



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘC ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi — Żorawia 22.

Adres Administracyi — Marszałkowska 73.

Ceny niższe!

Specyalne preparaty Knoll'a

Bromural, Digipuratum, Diuretin, Tannalbin, Arsentriferrin, Jodival, Styptol, Ovaradentriferrin, Santyl i t. d. znajdują się w dostatecznej ilości na składzie głównych warszawskich składów i mogą być nabywane w aptekach po znanych

cenach ekonomicznych

takich samych jak dla publiczności w Niemczech z nieznacznym dodatkiem za cło i koszt przesyłki. W razie ewentualnych trudności w nabywaniu prosimy zwracać się do naszego przedstawiciela:

W. SOSNOWSKI, Wilcza 42. Warszawa.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Pracownia chemiczno - bakteriologiczna

Dra Stanisława MUTERMILCHA

Analizy moczu, płwociny, krwi, zawartości żółdkowej, kału, wydzielin, mleka, niałotów, wysięków i t. p.

Marszałkowska № 127 (Zielna № 22).

ODMROŻENIA ostre i przewlekłe leczy skutecznie

CONGELIN

(Unguentum Icthyoli compositum contra congelationem).

Apteka F. WIECKOWSKIEGO w Warszawie.

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 przyczynowem duru brzuszego.

Jako następny odczyt wyjdzie wkrótce:

- № 7, 8, 9. **Doc. J. Pruszyński.** Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria anafilaksji.

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.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworędeniowych nagminne. Tężec. Żółtyca. Zakażenie wąglkowe. Nosaczka. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów rb. 8,50; z przesyłką 9,50.

Dla prenumeratorów „Gazety Lekarskiej“, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów rub. 5, z przesyłką rub. 6.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.



WZGLĘDY LECARSKIE

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘT-
NOŚCI · LEKARSKICH ·

Diećdziesięcio-
lecie drugie-

Warszawa, d. 25 listopada 1916 r.

Henryk Sienkiewicz

zmarł d. 15 listopada 1916 r.
w Vevey w 71 roku życia.

Lekarze polscy łączą się z całym
narodem w głębokim żalu po stracie
wielkiego pisarza i patryoty.

Z ODDZIAŁU D-RA LEONA KARWACKIEGO, LEKARZA NACZELNEGO W SZPITALU DLA CHORYCH ZAKAŻNYCH
PRZY UL. POKORNEJ.

Zahamowanie odczynów skórnych po tuberkulinie w chorobach zakaźnych, w szczególności w durze plamistym.

Podał

Włodzimierz Koskowski

intern oddziału.

Odczyny skórne po tuberkulinie, występujące u osobników z gruźlicą utajoną, podostłą i przewlekłą z częstością mniej więcej 75%, ulegają zupełnemu zahamowaniu, lub też redukują się znacznie wtedy, gdy ustrój podlega nowej chorobie zakaźnej. Zjawisko to obserwowało wielu badaczy i starało się wyjaśnić jego powody.

Pierwszy v. Pirquet zauważył, że w odrze następuje zupełne zahamowanie odczynu skórno-ego na tuberkulinę. Zahamowanie to występuje jedynie w czasie trwania wysypki, na przeciąg czasu mniej więcej jednego tygodnia. Zupełne zahamowanie odczynu otrzymali także Teissier i Kindberg u 178 dzieci chorych na odrę. Niektóre dzieci dawały odczyn dodatni przed odrą, przez czas trwania wysypki zdolność tę tracą, a następnie po zniknięciu wysypki znów dawały odczyn dodatni. Hamburger stwierdza u dzieci chorych na odrę w okresie wysypki brak wrażliwości nie tylko na tuberkulinę, ale także na szczepionki oraz surowice. Dzieci, szczepione limfą ospową, w czasie odry nie dawały żadnego odczynu (Hamburger i Schey). Brak odczynu na tuberkulinę w czasie trwania wysypki odrowej oznacza, według v. Pirquet'a, że ustrój zakażony staje się bezbronny wobec lasieczników gruźliczych, lub jadów gruźliczych. Gruźlica utajona pod wpływem odry przekształca się często w gruźlicę czynną, zaś gruźlica czynna, istniejąca u osobnika przed zachorowaniem, po odrze znacznie potęguje się.

W płonicy nie spotykamy zahamowania całkowitego odczynów skórnych, istnieje jednak znaczne obniżenie wrażliwości skórnej. Według Rolly'ego, z 26 osobników, którzy nie reagowali w czasie wysypki, w okresie zdrowienia odczyn dodatni pojawił się u wszystkich. Wrażliwość na tuberkulinę wraca w okresie łuszczenia i potęguje się stopniowo. Mołczanow podaje, iż w czasie wysypki płonicowej występuje zupełna utrata wrażliwości na tuberkulinę w 85%, zaś osłabienie u 15%

chorych. Wraz ze znikaniem wysypki wraca zdolność do odczynu. Wysoka ciepłota oraz powikłania, według zdania Mołczanowa, nie wpływają wcale na zdolność odczynową skóry.

Podczas błonicy utrata wrażliwości na tuberkulinę daje się zauważyć u 12,5% chorych, osłabienie zaś u 50%. Choroba posurowicza, o ile przebiega z dużą wysypką, znosi zupełnie zdolność oddziaływania. **Ospa wietrzna, gościec stawowy, zapalenie migdałów, krup fałszywy** zdają się nie wywierać znaczniejszego wpływu na wrażliwość skóry.

W zapaleniu opon mózgowych gruźliczym, według Ibrahima, odczyn skórny v. Pirqueta w jednych przypadkach jest dodatni, w innych ujemny, podobnie jak w gruźlicy prosówkowej.

Z 18 chorych na różę (Rolly) reagowało w czasie choroby 9 dodatnio, 9 ujemnie. Z tych, którzy w czasie choroby reagowali ujemnie, w stanie zdrowienia jeden chory dał odczyn dodatni, drugi ujemny, reszta zaś nie była badana.

Krannhals badał zachowanie się odczynu na tuberkulinę u 115 chorych na gorączkę powrotną, próbując oftalmoreakcji i odczynu v. Pirqueta. Podczas napadu odczyn spojówkowy ujemny był u 70%, dodatni u 30% chorych. Różnica w sile odczynu spojówkowego nie zaznacza się wybitnie w czasie napadu i przerwy (29,2% i 32%), natomiast odczyny skórne dają różnice jaskrawsze, albowiem ujemne próby v. Pirqueta, dokonywane podczas napadu, obejmują 64,7% dodatnie zaś tylko 35,3%, przyczem odczyny dodatnie wypadały słabiej, niż zwykle. W czasie przerwy pomiędzy napadami ujemne odczyny posiadało 23,8%, dodatnio reagowało 76,2% wszystkich chorych.

Według Krannhalsa, przypadki zapalenia płuc włóknowego i ostrego gościa stawowego dają wyniki podobne. W zapaleniu płuc krupowym, stosownie do badań Rolly'ego, na 33 chorych reagowało w czasie gorączkowania ujemnie 18,

15 zaś dawało odczyn dodatni. W okresie zdrowienia z 18, nie reagujących poprzednio w czasie gorączki, odczyn dodatni dało 11. Według innych autorów, zapalenie płuc krupowe zmniejsza wrażliwość na tuberkulinę w bardzo silnym stopniu (v. Pirquet).

Cozzolino badał zachowanie się wrażliwości skórnej w krztuścu (227 przypadków) i otrzymał w 70,5% zahamowanie, dodatnio odczyn wypadł u 29,5% chorych!

W durze brzuszny stosował Krannhals 1% tuberkulinę Koch-Mercka do reakcyi spojówkowej, otrzymując wyniki następujące: podczas trwania gorączki odczyn ujemny wypadł u 83,6% chorych, dodatni — u 16,4%. W stadium zdrowienia nie reagowało 56,7%, odczyn dodatni powstawał u 43,3%. Próby skórne, wykonane przez tegoż autora u chorych na dur brzuszny, wykazały, że w czasie gorączki odczyn ujemny powstaje u 67,5% chorych, dodatni — u 32,5%; w okresie zdrowienia reagowało ujemnie 17,5%, dodatnio — 82,5%. Z liczb powyższych widać, że u ozdowieńców po durze brzuszny ilość odczynów dodatnich odpowiada, mniej więcej, ogólnej normie. Rolly określił odczyny ujemne podczas gorączki w durze brzuszny na 66% ogólnej liczby, dodatnie na 33%, w okresie zdrowienia zaś odczyny ujemne na 17%, dodatnie na 83%. Próby doskórne Mantoux, dokonywane z tuberkuliną d-ra Karwackiego w rozcieńczeniu 1 : 1000 u chorych na dur brzuszny, wykazały, że zakażenie durowe redukuje ilość odczynów dodatnich na tuberkulinę z 75% na 18% (Koskowski).

Badając zachowanie się odczynu skórno-go w durze plamistym, posługiwałem się techniką Mantoux, używając do doskórno-go wprowadzania tuberkuliny d-ra Karwackiego, rozcieńczonej do 1 : 1000. Wykonałem próby u 111 chorych na dur plamisty, a mianowicie:

- u 51 na wysokości choroby,
- u 60 w stanie zdrowienia.

W 37 przypadkach powtarzałem doświadczenia dwukrotnie, trzykrotnie i więcej w różnych okresach choroby i zdrowienia.

W czasie choroby (51 przyp.) powstał odczyn dodatni: wyraźny u 4,

słaby u 4; pozostałych 43

chorych nie reagowało zupełnie. Dodać należy, że chorzy, którzy w czasie podniesionej ciepłoty i wysypki reagowali słabo, po spadku ciepłoty (około trzeciego dnia) w okresie zdrowienia zaczęli dawać odczyny bardzo silne. Odczyn dodatni, który powstaje w cza-

sie choroby, cechuje się, jak zwykle, zaczerwienieniem, w nielicznych przypadkach występuje obrzmienie nieznaczne, rzadko bolesność. Odczyn trwa krótko, zaledwie 1—2—3 dni; tylko u jednego chorego odczyn, który powstał w czasie choroby, nie zniknął jeszcze w czasie zdrowienia (trwał około tygodnia). Odczyny u osobników z gruźlicą utajoną, lub podostrą po tej samej dawce tuberkuliny są bardzo silne i długotrwałe. Odczyn taki cechuje się obrzmieniem, zaczerwienieniem i bolesnością; często powstaje grudka ze strupem. Odczyn trwać może 2—3 tygodni.

W okresie zdrowienia (60 przyp.) odczyn dodatni powstał u 49:

- bardzo silny u 10,
- średni u 35,
- słaby u 4,

ujemnie odczyn wypadł u 11.

U jednego chorego w okresie zdrowienia powstał odczyn dodatni w chwili, kiedy wysypka jeszcze była widoczna, u innego chorego, po ciężkim durze plamistym, odczyn powstał dopiero 20-go dnia okresu zdrowienia.

Odczyn, który w czasie gorączki po jednorazowym zastrzyknięciu tuberkuliny doskórnie był ujemny, nie budził się samoistnie w okresie zdrowienia. Można powiedzieć naogół, że w czasie choroby następuje obniżenie wrażliwości na tuberkulinę; wrażliwość zaczyna pojawiać się niekiedy w pierwszych dniach stanu zdrowienia, zbliża się następnie do przeciętnej około 10 dnia po spadku ciepłoty.

