



Rok LII.

Warszawa d. 7 Lipca 1917.

Nº 27.

AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2692.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

Dr E. Reichstein

ordynuje podczas sezonu letniego
w CIECHOCINKU,
dom Adama.

Dr A. SULIMIERSKI

praktykuje jak lat dawnych w sezonie
bieżącym
w B u s k u.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY
I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemieszanie materii i t. p. Mechanoterapia (przrządy motorowe), przrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecymi, oraz wewnętrznymi, z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt i opatrunki od 10 do 25 m. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdując w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do skutecznego leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.



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

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu.

War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 23.

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.

Mesolament Spiess

(Ungt. Mesotani cum Mentholo).

Zewnętrzny preparat salicylowy, szybko wchłaniający się w skórę, nie posiadający przykrego zapachu.

Użycie: w miejsca bolące wcierać 1 — 2 łyżeczek.

Pojemność tuby około 40 g.

Libophan Spiess

(Lithium borotophanicum).

Środek przeciw dnie oraz ostrym i chronicznym przypadkom góścica stawowego.

Użycie: 4 — 6 tabletek dziennie.

Pojemność rurki 20 tabl. drażowanych.

Vichy comprim. effervescent. tabulettae

Półgramowe musujące tabletki sztucznej soli Vichy.

Użycie: 2 — 3 tabletki na szklankę wody,

Żądać prospektów.

Towarzystwo Akcyjne „Fr. Karpiński” w Warszawie Elekoralna № 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,
krynicky, 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.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”.

D-ra Med. Henryka Nusbauma

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

(Fizjologia, Patologia i Terapia ogólna, Propedeutika)
z rysunkami w tekście, portretem autora i przedmową napisaną
przez doc. dra J. Pruszyńskiego.

Cena M. 6.25.

Skład Główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.
Kraków, G. Gebethner i S-ka.



AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dzieci i dzieci
lecie drugie.

Warszawa, d. 7 lipca 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2692.

Dr Antoni Strzyżowski.

Dnia 25 maja r. b. zmarł w Piotrkowie ś. p. dr Antoni Strzyżowski w 86 r. życia. Na wieść o Jego zgonie Piotrków okrył się żałobą i ze czcią pospieszył złożyć Mu hołd ostatni. Nasze Towarzystwo Lekarskie, które w 1909 obdarzyło zmarłego godnością członka honorowego, wzięło gorący udział w tej czci pośmiertnej.

Jakież były zasługi tego skromnego lekarza prowincjonalnego, o którego pracach i działalności niewiele wiedziało całe młodsze pokolenie lekarzy? Zasługi to były wielostronne, niemałe i godne zaznaczenia.

Ś. p. Antoni Strzyżowski urodził się d. 4 listopada 1831 r. we wsi Grabówce na Podolu, do nauk przykładał się w gimnazjum Niemirowskim, które ukończył ze srebrnym medalem¹⁾. W r. 1859 uzyskał stopień lekarza w Moskwie i osiadł w Niemirowie. W r. 1864 za udział w powstaniu zesłany został do Kiereńska w gub. Penzeńskiej. Po 4 latach wygnania pozwolono Mu wrócić do Królestwa. Zamieszkał wtedy chwilowo w Warszawie, ożenił się z pozostałą po nim wdową — również wygnanką za sprawy polityczne, zesłaną w swoim czasie z Wilna do Tambo-

wa na lat 4. Wkrótce przeniósł się do Tuszyńska, a stamtąd w r. 1869 do Piotrkowa, gdzie chwalebne życie dokonał. Życie to było ruchliwe, pracowite, oddane pracy zawodowej i społecznej, budzeniu ducha w otoczeniu, podnoszeniu tegoż swoją obecnością i przykładem.

Już w r. 1871 pospół z Mirosławem Dobrzańskim zakłada pismo „Tydzień Piotrkowski“, w którym aż do jego zamknięcia w r. 1912 pomieszcza setki prac i artykułów z dziedziny społeczno-lekarskiej. W r. 1874 Strzyżowski powołuje do życia Komitet Sanitarny — pierwszy w Królestwie. W r. 1877 obrany został ławnikiem Magistratu i godność tę z małymi przerwami piastował ku wielkiemu pożytkowi dla miasta aż do wybuchu wojny. Był jednym z inicjatorów i założycieli Towarzystwa Dobroczynności dla Chrześcijan (1885), straży ogniowej ochotniczej (1878). Od r. 1870 do 1907 pełnił obowiązki lekarza kolei warszawsko-wiedeńskiej. Od r. 1877 był członkiem Rady gubernialnej Dobroczynności Publicznej aż do wybuchu wojny, przyczem opiekował się istniejącą przy Radzie ochronką katolicką, której fundusze znacznie zwiększył, przekazując ją na kilka lat przed zgonem Tow. Dobroczynności wraz z ofiarą 3000 rub. od siebie. W r. 1887 został Kuratorem szpitala św. Trójcy, który rozszerzył a w r. 1897 sprowadził doń 6 Sióstr Miłosierdzia.

¹⁾ Szczegóły biograficzne czerpiemy z notatek osobistych, pozostałych po zmarłym, łaskawie nam nadesłanych przez dra Stanisława Rostana.

W r. 1906 został prezesem Kola Polskiej Macierzy Szkolnej w Piotrkowie i członkiem Urzędu Głównego w Warszawie. S. był założycielem i członkiem Rady powstałego w r. 1900 Tow. Kredyt. Miejskiego, oraz delegatem z Piotrkowa do Biura popierania pracy społecznej w Warszawie.

Ten niezmordowany działacz społeczny był u nas jednym z pierwszych lekarzy, którzy rozumieli doniosłość statystyki lekarskiej i higieny, już bowiem w r. 1869 ogłosił w Tygod. Lekarskim pracę p. t. „Przyczynek do statystyki lekarskiej”. Praca ta zawiera dane statystyczne ruchu ludności w Tuszynie, a jednocześnie opis położenia geograficznego, budowy geologicznej, klimatu i ludności. Dane statystyczne są zebrane z lat 10 na podstawie ksiąg metrycznych osobno dla żydów i chrześcijan. S. wyprowadza ciekawe dane przyrostu ludności (chrześcijan 19,4, żydów 20 *pro mille*). Wedle tej samej metody ogłosił w r. 1876 w G. Lek. „Próby statystyki lekarskiej m. Piotrkowa”.

Strzyżowski urządził u siebie w domu na małą skalę stację meteorologiczną, którą prowadził z zamięrowaniem przez lat 25 a to w imię zasady, że zakładanie i prowadzenie takich stacji jest u nas potrzebne, o czym komunikował w swoim czasie na II-im Zjeździe przyrodników i lekarzy we Lwowie (1875). Strzyżowski pisał o ozonie i ozonometrii, uzupełniając panujące w owym czasie poglądy odkrywcy ozonu Schönbeina danymi, opartymi na spostrzeżeniach własnych w Piotrkowie. Strzyżowski, jak słusznie twierdzi A. Sokołowski (Medycyna № 25 r. b.) obok St. Markiewicza był u nas jednym z pierwszych pionierów higieny.

