ciąży, odesłał naprzeciwko do instytutu położniczego. W instytucie lekarz zbadał chorą wewnątrznie, powiedział, że nie może jej przyjąć, bo poród się jeszcze nie rozpoczął i poradził, aby chora udała się do zakładu położniczego, znajdującego się na drugim końcu ulicy Żelaznej, dokąd poszła nakoniec—znów pieszo. Tam przeleżała cały tydzień w boleściach coraz większych.

Przy badaniu znalazłem kobietę bladą, wyniszczoną i osłabioną, narzekającą na straszne bóle

¹⁾ Chora była przedstawiona na posiedzeniu klinicznym w szpitalu Dz. Jezus d. 9 grudnia 1917 r.

w całym brzuchu, które jej spać nie dają parę nocy, na czkawkę i krwawienie z części płciowych, ciepłota 37,4, tętno 120 przyspieszone. Brzuch bardzo powiększony, 94 cm., napięty, nadzwyczaj bolesny za najmniejszym dotknięciem; wyczuwa się guz wielkości macicy ciężarnej w ostatnim miesiącu, ponad pępkiem w linii środkowej wyczuwa się drobne części płodu, b. wyraźnie, bezpośrednio pod cienkimi powłokami brzucha, dalej grzbiet i główkę w dole biodrowym.

Na zasadzie przytoczonych danych, rozpoznałem ciążę zewnątrzmaciczną, donoszoną, w okresie rozpoczętego rzekomego porodu, ciążę, powikłaną zapaleniem worka płodowego i otrzewnej. Nie mogłem się zgodzić na rozpoznanie, podane w schemacie, *peritonitis septica—graviditas normalis*. Przedewszystkiem ciepłota byłaby znacznie wyższa lub niższa od normalnej, tętno b. szybkie, wymioty, większe wzdęcie gazami, dalej bolesność byłaby największa nie na samym worku płodowym, lecz z boku (w okolicy wyrostka robaczkowego lub żołądka). Również nie mogłem przypuścić pęknięcia macicy, wyjścia płodu do jamy brzusznej. W takim razie byłyby wyraźniejsze objawy ogólnego upadku sił i tętna (*collapsus*), dalej objawy krwotoku wewnętrznego, ruchomość większa płodu.

Wskazania były dla mnie zupełnie jasne. Wobec tak strasznych bólów nie można było się wahać, wyczekiwać, odkładać, przeprowadzać nowych badań. Przystąpiłem niezwłocznie do laparotomii pod chloroformem. Po otworzeniu brzucha w linii środkowej odrazu trafiliśmy na worek, utworzony z sieci wielkiej, z mocno rozszerzonymi naczyniami. Podczas oddzielania zrostów worek pękł, wylał się płyn cuchnący; wtedy rozszerzyłem ten otwór, wy dobyłem płód donoszony i oddałem akuszerce. Dziecko raz krzyknęło, parę razy odetchnęło a potem zmarło. Następnie starałem się cały worek płodowy wy dobyć wraz z łożyskiem nazewną, oddzielić zrosty z siecią, z otrzewną ścienną, z narządami miednicy, utworzyć szypułę dość szeroką w okolicy przydatków z lewej strony i wyciąć wszystko wraz z łożyskiem. Krwawienie było b. duże, to też należało działać szybko i tamponować dużymi serwetami.

Po podwiązaniu naczyń można było dokładnie obejrzeć jamę brzuszną, podwiązana szypuła stanowiła resztki lewych przydatków, macica powiększona, wielkości pięści; prawostronne przydatki, jajowód i jajnik niezmiennione. Otrzewna na macicy i na ścianach miednicy zaczerwieniona, na kiszkiach też, w niektórych miejscach, np. poza i powyżej okrężnicy poprzecznej, pokryta nalotem włókninowym. Następnie nałożyłem, ze względu na liczne a drobne punkty krwawiące, worek Mikulicza i zeszyłem ścianę brzuszną szwem piętrowym. Jednocześnie zastrzyknięto pod skórę roztwór fizyologiczny soli kuchennej, dalej zalecono zastrzykiwanie kamfory i wlewanie kroplowe do odbytnicy. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 38,4. Nazajutrz ciepłota 37,0, tętno 136, drobne, nikłe; wstrzyknięto roztwór adrenaliny do żyły i wlewanie kroplowe do odbytnicy mleka rozcieńczonego wodą słoną. Nawiasem dodam, że od roku używam w ciężkich bezkrwistościach, oprócz wlewań podskórnych i odbytnicznych takich wlewań z mleka i mogę je polecić kolegom. Wypróbowałem ten sposób w przypadku groźnego krwotoku żołądkowego z pomy-

ślnym skutkiem. Jeszcze przez kilka dni, pomimo ciepłoty niepodniesionej, tętno było przyspieszone, osłabienie b. wielkie, Ale później stan zaczął się poprawiać, wydzielina po wyjęciu worka Mikulicza z początku surowiczokrwawa, później była ropiasta. Nakoniec chora przysłała zupełnie do sił i obecnie jest na drodze zdrowienia, a rana prawie zagojona.