W czasie gorączki i wysypki, bez względu na dzień choroby, odczyn dodatni powstał u 8 chorych z 53 badanych (15,1%); w okresie zdrowienia odczyn dodatnio wypadł u 81,7%, ujemnie u 18,3% chorych. Wobec tego, iż przyjmujemy zwykle, że około 75% osobników klinicznie zdrowych, lub dotkniętych gruźlicą przewlekłą daje odczyn dodatni na tuberkulinę, dochodzimy do wniosku, że dur czynny redukuje odczyn skórny do 15%, a dur świeżo przebyty zwiększa wrażliwość zwykłą na tuberkulinę. Można by nawet przyjąć liczbę mniejszą od 15% z tego względu, że, jako dodatnie, wliczono odczyny bardzo słabe (3), które wraz ze spadkiem ciepłoty, po pewnych zastrzyknięciach tuberkuliny, stawały się silniejszymi. Prawie we wszystkich przypadkach odczynów dodatnich w czasie choroby zaznaczyło się wybitnie zmniejszenie siły odczynu. Nie obecność wysypki, ani powikłania, zresztą bardzo rzadkie, lecz spadek ciepłoty tworzy okres przełomowy, po którym, w razie braku odczynu

poprzednio, zjawiać się zaczyna zaczerwienienie i obrzmienie po wstrzyknięciu ponownem.

W niektórych przypadkach duru plamistego dokonywano w laboratorium szpitalnem obliczeń wzorów białych ciałek krwi. Ilość leukocytów i wzór nie posiadają żadnego związku z obecnością lub siłą odczynu.

Wahanie się odczynu skórnoego nawet w gruźlicy niepowikłanej jest zjawiskiem znanem. Interesujący jest w tej sprawie wpływ ciąży, w której okres końcowy cechuje się znacznem osłabieniem wrażliwości skórnej na tuberkulinę. Wahania te v. Pirquet stara się związać przyczynowo z ilością przeciwciał swoistych w surowicy. Ilość przeciwciał w pierwszych latach po zakażeniu jest największa, wzmagając się jeszcze w obostrzeniach lub reinfekcyi. W gruźlicy, przebiegającej gwałtownie, lub w charłactwie gruźliczem ciała swoiste z ustroju znikają. Tem się tłumaczy mocny odczyn skórny u dzieci, dotkniętych gruźlicą, i brak odczynu, np. w prosówce, lub zapaleniu opon mózgowych. Słaby odczyn występuje także u osobników, którzy, naskutek dawno przebytej sprawy, posiadają we krwi mało przeciwciał. Dla uzmysłowienia mechanizmu, zachodzącego przy powstawaniu odczynu skórnoego, v. Pirquet wprowadza specjalny typ przeciwciała, tak zwaną „erginę”, która pośredniczy pomiędzy komórkami ustroju a wprowadzoną doń tuberkuliną.

Otóż nie tylko w ostrej gruźlicy, ale i w innych chorobach, jak odra np., ergina z ustroju znika na czas wysypki, a pojawia się po jej ustąpieniu, i to warunkuje wahanie się odczynu skórnoego na tuberkulinę.

Teorya ta jest niesłychanie prosta, ale najzupełniej dowolna. Nie popiera jej v. Pirquet nawet pomiarami owej erginy. Natomiast istnieją fakty, że przyrost ciał swoistych (u chorych, leczonych dłuższy czas tuberkuliną) prowadzi właśnie do zahamowania odczynu skórnoego.

Neumark i Nothman specjalnie w odręszukają związku między zahamowaniem wrażliwości na tuberkulinę a leukopenią.

Takiemu pojmowaniu sprawy przeczą sta-

ny zakaźne, połączone z leukocytozą, a w których mimo to odczyn na tuberkulinę jest zahamowany.

Hamburger przypuszcza, że zahamowanie to jest następstwem oddziaływania nowego ciała, powstającego we krwi w czasie odry. Otóż Bernard i Paraf stwierdzili, że surowica odrowych na wysokości wysypki nie zawiera wcale ciał hamujących.

Wreszcie niektórzy badacze (Rolly, Escherich) sądzą, że zmiany w oddziaływaniu skóry na tuberkulinę nie mają nic wspólnego ze zjawiskami odporności, a zależą od zaburzeń, istniejących w samej skórze. Ich zdaniem, zaburzenia w czynności prawidłowej skóry istnieją i w chorobach zakaźnych bez wysypki, aczkolwiek zaburzenia te nie wydają się oznakami zewnętrznymi. Tem się też tłumaczy, że odczyny tuberkulinowe słabną lub znikają i w chorobach zakaźnych niewysypkowych.

Karwacki przechyla się do zdania, że odczyny skórne nie mają nic wspólnego ze zjawiskiem odporności, lecz leżą całkowicie w dziedzinie anafilaksyi. Pierwowzorem ich jest objaw Arthusa. Zahamowanie wrażliwości skórnej na tuberkulinę jest następstwem antyanafilaksyi, która może być różnego pochodzenia. W obostrzeniu sprawy gruźliczej antyanafilaksya powstaje wskutek przedostania się do obiegu znaczniejszych ilości białka prątków gruźliczych i jest swoistą. Stan ten może być porównany do stanu zwierzęcia po reiniekcyi: zwierzę przez czas pewien po przebytych wstrząsach staje się niewrażliwym na ponowne oddziaływanie wywołujące.

W chorobach zakaźnych ostrych — wysypkowych i wolnych od wysypki — antyanafilaksya jest nieswoista.

Zatrucie, wywołane przez różne jady bakteryjne, znosi wrażliwość na tuberkulinę, podobnie jak zastrzyknięcie peptonu u zwierzęcia, uczulonego surowicą, chroni je na czas pewien od wstrząsu po zastrzyknięciu surowicy.

ODCINEK.

Służba zdrowia w armii polskiej

Odczyt w dniu 7 września 1916 r. w Stowarzyszeniu Lekarzy w Warszawie.

Przez

Józefa Bielińskiego.

(Dokończenie—patrz Nr 21).

Służba zdrowia w Armii Królestwa Polskiego 1815 — 1830.

* Abratowski Józef, lekarz batalionowy w sztabie dywizji strzelców 1830.

* Allebracht Karol, lekarz batalionowy w pułku III strzelców pieszych 1827—1829.

Altzinger Mateusz, podlekarz pułku I piechoty liniowej 1815—1818.

* Babczyński Kazimierz, lekarz batalionowy przy szpitalu głównym. 1830.

Bachelst Karol, lekarz batalionowy w pułku VII liniowym 1822.

Baldauf Franciszek, lekarz dywizyjny w I dywizji piechoty 1815—1830.

* Baranowski Piotr, podlekarz w pułku strzelców konnych. 1815—1818.

* Barciński Michał, lekarz batalionowy z pułku V piechoty liniowej 1830.

Baum Karol, lekarz batalionowy w pułku VII liniowym od 1815—1817.

Bergoni Władysław, lekarz batalionowy w pułku I ułanów 1815—1818; sztabowy w pułku I strzelców konnych 1819; w kompanii 3 lekkiej artylerii 1820—1829.

Bertold Jan, lekarz artylerii garnizonowej w Modlinie 1815—1823 † 1824.

Biernacki Karol, podlekarz w pułku II strzelców konnych 1815—1818.

Blanchard Mikołaj, lekarz batalionowy w pułku strzelców pieszych 1820—1824; w roku 1825 i 1826 w pułku grenadierów gwardii od 1828 w artylerii.

Blumenthal Albert, lekarz sztabowy z pułku V piechoty liniowej 1815—1818.

Bolman Bogumił, podlekarz w pułku II strzelców pieszych 1815—1818.

* Brawacki Jan, lekarz batalionowy w pułku IV strzelców pieszych 1819—1824; sztabowy w batalionie saperów 1825—1827; od 1828 na reformie.

Brazdziński Józef, lekarz batalionowy w pułku VI piechoty liniowej 1815—1817; w korpusie artylerii 1818—1822, dymisjonowany.

* Brechttschneider Samuel, lekarz batalionowy w pułku II piechoty liniowej 1815—1817; w korpusie artylerii 1818—1830.

Brzęcki (Brzeski, Brzęski) Jan, lekarz sztabowy w pułku IV strzelców pieszych 1815—1818; w II pułku strzelców pieszych 1818—1821; dywizyjny w II dywizji piechoty 1822—1830.

* Brzuchański Jan, lekarz batalionowy w sztabie korpusu inwalidów 1815—1830.

* Buczyński Józef, lekarz sztabowy w pułku III strzelców pieszych 1815—1820, w pułku grenadierów gwardii 1821—1828, lekarz dywizji ułanów 1829—1830.

* Bukowski Franciszek, podlekarz w pułku I strzelców pieszych 1815—1818.

Cellary Stanisław, podlekarz w pułku VI piechoty liniowej 1815—1818.

Chachulski Wojciech, lekarz batalionowy w pułku VI piechoty liniowej 1815—1817. 1818—1819 w korpusie inwalidów.

Charasiński (Harasiński) Ignacy w pułku III strzelców pieszych 1815—1817; p. o. batalionowego w szpitalu głównym do 1823; batalionowy w artylerii od 1824—1830.

Chodasiewicz Michał, lekarz batalionowy w pułku II strzelców pieszych 1828. 1829.

* Chrzanowski Wojciech, lekarz batalionowy w pułku III strzelców pieszych 1830.

* Chytreusz Józef, lekarz batalionowy w pułku II piechoty liniowej 1815—1827.

* Czapalski Sebastian, sztabowy w pułku II piechoty liniowej 1819—1825. † 1826.

Czechowski (Czachowski) Maurycy, podlekarz w pułku I piechoty liniowej 1815—1818; batalionowy w pułku VI piechoty liniowej 1822—1826; w kompanii I pozycyjnej artylerii pieszej 1826—1828; sztabowy w pułku strzelców konnych gwardii 1829—1830.

Czyżkowski Piotr, lekarz batalionowy w pułku strzelców konnych 1818—1830.

Daszowski Leopold, podlekarz w pułku I ułanów 1815—1818; p. o. batalionowego przy szpitalu głównym 1819—1823; batalionowy w pułku II strzelców pieszych 1824—1824; w kompanii 7 weteranów 1828—1830.

* Daszewski Wawrzyniec, lekarz sztabowy pułku III piechoty liniowej 1815—1824. † 1825.

Deiffinger Maksymilian, lekarz batalionowy w pułku grenadierów gwardii 1822; sztabowy w korpusie artylerii 1823—1827; dymisjonowany.

* Dębski Ludwik, lekarz batalionowy w pułku grenadierów gwardii 1826—1830.

* Dobrowolski Jan, lekarz w batalionie saperów 1815—1818; w artylerii 1819—1830.

Doliński Józef, podlekarz w pułku strzelców konnych 1815—1818.

Dołasiński Rudolf, lekarz dywizji II od 1815—1817; w r. 1818 dywizji ułanów; od 1821 do 1826 p. o. batalionowego w kompanii 2 weteranów.

* Domagalski Jan, podlekarz w pułku IV piechoty liniowej 1815—1818; do 1824 p. o. batalio-

*) Gwiazdka przy nazwisku oznacza wychowanka szkoły lekarskiej warszawskiej.

nowego przy szpitalu głównym; batalionowy w pułku II piechoty liniowej 1825—1830.