Pracowitość śp. Strzyżowskiego była nadzwyczajna a pobudką całej działalności — troska o dobro powszechne. Jak sumiennie i gorliwie spełniał włożone na siebie obowiązki obywatelskie; świadczą zasługi Strzyżowskiego, położone dla naszego Towarzystwa Lekarskiego przez zarządzanie fundacją im. Koczorowskiego w Piotrkowie. Objąwszy bowiem w r. 1892, powiada A. Sokołowski, sekretarz stały Towarzystwa (l. c.), zawikłane bardzo interesy domu fundacyjnego, potrafił przez wyborną administrację, doprowa-

dzić już w ciągu lat kilku fundusz instytucji do tej normy, że mogła spełniać swe wysoce podniosłe zadania, wskazane jej myślą ofiarodawcy t. j. aby dochody z domu wystarczać mogły na przyznawanie rokrocznie 6-iu stypendyów 300 rublowych, oraz uwieńczenie i wydawanie corocznie pracy konkursowej. Wiadomo, jak wielkiem dobrodziejstwem dla naszych studentów medycyny jest owa fundacja i jaką okazałą liczbę prac naukowych jej zawdzięczamy (Patrz A. Sokołowski. P. T. L. W. 1910). Wszystko to stać się mogło jedynie dzięki dzielnej administracji Strzyżowskiego, który dbał pilnie o to, aby nigdy na oznaczony termin nie brakło odpowiedniego funduszu. Nawet w czasie wojny obecnej, w czasie tak wielkiej deprecjacji własności miejskiej Strzyżowski, będąc, jako przeszło 80-letni starzec, przykuty do łóża boleści, jeszcze się kłopotał, zabiegał, korespondował, aby młodzież nasza nie przestała korzystać z dobrodziejstw fundacji. I udało Mu się to w zupełności, gdyż i w roku bieżącym nie tylko przyznana była normalna liczba stypendyów, lecz można było udzielić nad program dosyć znacznej liczby zapomóg biednym studentom.

Tego nigdy Strzyżowskiemu nie zapomnimy! Imię Jego złotymi głoskami zapisało się w dziejach naszego zawodu lekarskiego, wbrew temu, co mówił z goryczą Biegański, że „wartość lekarzy mierzymy zwykle ich zasługami dla nauki: o uczonych lekarzach rozpisujemy się obszernie, milczymy zaś u parcie o cichych a zasłużonych pracownikach społecznych” (Aforizm 31. Cz. II).

Minęły te czasy! „Pisma lekarskie, idąc właśnie w myśl Biegańskiego, „krzewią ideały etyczne przez życiorysy znanych lekarzy filantropów, przez ogłaszanie szlachetnych czynów, pamiętając o tem, co mówi wielki znawca serc ludzkich—Szekspir: Jeden czyn dobry, gdy ginie bez wzmianki, morduje tysiąc przyjsz za nim gotowych” (Afor. 32. Cz. II).

A. Puławski.

Prace ś. p. Strzyżowskiego, ogłoszone drukiem.

1. Przyczynek do statystyki lekarskiej (opis statystyczny miasteczka Tuszyna gub. Piotrkowskiej). Klin. lek. 1869.
2. Ozon i ozonometria. Med. 1875.
3. Wyniki ze spostrzeżeń nad ozonem w

Piotrkowie w przeciągu 8 miesięcy. Pam. II Zjazdu lek. i przyr. we Lwowie 1876.

4. Próba statystyki lekarskiej m. Piotrkowa za rok 1875, dla Komitetu Sanitarnego sporządzona. G. L. 1876.

5. O stacyach meteorologicznych i ich potrzebie. Pam. II-go Zjazdu lek. i przyr. we Lwowie 1875.
6. Pogadanki z dziedziny higieny. Tydzień piotrkow. 1876.
7. Ruch ludności w Piotrkowie w r. 1874. Choroby panujące i rezultat ze spostrzeżeń meteorologicznych. Zdrowie 1878.
8. Znaczenie społeczne i cel Komitetów Zdrowia. Zdrowie 1880.
9. Zamarznięcie czy też śmierć wskutek tłuszczowego zwyrodnienia serca? G. L. 1881.
10. Sprawdzanie wzroku u osób służby drogi żelaznej. Med. 1883.
11. Znaczenie kontroli nad prostytucją. Gaz. Sąd. 1914.
12. Broszurki popularne o cholerze i dżumie.

(Z PRACOWNI SEROLOGICZNEJ WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA NAUKOWEGO).

Zakażenie obiegu krwi przez prątki Kocha w gruźlicy doświadczalnej.

Podług komunikatu, zgłoszonego w Towarzystwie Naukowym Warsz. d. 2 czerwca 1916 r.

podał

Leon Karwacki,

lekarz naczelny szpitala na Pokornej.

Możliwość istnienia jadu gruźliczego we krwi została ustalona jeszcze przez Villemina na szereg lat przed odkryciem prątków Kocha. W r. 1866 Villemin szczepił króliki krwią ludzką suchotniczą i krwią króliczą, pochodzącą od zwierząt zarażonych, i w kilku przypadkach znalazł zmiany gruźelkowe w narządach.

Od czasu tego doświadczenia przyszło odkrycie prątków gruźliczych, rozwinęła się wspaniale anatomia patologiczna zakażeń gruźliczych, wysoki stopień doskonałości osiągnęły klinika i epidemiologia, natomiast dział patogenezy, zajmujący się rolą krwi, jako roznosicielki jadu w ustroju, stoi — rzecz można — na tym samym punkcie, na którym zostawił go Villemin.

Niezbędność zakażenia krwi dla wytworzenia prosówki, gruźlicy płodowej, przerzutów sprawy gruźliczej do narządów, odległych od ogniska pierwotnego, nasuwa się w sposób nieodbit. Wnioski te jednak najzupełniej uprawnione i logiczne nie mają za sobą potwierdzenia praktycznego w postaci otrzymania ze krwi hodowli gruźliczej.

Dowodów pośrednich dostarcza wprawdzie anatomia patologiczna w postaci wykrycia ognisk zatorowych i skrzepów z prątkami w układzie żylnym, stwierdzenia gruźelków w ścianach układu naczyniowego. Jednak wynik badania sekcyjnego z natury rzeczy nie może posiadać tej wartości, co badanie krwi przyżyciowe.

W ostatnim lat dziesiątku zaczęto się zajmować gorąco rolą krwi i to nie tylko w gruźlicy prosówkowej, lub w posocznicy gru-

źliczej (*typho-bacillose*) typu Landouzy'ego, lecz i w postaciach pospolitych suchot płucnych i różnych odmian gruźlicy chirurgicznej, usiłując nadać pojęciu posocznicy gruźliczej te same ścisłe cechy bakteryologiczne, które ustalono dla zakażeń innych.