Operacja w późniejszych okresach ciąży zewnątrzmacicznej jest połączona z tak wielkim niebezpieczeństwem krwotoku, że dawniej ograniczano się tylko do wyjęcia płodu i ostrzegano przed oddzieleniem łożyska, pozostawiając je na miejscu. Według Wertha¹⁾ pierwszy Litzmann w r. 1881 dokonał wyluszczenia worka płodowego wraz z łożyskiem w 9 miesięcy po śmierci płodu, ze skutkiem pomyślnym, zaś Breisky w r. 1887 przy żywym płodzie.

Według zestawienia Sittner'a w okresie 1887 — 1900 na 48 operacji przy żywym płodzie, w drugiej połowie ciąży, wraz z wyjęciem łożyska i worka płodowego dokonanych, śmiertelność wynosiła 12,5%; zaś na 35 przypadków w tymże okresie operowanych z pozostawieniem łożyska zmarło 15 = 42,8%. Śmiertelność tejże kategorii w czasie 1896 — 1900 dosięgała jeszcze 33,3%, a przy wyluszczeniu tylko 5,5%.

W obecnych czasach należy dążyć do całkowitego wyluszczenia worka płodowego wraz z łożyskiem, z wyjątkiem chyba tych przypadków, gdy łożysko przyłączone jest do kiszek, lub wątroby, albo śledziony. Mojem zdaniem operacja powinna być dokonana możliwie szybko, nie powinno się tracić czasu na uprzednie podkłówanie naczyń, ale najwyżej na zakładanie klampów i dopiero po wyluszczeniu całego worka podwiązać naczynia.

U nas podobny przypadek operował i opisał Matlakowski przed laty 28; przypadek zakończył się śmiercią.

Przed laty 26 operowałem w szpitalu Ś-go Ducha z pomyślnym skutkiem przypadek ciąży zewnątrzmacicznej z płodem nieżywym, zmacerowanym.

Jak powiedziałem najrzadsze są przypadki operowane z płodem żywym; w naszym piśmiennictwie są trzy takie przypadki: w r. 1897 Neugebauera, w r. 1899 Cz. Stankiewicza, płód 8-o miesięczny i Rydygiera z roku 1901, mój byłby czwartym. Częstsze są przypadki z płodem martwym; takich naliczył

¹⁾ Werth. Die extrauterine Schwangerschaft — Winkel Handbuch d. Geburtshilfe. 2 B, II. Theil.

Jastrzębski 36¹⁾, do tego dodać należy przypadek Ciechomskiego, Popiela²⁾, gdzie pozostawił łożysko, bo wszelkie usiłowania oddzielenia łożyska kończyły się bardzo silnie-

mi krwawieniami, oraz mój nieogłoszony z przed lat 26, operowany w szpitalu Ś-go Ducha z pomyślnem zejściem.

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.

(Ciąg dalszy—patrz № 10).

Nerki o czynności upośledzonej wydzielają - zdaniem twórców metody—ułamek tego, co wydzielają nerki czynnościowo prawidłowe, i to tem mniej, im cięższy jest stopień schorzenia nerkowego. Początek wydzielania jest opóźniony do 13-u, 15-u i więcej minut.

W rozmaitych schorzeniach nerek znaleźli Rowntree i Garaghty stosunki następujące:

W ostrych sprawach zapalnych początek wydzielania opóźnia się do 23 minut, ilości wydzielane są zmniejszone. W postaciach lekkich, krótko trwających, którym towarzyszą lekkie obrzęki, w których ilości moczu są prawidłowe, początek wydzielania zjawia się po ośmiu minutach, w pierwszą godzinę wydziela się 52,5%. Inaczej ma się rzecz w przypadkach ciężkich: wydzielanie zaczyna się po 40—50 minutach, ilość wydzielona jest bardzo nieznaczna, czasami po upływie dwóch godzin wynosi 0. Gdy ilość wydzielana jest bardzo mała lub równa się zeru, wkrótce następuje zejście śmiertelne.

Rowntree i Geraghty wypróbowali swoją metodę również w przewlekłych, hipertonicznych przypadkach schorzeń nerkowych, które klinicznie pozwalały podejrzewać istnienie cierpienia nerkowego. Lecz szczególnie wypróbowali oni ją w przypadkach niedomogi serca, w których można było wątpić, czy obraz kliniczny zależy od cierpienia serca, czy też istotę sprawy stanowi tu pierwotne cierpienie nerkowe. Znaleźli oni, że nieznaczna lub średnia zastoina pochodzenia sercowego nie wpływa istotnie na wydzielanie przez nerki fenolsulfonftaleiny. Tylko przypa-

dki ciężkiego stopnia zastoiny wykazywały zmniejszenie wydzielania barwika. Jeżeli zatem w przypadku niedomogi serca z białkiem i wulkami w moczu ma miejsce prawidłowe wydzielanie fenolsulfonftaliny, wówczas—zdaniem Rowntree i Geraghty — mamy do czynienia z pierwotnym cierpieniem serca. Widząc natomiast niewystarczające wydzielanie barwika, musimy rozpoznawać pierwotne schorzenie nerek, z zastrzeżeniem atoli, że nie chodzi o krańcowo ciężką zastoinę. W razie niedomogi serca, połączonej z krańcowego stopnia zastoiną, wraz ze znikaniem obrzęków wydzielanie fenolsulfonftaleiny powraca do normy, pozostaje natomiast zmniejszone w razie powikłania cierpieniem nerkowym. Swe poszukiwania kliniczne potwierdzili Rowntree i Garaghty danymi, otrzymanymi zapomocą sekcji.