* Daszyński Andrzej, lekarz batalionowy w pułku V piechoty liniowej 1822 i 1823. sztabowy w pułku VI piechoty liniowej 1824—1827; sztabowy w pułku I ułanów 1828—1830.

Dybek Franciszek, lekarz dywizji ułanów 1815—1817, później profesor uniwersytetu.

* Dziarkowski Hipolit, lekarz sztabowy w pułku II piechoty liniowej 1815—1818.

* Eksler (Exler) Krzysztof, lekarz batalionowy w pułku grenadyerów gwardyi 1818—1830.

* Filling Maksymilian, lekarz batalionowy w pułku III strzelców konnych 1815—1824, przeniesiony do rezerwy.

* Filipowski Paweł, lekarz batalionowy w pułku V piechoty liniowej 1814; w pułku IV strzelców konnych 1825; sztabowy w pułku II strzelców konnych 1826—1830.

* Fleyszerowski Franciszek, lekarz batalionowy w pułku VII liniowym 1815—1817; sztabowy w pułku III ułanów 1818—1830.

Florjanowicz Chryzostom, lekarz batalionowy w pułku strzelców pieszych 1829 † 1830.

Frankiewicz Piotr, lekarz batalionowy w pułku grenadyerów gwardyi 1815—1818.

* Frey Jakób, lekarz batalionowy w III pułku ułanów 1825—1826; sztabowy w pułku VIII liniowym 1827—1830.

Fresser Leon, podlekarz w pułku IV strzelców konnych 1815—1817.

Fryze (Friese, Fryse) Piotr, lekarz batalionowy w pułku VIII liniowym 1815—1820; w pułku IV strzelców 1821—1822; w sztabie batalionu weteranów 1823—1830.

Gast Marcin, podlekarz w sztabie korpusu inwalidów 1815—1830.

* Gąsiorowski Józef, lekarz batalionowy w pułku VII liniowym 1829—1830.

* Geisler (Geitzler) Karol, podlekarz w pułku III ułanów od 1815—1822, batalionowy w artylerii 1823—1828.

* Giałczewski Karol, lekarz batalionowy w pułku V piechoty liniowej 1815—1820; † w. r. 1841.

Girtler Józef, podlekarz w kompanii 2 inwalidów 1815—1818.

Goedel Asmodeusz, sztabowy w pułku IV strzelców konnych 1815—1823; w batalionie saperów 1824.

* Granau (Grunau) Jan, lekarz batalionu pułku II strzelców pieszych 1825—1830.

Grygowicz Karol, lekarz dywizji gwardyi 1815—1817.

* Gulitz (Gulicz) Fryderyk, lekarz batalionowy w kompanii minerów 1815—1821; w sztabie korpusu inwalidów 1823. † 1824.

* Helbich Adam, sztabowy w pułku V piechoty liniowej 1819—1822, dymisyonowany.

* Hendiger Józef, podlekarz w pułku strzelców konnych gwardyi 1815—1821; batalionowy w pułku I piechoty liniowej 1822—1830.

Hennings Karol, podlekarz w pułku III piechoty liniowej 1815—1818.

Herbst August, lekarz batalionowy w pułku IV strzelców pieszych 1815—1819.

* Herwig Piotr, lekarz batalionowy przy głównym szpitalu 1828—1830.

* Hildebrand Stanisław, lekarz batalionowy w pułku III strzelców konnych 1825 i 1826; sztabowy w pułku VII liniowym 1827—1830.

* Hemberg Leon, lekarz batalionowy w pułku II piechoty konnej 1815—1818; w pułku IV strzelców 1819; sztabowy w pułku VII liniowym 1820—1826; sztabowy w pułku II ułanów 1827—1830.

* Huzbeck Ferdynand, podlekarz w pułku IV ułanów 1815—1818.

* Jaskierski Franciszek, lekarz batalionowy w pułku VIII liniowym 1821—1826, w pułku III strzelców konnych 1827—1828; artylerii lekkiej 1829—1830.

Jędrzejewicz Klemens, podlekarz w pułku I piechoty liniowej 1815—1817.

* Józwik Wojciech, lekarz batalionowy w pułku I strzelców pieszych 1828—1830.

Just Karol, sztabowy pułku I ułanów 1815—1820.

Jünger August, lekarz batalionowy w pułku III piechoty liniowej 1815—1817.

Kaczkowski Karol, generał—sztab—doktor armii polskiej 1830.

Kamiński Walenty, podlekarz w pułku V piechoty liniowej 1815—1818.

* Kamiński Jan, lekarz batalionowy w pułku VI piechoty liniowej 1815—1817; lekarz w artylerii lekkiej 1818—1825.

* Karpowicz Kacper, lekarz batalionowy w pułku IV ułanów 1818—1830.

Karwacki Jan, podlekarz w pułku II piechoty liniowej 1815—1818.

Katelbach Karol, lekarz batalionowy w pułku VIII piechoty liniowej 1815—1821; † 1826.

* Kęcki Jan, lekarz batalionowy w pułku II strzelców konnych 1825—1830.

* Klecki Waleryan, lekarz batalionowy w pułku V piechoty liniowej 1825—1830.

Klein Jakób, podlekarz w pułku II strzelców konnych 1815—1818.

Klem (Klim) Jan, podlekarz w pułku I strzelców 1815—1824 † 1824.

* Klimkiewicz Marcin, lekarz batalionowy w pułku III piechoty liniowej 1815—1830.

* Kłopotowski Onufry, lekarz batalionowy w pułku I ułanów 1821—1822; sztabowy w pułku I strzelców konnych 1823—1830.

* Kłosowski Mikołaj, podlekarz w pułku ułanów 1815—1818; batalionowy w pułku baterii konnej 1822—1830.

* Koch Jan, lekarz batalionowy w kompanii 4 lekkiej artylerii 1815—1829, sztabowy w pułku II strzelców pieszych 1830.

* Kochoński Antoni, lekarz batalionowy przy szpitalu głównym 1828—1830.

* Lombert Ludwik, lekarz batalionowy w pułku VI piechoty liniowej 1819—1822; w artylerii 1823—1828; sztabowy w pułku strzelców konnych gwardyi 1829—1830.

Korsak Michał, podlekarz w pułku VII piechoty liniowej 1815—1817.

Kościelski Jan, podlekarz w pułku II strzelców pieszych 1815—1818; od r. 1819 w korpusie weteranów.

* Kostecki Piotr, lekarz batalionowy w pułku VI liniowym 1821; sztabowy w tymże pułku

1822 i 1823, sztabowy w pułku III piechoty liniowej 1824—1830.

Koszewicz Jakób, lekarz batalionowy w pułku V piechoty liniowej 1815—1817; w korpusie inwalidów 1818—1830.

* Koroszewicz Józef, lekarz batalionowy w pułku I ułanów 1819—1820; w pułku III strzelców pieszych 1821—1823.

* Kozłowski Józef, lekarz batalionowy w pułku III strzelców pieszych 1815—1822; w artylerii garnizonowej w Modlinie 1823—1830.

Kuszowski August, lekarz batalionowy w pułku IV ułanów 1815—1821; w pułku II ułanów 1822—1829.

Kurjowski Ignacy, lekarz batalionowy w pułku I strzelców pieszych 1815—1818.

Kurowski Jan, lekarz batalionowy w pułku VI piechoty liniowej 1818.

* Kurowski Stanisław, lekarz batalionowy w pułku VI piechoty liniowej 1818—1819.

* Kwapiszewski Józef, lekarz kompanii 2 artylerii pieszej 1815—1817.

Kwiatkowski Franciszek, lekarz batalionowy w pułku I strzelców konnych 1815—1817; sztabowy w pułku VI piechoty liniowej 1818—1821; w artylerii garnizonowej warszawskiej 1822—1824 + 1825.

* Langer Piotr, lekarz batalionowy w pułku VI piechoty liniowej 1822; w r. 1823 wykreślony z kontroli.

Label Ignacy, lekarz batalionowy w pułku I strzelców pieszych 1822; sztabowy w pułku V piechoty liniowej 1823—1827; w r. 1828 dymisjonowany.

* Leszczyński Jan, podlekarz w pułku IV strzelców pieszych 1815—1818.

* Lewandowski Michał, lekarz batalionowy w pułku V piechoty liniowej 1821; w pułku I strzelców pieszych sztabowy 1822—1827; przy szpitalu głównym 1828—1830.

Libicki Karol, lekarz sztabowy w pułku VIII piechoty liniowej 1815—1826; sztabowy w pułku II strzelców pieszych 1827. 1828.

* Lipiński Jan, lekarz batalionowy w pułku VIII liniowym 1827—1830.

Lipnicki Karol, lekarz batalionowy w 2 batalionie weteranów 1815—1830.

Lisowiecki (Lisowicki) Józef, sekretarz przy wydziale zdrowia w ministerium wojny 1815—1818; lekarz dywizyjny w dywizji ułanów 1819—1829; + 1829.

Lubelski Filip, lekarz sztabowy w pułku I strzelców konnych 1815—1818; w pułku II strzelców pieszych 1822—1826.

* Lubiński Józef, podlekarz w pułku VII piechoty liniowej 1815—1818.

Lühe Leopold, lekarz sztabowy pułku II strzelców pieszych 1815—1818; lekarz dywizyjny strzelców konnych 1819—1830.

Łaszczyk Tomasz, lekarz batalionowy w pułku I strzelców pieszych 1815—1821, dymisjonowany.

Łopiński Wawrzyniec, podlekarz w pułku II piechoty liniowej 1815—1818.

* Łuczyński Jan, lekarz artylerii konnej 1815—1830.

* Majewski Stanisław, podlekarz w pułku IV ułanów 1815—1818.

Manin Karol, podlekarz w pułku VI piechoty liniowej 1815—1818.

* Mastelski Wincenty, lekarz batalionowy w pułku I strzelców pieszych 1825—1827; sztabowy tamże 1828—1830.

* Mauersberger Ludwik, lekarz batalionowy w batalionie saperów 1822, wykreślony z listy 1823.

Miedzianowski Franciszek, lekarz batalionowy w kompanii 4 weteranów 1815—1829.

Mieszczński Kazimierz, lekarz batalionowy w pułku III strzelców konnych 1829—1830.

* Milewski Antoni, lekarz batalionowy w pułku IV strzelców pieszych 1820—1830.

* Mitkiewicz Benedykt, lekarz batalionowy w pułku III strzelców pieszych 1815—1830.

Moneta Jakób, lekarz batalionowy w pułku V piechoty liniowej 1815—1817.

Mrozowski Teodor, sztabowy w pułku III ułanów 1815—1817.

Neuman Fryderyk, lekarz sztabowy w pułku I piechoty liniowej 1815—1818.

Neuman Franciszek, podlekarz w kompanii I korpusu inwalidów 1815—1830.

Neuman Fryderyk, podlekarz w pułku I strzelców pieszych 1815—1817.

* Neutschman August, podlekarz w pułku III ułanów 1815—1817; w pułku II piechoty liniowej 1823—1830.

* Niedobylski Kacper, lekarz artylerii garnizonowej w Zamościu 1815—1825 + 1825.

Niedzielski Antoni, lekarz sztabowy w pułku IV liniowym 1820—1823; w pułku II strzelców konnych 1824—1825; sekretarz w wydziale wojny od r. 1826.

* Nieszporiewicz Walenty, lekarz batalionowy w pułku IV strzelców pieszych 1818. 1819.