Próby rozwiązania tej sprawy zapomocą otrzymania hodowli prątków gruźliczych ze krwi we wszystkich przypadkach bez wyjątku zakończyły się niepowodzeniem. Jest rzeczą zrozumiałą dla każdego bakteryologa, że ujemny wynik posiewu krwi nie wyklucza bynajmniej istnienia posocznicy, lecz dowodzi głównie nieodpowiedniości dotychczasowych podłoży sztucznych, używanych do otrzymania hodowli.

W toku badań, przeprowadzanych od lat 10 nad morfologią jadu gruźliczego, w których to badaniach dokonywałem licznych posiewów narządów ze zmianami gruźliczymi, wciągnąłem przed paru laty w krąg poszukiwań bakteryologicznych i krew. Posiewów krwi u świnek padłych na gruźlicę dokonałem 41. Posiewana była krew z serca w ilości takiej, jaką można było wyaspirować przez pipetę, na bulion glicerynowy, wodę kartoflaną glicerynową, surowicę płynną glicerynową, podłoże Dorseta zmodyfikowane. Ilość krwi posiewanej nie dochodziła nigdy do 1 cm. sz. wynosząc najczęściej 5 — 10 kropel, niekiedy nawet zaledwie 2 krople. Doświadczenia te można podzielić na dwie grupy: do pierwszej zaliczam te przypadki, gdzie świnki były zakażone produktami gruźliczymi: ropą, płwociną, płynem wysiękowym, zawiesiną z rozrartych narządów. Przypadków takich miałem

17. W grupie drugiej, wynoszącej 24 doświadczenia, świnki były zakażone czystą hodowlą gruźliczą.

W pierwszej seryi na 17 posiewów otrzymałem 16 wyników ujemnych, w drugiej seryi na 24 posiewy otrzymałem 12 hodowli typowych prątków gruźliczych, z których 11 mogłem przeszczepiać przez szereg generacji.

Przechodzę do motywów rozgraniczenia materiału na dwie grupy, pomimo że obraz anatomopatologiczny nie dawał mi do tego żadnego prawa.

Teoretyczny punkt wyjścia mojej pracy był następujący. Wyniki ujemne dotychczasowych prób otrzymywania hodowli gruźliczych ze krwi zależą całkowicie od nieodpowiednich warunków sztucznego podłoża. Ponieważ jednak podłoża dobrego nie mamy, należy zatem wypróbować do zakażeń doświadczalnych takie szczepy gruźlicze, które były przedtem odpowiednio przyzwyczajone do danych podłoży. W przyzwyczajeniu tem główną rolę odgrywa wyrobienie w prątkach zdolności do rośnięcia na podłożach płynnych nie w postaci kożuszka na powierzchni, lecz w postaci osadu kłaczkowatego, lub drobnych grudek na dnie. Każdy, kto pracował nad hodowlami gruźliczymi, wie dobrze, że nawet szczepy, doskonale przystosowane do bulionu glicerynowego, nie rosną, jeżeli je posiać nie na powierzchnię bulionu, lecz na dno.

Trudno więc żądać od prątków ze krwi, a więc zupełnie nie przystosowanych do podłoży sztucznych, aby rosły w tych warunkach na dnie próbówki z surowicą, bulionem lub odwarem kartoflanym.

Przyzwyczajanie prątków polegało na tem, że bujna hodowla ze zmodyfikowanego podłoża Dorseta obficie posiewana była na odwar, kartoflany w zwykłej próbówce. Razem z prątkami dostawały się do odwaru i kawałeczki podłoża. Samo posiewanie dokonywane było w ten sposób, że hodowla z domieszką żółtka, zwilżona odwarem, rozcierała się na ścianie próbówki tuż nad warstwą płynu w drobną zawiesinę, i przez potrząsanie próbówki zawiesina była łączona z podłożem.

Próbówki codzien były potrząsane w ciągu kilku minut. Tą drogą już w pierwszej generacji po trzech tygodniach powstawał rozwój prątków we wszystkich warstwach podłoża, a głównie na dnie. Taka hodowla przeszczepiała się dobrze na nowy odwar i rosła bujnie przy codziennem lekkim potrząsaniu. Hodowle dobrze wyrosnięte po skłóceniu sprawiały wrażenie gęstej hodowli

ujednostajnionej. W ten sam sposób zresztą, jak to zaznaczyłem w komunikacie na Zjeździe lekarskim w Lizbonie, udawało mi się dość często otrzymywać prawdziwe hodowle ujednostajnione. Otóż wydawało mi się, że podobne hodowle, przeprowadzone parokrotnie przez podłoże płynne i z góry przystosowane do rozwoju w warunkach przyszłego posiewu krwi, przedstawiały idealny materiał do zakażenia, jeżeli chodzi o wyjaśnienie zachowania się obiegu krwi. Dla tych więc względów wyosobiłem w oddzielną grupę te doświadczenia, w których świnki były zarażone hodowlami podobnemi.

Przewidywania moje sprawdziły się o tyle, że na 24 posiewy otrzymałem 12 hodowli gruźliczych, pomimo że ilość krwi posianej bywała stale bardzo skąpa. 12 wyników ujemnych zasługuje także na omówienie. W 6 badaniach posiewy okazały się jałowymi całkowicie. W 3 z nich hodowle, użyte do szczepienia, rosły na podłożu sztucznem bardzo krótko. W 3 pozostałych hodowle użyte do szczepienia odpowiadały najzupełniej swemu celowi, jako przystosowane doskonale do pożywek płynnych. Prosty trafem jest, być może, że z 6 posiewów ujemnych 3 przypadły na prątki gruźlicze typu bydlęcego. W 6 przypadkach pozostałych, które zakwalifikowane są jako ujemne, hodowle w rzeczywistości powstały: były jedne słabsze, atypowe i nie przeszczepiały się dalej. Pasożyty przedstawiały się albo w postaci delikatnych laseczek, barwiących się metodą Ziehl-Neelsen-Gabetta na niebiesko, albo w postaci form Mucha, albo w postaci ziarników, barwiących się na niebiesko i dających się przeszczepiać. Omówienie tej postaci jadu gruźliczego zachowuję do dalszych komunikatów, uważając na razie i ten wynik za ujemny ze względu na atypowość postaci pasożyta.

W 17 posiewach z pierwszej grupy, podanych za ujemne, w 10 nie znalazłem żadnych tworów uorganizowanych, w 4 laseczki niekwasoodporne i nie przyszczepiające się, w jednym formy Mucha, w jednym ziarenka kwasoodporne, w jednym wreszcie otrzymałem hodowlę streptotryksów, do której jeszcze powrócę w komunikacie o stosunku streptotryksów do prątków gruźliczych. Z wyjątkiem jednego doświadczenia, gdzie hodowla ziarników otrzymana została po 6 dniach, zarówno laseczki niebieskie, jak ziarna i postaci Mucha pojawiały się w hodowli dopiero w okresie czasu od 2 do 7 tygodni. Hodowla streptotryksa powstała dopiero po 26 dniach.