Przy pomocy cewnikowania miedniczek nerkowych można, wstrzykując fenolsulfonftaleinę, określić sprawność czynnościową każdej nerki osobno.

* * *

Od chwili ogłoszenia rozprawy przez twórców metody fenolsulfonftaleinowej zjawiał się długi szereg prac, dotyczący omawianej metody. Pozwolimy sobie przytoczyć tu w streszczeniu głosy większości autorów, których prace udało mi się poznać już to w oryginalnie, już to ze streszczeń.

Sehrt zgadza się z wnioskiem Rowntree i Geraghty całkowicie. Zdaniem jego—zdrowe nerki „z zadziwiającą prawidłowością“ wydzielają w pierwszą godzinę 45—66% wstrzykniętego barwika, w dwie godziny—69—94%, początek wydzielania zjawia się po 4—8 minutach. Po dwóch godzinach spostrzegania mamy zatem możność zdać sobie sprawę ze zdolności wydzielniczej nerek. W przypadkach

¹⁾ Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny r. 1912, tom VI.

²⁾ Gazeta Lekarska r. 1916 № 9 (35) i 10 (36).

chorobnych początek wydzielania opóźnia się do 20 minut, w jedną godzinę wydziela się 23—35%, w dwie godziny 51—66%.

Autenrieth i Funke polecają omawianą metodę. Ilości prawidłowe określają oni w sposób następujący: w jedną godzinę wydziela się 45—70%, w dwie godziny—70—90%. Jeżeli po domięśniowym wstrzyknięciu po upływie godziny wydziela się mniej, niż 45%, należy sprawność czynnościową nerek uważać za upośledzoną. Nawet umiarkowanie schorzałe nerki wydzielają znacznie mniejsze ilości w ciągu pierwszych dwóch godzin, niż nerki prawidłowe. Próba ma dużą wartość, o ile nie chodzi o stwierdzenie absolutnej zdolności czynnościowej nerek.

Zdaniem Ernego—metoda fenolsulfonftaleinowa jest prosta, łatwa, daje wyniki pewne. Wskazuje ona w liczbach nie tylko stopień zmiany chorobnej nerki, lecz pozwala — również w liczbach—oceniać polepszenie, wzgl. pogorszenie się sprawy chorobnej, oraz wpływ zastosowanego leczenia. Możemy z pomocą niej stwierdzić, czy po zniknięciu białka z moczu czynność nerek powróciła do stanu prawidłowego, czy też pozostały zaburzenia czynnościowe na stałe.

Wspomnieć również należy o przypadkach, w których wstrzyknięcie fenolsulfonftaleiny stwierdza stan chorobny, a w których cierpienie przebiega skrycie, najstaranniejsze badanie moczu zapomocą najczulszych odczynników nie wykrywa w nim białka!

Ilość wydzielonego barwika nie zależy od ilości wydzielonego moczu; stąd—polyuria, w ten lub inny sposób wywołana, nie wpływa na dokładność wykonanego doświadczenia.

Podług Frenkela i Uhlmanna—początek wydzielania barwika nie posiada dużej wartości rozpoznawczej, dużą natomiast wartość posiada ilość barwika, wydzielona w ciągu pierwszej godziny.

Krzywa wydzielania barwika pozwala do pewnego stopnia wykrywać ilość rezerwowej czynności nerek.

Jakkolwiek próba fenolsulfonftaleinowa posiada pewne braki, w większości jednak przypadków daje wskazówki, wystarczające do klinicznego ocenienia stanu czynności nerek.

Ponieważ sprawność czynnościowa nie zawsze idzie równoległe z uszkodzeniami anatomicznymi, może próba fenolsulfonftaleinowa, pomimo daleko posuniętych zmian anatomicznych, wykazać czasami wydzielanie prawie takie samo, jak w przypadku nerek zdrowych.

Co się tyczy określenia rozległości uszkodzenia nerek i robienia rokowania, można powiedzieć, że u osobników skompensowanych stwierdzenie prawidłowego wydzielania fenolsulfonftaleiny bynajmniej nie wyłącza znacznego anatomicznego uszkodzenia nerki. Natomiast wydzielanie barwika, pozostające znacznie poniżej liczb prawidłowych, zawsze zmusza do zaliczenia przypadku do ciężkich, pomimo pomyślnego podmiotowo stanu pacjenta oraz braku objawów niedomogi nerkowej. Wydzielanie takie jest dowodem, że nerki czynią jeszcze zadość zwykłym zapotrzebowaniom, lecz rezerwa ich sprawności czynnościowej jest już bliska wyczerpania.