* Nieznański Ignacy, lekarz batalionowy w pułku III strzelców pieszych 1825. 1826.

Nowosielski Józef, podlekarz pułku V piechoty liniowej 1815—1819.

* Omęta Paweł, lekarz batalionowy w pułku VII liniowym 1827, sztabowy w pułku IV strzelców konnych 1828—1830.

* Orkicz Józef, lekarz batalionowy w pułku VI liniowym 1827, sztabowy w tymże pułku 1828—1830.

* Ostrowski Feliks, lekarz batalionowy w pułku IV piechoty liniowej 1815—1830.

* Pomorski Piotr, podlekarz w pułku VIII liniowym 1815—1818.

* Porębski (Poremski) Wojciech, lekarz batalionowy w pułku II strzelców pieszych 1819—1823; w pułku grenadierów 1823—1825 + 1825.

Preuss Ferdynand, sztabowy lekarz w pułku II strzelców konnych 1815—1823; w artylerii garnizonowej warszawskiej 1824—1830.

* Przedwielński Jan, podlekarz w pułku IV ułanów 1815—1818.

* Przybylski Józef, lekarz dywizyjny gwardyi 1818. + 1819.

* Przysański Stanisław, lekarz sztabowy pułku strzelców konnych gwardyi 1815—1828; lekarz dywizyjny gwardyi 1829—1830.

* Puternicki Józef, lekarz batalionowy w pułku II strzelców pieszych 1815—1818; w pułku I piechoty liniowej 1819—1827; w twierdzy Zamość 1828—1830.

* Pyrzanowski Szymon, lekarz kompanii I pozycyjnej artylerii pieszej 1815—1822; w kompanii 12 weteranów 1822—1827.

Radke Jan, lekarz sztabowy w pułku IV liniowym 1815—1830.

* Rettein Karol, lekarz batalionowy w pułku III ułanów 1815—1824; przeniesiony do rezerwy.

Rörich Ernest, lekarz sztabowy w batalionie weteranów 1815—1830.

Rosseli Otto, lekarz batalionowy w pułku IV strzelców konnych 1820; sztabowy w pułku I ułanów 1821—1827; do szpitala głównego 1828—1830

* Różycki Wincenty, podlekarz w pułku grenadyerów gwardii 1815—1816.

* Rutkowski Franciszek, lekarz batalionu w pułku IV strzelców pieszych 1820—1825; w pułku IV strzelców konnych 1826—1830.

* Rywacki Jerzy, lekarz batalionowy w pułku VII liniowym 1818—1830.

Sadowski Walenty, lekarz I baterii artylerii 1815—1817.

Salomon Jan, lekarz batalionowy w kompanii 3 weteranów 1815—1819.

Sauvé Ludwik, lekarz sztabowy w pułku IV ułanów 1815—1830.

* Schronietter, Jan lekarz sztabowy w pułku IV liniowym 1815—1817; lekarz korpusu artylerii i inżynierii 1818—1822, dymisjonowany.

Schreyer Józef, lekarz batalionowy w pułku VI piechoty liniowej 1823—1824; w pułku VII piechoty liniowej 1825 i 1826.

* Schröder Jan, lekarz z baterii artylerii 1815—1830.

Siennicki Stanisław, lekarz batalionowy w artylerii garnizonowej 1823; sztabowy w pułku III strzelców pieszych 1824—1830.

Siestrzyński Jan, lekarz batalionowy w pułku VII liniowym 1823 i 1824 † 1825.

Skarzewski Fryderyk, podlekarz w pułku VIII liniowym 1816—1818.

Skulski Szymon, lekarz dywizyjny i p. o. batalionowego w kompanii 3 weteranów 1820—1830.

Sobkiewicz Jan, lekarz kompanii 2 artylerii pieszej 1815—1817.

Spiesbach Krystyn, lekarz sztabowy w pułku I strzelców pieszych 1815—1821, dymisja.

* Springwald Ignacy, lekarz batalionowy w pułku IV piechoty liniowej 1815—1830.

Spytkowski Szymon, podlekarz w pułku VII piechoty liniowej 1815—1817; w pułku II piechoty 1818—1822, dymisjonowany.

Stakebrand Ludwik, lekarz baterijny w artylerii konnej 1815—1817; sztabowy w pułku II ułanów 1818—1830.

* Stainike August, podlekarz w pułku II ułanów 1815—1818; batalionowy w pułku I ułanów 1819—1830.

* Strycki Antoni, podlekarz w pułku V piechoty 1815—1818; batalionowy w batalionie saperów 1823—1830.

Stummer Jan, naczelny lekarz wojska polskiego 1815—1830.

* Sturm (Szturm) Adolf, lekarz I baterii artylerii 1824; sztabowy w batalionie saperów 1825—1830.

Szablowski Piotr, podlekarz w pułku III piechoty liniowej 1815—1818; p. o. batalionowego przy szpitalu głównym 1823—1830.

Szafranowicz Aleksander, podlekarz w pułku III strzelców pieszych 1815—1818.

* Szancer Leon, lekarz batalionowy w pułku VIII liniowym 1828—1830.

Szarosza Franciszek, podlekarz w pułku III strzelców konnych 1815—1818.

* Szczeciński Antoni, lekarz batalionowy w pułku II ułanów 1815—1827; w kompanii 2 pozycyjnej artylerii 1828—1830.

Szkudek Józef, lekarz batalionowy w pułku strzelców konnych gwardii 1815—1818.

* Szley Jan, lekarz batalionowy w pułku IV strzelców konnych 1815—1818; w pułku strzelców konnych gwardii 1819—1830.

* Szostakiewicz Antoni, lekarz batalionowy w pułku III piechoty 1815—1822.

Szyrmer Ludwik, lekarz batalionowy w batalionie weteranów 1815—1930.

Szumacher Karol, lekarz batalionowy w pułku III ułanów 1830.

Szwencki Fryderyk, sztabowy lekarz w pułku grenadyerów gwardii 1815—1820; lekarz dywizji gwardii 1821—1828; naczelny lekarz w Ujazdowie 1829 i 1830.

* Telakowski Olimp, lekarz batalionowy przy szpitalu głównym 1828; przy kompanii 2 lekkiej artylerii 1829 i 1830.

Tomorowicz Jan, lekarz sztabowy w pułku VII liniowym 1815—1819; w pułku I strzelców konnych 1820—1822.

* Torański Józef, lekarz batalionu w pułku VI piechoty liniowej 1828—1830.

Trzeszkiewicz Walenty, lekarz batalionu w pułku III strzelców pieszych 1823 i 1824; sztabowy w pułku IV strzelców pieszych 1825—1830.

* Tuszyński Karol, lekarz batalionowy w pułku grenadyerów gwardii 1815—1817; w pułku V liniowym 1818—1829.

Wachulski Franciszek, podlekarz w pułku I strzelców konnych 1815—1818.

Wagner Ferdynand, podlekarz w pułku grenadyerów gwardii 1815—1818; batalionowy w pułku I piechoty liniowej 1819—1830.

* Walter Fryderyk, lekarz batalionowy w pułku III strzelców pieszych od 1815—1821; w pułku VIII liniowym 1822—1826.

Wasilewski Stanisław, lekarz batalionowy w IV pułku strzelców pieszych 1815—1817.

Wąsowicz Andrzej, podlekarz w pułku III strzelców konnych 1815—1818, p. o. batalionowego w szpitalu głównym 1819—1830.

Wąsowicz Kazimierz, podlekarz w pułku IV strzelców konnych 1815—1818; p. o. batalionowego w szpitalu głównym 1823—1830.

Weyholtz Aleksander, lekarz sztabowy w pułku III strzelców konnych 1815—1828; lekarz dywizyjny 1829 i 1830.

Wernery August, sztabowy w korpusie inwalidów 1815—1829.

* Wesołowski Antoni, lekarz batalionowy w pułku II piechoty liniowej 1819—1822; w pułku III ułanów 1823—1829.

* Wierzbowski Gabryel, lekarz batalionowy w pułku IV strzelców konnych 1823—1824; sztabowy w pułku II piechoty liniowej 1825—1830.

Wilski Jan, podlekarz w pułku IV strzelców pieszych 1815—1817.

* Wiśniewski Feliks, lekarz batalionowy w pułku I piechoty 1815—1822; dymisyon.

Wodnicki Jan, lekarz dywizyjny przy korpusie kadetów w Kaliszu 1820—1830.

Wollerth Antoni, lekarz w artylerii garnizonowej 1818—1830.

* Wołowski Jędrzej, lekarz batalionowy przy szpitalu głównym 1828; przy kompanii I artylerii piechoty 1829—1830.

Zachorski Walenty, podlekarz w pułku III strzelców pieszych 1815—1818.

* Zarzycki Michał, lekarz batalionowy w pułku II strzelców pieszych 1823—1824; w artylerii 1825—1830.

Zauper Karol, lekarz kompanii I artylerii piechoty 1815—1821; w pułku II piechoty liniowej 1822—1825; w kompanii I inwalidów 1825—1830.

* Zawadzki Stefan, lekarz batalionowy w pułku I piechoty liniowej 1815—1823.

* Zbrowski Tomasz, lekarz batalionowy w pułku IV strzelców pieszych 1826—1830.

Zero Walenty, podlekarz w pułku II strzelców pieszych 1815—1817.

* Zieliński Antoni, podlekarz w pułku IV piechoty 1815—1818.

* Zieliński Piotr, podlekarz w pułku grenadierów 1818; przy szpitalu głównym p. o. batalionowego 1819—1822; w pułku III strzelców konnych 1823—1830.

Zimmerman Erazm, lekarz batalionowy w batalionie saperów 1820; sztabowym tamże 1821—1824; sztabowym w pułku IV strzelców konnych 1825—1830.

Zymara Antoni, lekarz batalionowy w pułku III liniowym 1823—1830.

Żmudziński Andrzej, lekarz kompanii 3 lekkiej artylerii 1815—1819; sekretarz w wydziale lekarskim 1827—1830.

* Żykiewicz Tadeusz, lekarz batalionowy w pułku II strzelców pieszych 1829—1830.

Przegląd bibliograficzny.

Księga pamiątkowa. Zbiór prac z dziedziny patologii dziecięcej współpracowników d-ra med. Józefa Brudzińskiego, rektora Uniwersytetu. Str. XI. 481. in 4-o. 1916.

Przed paru tygodniami, z pod tłoczni drukarni tutejszej Galewskiego i Daa, wyszła książka, nosząca nagłówek powyższy i opracowana przez koło lekarzy pedyatrów, książka, której dano uccieć chwilę uroczystą wskrzeszenia Wszechnicy polskiej w Warszawie. O tym zamiarze autorów i wydawców mówi jasno dedykacja, pomieszczona na karcie tytułowej: Wszechnicy Warszawskiej i data 18¹⁵/_{XI} 15 r. Z pamiętną tą datą skojarzona jest osoba tego, który był zawsze idealnym przewodnikiem kolegów, współ z nim pracujących w szpitalu, zbudowanym kosztem wielkiego serca ofiarodawczyni, lecz opracowanym wytrawnym umysłem swego twórcy duchowego.