Przechodzę teraz do omówienia bardziej szczegółowego 12 posiewów dodatnich: 11 hodowli wypada na prątki typu ludzkiego i 1 na prątki typu bydłowego. 3 razy do szczepień były użyte hodowle ujednastajnione, w reszcie przypadków hodowle miały cechy rzekomo ujednastajnione: równomierny męt po skłóceniu, osad włóknistoziarnisty w spokoju. 6 razy hodowle zostały otrzymane na bulionie glicerynowym, 5 razy—na odwarze kartoflanym z gliceryną, 3 razy — na surowicy płynnej glicerynowej. Najwcześniejszy termin, w którym hodowla powstała, wynosił 16 dni (bulion), najpóźniejszy 47 dni (surowica).

W hodowlach młodych obok typowych postaci kwasoodpornych znajdują się stale dość liczne laseczki pozbawione kwasoodporności, a czasem i drobne ziarenka.

W niektórych hodowlach laseczki czerwone i niebieskie (po zabarwieniu zwykłym na prątki gruźlicze) spotykały się w ilości równej. Po przesianiu na podłoże stałe (agar glicerynowy, zmodyfikowana pożywka Dorset'a) prątki rozwijały się w postaci kwasoodpornej wyłącznie. W doświadczeniu 51, po przesianiu hodowli pierwotnej na agar glicerynowy, otrzymałem obok typowych osad z laseczek kwasoodpornych jedną osadę, złożoną wyłącznie z laseczek barwiących się na niebiesko. Hodowlę tę powiodło mi się przeszczepić na nowe podłoże i otrzymać dwie rasy prątków—kwasoodporną i niekwasoodporną. Szczep kwasoodporny cechuje się żywotnością mocną i od trzech lat już doskonale przechowuje się na podłożach laboratoryjnych. Szczep niekwasoodporny rósł znacznie słabiej i wolniej, a po dwóch latach przestał się zupełnie przeszczepiać. W paru doświadczeniach prątki te nie wywołały gruźlicy doświadczalnej u świnki.

Rasa kwasoodporna okazała się pozbawioną również chorobotwórczości: świnka w ciągu roku dostała 7 cm. sz. hodowli bulionowej w dwóch dawkach do otrzewnej. Zdechła następnego roku od epizooty bez zmian gruźliczych.

Stwierdzenie w posiewach krwi gruźliczej stałego skojarzenia prątków kwasoodpornych i niekwasoodpornych, które przechodzi w typ wyłącznie kwasoodporny po przesianiu hodowli dwupostaciowej na podłoże stałe, dowodzi, że laseczka niekwasoodporna wchodzi w skład morfologii zarazka gruźliczego. Fakt ten nawiązuje łączność pomiędzy posiewami, które uważam za dodatnie, a tymi zpośród ujemnych, w których wykryte zostały na

preparatach pokrewne laseczki niebieskie. Jak już wspomniałem, hodowle te rosły skąpo nawet w pierwszej generacji i nie przeszczepiały się wcale. Z tego możnaby wywnioskować, że jest to postać jadu gruźliczego osłabiona (*forme de souffrance*) i pozbawiona wybitnej zdolności wegetacyjnej. Z drugiej strony wielu bakterjologów uważa laseczki niekwasoodporne nie za odrębną postać jadu gruźliczego, lecz za formy młode, niewykształcone, które w miarę dojrzewania zyskują cechy prawidłowe. Otóż na mocy otrzymania dwóch ras z jednej hodowli sądzę, że obydwa poglądy są słuszne: spotykają się laseczki niekwasoodporne przejściowo—postaci młode i niekwasoodporne stałe—postaci zmienione. Postać taka cechować się może nie tylko osłabieniem, lub zanikiem chorobotwórczości, ale i słabą zdolnością wegetacyjną. Słusznie więc wtedy może być pojmowana jako postać uwsteczniiona.

W doświadczeniu 353 posiew krwi na surowicy płynnej po 47 dniach dał obfitą hodowlę, w której obok postaci prawidłowych znalazłem prątki pozbawione kwasoodporności, dużo form nitkowych ze zgrubieniami kolbowatymi i z rozgałęzieniami fałszywymi i formy maczugowate. Zdawało mi się, że postaci te stanowią mogą ogniwo, łączące prątki gruźlicze ze streptotryksami. Jednak po przesianiu tej hodowli pasorzyty przyjęły znowu postać krótkich laseczek kwasoodpornych. Miałem więc do czynienia tylko z postaciami uwsteczniionymi.

Jak widać z powyższego, hodowle gruźlicze, pochodzące ze krwi, cechują się pewną odrębnością morfologiczną, zwłaszcza w pierwszej generacji. Istnieją spostrzeżenia i doświadczenia, że przez pobyt w obiegu krwi zmienia się częściowo morfologia prątków, i słabnie ich chorobotwórczość.

Moje badania są zupełnie w zgodzie z tym poglądem co do zmian morfologicznych. Costantini wstrzykiwał w wyosobniony odcinek dużego naczynia u zwierząt zawieszinę prątków w roztworze cytrynianu sodu i badał następnie, jak zachowują się prątki pod względem morfologicznym. Po 2 godzinach pewna część pasorzytów już traci kwasoodporność i przestaje dawać hodowle na podłożu sztucznym. W następstwie zjawiają się postaci olbrzymie, laseczki z wodniczkami, laseczki ziarniste, wreszcie ziarna. Po tygodniowym pobycie we krwi znikają laseczki i ziarna, pozostają jedynie postaci Mucha. Marmorek znowu w badaniach, podjętych nad rolą obiegu krwi w szerzeniu się gruźlicy w ustro-

ju, przychodzi do wniosku, że pobyt we krwi osłabia zdolność zakażającą prątków, mianowicie, świnki, szczepione krwią z prątkami, dostają gruźlicy o przebiegu bardzo łagodnym i pozostają przy życiu 5—6 miesięcy i dłużej, podczas gdy szczepione hodowlą zwykłą, padają już po 2 miesiącach.

Doświadczeniom Marmorka można zrobić ten zarzut, że laseczники były zastrzykiwane razem z krwią. Spóźniony przebieg zakażenia mógł zależeć od działania samej krwi.

Chcąc wyjaśnić tę stronę kwestyi, użytkowałem niektóre szczepy, wyhodowane ze krwi, do zakażeń ponownych.

Oprócz wypróbowania wpływu pobytu we krwi na chorobotwórczość, postawiłem sobie jeszcze jeden cel w tych doświadczeniach, mianowicie spotęgowanie zjadliwości prątków. Jest faktem dość pospolitym dla niektórych drobnoustrojów, że przez pobyt w obiegu krwi wzmagają swą chorobotwórczość i po seryi przeszczepień przez zwierzęta osiągają stopień zjadliwości wprost fantastyczny. Do prób tych wybrałem szczep gruźlicy ujednolitej, zgodnie z poglądem Gougerota, że laseczники, rosnące nie w grudkach, łatwiej wywołują gruźlicę o cechach posocznicy.