W łatwo zmieniających się okresach ostrego zapalenia nerek stwierdzenie chwilowego upośledzenia czynności tychże ma wartość zazwyczaj niezbyt dużą. To samo stosuje się do rozległego zapalenia mięszonego, w którym objawy ciężkiego upośledzenia czynności—między innymi liche wydzielanie barwika, nie rzadko zjawia się na zmianę z działalnością mniej więcej sprawną. Jeżeli wszakże pomimo stosowania leczenia wydzielanie fenolsulfonftaleiny długi czas pozostaje liche, natenczas można z pewną słusznością wnioskować, że sprawa chorobna sięga głęboko, i widoki na polepszenie nie są duże.

W przewlekłych schorzeniach śródmięszkowych dekompenzowanych, o ile dekompensacja da się odnieść do upośledzenia mięśnia sercowego, liche wydzielanie fenolsulfonftaleiny nie wiele mówi w sprawie rokowania. Jeżeli natomiast dekompensacja zależy od uszkodzenia nerek, upośledzone wydzielanie barwika przemawia na korzyść niepomyślnego rokowania.

Badania, wykonane przez Urnau, doprowadziły go do następujących wniosków. Jeżeli w ciągu pierwszej godziny po wstrzyknięciu fenolsulfonftaleiny nie wydziela się przynajmniej 40% tejże, w dwie zaś godziny—przynajmniej 60%, należy uznać, że przynajmniej jedna nerka nie wykonywa tego, co wykonywać powinna, i rezerwa sprawności drugiej nerki nie wystarcza, by wyrównać upośledzenie sprawności czynnościowej chorej nerki. Z drugiej strony wszakże okoliczność, że po podskórnym wstrzyknięciu w pierwszą godzinę wydzieliło się 40% barwika, nie upoważnia jeszcze do wniosku, że obie nerki są zupełnie sprawne, albowiem niedomoga jednej nerki może być zrównoważona przez rezerwę sprawności drugiej nerki.

Do stwierdzenia upośledzenia sprawno-

ści czynnościowej nerek wystarcza określenie ilości barwika, wydzielonej w ciągu pierwszej godziny. Do określenia zaś stopnia upośledzenia — niezbędne jest określenie ilości, wydzielonej w ciągu pierwszych dwóch godzin. Miarodajna jest z jednej strony ilość fenolsulfonftaleiny, wydzielona w ciągu 2 godzin, z drugiej zaś strony czas, w ciągu którego dochodzi do *maximum* wydzielania. Upośledzenie czynności jest tem mniejsze, im wcześniej zostaje osiągnięty najwyższy punkt wydzielania, i im więcej barwika wydzielilo się w ciągu pierwszych dwóch godzin. Odwrotnie — uszkodzenie nerki jest tem większe, im mniej wydzielilo się barwika przez pierwsze 2 godziny i im później dochodzi do *maximum* wydzielania.

Chwili zjawienia się barwika w moczu nie nadaje Urnau dużej wagi, gdyż i w uszkodzonej nerce może mieścić się jeszcze tyle czynnego miąższu, że barwik zjawia się w moczu wkrótce po wstrzyknięciu.

Ilość wydzielonego barwika nie pozostaje w stosunku do ilości jednocześnie wydzielonego moczu.

Próba omawiana pozwala stwierdzić, czy nerki są zdrowe, czy chore, dalej — możliwe określić stopień schorzenia nerek. Natomiast rodzaj cierpienia nerki nie ma tu dużego wpływu.

U wielu pacjentów wyniki badania czynnościowego zgadzają się z badaniem klinicznym, u innych — przeciwnie — nie zgadzają się zupełnie, pozwalają one należycie rozpoznać stan nerek u pacjentów, u których badanie moczu mogło by doprowadzić do wniosków zupełnie fałszywych.

Wyższość metody fenolsulfonftaleinowej nad innymi metodami czynnościowymi polega na tem, że za pomocą badania całkowitego, pęcherzowego moczu możemy w sposób zupełnie prosty określić wielkość sprawności czynnościowej obu nerek.

Natomiast mniej nadaje się ona do określania sprawności czynnościowej każdej nerki osobno, albowiem zbieranie moczu za pomocą cewnika moczowodowego nie jest dokładne, pozatem — zbieranie moczu w taki sposób w ciągu 2 — 3 godzin jest dla chorego w wysokim stopniu uciążliwe.

Jakkolwiek próba fenolsulfonftaleinowa nie zupełnie ziszcila nadzieje, pokładane w niej przez jej twórców, tem nie mniej przedstawia ona niewątpliwie znaczną wyższość w porównaniu do innych sposobów określania sprawności czynnościowej nerek, wzbogaca zasób naszych środków rozpoznawczych. Za-

leca się metoda łatwością wykonania, oraz możliwością dokładnego mierzenia ilości wydzielonego barwnika.

Keyes i Stevens stwierdzili, że ilość wydzielonego barwnika nie zależy od polyuryi lub oliguryi. Próba fenolsulfonftaleinowa daje w odsetkach prawie dokładnie te same liczby, co zawartość mocznika, określona w centygramach w wydzielonych ilościach moczu.