Grono tych współpracowników skorzystało z okoliczności, że w osobie swego kierownika i towarzysza pracy może powitać przewodnika najwyższej uczelni krajowej, oddało hołd dacie donoszącej w historii naszego bytu kulturalnego i równocześnie okazało część d-rowsi J. Brudzińskiemu. Na wezwanie zgłosili swe prace liczni dawni i obecni pracownicy szpitala Anny-Maryi, jakoteż warszawskiego Karola i Maryi, oraz założycielka i kuratorka tego ostatniego — p. Zofia Szlenkierówna.

Szereg artykułów rozpoczyna życiorys d-ra Brudzińskiego, skreślony ujmująco przez d-ra Wład. Szenajcha, który dodał do tego i opis 55-ciu prac rektora, ogłoszonych drukiem w językach polskim, niemieckim i francuskim. Książka, odbita w ograniczonej liczbie egzemplarzy, nie może być dla wszystkich dostępna. Pozwolę sobie przeto podać treść prac, w skład jej wchodzących. Długi ten szereg rozpoczynają dwa artykuły K. Jon-

schera, oparte na pięknych jego poszukiwaniach laboratoryjnych, p. t. Badania chemiczne i refraktometryczne płynu mózgowordzeniowego u dzieci (stron 30) i O zatrzymaniu wody w ustroju podczas gorączki na zasadzie wyników badania refraktometrycznego surowicy krwi (stron 30). Wychodząc z założenia, że w płynie mózgowordzeniowym w porównaniu z surowicą krwi ilość zawartego białka jest nieznaczna, przychodzi autor *a priori* do przekonania, że określenie wskaźnika refraktometrycznego nie może mieć tutaj takiego znaczenia, jak dla badania surowicy. Próby zużytkowania wskaźnika refraktometrycznego do określenia ilości białka w płynie mózgowordzeniowym nie dały Jonscherowi wyników zachęcających. Jednoczesne określanie azotu (metodą Kjeldahla) nie wykazało zależności pomiędzy otrzymanymi wartościami i wskaźnikiem załamania w refraktometrze. Nie ma też zależności pomiędzy ilością białka w płynie mózgowordzeniowym a przebiegiem klinicznym danego przypadku. Zawartość soli i mocznika niema wpływu decydującego na wahania wskaźnika, klinicznie wszelako ma znaczenie większe, niż zawartość białka.

Na podstawie porównania wartości płynów refraktometrycznych mózgowordzeniowych z natężeniem odczynu zapalnego w płynie oraz z przebiegiem klinicznym dzieli Jonscher wszystkie przypadki sprawy oponowej na 3 grupy. Do I zalicza te przypadki, w których przebieg sprawy jest stale pomyślny i dla których należałoby stałe miano „*Meningismus*”. Wskaźnik równa się 13340—13349. Zawartość białka zwykle nieznaczna; około 0,008% N i około 0,76% soli. Brak odczynu zapalnego (ilość komórek normalna).

W II grupie wskaźnik refraktometryczny waha się od 13350 do 13352; ilość komórek stale, choć często nieznacznie, powiększona.

W przypadkach tych sprawa chorobowa może skończyć się pomyślnie w ciągu krótkiego czasu lub też rozwijać się dalej. Tutaj zaliczyć można: a) *meningitis infectiosa circumscripta*; b) *meningitis tuberculosa abortiva* (obostrzenie wszelkiego procesu gruźliczego z pojawieniem się objawów zapalenia opon); c) *meningitis tuberculosa incipiens*.

Do grupy wreszcie III należą przypadki ze wskaźnikiem powyżej 13352. Rokowanie jest co najmniej bardzo poważne, jeśli nie bezwzględnie złe. Należy tu zapalenie opon spowodowane przez zarazek gruźlicy, jak i inne, oraz przypadki nowotworów mózgu, nawet bez odczynu zapalnego w płynie.

W drugiej pracy—o zatrzymywaniu wody w organizmie, stwierdza Jonscher sprzeczność, do jakiej, jeszcze niedawno, doprowadzały stale poszczególnych autorów zarówno spostrzegania kliniczne, jak i prace laboratoryjne; jedni dowodzili rozwodnienia organizmu, drudzy temu przeczyli.

Refraktometr, dzięki prostocie i szybkości metody, pozwalał na zebranie dużego materiału i ustalił fakt rozwodnienia ustroju w okresie gorączkowym. Materiał, zebrany w szpitalu Karola i Maryi (z górą tysiąc określeń w stu kilkudziesięciu przypadkach), potwierdza dotychczasowe wyniki i pozwala na wyprowadzenie pewnych wniosków, nowych lub niedostatecznie dotychczas podkreślonych.

Kilkakrotne oznaczenie wskaźnika u tegoż chorego daje krzywą wahania koncentracji surowicy. Przebieg tej krzywej i jej stosunek do krzywych wagi ciepłoty są ponieważ charakterystyczne dla poszczególnych postaci chorobowych. Z krzywej wskaźnika i wagi można rozpoznać dur brzuszny tak dobrze, jak i z krzywej ciepłoty. Zmiany w zachowaniu się wagi i koncentracji krwi wyprzedzają zwykle wahania odpowiednie ciepłoty, na ich przeto podstawie można rokować z pewnem prawdopodobieństwem o dalszym, w najbliższym czasie, przebiegu ciepłoty. Na blizkie obniżenie gorączki wskazuje odwodnienie organizmu. Brak jego w okresie spadku ciepłoty jest oznaką jej nasilenia w krótkim czasie. Wystąpienie nawrotu uprzedza rozwodnienie krwi po przejściu jej zgęszczeniu. Zwyżki ciepłoty w okresie zdrowienia, w razie prawidłowego przebiegu krzywych wagi wskaźnika, nie powinny niepokoić. W czerwonce krzywa wskaźnika jest wybitnie niska. W gruźlicy stosunek krzywej wagi, ciepłoty i wskaźnika pozwala na podział wszelkich przypadków na 3 kategorie: prosówkę, gruźlicę umiejscowioną głównie w płucach, wreszcie *typhobacillosis* i niektóre przypadki gruźlicy, o przebiegu ze względnie dobrem rokowaniem. Wskaźnik refraktometryczny daje w tych postaciach liczby wyższe, niż w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. W tych ostatnich można otrzymać identyczne dane prawie wyłącznie tylko w razie pojawienia się objawów oponowych. Zachowanie się koncentracji krwi w przebiegu zapalenia opon mózgowych pozwala na przypuszczenie,

że objaw ten zależy od stanu ośrodka naczynioruchowego.

Pracę kol. Jonschera dopełniają dwie tablice krzywych, uwytatniających fakty stwierdzone przez autora.

Dr H. Rosenblat-Frenklowa dała rzecz wykonaną w berlińskim domu sierot i przytulku dziecięcym, pozostającym pod kierunkiem prof. Finkelsteina. Wpływ odżywiania na konstytucjonalny wyprysk u niemowląt i u dzieci starszych (str. 25) należy do aktualniejszych zagadnień pediatrii współczesnej. Autorka postawiła sobie za zadanie zbadanie poglądu szkoły Czerny'ego, że przekarmianie ma w tym razie wpływ bardzo ujemny, natomiast odżywianie upośledzone—wpływ dodatni. Spostrzeganie odpowiadało dwu zasadniczym założeniom; było dokładne i częste, oraz dostatecznie długie i nieprzerwane. Prawidłowy przyrost wagi w 38 przypadkach wyprysku różnego natężenia, z odżywianiem prawidłowem nie oddziaływał na przebieg cierpienia.

Przekarmianie umyślne tłuszczem nie przeszkadzało wyleczeniu, ew. polepszeniu stanu wysypki, nie bacząc na znaczny przyrost wagi. Wpływ ujemny przekarmiania występował tylko wtedy, gdy karmienie tłuszczem działało szkodliwie na stan ogólny dziecka. Odżywianie upośledzone miało wpływ wprost ujemny na przebieg wyprysku, co autorka tłumaczy tem, że badane przez nią dzieci były wyłącznie o wadze normalnej lub nawet podnormalnej. Nie można przeto ustalać zasad ogólnych, bowiem wyprysk konstytucjonalny jest sprawą ściśle związaną z całym ustrojem dziecka i tylko to odżywianie może być właściwe, które najlepiej służy rozwojowi dziecka.

Rola urazu w patologii wieku dziecięcego (str. 24) rozpatrywana jest przez R. Stankiewicza, poczynając od okresu niemowlęctwa. Wnioski teoretyczne i poglądy współczesne popiera autor licznymi spostrzeżeniami z piśmiennictwa i swemi własnymi.

Jan Koelichen podał Poglądy współczesne na płasawicę i jej leczenie (str. 21); lekcja kliniczna, uwzględniająca najnowsze poglądy, dotyczące zarówno etyologii, zmian patologicznych, jakoteż i leczenia omawianego cierpienia.

A. Tomaszewski zaznajamia nas, po raz pierwszy w piśmiennictwie polskim, z leczeniem gruźlicy kręgów metodą Albé'ego (str. 8), której technikę opisuje szczegółowo. Spostrzegał wszystkiego 5 przypadków, z których w jednym dziecko opuściło szpital po 12 tygodniach zupełnie zdrowe. Wobec tego, że zabieg nie przedstawia niebezpieczeństwa, że skraca znacznie leczenie, autor zaleca wypróbowanie tego postępowania na liczniejszym materiale, szczególnie wśród klienteli biedniejszej, dla której wszelkie aparaty, łożeczka gipsowe i t. p. są prawie niedostępne.

B. Czaplicki opracował kwestję wtórnego zwężenia górnych dróg

oddechowych po dławcu u dzieci (str. 33). Na podstawie danych z piśmiennictwa i doświadczenia własnego, rozbiera on szczegółowo patologię dławca, metody jego leczenia (jest zwolennikiem dawek normalnych surowicy — 3000 jedn.), sposób powstawania odleżyn. Sądzi, że stwierdzenie przyczyny oraz umiejscowienia zżewienia jest zawsze możliwe. Podaje różne sposoby leczenia, zaznacza wszelako, że najodpowiedniejszą metodą jest umieszczenie chorego w oddziale specjalnym szpitala pod opieką należyście wyszkolonego personelu.

Jadwiga Niepokojczycka z uwagi, że w szkarlatynie bezwątpienia mamy do czynienia z niedomogą wątroby, zajęła się w 75 przypadkach zbadaniem Urobilinogenury w przebiegu płonicy (str. 20). Obecność urobiliny lub jej chromogenu określała metodą Ehrlicha, dzięki prostej technice tego odczynu. Zdaniem autorki, wybitnie dodatni odczyn Ehrlicha może pomagać rozpoznaniu płonicy, jak wreszcie i wiele innych odczynników — nie może mieć wszelako znaczenia decydującego. Czy odczyn Ehrlicha może mieć znaczenie dla rokowania w płonicy — niepodobna wypowiedzieć nic stanowczego.

Zarys działalności ambulatorium chirurgicznego szpitala im. Karola i Maryi za lata 1913—14—15-ty (stron 33) opracował asystent oddziału chirurgicznego I. Wiśniewski. Jest to staranne zestawienie liczb statystycznych przychodni, uzupełnione krótkim opisem przypadków rzadszych.