Pierwsza świnka (№ 49) dostała 1 cm. sz. hodowli ujednolitej bulionowej do otrzewny. Zdechła po 28 dniach. Typowa gruźlica gruczołowa, gruzelki w narządach jamy brzusznej i w płucach.

Świnka № 90 dostała 4 cm. sz. hodowli bulionowej ze krwi szczepu № 49 do otrzewnej. Zdechła po 19 dniach. W narządach zmiany zapalne bez gruzelków makroskopowych. W skrawkach z narządów wykryto prątki kwasoodporne.

Świnka № 310 dostała 2 cm. sz. hodowli bulionowej ze krwi szczepu 90. Zdechła po 11 dniach. W narządach zmiany zapalne bez gruzelków. W otrzewnej wysięk krwotoczny z lasecznikami. We frottis z narządów dużo laseczników kwasoodpornych.

Jak widać, zjadliwość szczepu się wzmacnia: świnki żyją coraz krócej, zmiany w narządach nie mają cech gruzelkowych, lecz zapalne. Można powiedzieć, że dwie ostatnie świnki zdechły już nie z powodu zmian gruźliczych, lecz z posocznicy.

Świnka № 353 dostała do otrzewnej 3 cm. sz. hodowli bulionowej ze krwi szczepu 310. Zdechła po 10 dniach. W otrzewnej wysięk krwotoczny z lasecznikami. W narządach tylko zmiany zapalne. Jest to *maximum*

zjadliwości szczepu, który zabija świnkę po 10 dniach.

Świnki № 366 i 367 dostały do otrzewnej po 2½ cm. sz. hodowli bulionowej ze krwi szczepu 353.

Świnka pierwsza zdechła po 5 dniach. Na sekcji stwierdziłem tylko zmiany zapalne. Laseczników nie wyhodowałem ani ze krwi, ani z narządów. Nie znalazłem ich też w preparatach rozcieranych. Ze krwi wyhodowałem ziarniki określonego typu, z narządów laseczki niekwasoodporne w układzie sztachetowym.

Świnka 377 żyła przez dwa lata. Na sekcji żadnych zmian gruźliczych nie wykryłem.

Wyniki ostatniego szczepienia wymagają pewnego omówienia. Przypuszczać można, że pierwsza świnka zdechła z powodu zatrucia. Brak laseczników w narządach i we krwi przemawia także za tem pośrednio: laseczники uległy bakteryolizacji, i ztąd powstała znaczna ilość białka trującego. Z tego możnaby dalej wywnioskować, że w miarę potęgowania się zjadliwości laseczników gruźliczych wzrasta w nich równocześnie i łatwość ulegania bakteryolizacji. Zestawiając to z morfologią szczepu 353, którym świnka była zarażona, widzimy dużą chwiejność szczepu pod względem kwasoodporności. Wyniki posiewów krwi i narządów świnki podkreślają jeszcze bardziej rolę tego czynnika: tworzy, wyhodowane z posiewów, były zupełnie niekwasoodporne. Możliwość tu podnieść zarzut, że świnka zdechła z powodu innego zakażenia, i że drobnoustroje, od niej wyhodowane, nie miały nic wspólnego z pasorzytem gruźlicy. Badania moje nad morfologią jadu gruźliczego, które przeprowadzam od 10 lat, obfitują w liczne spostrzeżenia, że podobne przemiany zachodzą w hodowlach na podłożu sztucznym, i że nowe rasy niekwasoodporne przedstawiają się bądź w postaci ziarnistej, bądź laseczkowatej.

Taka sama przemiana dokonała się i u świnki drugiej: jednak bakteryoliza następcza nie przyprawiła jej o śmierć. Po rozpuszczeniu i przetrawieniu wszystkich prątków nie mogło powstać, oczywiście, przewlekłe zakażenie gruźlicze. To też po 2 latach na sekcji nie wykryłem żadnych śladów gruźlicy.

W braku materiału zwierzęcego do doświadczeń na szerszą skalę, zmuszony byłem ograniczyć się do tej jednej seryi. Z tego powodu nie mam prawa robić uogólnień. Wolno mi jednak stwierdzić, że szczep gruźlicy ujednolitej, przeprowadzony przez zwierzęta i hodowany ze krwi, już w drugim

pasażu wywołał u świnki zakażenie typu niegruźkowego, że zjadliwość szczepu wzrastała stale, że na pewnym stopniu tej zjadliwości kwasoodporność zaczęła słabnąć i wreszcie zginęła całkowicie.

Kwasoodporność jest w pewnej mierze czynnikiem obronnym, chroniącym pasorzyta skutecznie od następstw fagocytozy i strawienia wogóle. Poza tem cecha ta utrudnia w znacznej mierze odżywianie komórki i nie sprzyja szybkiemu rozwojowi. W skład pojęcia zbiorowego zjadliwości mikroba wchodzi, oprócz wzmożonych czynników defensywnych (w danym przypadku kwasoodporności), także zdolność szybszego mnożenia się (w danym przypadku gwarantowana przez osłabienie kwasoodporności). W tem oświeceniu rola kwasoodporności mieści w sobie dwa czynniki sprzeczne: spotęgowanie jej zabezpiecza prątki przed zniszczeniem ze strony organizmu, ale zwalnia tempo mnożenia się drobnoustrojów, zmniejszenie zaś—przyspiesza procesy rozwojowe prątków, ułatwia zakażenie masowe, ale wystawia prątki na niebezpieczeństwo fagocytozy i rozpuszczenia.

W pewnym okresie potęgowania się zjadliwości, czy też w pewnych specjalnych warunkach, zależnych od ustroju danej świnki, czynnik rozrodczy bierze górę nad czynnikiem defensywy biernej, czyli kwasoodpornością. Wytwarza się rasa z funkcją kwasoodporną słabą. Warunki zakażenia zbliżają się wtedy do zakażeń przez inne drobnoustroje: pasorzyt gruźliczy traci możność wywoływania przewlekłej sprawy gruźkowej, natomiast albo daje ostrą posocznicę, albo ginie sam, strawiony przez fagocyty.

Sprawę tę, nader doniosłą dla zrozumienia i wyjaśnienia patogenyzy niektórych postaci zakażenia gruźliczego u człowieka, mam

zamiar rozwinąć szerzej doświadczalnie. Dotąd wstrzymuje mnie jeszcze brak odpowiedniej ilości świnek.

Jeszcze w jednym doświadczeniu użyłem do szczepienia hodowli, otrzymanej z serca.

Świnka № 374 dostała 3 cm. sz. hodowli długo utrzymywanej na podłożu sztucznem Kr. 4. Zdechła po 54 dniach. Gruczoły zserowaciałe, w narządach jamy brzusznej gruźelki i rozległe blizny, w płucach zmiany zapalne. Posiew krwi z serca dodatni.