Początek zjawienia się zabarwienia nie posiada większego znaczenia. Jakkolwiek w pojedynczych przypadkach nie daje się dokładnie rozpoznać za pomocą próby fenolsulfonftaleinowej sprawność czynnościowa nerek, to jednak da się ustalić pogląd, że wydzielanie 1% wstrzykniętego barwnika w minutę w ciągu pierwszych 10 — 15 minut po wstrzyknięciu dowodzi prawidłowej sprawności czynnościowej.

Blum powiada, że wartość metody polega na możliwości łatwego określania w liczbach wydzielonych ilości barwnika, a to za pomocą zbierania moczu w $\frac{1}{2}$ — 1 godziny po wstrzyknięciu. Dokładne badanie każdej nerki z osobna za pomocą cewnikowania miedniczek jest znacznie utrudnione wobec możliwości spływania moczu obok cewnika, oraz wobec trudności trzymania cewnika w moczowodzie odpowiednio długo. Nie stawia Blum próby fenolsulfonftaleinowej wyżej od próby indigkarminowej. Nadaje się ona bardziej do obustronnych schorzeń terapeutycznych, niż do jednostronnych chirurgicznych.

Równie przychylnie wypowiadają się o wartości rozpoznawczej próby fenolsulfonftaleinowej — Mouriquand, Bachrach i Lövi, Robertson, ten ostatni — szczególnie we wszystkich terapeutycznych przypadkach schorzeń nerek.

Niektórzy z autorów podkreślają atoli i ujemne strony omawianej metody badania.

Kümmel zwraca uwagę na okoliczność, że trudno jest widzieć wewnątrz pęcherza moczowego wystrzykiwanie z moczowodu moczu, zabarwionego fenolsulfonftaleiną. Staral się zapobiedz temu jeden z autorów, wprowadzając do pęcherza moczowego słaby roztwór lugu. Dla mnie osobiście zarzut ten nie ma dużej wartości, gdyż nie przywiązuje dużej wagi do badania wystrzykiwania zabarwionego moczu z moczowodów. Drugi zarzut Kümmela dotyczy okoliczności, że mocz szczególnie stężony, zabarwiony fenolsulfonftaleiną, ma zupełnie inny odcień, niż wodny roztwór tegoż barwnika, że zatem porównywanie ze sobą tych dwóch roztworów nastę-

cza duże trudności. Okoliczność ta, podnoszona również przez wielu innych autorów, w samej rzeczy zasługuje na uwagę. Niżej usłyszą Sz. P., w jaki sposób postarałem się tę niedogodność usunąć.

Blum podkreśla, że fenolsulfonftaleina jest odczynnikiem nadmiernie czułym: może wykazywać ona nawet drobne resztki ocalałego czynnego miąższu nerkowego z zadużą wyrazistością, wobec tego w przypadku zniszczenia nerki, np. na skutek cierpienia grucznego, początek wydzielania barwika często może nie być bynajmniej opóźniony.

Niektórzy znów z autorów zwracają uwagę na źródła błędów w zastosowaniu metody, prowadzących do wniosków zgoła fałszywych. Błąd taki może pochodzić ztąd, że do osobników z nerkami zdrowymi zaliczamy ludzi z nerkami chorem. Do tej ostatniej kategorii należą niewątpliwie niewiasty tuż przed i po porodzie, niewiasty ze schorzeniem przydatków macicznych. Tego rodzaju błąd pomoże nam zrozumieć pozorną niezgodność w wynikach badań autorów.

Należy następnie przestrzegać jaknajwiększej dokładności w wykonywaniu badania: należy upewnić się, że pęcherz moczowy jest zupełnie opróżniony w początku doświadczenia, że zostaje całkowicie oddany mocz po upływie pierwszej i drugiej godziny. Barwik musi być wstrzyknięty z całą uwagą: utrata 2 kropli roztworu zmniejsza wstrzykniętą ilość barwika o 10%!

Samo wstrzykiwanie winno być wykonywane zawsze jednakowo, zgodnie z przepisem, podanym przez Rowntree i Geraghty, mianowicie do mięśni okolicy lędźwiowej. Wstrzykiwanie nie tylko podskórne lub dożylnie, lecz nawet do innych grup mięśniowych, może mieć wpływ na dokładność i jednakowość wyników.

Różne wyniki, otrzymywane przez rozmaitych autorów w tych samych warunkach, pochodzą następnie ze stosowania barwika, branego z rozmaitych źródeł, mianowicie—bywa używany przetwór amerykańskiej firmy Hynson, Westcott et C-o, i dwa przetwory niemieckie firm Ranke i Merka. Badania M. Rotha wykazały, że przetwór firmy Ranke zawiera o 24% substancji barwiącej mniej od przetworu amerykańskiego, przetwór firmy Merk—mniej o 40%. Stosując rozmaite przetwory, należy mieć w pamięci podane tu różnice, by otrzymywane wyniki nadawały się do porównania.