Humanitaryzm szpitala a pielęgniarstwo oraz reforma Florence Nightingale (stron 10) wyszło z pod pióra panny Zofii Szlenkierówny. Zastanawiając się nad jednym z głównych zadań szpitala, jakim jest zapewnienie choremu możliwie najlepszego dobrobytu fizycznego i moralnego, autorka podkreśla udział i wpływ, jaki w tym kierunku wywrzeć może należycie zorganizowana opieka pielęgniarska, odpowiadająca wymaganiom zarówno zawodowym, jak i ideowym. Dając jako przykład Anglię i wpływ Florence Nightingale, przedstawia główne zasady tamtejszej organizacji pielęgniarstwa i wpływające stąd wyniki dodatnie. Przeciwwstawia temu niezadawalniający poziom humanitarny szpitali u nas, upatrując przyczynę tego w braku racjonalnej organizacji pielęgniarstwa, domagającej się niezbędnej reformy.

Marta Erlichówna w artykule o sprawach oponowych w dużej brzusznej u dzieci (stron 19) analizuje 120 przypadków tej choroby, spostrzeganych przez się w szpitalu Karola i Maryi. W 13^{1/3}% wystąpiły objawy kliniczne podrażnienia lub nawet zapalenia opon. W połowie tych przypadków przebieg kliniczny z początku ułudnie naśladował gruźlicę opon, przy braku objawów durowych, w pozostałych zaś ośmiu objawy mózgowe, wzbudzające podejrzenie gruźliczego zapalenia opon, towarzyszyły przejawom charakterysty-

cznym tyfusu brzuszego. Płyn mózgowo-rdzeniowy niezawsze posiadał cechy zapalne, raz był ropny i zawierał laseczki durowe. Autorka zwraca uwagę, że dzieci, których objawy przypominały gruźlicę opon, były osobnikami, jeśli nie chorymi na gruźlicę, to w każdym razie o typie gruźliczym. Rokowanie, zdaniem jej, jest poważne. Zaznacza doniosłość wykonywania nakłucia lędźwiowego we wszystkich przypadkach duru brzuszego z objawami oponowymi i to zarówno ze względów rozpoznawczych jak i leczniczych.

W. Jasiński, z Lublina, z powodu 2 spostrzeganych przez się przypadków, napisał o mnogich kostniakach chrzęstnych i chrzęstniakach (stron 8). W przypadku pierwszym był to chłopczyk 5 letni, z gruźlicą stawu biodrowego, w drugim dziewczynka 8-letnia, również chora na gruźlicę. U chłopca stwierdzono obecność 19-tu wyrosłych kostnych, dziewczynka miała na prawym ramieniu jeden kostniak rozdwojony. Prócz opisu chorych podał autor krótki rys patologii tego cierpienia.

Jadwiga Bukowska — nowotwór złośliwy śródpiersia i opłucnej (*lymphosarcoma*) z przerzutami u ośmioletniego chłopca (stron 12) — opis przypadku, z badaniem przemiany materii, w którym na podstawie przebiegu klinicznego, rozpoznano mięsak limfatyczny. Badanie pośmiertne stwierdziło rozpoznanie.

Janina Celichowska — Leczenie złamań przystawowych kończyny górnej u dzieci pod kontrolą promieni Roentgena — stron 14 — na podstawie wielokrotnego stosowania w szpitalu Karola i Maryi tej metody prostej zachęca do jaknajszerszego jej rozpowszechnienia.

Halina Przedpełska — Guz (*Glioma sarcomatodes*) mostu Varola i mózdzku, symulujący nowotwór kątmostowo-mózdkowego (stron 9). Opis kazuistyczny przypadku, dotyczącego dziewczynki 7-mioletniej, która zmarła po upływie 9 tyg. od początku choroby.

Tomasza Wiśniewskiego — Przypadek samoistnej kruchości kości (*osteopsathyrosis idiopatica*). — stron 8 — jest opisem przypadku tego cierpienia u 10-letniej dziewczynki. Wystąpiło ono w 6 roku życia i w ciągu lat 4 doprowadziło do tego, że dziecko prawie nie mogło chodzić. Złamania, w liczbie 10, dotyczyły zarówno kończyn górnych, jak i dolnych.

Dodano uwagi dotyczące etyologii, istoty, leczenia i t. p. tego cierpienia.

Paszkiewicz L. opracował rzadki względnie, po raz pierwszy spostrzegany, u dziecka przypadek zakrzepowego zapalenia żył wątrobowych (stron 16). Wogóle ogłoszono 32 obserwacje. W polskim piśmiennictwie lekarskim brak publikacji odnośnych. Chorym był chłopiec 4^{1/2} lat, z objawami ostrej puchliny brzucha, stale wzrastającej. Zmarł on w szpitalu w 5 tygo-

dniu choroby. Rozpoznano prawdopodobne zapalenie grzlicze otrzewnej. Na sekcji znaleziono *Trombophlebitis hepatica*. Skrzepliny znajdowały się li tylko w gałązkach żył wątrobowych i, w postaci brodawek okrągłych, drążyły do światła żyły głównej dolnej. Badanie drobnowidowe stwierdziło wybitny zanik zastoinowy wątroby, ostry stan zapalny wyłącznie żył wątrobowych i zakrzep ich, sięgający do naczyń włosowatych.

W. Łapiński—Wycięcie klinowe kości stępu (*Tarsectomia cuneiformis*) w leczeniu ciężkich postaci stopy końskoszpotaowej (*pes equinovarus*), (stron 14)—oświadcza się za metodą bezkrwawego prostowania, wszelako, opierając się na zdaniu wielu chirurgów i doświadczeniu własnem, stwierdza fakt, że nie zawsze daje ono wyniki pożądane. Do liczby takich przypadków zalicza autor: stopy końskie, z niedorozwojem czy też zanikiem kości stępu, zwłaszcza kości piętowej, stopy mięsiste lub odwrotnie bardzo sztywne, jakby zbudowane z jednego kawała kostnego, dalej przypadki z rozciągnięciem i nieomogą mięśni strzałkowych a poniekąd i wyprostnych palców, wreszcie t. zw. *pes metatarsus varus*.

Licząc się ze znanymi powikłaniami w następstwie miażdżenia tkanek, skłania się autor do operowania krwawego takich przypadków. 15 razy stosował wycięcie klinowe kości stępu ze skracaniem następczem mięśni strzałkowych. W miarę potrzeby przecinał podskórną ścięgno Achillesa lub wydłużał je plastycznie. W dwu przypadkach wtórnie, po takim zabiegu, stosował prostowanie. Łapiński sądzi, że, w przypadkach stóp szpotawych, wyjątkowo krótkich, należałoby wycinać oszczędnie klin kostny i, po zagojeniu rany, stosować dodatkowo prostowanie, które daje się wtedy przeprowadzić bez użycia siły większej, nie miażdży przeto tkanek.

Jedną z obszerniejszych prac jest artykuł Wł. Szenajcha — Porównawcza urodzeń i śmiertelności dzieci wśród ubogiej ludności chrześcijańskiej w Warszawie i Łodzi (str. 54). Autor opracował dane ze szpitala „Anny i Maryi” i „Karola i Maryi” na podstawie wywiadów, zbieranych od zgłaszających się matek. Zebrano odpowiedzi 21657 matek-chrześcijańek (dzieci 98289) i 4367 żydówek (dzieci 19967).

Ugrupowawszy na 21 tablicach swój materiał podług wieku matek, lat pożycia małżeńskiego, liczby dzieci urodzonych i zmarłych, omawia autor statystykę urodzeń i śmiertelności dzieci w Warszawie i porównywa z danymi ze stosunków europejskich, zestawia statystykę Warszawy z łódzką, wreszcie przedstawia statystykę porównawczą urodzeń i śmiertelności dzieci chrześcijan i żydów.

Wnioski najważniejsze wyprowadza takie:

Im matki dłużej żyją, względnie pozostają w małżeństwie, tem więcej rodzą dzieci.

Płodność wśród ubogiej ludności Warszawy i Łodzi jest wielka.

Neomaltuzyanizm zarówno w Łodzi, jak i w Warszawie, nie jest jeszcze do tyła

rozpowszechniony, aby wpływ jego dał się stwierdzić liczbowo.

Ogólna śmiertelność dzieci chrześcijan wynosi 34,8‰ w Warszawie, zaś w Łodzi 35,4‰. W rodzinach po 10-letniem pożyciu odsetka śmiertelności wynosi 37,9, zaś po 25 letniem — 45,0.

W Warszawie śmiertelność niemowląt ślubnych u chrześcijan — 15,6‰, u żydów — 10,9‰.

Ogólna śmiertelność dzieci żydowskich w Warszawie = 23,5‰, w Łodzi 24,8‰.

Śmiertelność ogólna, względnie śmiertelność dzieci starszych zależy ściśle od liczby dzieci w rodzinach; wraz z powiększeniem się liczby urodzeń zwiększa się i odsetka śmiertelności wybitnie i równolegle.

W polskiej rodzinie robotniczej powiększenie się liczby dzieci nie wywiera wpływu wybitnego na śmiertelność niemowląt.

Im częściej matka rodzi, tem większa jest śmiertelność dzieci wogóle, jak i specjalnie niemowląt. Rzadkość urodzeń może nawet do pewnego stopnia sparaliżować wpływ liczby urodzeń.

Liczba urodzeń wśród chrześcijan i żydów jest prawie równa.

Żydówki mają dzieci więcej, niż chrześcijanki nie dla tego, że więcej rodzą, lecz że mniej tracą.

Śmiertelność dzieci żydowskich jest mniejsza, niż chrześcijańskich.

Wobec wielkiej śmiertelności dzieci, należy w Polsce zorganizować nad nimi i przeprowadzić należytą społeczną opiekę.

T. Kopeć poświęcił też statystyce swą pracę p. t. Chorobowość wieku dziecięcego (stron 42). Na podstawie kart szpitalnych i ambulatoryjnych, zebrał 21424 przypadki i zgrupował je w dwudziestu tablicach, zależnie od płci, wieku i rodzaju cierpienia.

Ważniejsze wnioski, do których doszedł, są następujące:

W pierwszych dwu latach chłopcy chorują częściej, niż dziewczęta, wymierają też w ilości dużej. Tłomaczy to liczebną przewagę kobiet.

W latach następnych zachodzi zrównanie płci obu, w wieku zaś szkolnym z roku na rok zwiększa się przewaga dziewcząt (gruźlica, choroby krwi, układu kostno-mięsnego).

W I i II r. życia dominują zaburzenia w trawieniu i odżywianiu (36,7‰), potem idą choroby narządów oddechania (26‰), wreszcie zakaźne ostre (11‰). Na gruźlicę wypadła 1,8‰.

W latach od 3 — 6 wybija się w górę gruźlica. Naczelne miejsce zajmują choroby narządów oddechowych i ostre zakaźne. W okresie szkolnym gruźlica daje odsetkę największą (20‰). To zwiększenie się odsetki gruźlicy dowodzi bezpośrednio, że zakażenie gruźlicze nie jest dziedziczne, lecz nabyte. Odsetka gruźlicy czynnej w statystyce autora wynosi 12,8‰. Przeważa liczba dziewczynek chorych na gruźlicę. Na gruźlicę grucho-

łową wypada 50%, gruźlicę kości i stawów 20%, zaś płuc — 15% przypadków.

Wśród chorób ostrych zakaźnych, odra i krztusiec nie szczędzą wieku żadnego, zaś wśród niemowląt są najczęściej spotykanymi chorobami zakaźnymi.

Błonica najczęściej pojawia się między 2—6 r. życia — maximum 2—3 r.

Płonica daje odsetkę największą od 3—9 r. życia, maximum w r. szóstym. Uderzająco rzadko chorują niemowlęta.