Świnka № 418 dostała 3 cm. sz. hodowli ze krwi szczepu 374. Zdechła po 46 dniach. Na sekcji gruźlica gruźkowa. Posiew krwi dodatni.

Dalszych pasaży, niestety, robić nie mogłem. Oprócz leżącego w granicach wahań indywidualnych przyspieszenia śmierci o 8 dni, żadnej innej różnicy w wyniku zakażenia nie spostrzegłem.

Wnioski z tej pracy są następujące:

Bezowocność posiewów krwi w gruźlicy zależy od braku dobrego podłoża.

Jeżeli prątki gruźlicze przyzwyczaić do wzrostu przy zmniejszonym dostępie tlenu i zarazić świnki takim szczepem, to można otrzymać hodowle w 50% przypadków (w moich doświadczeniach 12 razy na 24 doświadczenia), posiewając zaledwie kilka kropel krwi.

Przeprowadzając szczepy ze krwi przez seryę świnek, można otrzymać w pewnych razach zakażenie bez gruźelków, zbliżone do posocznicy.

Szczep gruźliczy w tych warunkach zyskuje coraz bardziej na chorobotwórczości, ale na pewnym poziomie zjadliwości zatracą kwasoodporność, i wtedy zakażenie nie różni się niczem od zakażeń bakteriami z grup niekwasoodpornych.

ODCINEK.

Stan sanitarny kraju.

Referat, wygłoszony na posiedzeniu plenarnem II Zjazdu Higienistów Polskich 30 czerwca 1917 r.

przez

W. Szumlańskiego.

Ciężka i wielce niewdzięczna przypadła mi w udziale rola. — Mam mówić o stanie sanitarnym kraju, tego kraju, w którym przez cały szereg lat nie można było wyjednać po-

zwolenia na założenie Towarzystwa Higienicznego, gdyż wszelka praca społeczna nawet w tak specjalnej instytucji, mającej ściśle określone cele, uważana była za działalność

polityczną, przeciwpamiętną; w kraju, w którym po zdobyciu nareszcie tej placówki, poprawę zdrowotności ludności mającej na celu, wszelkie poczynania, ku poprawie tej zmierzające, napotykały na opór ze strony czynników, moc i władzę mających, a upatrujących w poczynaniach tych zamach na niepodzielność władzy i, co może ważniejsze, na źródła dobrobytu. Co wreszcie można powiedzieć o stanie sanitarnym kraju, który od lat 3-ech grozę wojny przeżywa, który przez pierwszy rok był terenem działań wojennych, a przez dwa lata ostatnie odczuwa straszne skutki wojny: głód, nędzę i choroby. — Z historii wszystkich wojen wiemy, jak straszne podczas nich i po nich panowały choroby nagminne, jak trapiły one i dziesiątkowały ludzi, i tych, którzy w szeregach walczyli i tych, którzy udziału bezpośredniego w walce nie brali. — W krajach o wyższej kulturze, w miarę postępów higieny, zdołano sprowadzić do minimum lub nawet do zera liczbę zachorowań i śmierci z niektórych chorób (że wspomnimy tu tylko o cholery), jakie dawniej i w warunkach normalnych, a tembardziej podczas wojen, pochłaniały wielką liczbę ofiar. — Ale u nas, gdzie, z wyjątkiem jednej jedynej skanalizowanej, a jednak, dzięki różnorodności zaludnienia, nie we wszystkich dzielnicach jednakowo czystej Warszawy, wszelkie zarazki i w miastach i po wsiach znajdują grunt do rozwoju swego wielce podatny, skutki warunków wojennych musiały być oplakane i, niestety, są takimi w istocie.

W pierwszym roku wojny obecność i przemarsz wielkich mas wojska, tysiące zbiegów z placu boju, przebywających w najgorszych warunkach higienicznych, nieprzygotowanie kraju pod żadnym względem do walki w tak niepomysłnych okolicznościach: ogólny brak dobrej wody do picia, niedostateczne i nieodpowiednie odżywianie się ludności, brak pomocy lekarskiej — wszystko to stwarzało grunt wielce podatny do wybuchu i szerzenia się chorób zakaźnych. Do walki z niemi wystąpiła wówczas z całą energią Sekcja Lekarska Komitetu Obywatelskiego. Należą się jej i całemu Komitetowi słowa najwyższego uznania, ona bowiem przez energiczne wystąpienie do walki współdziałała skutecznie z zarządzeniami rządowymi, które jednak miały na widoku tylko bezpieczeństwo wojska, i przyczyniała się skutecznie do tłumienia epidemii w zarodku, nie dopuszczając do szerzenia się jej po kraju.

Z bardzo szczegółowego sprawozdania Sekcji Lekarskiej K. O., z gubernii Warsza-

wskiej (mieliśmy możność skorzystać z materiałów, tej jednej tylko gubernii dotyczących) widzimy, że w ciągu pierwszych 9-ciu miesięcy r. 1915 zameldowano ogółem w gub. Warszawskiej 6445 przypadków chorób zakaźnych i że w tej liczbie najwięcej było przypadków duru brzuszego (31,9%) i czerwonki t. j. dyzenteryi (20,3%), tyfusu natomiast wysypkowego zanotowano tylko 266 przypadków, co stanowi 4,1% wszystkich chorób zakaźnych. W całym wogóle kraju w tym okresie wojny, a zwłaszcza w pierwszym kwartale r. 1915, zjawiały się tylko oddzielne przypadki tyfusu plamistego; w kwietniu i maju zaczęto spostrzegać liczniejsze przypadki zwłaszcza wśród ludności żydowskiej, z biegiem zaś czasu, gdy w maju i czerwcu zaczęło się masowe przesiedlanie ludności na prawy brzeg Wisły, epidemia zaczęła się już szerzyć masowo. Wystąpiono energicznie do walki: zarządzenia lecznicze i zapobiegawcze (szpitale, domy izolacyjne, zakłady dezynfekcyjne, kąpielowe i t. p.) przyczyniły się odrazu do stłumienia epidemii w zarodku, tak że w lipcu notowano znów tylko oddzielne przypadki.

Trwało to jednak niedługo, w końcu sierpnia i we wrześniu w wielu miejscowościach kraju zaczęły się zjawiać coraz liczniejsze przypadki tyfusu plamistego, w Łodzi i w Warszawie wybuchła wielka epidemia. Od tej pory tyfus wysypkowy zajmuje wśród chorób zakaźnych stanowisko dominujące. Dzięki celowym zarządzeniom władz okupacyjnych, dzięki energii i sprawności w stosowaniu tych zarządzeń, udało się stłumić lub wytepić takie choroby, jak dyzenterya i ospa, płonica i nawet dur brzuszny, tylko tyfus wysypkowy grasuje w całym kraju z mniejszem lub większem natężeniem, zależnie od miejscowości i od pory roku, ale grasuje stale.