Określanie kolorymetryczne następcza na razie pewne trudności, mianowicie—tylko

drogą częstego ćwiczenia oka dochodzi się do tego, że szybko i dokładnie określa się ilość wydzielonego z moczem barwika. Przeszkadza w pewnym stopniu różnica, zachodząca pomiędzy roztworem barwika w moczu i w roztworze wodnym; ta jednak niedogodność daje się usunąć, o czym będzie mowa niżej. O wiele większą przeszkodę stanowi obecność w moczu krwi, i w mniejszym stopniu—obecność ropy.

Mocz zalkalizowany należy zbadać natychmiast, albowiem—stojąc czas dłuższy—ztraca on coraz bardziej swe zabarwienie: Roth znalazł po kilkunastu godzinach stratę, wynoszącą 15%. O ile nie możemy zbadać zalkalizowanego moczu natychmiast, należy zakwasić go kwasem octowym lub solnym, by następnie ponownie zalkalizować.

Uprzytomnijmy sobie teraz, jakim warunkom winna odpowiadać barwikowa metoda badania sprawności czynnościowej nerek.

I. Powinna ona być łatwa, prosta i prędka w zastosowaniu.

II. Barwik nie powinien drażnić nerek i innych narządów.

III. Powinien on wydzielać się wyłącznie przez nerki i to w ilości, równej ilości, wprowadzonej do ustroju.

IV. Nie powinien ulegać w ustroju przemianom, wpływającym na możność wykrywania go w moczu.

V. Wydzielane ilości powinny dawać się łatwo i dokładnie określać ilościowo.

VI. Wydzielanie wprowadzonej do ustroju ilości barwika powinno odbywać się w przeciągu możliwie prędkiego okresu czasu.

VII. Powinien istnieć wyraźny, określony stosunek pomiędzy czynnością nerki i wydzielaniem barwika.

VIII. Metoda powinna pozwalać określać sprawność czynnościową każdej nerki osobno.

Z tego, co przytoczyliśmy wyżej na zasadzie piśmiennictwa, widać, że metoda fenolsulfonftaleinowa w mniejszym lub większym stopniu odpowiada wszystkim wyszczególnionym wymaganiom.

* * *

A teraz podamy wyniki własne, otrzymane ze stosowania fenolsulfonftaleiny w celu badania sprawności czynnościowej nerek.

Osobiście stosuję metodę fenolsulfonftaleinową od listopada r. 1915 i dotychczas zastosowałem ją więcej niż 200 razy u osobników ze zdrowymi i chorem nerkami.

Zgodnie z wynikami spostrzeżeń autorów, Rowntree i Geraghty, ani razu nie obserwowałem objawów zatrucia nawet po kilka-

krotnym zastosowaniu zwykłej dawki środka, wykonaniem w krótkich odstępach czasu.

Chodziło mi następnie o to, by przekonać się osobiście, jak zachowuje się fenolsulfonftaleina względem miąższu nerkowego. W tym celu mój pomocnik oddziaływy, dr H. Gromadzki, wykonał doświadczenia na królikach. Po kilkakrotnym wstrzyknięciu domięśniowo ilości barwika, odpowiedniej do wagi ciała zwierzęcia, wykonaniem w krótkich odstępach czasu, usuwał on królikom nerki i badał je histologicznie. Preparaty oglądał prof. Pzewoski. Ani razu nie stwierdziliśmy zmian chorobnych ani w kłębuszkach, ani w nabłonkach kanalikowych.

Następnie stosowaliśmy fenolsulfonftaleinę w zwykłej dawce, czasami parolub kilkakrotnie, osobnikom ze zdrowymi nerkami, i badanie moczu tych osobników nie wykazywało zmian chorobnych.

W stosowaniu próby trzymaliśmy się ściśle przepisów, podanych przez Rowntree i Geraghty.

Przed wstrzyknięciem fenolsulfonftaleiny należy dać badanemu osobnikowi wypić 300 — 500 c. sz. płynu, by wywołać małego stopnia poliurię. O pożyteczności tego zarządzenia przekonaaliśmy się wielokrotnie. Bez tego otrzymywaliśmy częstokroć po 1-ej wzgl. po 2 godzinach bardzo drobne ilości moczu, natomiast zabarwione nadzwyczaj mocno, co znakomicie utrudniało kolorymetryczne określenie ilości barwika i zmuszało do rozcieńczenia moczu dwu, trzy i czterokrotnego; może to dać powód do znacznych niedokładności.

Z drugiej strony z powyższego wiemy, że poliuria nie wpływa na ilość wydzielonego barwnika.

Wstrzykiwałem zawsze 6 mgr. preparatu w 1 ctm. sz. roztworu (niewyjałowionego) w mięśnie okolicy lędźwiowej. Zabieg ten, prócz niedużego bólu u niektórych osobników, ani razu nie wywołał objawów podrażnienia miejscowego w postaci nacieczenia lub zaczerwienienia skóry. Wyjaławianie tedy roztworu jest zbyteczne, co tłumaczy się zawartością w preparacie fenolu. Wstrzykując, należy pilnie baczyć, by dokładnie wstrzyknąć całą ilość roztworu.