Dur brzuszny spotyka się rzadko w pierwszych dwu latach życia, często za to czerwona.

Przymiot dziedziczny zdarza się rzadko. Guzy i nowotwory są rzadkością; przeważnie mają charakter dobrotliwy.

Do najczęstszych chorób należy krzywica.

Mongolizm spotyka się częściej, niż obrzęk śluzowaty; częściej chorują dziewczęta.

Urazy zdarzają się częściej, wśród chłopców. Małą jest ilość zwichnięć. Otrucia są rzadkością.

Z pośród chorób dróg oddechowych na pierwszym miejscu postawić należy katary oskrzelowe, potem zapalenie płuc zrazikowe wreszcie zapalenia płatowe.

Angina Vincenti (stwierdzona mikroskopowo) spotyka się często.

Zasadnicze typy zaburzeń w trawieniu i odżywianiu (przewlekłe i ostre, lekkie i ciężkie) dały 82% liczby ogólnej schorzeń narządów trawienia u osesków. Skutek dłuższego karwienia piersią własną uwidocznił się raz jeszcze.

Przepukliny najczęściej spotykamy u chłopców.

Histeria należy do częstych schorzeń; daje ona stosunkowo odsetkę dużą u chłopców. W płasawicy dziewczynki do chłopców mają się, jak 3 : 1.

Dziewczynki chorują częściej na oczy, chłopcy zaś na uszy. Często spotyka się zapalenie wyrostka sutkowego. Z pośród chorób skóry widuje się najczęściej różne postaci pryszczycy.

Na dziewczynki przypada 80% wszystkich przypadków rumienia guzowatego.

Niedowład przełyku pobłoniczy (*Dysphagia atonica postdiphtheritica*) (stron. 16) stanowi treść pracy J. Pieniążka. Odosobnione porażenie przełyku należy do zaburzeń nader rzadkich i, zdaniem autora, bodaj czy opisywanych. Przypadek dotyczył chłopczyka w 3 r. życia, u którego, we 2 tygodnie po przebytej błonicy, pojawiła się niemożność przełykania pokarmów stałych, przy zachowaniu zdolności połykania płynów. Badanie aktu przełykania zawiesiny gęstej bizmutowej, dokonane przez kol. Grudzińskiego, dało obraz rentgenoskopowy, identyczny z wynikami Holzknechta i Olberta. Autor szczegółowo zastanawia się nad istotą cierpienia, jego pochodzeniem, powstawaniem smugi ciemnej, odpowiadającej konfiguracji papki bizmutowej, wypełniającej przełyk, tworzenia się typowego dla tego rodzaju przypadków rozszerzenia smugi w górnej części,

w miejscu odpowiadającym uchyłkom gardzieli nad wejściem do przełyku. Rozszerzenie to spowodowane jest zatrzymaniem się w tych miejscach miazgi, ewentualnie pokarmu, co można też stwierdzić laryngoskopowaniem. Tego rodzaju postać smugi i obecność resztek pokarmów, dają pewną zupełnie podstawę do rozpoznania stanu przełyku. Rokowanie w tem cierpieniu jest pomyślne; wyleczenie daje długo czekać na się. Leczenie opiera się na zasadach ogólnych.

Praca H. Łyskawińskiego — Upust krwi w mocznicy popłoniczej (stron. 33) oparta jest na spostrzeganiu 14 przypadków mocznicy o różnem natężeniu. Krew upuszczano bądź w celu usunięcia istniejących już objawów groźnych, lub też dla zapobieżenia ich wystąpieniu w przypadkach o objawach łżejszych. Przypadki te ugrupowano na specjalnych tablicach. Racyonalność upustu krwi, zdaniem autora, nie podlega najmniejszej wątpliwości. Jakkolwiek metoda ta nie zawsze może uratować życie, często wszak jest pożyteczna lub nawet zbawienna.

Chociaż, na ogół biorąc, upust krwi zalecany jest w przypadkach z objawami groźnymi podrażnienia mózgowego w przeciwstawieniu do przypadków, gdzie górują objawy pogńeblenia, autor przychylił się do zdania tych, którzy zalecają go również w przypadkach zatrucia mocznicowego o przebiegu łagodniejszym, a to w celu zapobieżenia wystąpieniu groźnego napadu mocznicy. Na pierwszym miejscu stawia autor upust z żyły (*venaesection*). Upust drogą nakłucia (*venepunctio*) u dzieci jest trudniejszy do wykonania, w szczęśliwych jednakże warunkach i doborze igły odpowiedniej może w wielu razach dać dostateczny odpływ krwi. W niektórych razach oba te zabiegi można zastąpić bańkami ciętymi, które pod względem aseptyki stoją ponad pijawkami. Co do ilości krwi upuszczonej należy indywidualizować w każdym przypadku, biorąc pod uwagę wiek, stan ogólny, nasilenie objawów mocznicowych i wynik oczekiwany. Czasami wystarczy nawet upust względnie nieobfity. Na szczególną uwagę zasługuje w tych przypadkach nakłucie lędźwiowe. Wlewania podskórne roztworu sody czy też roztworu fizyologicznego soli kuchennej niezawsze są konieczne.

Słyszałem zdanie, że prace, pomieszczone w księdze pamiątkowej, noszą zbyt mało cech robót archiwalnych; nie sądzę, żeby zamiarem redakcyi było stworzenie tego rodzaju wydawnictwa, mniemam raczej, że postawiono sobie za zadanie zgromadzenie robót, któreby, nie bacząc na rozmiar, odpowiadały godnie atmosferze naukowo-klinicznej, panującej w swoim czasie w łódzkim, dziś w warszawskim szpitalu, prowadzonym przez kol. Brudzińskiego.

Wszystkie artykuły, bez względu na treść, mają cechy prac sumiennych, opartych na ścisłym spostrzeganiu klinicznym i odpowiednich badaniach laboratoryjnych. Dopełnia je nader korzystnie obfita liczba rysunków z preparatów mikroskopowych, fotografii, zdjęć

rentgenoskopowych, tablic oraz spis źródeł literackich swoich i obcych.

Całość jest nader udatna i robi wrażenie poważne, na co, obok wartości zebranych

prac, składa się zręczny format i wykwintne wykonanie techniczne, tak kłopotliwe i kosztowne w dzisiejszych naszych warunkach.

L. Anders.

Posiedzenia kliniczne w szpitalu św. Ducha.

Dnia 2. III. 16.

Leśniowski mówił o wskazaniach do leczenia operacyjnego wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy. Wskazania te według L. są: 1. Krwawienia przewlekłe, drobne, powtarzające się, powoli podkopujące siły. 2. Przedziurawienia świeże. 3. Bóle długotrwałe. 4. Objawy przewężenia wskutek: a) zapalnego obrzmienia dookoła owrzodzenia; b) skurczu odźwiernika; c) blizn. 5. Zbyt długie trwanie choroby. Ze sposobów Leśniowski wykonywa i poleca: zespolenie żołądka z jelitem czczym po uprzednim przepołowieniu żołądka. Na zakończenie Leśniowski przedstawił 2 chorych, u których wykonał właśnie taką operację z powodu bólów z dobrym skutkiem.

Sobociński przedstawił młodego chłopca, któremu przed rokiem przy operacji z powodu zropiałych gruczołów w okolicy lewego kąta żuchwy, zbitych z przyusznicy w jedną bliznowatą masę, musiano wyciąć kawałek nerwu twarowego, wtopionego w tę masę. Nastąpiło wtedy porażenie lewej połowy twarzy. Gdy po roku chory znowu się zgłosił do szpitala z powodu ropiejących przetoczek na pozostałej bliźnie, objawy porażenia ustąpiły prawie zupełnie. Nastąpiła więc tu regeneracja (względnie samorzutne zrośnięcie się) włókienek przeciętego nerwu.

Kumant przedstawił olbrzymie fibromyomata uteri oraz zmienione przydatki, do których można się było dostać dopiero po wyłączeniu włókniaka.

Łazarowicz przedstawił chorego, przywiezionego z rozpoznaniem: fractura basos cranii, a który obecnie jest już na wyleczeniu.

Dnia 16. IV. 16.

Erbrich przedstawił przypadek obrzęków ogólnych pochodzenia niejasnego. W anamnezie oprócz złego odżywiania się od 1/2 roku, nic szczególnego znaleźć nie można. Badanie narządów wewnętrznych, krwi, moczu etc. żadnych zmian wyraźnych nie ujawniło. Po abortus w IV miesiącu nastąpiła poprawa. Mówca oprócz złego odżywiania, przypuszcza tu jeszcze jakiś czynnik toksyczny, jako przyczynę obrzęków.

Mossakowski przedstawił przypadek porażenia mięśnia żębatego wielkiego i mówił o sposobach leczenia: neuroplastyka, myoplastyka, przyczep łopatki do okostnej żebra.

Kopczyński Stan. przedstawił rzadki przypadek polyneuritis sensitiva puerperalis z objawami tężyczkowymi: Erba, Chvosteka i Trousseau.

Waldenberg przedstawił przypadek tężca z niezwyklejmi objawami nerwowymi w miarę

postępu choroby: stan depresyjny, maniakalny i wreszcie euforya.

Leśniowski przedstawił: 1) chorą po operacji wola oraz odnośne fotografie przed i po operacji i 2) preparat z przypadku wrzodu przedziurawiającego żołądka.

Borzęcki przedstawił preparat anatomicopatologiczny mega-duodenum.

Dnia 21. V. 16.

Pawiński i Jadwiga Korzon opisali przypadek niedomykalności względnej zastawki dwudzielnej, przebiegającej pod postacią ciężkiej wady serca. Jak wyjaśniła autopsya, przyczyną była: 1) wrodzona wąskość aorty (angustia aortae) i 2) całkowity zrost obu listków osierdza.

Łazarowicz przedstawił: 1) chorego, dotkniętego zboczeniem w rozwoju kości śródstopia i palca (dwa duże palce) i 2) przypadek olbrzymich guzów jajnika (torbieli wielokomorowej).

Gromadzki H. przedstawił dwóch chorych, operowanych z powodu uwięzionej przepukliny i omówił pewną modyfikację, wprowadzoną przez Leśniowskiego do Bassiniego, umożliwiającą operowanie w warunkach aseptycznych. Polega ona na tem, że po odpreparowaniu worka przepuklinowego L. nie otwiera go in situ, lecz po przecięciu wrót nacina otrzewną ścienną poniżej szyi przepukliny, oddziela worek wraz z jego zawartością, ściąga na zewnątrz rany, ośłania starannie i bez obawy zakażenia wykonuje pozostałe rękożyny.

Kalinowski przedstawił przypadek skręcenia torbieli. Podczas operacji torbieli (z których jedna była skręcona 4 razy, a druga wolna) okazało się, że obie są to cystae dermoidales.

Leśniowski operował chorą z obzarciem i zabliźnieniem ze zwężeniem następczym odźwiernika wskutek wypicia przez pomyłkę ługu.

Kopczyński Stan. przedstawił preparat makro- i mikroskopowy guzów rakowatych w mózgu.

Dąbrowski K. przedstawił preparat anatomicopatologiczny puchliny wyrostka robaczkowego i mięsaka pierwotnego płuca w okolicy węgli.

Dnia 18. VI. 16.