Nie chcę nużyć uwagi Panów przytaczaniem poszczególnych liczb, odnoszących się do tyfusu, postaram się przedstawić w ogólnych jedynie zarysach wynik ankiety sanitarnej, jaką w całym kraju okupowanym zarządził Departament Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu.

Zaznaczyć muszę, że sprawozdanie moje nie obejmuje ani Warszawy, ani Łodzi ani też innych większych miast Królestwa, gdyż o ich stanie sanitarnym mówić będą inni sprawozdawcy. Moje przemówienie dotyczy tylko powiatów.

Na ogólną liczbę 76 otrzymano wiadomości z 60 powiatów i ze 126 miejscowości;

z okupacji niemieckiej otrzymano odpowiedź z 41 powiatów, z austriackiej z—19; nie nadeszło wiadomości 5 powiatów okupacji niemieckiej i 7 austriackiej. Nie można zaś było rozesłać kwestyonyaryuszów do 4 powiatów strefy etapowej: Białej, Konstantynowa, Radzyna i Włodawy, oraz do całej dawnej gubernii suwalskiej, należącej również do strefy etapowej.

Zebrane wiadomości odnoszą się przeważnie do kwietnia, wyjątkowo są późniejsze. Nie są więc one zupełnie aktualne i do dnia dzisiejszego wiele danych uległo już zmianie; nie podobna jednak było wobec abnormalnych warunków komunikacyjnych postarać się o wiadomości z dni ostatnich.

W 6 tylko powiatach: Ciechanowskim, Kolneńskim, Nieszawskim, Piotrkowskim, Rypińskim i Szczuczynskim i w nich w 18 miejscowościach warunki zdrowotne były zupełnie pomyślne, t. zn. nie notowano tam w okresie sprawozdawczym żadnych epidemii. W 18 innych miejscowościach spostrzegano błonicę, płonicę, dyzenteryę i koklusz, nie było zaś w nich tyfusu, ani płamistego, ani brzuszego. Nadmienić tu nawiasowo musimy, że co się tyczy wszystkich innych chorób zakaźnych prócz tyfusu, to do wiadomości o nich zbyt wielkiej wagi przywiązywać nie można, bo, jak się słusznie w sprawozdaniu swem jeden z lekarzy wyraził, sprawa walki z tyfusem tak pochłania uwagę i energię, że na inne epidemie, które nazwał nieurzędowymi, nie zwraca się obecnie prawie zupełnie uwagi, tembardziej, że natężenie ich wszędzie znakomicie osłabło.

Dominujące miejsce, jak to już zaznaczyliśmy, zajmuje tyfus wysypkowy i brzuszny, obok nich gruźlica. O gruźlicy mówić tu nie będziemy, gdyż stanowi ona przedmiot oddzielnego wykładu, jaki wygłosi dr Sokołowski.

Co się tyczy tyfusów, to nie podajemy liczby przypadków w poszczególnych miejscowościach, bo i sprawozdania są pod tym względem bardzo nieścisłe i zresztą dane, odnoszące się do różnych okresów czasu, nie mogłyby stanowić materiału do porównań i tem samem nie mogłyby dać należytego obrazu stopnia natężenia epidemii.

Zaznaczamy jedynie, że na 126 miejscowości, z których otrzymano sprawozdania, tyfus wysypkowy panuje w 64 epidemicznie, w 23 sporadycznie, tyfus brzuszny w 25 epidemicznie i w tyłuż sporadycznie. Większość

sprawozdawców zaznacza, że śmiertelność z tyfusu płamistego jest naogół niewielka, nie przenosi 8 — 10% zachorowań, i że liczba zachorowań stale się zmniejsza.

Zmniejsza się dlatego, że do walki z wrogiem wystąpiono z całą energią: wszędzie gdzie tylko wybuchła silniejsza epidemia, zakładano nowe specjalne szpitale, urządzano domy izolacyjne, zarządzano masowe czyszczenie i mieszkań i całych domów, dezynfekcyę i dezynsekcycę mieszkańców, słowem zarządzano wszystko, co tylko nakazuje wiedza współczesna, aby z walki z tym silnym i podstępny, bo często ukrytym, wrogiem wyjść zwycięsko.

W walce tej wielu bojowników, zwłaszcza z pośród lekarzy, ubyłoby niestety z szeregów. Tym nieszczęśliwym ofiarom następstw strasznej wojny, tym bojownikom, którzy, nie orężem tępiąc życie innych, lecz wiedzą i poświęceniem ratując życie współbraci, swe własne życie złożyli w ofierze, należą się od nas wyrazy hołdu i serdecznego wspomnienia; zasłużyli oni, byśmy, mówiąc o wrogu, który ich zmógł, pamięć ich uczcili przez powstanie.

Lista ofiar nie jest zapewne jeszcze zamknięta, bo walka nie jest jeszcze skończona. Wróg i sam jest groźny i ma groźnych sprzymierzeńców, i to sprzymierzeńców wśród tych, którzy, własne bezpieczeństwo mając na względzie, winni współdziałać, a nie przeciwdziałać celowym zarządzeniom zapobiegawczym. Tłumaczy ich to jedno, że nie wiedzą co czynią, bo z powodu braku oświaty, której dostęp do mas był tendencyjnie hamowany, nie znają najelementarniejszych zasad i wymagań higieny. To też w naszych smutnych warunkach dziś, po upływie lat 70, nie utraciły mocy i znaczenia słowa Rudolfa Virchowa, który w roku 1846, omawiając sprawę walki z gwałtowną epidemią tyfusu płamistego na Górnym Śląsku, powiedział: „Za podstawowe środki zaradcze przeciwko powtórzeniu się w przyszłości tej ciężkiej epidemii uważam oświatę wraz z jej córkami: wolnością i dobrobytem“.

Przedświt wolności już nam zabłyśnął, nad krzewieniem oświaty pracują niezmordowanie rozrzucone po całym kraju Koła Macierzy Szkolnej. Miejmy nadzieję, że dzięki tym dwóm czynnikom poprawi się i stan zdrowotny kraju i że wraz z tem zakwitnie tak pożądanym powszechnym dobrobytem.

Posiedzenia kliniczne w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Posiedzenie XI d. 11 lutego 1917 r.

1) Grudziński demonstruje na rentgenogramach powiększenie okrężnicy i esicy; rozróżnia wydłużenie kiszek bez wydatnego powiększenia jego pojemności — *coloptosis* i wydłużenie z jednoczesnym rozszerzeniem — właściwą chorobę Hirschsprunga, przeważnie wrodzoną; gdy powiększeniu ulega jedynie esica, mamy t. zw. *megasigmoidum*; sprawę tę może symulować zwężenie okrężnicy zstępującej i wiotkość krezki esicy.

W dyskusji omawiano łatwość popełniania błędów dyagnostycznych (Sztejner, Chełmoński, Gajkiewicz) i konieczność udzielania informacji co do dalszych losów chorych, których rentgenogramy są pokazywane (Puławski).