Na początku stosowania metody fenolsulfonftaleinowej skrzętnie określaliśmy początek wydzielania się barwika. Po pewnym czasie przekonaaliśmy się, jak i inni autorowie, że określanie to nie posiada wartości rozpoznawczej, spostrzegaliśmy bowiem przypadki, w których początek wydzielania barwika był

znacznie opóźniony, ilość zaś barwika, wydzielona w 1 i 2 godziny, odpowiadała ilości, wydzielanej przez zdrowe nerki; widywaliśmy i przypadki odwrotne. W dalszych próbach określenia tego zaniechaliśmy zupełnie.

Posiada natomiast dużą wartość rozpoznawczą określanie ilości barwika, wydzielonej w ciągu pierwszej i drugiej godziny; im sprawność czynnościowa nerek jest lepsza, tem większa ilość barwika wydziela się w ciągu pierwszej godziny, mniejsza — w ciągu drugiej. Dodać muszę, że u kobiet należy brać mocz z pęcherza zawsze za pomocą cewnika; u mężczyzn zaś, o ile nie podejrzewamy przeszkód w dokładnym opróżnianiu pęcherza moczowego, opróżniamy pęcherz drogą naturalną.

W licznych przypadkach badałem sprawność czynnościową nerek i zapomocą metody fenolsulfonftaleinowej, i zapomocą przyrządu Bromberga. Przekonałem się, że wyniki obu tych metod są zupełnie równoległe. Tam, gdzie metoda fenolsulfonftaleinowa wykazywała wydzielanie się barwika w granicach prawidłowych, wypadał prawidłowym i wskaźnik krwiowonerkowy (*index haemorenalis* Bromberga). Skoro zaś stwierdzaliśmy upośledzenie w wydzielaniu barwika, wskaźnik krwiowonerkowy ulegał zmniejszeniu i to w takim samym stopniu, w jakim było zmniejszone wydzielanie fenolsulfonftaleiny. W paru przypadkach krańcowego upośledzenia czynności obu nerek, zakończonych w bardzo prędkim czasie zejściem śmiertelnem, obie metody zgodnie wskazywały konieczność tego rodzaju zejścia. Stąd śmiało można twierdzić, że zbadanie sprawności czynnościowej nerek zapomocą jednej z tych dwóch metod robi zbędnem badanie za pomocą drugiej metody.

Inaczej atoli przedstawi się sprawa, jeżeli zadamy pytanie, czy zawsze można stosować jedną metodę zamiast drugiej.

Przyrząd Bromberga jednakowo dobrze nadaje się i do badania sprawności całkowitego miąższu nerkowego, istniejącego w ustroju, i do badania każdej nerki osobno. Metoda fenolsulfonftaleinowa doskonale daje się stosować do określenia sprawności całkowitego miąższu, natomiast nastęrcza trudności, zastosowana do badania każdej nerki osobno: 1-o, nie każdy pacjent jest w stanie znieść tak długo trwające badanie, 2-o, część moczu z miedniczki może spływać do pęcherza moczowego obok cewnika, co powoduje niedokładność, której stopnia nie jesteśmy w stanie określić, 3-o, cewnik, pozostając w mo-

czowodzie czas dłuższy, wcale nie rzadko wywołuje krwawienie, które w dużym stopniu utrudnia określenie ilości barwika w moczu.

Wobec powyższego—postępuję obecnie w taki sposób, że dla określenia sprawności całkowitego miąższu nerkowego uciekam się do metody fenolsulfonftaleinowej, jako o wiele łagodniejszej od metody Bromberga; dla określenia sprawności poszczególnej nerki—stosuję metodę Bromberga. Tylko w przypadkach, w których zastosowanie metody Bromberga, wymagające jednorazowego wprowadzenia do ustroju dużej ilości NaCl, może być połączone z niebezpieczeństwem dla badanego osobnika, do zbadania sprawności

poszczególnej nerki stosuję metodę fenolsulfonftaleinową.

Jakkolwiek dwuletnie stosowanie tej ostatecznej metody pozwoliło mi przekonać się o jej dużej wartości rozpoznawczej to jednak dawała ona, tak samo, jak i metoda Bromberga, wskazówki odnośnie sprawności miąższu nerkowego głównie w kierunku wydzielania soli nieorganicznych. Było to dla mnie rzeczą pierwszorzędną wagi zdać sobie sprawę, o ile metoda fenolsulfonftaleinowa może, czy też nie może dawać również wskazówki odnośnie sprawności wydzielniczej, dotyczącej substancji azotowych. Miałem zamiar wykonać szereg badań w tym kierunku.

(Dok. n.).

Wiadomości bieżące.

— W szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze obchodzone w gronie miejscowego personelu lekarskiego uroczystość 25-letniej pracy w szpitalu lekarza naczelnego i ordynatora oddziału chirurgicznego dra Jana Rauma.

W przemówieniach okolicznościowych podnoszono zasługi kol. Rauma, który wstąpił do szpitala o 60 łózkach i w ciągu swojej działalności doprowadził go do 500 łózek; sprawił to, że dzisiaj szpital posiada pięć pawilonów, własną kaplicę, dobrze urządzonej salę sekcyjną, nowy gmach dla kuchni, instytut Roentgena.