Leśniowski opisał operowany przez siebie przypadek kamieni żółciowych. W przypadku tym przewód pęcherzyka żółciowego był zupełnie zrośnięty. Pęcherzyk wypełniony znaczną liczbą rozmaitej wielkości kamieni. Nadto pęcherzyk zrośnięty był ze ścianą żołądka i przez zrost przebiegał się już spory kamień do żołądka.

Kopczyński St. przedstawił: 1) przy-

padek wiądu rdzenia, powikłanego przez meningitis basilarisluetica i 2) preparat mózgu z przypadku niemoty ruchowej i zmysłowej

(embolia a. frontalis, I-szej gałązki, odchodzącej od a. fossae Sylvii).

Stefan Szymański.

Wiadomości bieżące.

— W przepisach o poborze państwowego podatku repartycyjnego od handlu i przemysłu w m. stoł. Warszawie znajdujemy paragrafy, dotyczące osób, zajmujących się zawodami wolnymi, a więc i lekarzy.

§ 2 punkt 5. Zwolnione są od podatku:

„Dochody osób, wymienionych pod lit. 1 (a więc i lekarzy), o ile one nie przewyższają rb. 500.

§ 11. „Za podstawę do opodatkowania służy ogólny czysty zysk przedsiębiorstw, jakoteż ogólny dochód osobistych zajęć zarobkowych osób opodatkowanych w ubiegłym roku sprawozdawczym lub kalendarzowym za lata 1914 i 1915, ewentualnie 1913/14, 1914/15“.

§ 12. „Osoby, uprawiające zawody wolne, wymienione w § 2, winny podać w swych deklaracjach podatkowych jedynie dochód brutto w latach wymienionych (t. j. w 1914 i 1915 oddzielnie). Dopuszczalnym jest także wymienienie i innych okoliczności, które, zdaniem kontrybuenta, na wymiar podatku mogą mieć wpływ. W szczególności pozostawia się możność kontrybuentom zadeklarowania czystego zysku przedsiębiorstwa. Deklaracja podatkowa winna być zaopatrzona w zapewnienie co do prawidłowości i zupełności tejże oraz we własnoręczny podpis opodatkowanego“.

§ 16. „Jeżeli czysty dochód nie jest dostatecznie ksiązkowo usprawiedliwiony, to ocenianie takowego nastąpi z uwzględnieniem wszystkich przez kontrybuenta dostarczonych lub inną drogą ujawnionych okoliczności, w danym razie z zastosowaniem stopy normalnej zyskowności. To samo będzie miało miejsce w razie niezłożenia deklaracji przez opodatkowanego“.

§ 19 punkt e. Osobiste zajęcia zawodowe opłacają podatek przy ujawnionym czystym zysku według klas podatkowych, gdzie zarówno jest oznaczone maximum jak i minimum podatku. Dla lekarzy będzie takie minimum 30 m. zaś maximum 30% od dochodu brutto.

Komisya ma prawo uwzględniać stosunki ekonomiczne, niekorzystnie wpływające na dochodowość opodatkowanego i może zastosować zmniejszoną stawkę podatkową najwyżej o 3 stopnie przy klasach podatkowych b — c (c lekarze); nawet minimalna stawka podatku może być obniżona.

§ 25. Opodatkowanym przysługuje prawo składania apelacji do Komisji Głównej. Apelacje te mogą być składane piśmiennie w odnośnych Komisjach okręgowych w ciągu 4-ch tygodni od daty doręczenia wskazanych w § 24 awizacji. Komisye Okręgowe winny przedstawiać powyższe skargi apelacyjne uzasadnione odpowiednimi wnioskami najpóźniej w ciągu 3-ch tygodni Komisji Głównej.

§ 26. Założenie apelacji do Komisji Głównej nie wstrzymuje uiszczenia podatku w oznaczonym terminie.

§ 27. Podatek powinien być wpłacany za

pierwszym razem do dnia 31 grudnia 1916 r., w przyszłości zaś do 30 lipca każdego roku. Pobór następuje przez miejską kasę podatkową. Przy ekscytacji i egzekucji winny być stosowane ogólne przepisy, dotyczące podatków miejskich.

§ 29. Kontrybuenti, którzy nie złożyli w oznaczonym terminie deklaracji podatkowej lub podali w niej fałszywe dane, podlegają karom, oznaczonym w § 22 rozporządzenia z d. 5 lipca 1916. Kary, wyznaczane przez Prezydenta Policji, na wnioszek Komisji Głównej, mają być wpłacane do kasy policyjnej.

Przy rozpatrywaniu przepisów powyższych należy nam się uwagi następujące: 1-o podatek repartycyjny, jak to widać z nagłówka umieszczonego w rozporządzeniu państwowej Władzy Nadzorczej, jest podatkiem od handlu i przemysłu i 2-o według § 1 tychże przepisów, winien być rozdzielony między osobami, do podatku powyższego obowiązującymi. Tymczasem, oprócz osób zajmujących się przemysłem i handlem, pociągnięte zostały do podatku i osoby zawodów wolnych, które dotąd podatku takiego nie płaciły. Niewiadomo więc, na jakiej zasadzie lekarze wraz z innymi zawodami wolnymi, zaliczeni zostali do kategorii osób, zajmujących się handlem i przemysłem. Do Komisji utworzonych w celu rozpatrzenia i repartycji podatku, Księżę Prezydent między innymi powołał i przedstawicieli zawodu lekarskiego, a mianowicie po 20 delegatów Warszawskiego Tow. Lekarskiego i Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Spodziewać się należy, że przedstawiciele z grona lekarzy dołożą wszelkich starań, aby obronić interesy ogółu lekarzy i łącznie z przedstawicielami innych zawodów wolnych, postarają się o zwolnienie tych zawodów od tego podatku.

— Lekarze berlińscy, pozbawieni, podobnie jak i w innych miastach, możliwości korzystania z dorożek i samochodów, uzyskali prawo zajmowania miejsc stojących wewnątrz wagonów tramwajowych nawet ponad maksymalną liczbę, przepisaną przez policję. Do przejazdu upoważnia w przypadkach nagłych karta legitymacyjna i wykupienie biletu.

Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy polskich na wniosek jednego z członków wystąpił do Zarządu tramwajów o udzielenie tego prawa lekarzom warszawskim.

— Zarząd m. Wilna założył, z rozporządzenia władz, miejski zakład odwyszania, z którego ludność cywilna miasta ma korzystać bezpłatnie. — Otwarto również w Wilnie bezpłatne ambulatorium chirurgiczne dla ludności cywilnej.

N A D E S Ł A N O.

1. St. Serkowski. Apparat zum kontinuierlichen Sedimentieren für sanitäre und mediz-

nisch-bakteriologische Untersuchungen. Odb. z Deut. medizin. Wochen. 1916. 2. St. Serkowski. Die Peptonprote in der Milch. Odb. z Deutsche med. Woch. 1916. 3. Spis prac z laboratorium St. Ser-

kowskiego. 4. H. Higier. Epileptiforme Lähnungsanfälle ohne Krampf und apoplektiforme Hemiparesen ohne Lähmung. Odb. z Zeitsch. f. die ges. Neurol. u. Psych. 1913.

NEKROLOGIA.

W dniu 17 b. m. zmarł w Warszawie dr Władysław Żenczykowski, zacny kolega i dzielny obywatel kraju. Urodzony w r. 1876, Uniwersytet warszawski ukończył w r. 1910. Mimo choroby płucnej, trwającej Go od lat młodzieńczych, z cichą a wytrwałą gorliwością oddawał się pracy narodowo-społecznej: w dziale ochron, szkół ludowych, pomocy lekarskiej fabrycznej, lecznic Tow. dobroczynności. Czynny był jako członek Stowarzyszeń lekarskich, zwłaszcza Tow. Hygienicznego. Ostatnio niemałe zasługi położył, jako pełen inicjatywy lekarz okręgowy sanitarny m. st. Warszawy. Wielką dobrocią i szlachetnością jednał sobie powszechnie serca ludzkie. Przez lat kilka pracował w oddziale K. Chełchowskiego w szpitalu Dz. J., skąd ogłosił parę prac klinicznych.

Pozostawił po sobie prace: 1) Z pomyłek w rozpoznawaniu stwardnienia wieloogniskowego. Gaz. Lek. 1902. 2) Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu oraz uwagi o częstotliwości różnych tasiemców w Warszawie (wspólnie z J. Winiarskim). Gaz. Lek. 1903. 3) Przyczynę do zaburzeń mowy w porażeniu dziecięcym pochodzenia mózgowego. Kron. Lek. 1903. 4) Z pola walki z gruźlicą. Kron. Lek. 1903. 5) O sanatorium dla młodzieży szkolnej w Zakopanem. Zdrowie. 1903. 6) Sprawozdanie z przypadków gruźlicy płuc u młodzieży w domu zdrowia Tow. „Bratnia Pomoc” w Zakopanem. Gaz. Lek. 1904. 7) W sprawie nowego typu ochrony. Zdrowie. 1906. 8) Obecny stan pomocy lekarskiej fabrycznej u nas w porównaniu z kasami chorych w Galicyi. Kron. Lek. 1907. 9) Neuroretinitis duplex po zatruciu wysokiem metylowym. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1909. 10) O ubezpieczeniu ludności pracującej na wypadek choroby. Zdrowie. 1909. 11) Stan sanitarny okręgu XI m. Warszawy (wspólnie z R. Gierszewskim).

Już sam wykaz powyższy prac ś. p. Żenczykowskiego oświeśla dostatecznie kierunek i czynny charakter Jego uspołecznienia, daje wysoką miarę straty, jaką przez śmierć Jego ponosi nasze społeczeństwo.

Cześć zacnej Jego pamięci!

W. St.

TREŚĆ NUMERU.

Str.	Str
Henryk Sienkiewicz. 325	Zbiór prac z dziedziny patologii dziecięcej współpracowników d-ra med. Józefa Brudzińskiego, rektora Uniwersytetu. 333
Włodzimierz Koskowski. Zahamowanie odczynów skórnych po tuberkulinie w chorobach zakaźnych, w szczególności w durze plamistym. 326	Posiedzenia kliniczne w szpitalu św. Ducha z dnia 2. III., 16. IV., 21. V. i 18. VI. 1916 r. 338
Odcinek. Józef Bieliński. Służba zdrowia w armii polskiej (dok.) 329	Wiadomości bieżące. 339
Przegląd bibliograficzny. Księga pamiątkowa.	Nekrologia. Władysław Żenczykowski 340

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

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.
Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnich, 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 jednospaltowy, 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. Metzl i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Węclawski. 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 *Rothego*. 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 szczególnym 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. **Histeria — 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 anatomo-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 polskim *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 gruźliczych 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 duszności
i wszelkie objawy astmy*

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

GONOREIN-MOTOR

Kapsulki przeciw tężączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu
War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 23.

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 literaturę na żądanie P.P. Lekarzy.

Towarzystwo Akcyjne „Fr. Karpiński” w Warszawie Elektoralna 35
poleca KARPIŃSKIEGO

KĄPIELE Z KWASU WĘGLOWEGO (CO₂)

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, żegiestowskie, 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, piszczkańskie i t. p.

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

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socjalnej.

Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami, objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Higiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ. 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokoły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCYI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów im. Rau'a, 2) Z Instytutu Higieny Dziecięcej im. Lenwała, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygienicz. VII. RUBRYKA Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADEŚLANE. XIII. ŻYCIO-RYSY. XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.