Nie ujmujemy bynajmniej zasługi kol. Rauma, jako lekarza naczelnego, dbającego o rozwój szpitala, o dobro lekarzy, posługi szpitalnej i chorych, przyznajemy, że powiększył on szpital i wprowadził w nim urządzenia nowoczesne. Przy tej sposobności jednak przypomnieć należałoby zasługi dla szpitala poprzednika kol. Rauma, zmarłego przed kilkoma laty dra Kryżego, w ciągu długiego lat szeregu naczelnego lekarza i potem kuratora tego

szpitala. Z Jego zapoczątkowania i dzięki Jego zabiegom powstał nowy pawilon chirurgiczny, On uzyskał pozwolenie i zdobył środki na wybudowanie kaplicy, On wreszcie wybudował morgę, którą po Jego śmierci przekształcono na oddział szpitalny dla chorych wewnętrznych. *Suum cuique!*

— W Austrii ogłoszono rozporządzenie ministerjalne z 17 grudnia 1917 r., w którym zimnicę zaliczono do chorób zakaźnych, podlegających obowiązkowi zgłaszania. Chorzy na zimnicę mają być odosobniani w taki sposób, że każdy chory winien mieć oddzielny pokój, w którym drzwi i okna należy zaopatrzyć w podwójną siatkę albo też łożko otoczyć gęstą siatką, chroniącą od komarów.

(Przegl. Lek.).

— W mieście powiatowem Kutnie wakuje posada lekarza w szpitalu dla zakaźnych z wynagrodzeniem 3000 marek rocznie. Do obowiązków tego lekarza należy badanie dwa razy na tydzień miejscowych prostytutek.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Władysław Sztejner. Przypadek ciężkiej wewnątrzmacicznej donoszonej—laparotomia, wyzdrowienie	81	badania nerek zapomocą metody fenolsulfonftaleinowej (ciąg dalszy)	83
A. Leśniowski. W sprawie czynnościowego		Wiadomości bieżące.	88

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 4^{1/2} 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.

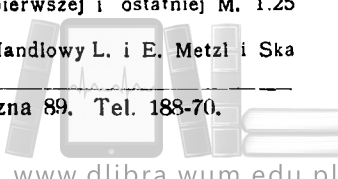
WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

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. Metzki i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

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



HIPOLIT AMBER**SKŁAD NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH****Warszawa, Marszałkowska 139, wprost bramy, I-sze piętro.**

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

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

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

Włosy końskie wyjąłowane według Dra Rosenthala.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.**Zimnica i komary malaryczne u nas**

napisał

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

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.
 Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Wydawnictwo Kasy pomocy naukowej im. J. Mianowskiego.

Dr Med. KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI.

Odbudowa kraju a szpitalnictwo

Zarys programu rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego.

Cena 6 marek polskich.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO w Warszawie.


**I N I E K C Y E
 S T R Y C H N I N O W E :**


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

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glicerinofosfor.)

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

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

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

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

i wiele innych.

POLECA

A P T E K A

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

J E R O Z O L I M S K A 25.

W BIURZE DYREKCJI SŁUŻBY ZDROWIA PUBLICZNEGO MINIST. SPRAW WEWN. (Marszałkowska 154)

są do nabycia następujące podręczniki,

obejmujące wykłady, wygłoszone na kursach przygotowawczych dla lekarzy powiatowych.

- | | | |
|--|----------|-------|
| 1. BIERNACKI ST. Badanie najważniejszych środków lekarskich. | Cena Mk. | 1.50 |
| 2. BRAUN J. Hygiena wodociągów i kanalizacji. | " " | — .80 |
| 3. BRUNNER J. Odkazanie. | " " | 5.50 |
| 4. CHODŹKO W. Polskie prawodawstwo sanitarne w rozwoju historycznym. | " " | 1.50 |
| 5. DĘBIŃSKI B. Walka z gruźlicą jako chorobą ludową. | " " | 2.— |
| 6. GEPNER B. Rozpoznawanie i leczenie jaglicy. | " " | — .60 |
| 7. KOPCZYŃSKI ST. Rola lekarza powiatowego w dozorze higieniczno-lekarskim nad szkołami. | " " | 1.50 |
| 8. KOSKOWSKI B. Rewizye i przeglądy aptek. | " " | 3.— |
| 9. RADZIWIŁŁOWICZ R. Psychiatria sądowa. | " " | 4.— |
| 10. SERKOWSKI ST. Metodyka badań sanitarnych. | " " | 8.— |
| 11. SZENAJCH WŁ. Zasady organizacji opieki nad dziećmi. | " " | 3.50 |
| 12. WERNIC L. Walka z chorobami wenerycznymi i nierządem. | " " | 7.50 |
| SZOKALSKI K. Wskazówki do wykonywania dezynfekcyi i tępienia robactwa | | 2.50 |

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁO Z DRUKU:

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego

(ogłądanie, opukiwanie, obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie).

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. **SZCZĘSNY BRONOWSKI**
ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego.

Część I. Oglądanie i Opukiwanie.

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

Cena mk. 16.