2) Bondy przedstawia dwa przypadki mikrocefalii a) 12-letnią dziewczynkę o typie azteka z głową ptaszą, inteligencją minimalną i usposobieniem łagodnym; b) preparat mózgu, pochodzący od 30-dniowej dziewczynki, u której rozpoznawano: *microcephalia, paralysis n. facialis. conjunctivitis, dyspepsia, inanitis*; na podstawie sekcji można było przypuścić, że mikrocefalia powstała wskutek rezorbey płynu mózgowego z istniejącego poprzednio *hydrocephalus internus*; stąd nadmiar skóry na głowie rozrośniętej na czasce w okresie wodogłowia i nie mogącej postępować w swej retrakcji współmiennie z kośćmi, które, nie mając ucisku wewnątrzczaszkowego po ustąpieniu płynu i pod wpływem ciśnienia zewnętrznego (muskulatury macicy i wód płodowych) spajały się, zrosły się i dały w rezultacie przedstawiony powyżej kształt czaszki.

3) Tryjarski komunikuje, iż chorego z powodu *angina Vincenti*, demonstrowanego na jednym z poprzednich posiedzeń, nie udało się nakłonić do badania krwi na odczyn Wassermanna, ale dalszy przebieg choroby pozwala wykluczyć przymiot.

4) Lande i Lewenstern demonstrują 17-letnią chorą, u której w kilka miesięcy po otruciu kwasem siarczanym po usunięciu zapomocą systematycznego zgłębnikowania czas pewien trwającego wybitnego zwężenia przełyku wystąpiły objawy kliniczne *stricturae pylori* i *dilatationis ventriculi*, potwierdzone zapomocą rentgenografii. Podczas gastroenterostomii zauważono niepomiarne wzmożony ruch robaczkowy nadzwyczaj rozrośniętej mięśniówki żołądka, dzięki czemu przybierał on chwilami kształt dwudzielnego; bliznowatego zwężenia odzwierniaka nie znaleziono; niedrożność czynnościowa zależała prawdopodobnie od podrażnień nerwowych, wychodzących z owrzodzonej błony śluzowej.

5) Chełmoński u 11 rozmaitych chorych zapomocą rentgenoskopii stwierdził swoiste zaburzenie podczas przełykania papki bizmutowej zwane atonią: papka bizmutowa, przybierając kształt słupka grubości palca, przebiega normalnie przez przełyk w ciągu 10—12 sekund, w atonii zaś, tworzy smugę, utrzymującą się w ciągu kilku minut; mówca dochodzi do wniosków następujących: a) atonia przełyku jest zaburzeniem, towarzyszącym różnorodnym cierpieniom i zdarza się dość często, zwłaszcza w słabym stopniu; b) atonia zwykle

przebiega bez żadnych dolegliwości i dlatego mało jest znana klinicytom; c) w przypadkach atonii bardzo często udaje się stwierdzić objawy histeryi (na 11 przypadków 10 razy); d) nawet w tych przypadkach, w których objawów histeryi niema, atonię przełyku uważać można za stygmat monosymptomatycznej histeryi.

W dyskusji Grudziński rozróżnia przypadki bez objawów podmiotowych (jak wyżej wspomniane) i przypadki z ciężkimi objawami klinicznymi (zakrzuszenie się i niechęć przyjmowania pokarmów z obawy przed zakrzuszeniem się), zależnymi od porażenia przełyku natury zakaźnej lub organicznonerwowej.

Puławski: prócz histeryi inne jeszcze stany (np. przerost serca) mogą być czasem przyczyną utrudnionego łykania.

Gajkiewicz w odnośnych obserwacjach widzi albo atonię (porażenie), albo hipertonię (przypadki Chełm.), albo wreszcie przeszkodę mechaniczną).

6) Chełmoński w uzupełnieniu swej demonstracji „*megasigmoidum*“ (7 posiedz. klin. p. Gaz. Lek. № 4, 1917) komunikuje, że chora po operacji zmarła; sekcja wykazała obecność licznych zwężeń w kioskach cienkich w zależności od wrzodów gruzliczych, esica zaś była tylko mocno zwiotczała i posiadała wydłużoną krezkę.

Posiedzenie XII d. 11 marca 1917 r.

1) Lewenstern pokazuje w niezwyklej sposób bliznowato zwyrodniałą sieć w postaci sznura 25 ctm. długiego i na palec szerokiego, znalezionej w worku przepuklinowym podczas operacji wielkiej przepukliny mosznowej, uwięzionej u 50-letniego mężczyzny; mówca sądzi, że nastąpiło to wskutek ciągłego drażnienia i skręcania sieci od dawna przyrośniętej do dna worka, przez jelito usuwające się do worka i odprowadzane z powrotem do jamy brzusznej.

2) Starkiewicz przedstawił preparaty krwi z przypadku białaczki ostrej (na 458.000 leukocytów w 1 ctm. przypada bardzo mało neutrofilów, bardzo dużo limfocytów małych oraz dużych, podobnych do myeloblastów Naegeli'ego), skombinowanej z niedokrwistością najwyższego stopnia (665.000 krwinek w 1 ctm., wśród których sporo 1—3 jądrowych; hemoglobiny niżej 50%), od chorej 18-letniej, która przed 6 tygodniami, po kilkudniowej gorączce z katarą i obfitem poceniem się, szybko osłabła, zbladła, zaczęła doznawać bólów i zawrotów głowy oraz bicia serca; na sekcji znaleziono pomiędzy innymi *status thymolymphaticus*; mówca określiłby tę chorobę jako leukanemię ostrą; szybki rozwój sprawy patologicznej mówca wiąże ze zmniejszoną odpornością ustroju z powodu stanu grasiczolimfatycznego.

3) Wretowski przedstawia chorą z *pyodermatosis streptococcica* (liczne pęcherzyki różnej wielkości na stopach, rękach i prawym boku z mętniejącym żółtawym płynem), z którego wyhodowano czystą hodowlę paciorkowców; po bezowocnych próbach leczenia ogólnego (kuracja drożdżowa, opatrunki) otrzymano wynik pomyślny przez zastosowanie autowakcyny.

4) Grzankowski przedstawił: a) 90-letnią chorą, której przy znieczuleniu nowokainą pomyślnie usunął olbrzymią torbiel jajnikową, zawierającą 12 litrów płynu.

b) preparat torbieli skórzastej jajnika, wielkości główki noworodka, usuniętą pomyślnie 31-letniej pacjentce, która, mimo obecności guza tego, przeżyła szczęśliwie 2 ostatnie ciążę i porody; mimo to, Grz. sądzi, że w takich przypadkach lepiej jest operować przed porodem w czasie dowolnym, niż narażać się na to, aby ewentualnie czynić to nagle przy możliwym pęknięciu torbieli podczas samego porodu.

c) chorą 23-letnią, u której rozpoznawał *hydropsalpinx profluens* na tle gruźlicy jajowodu, jak to można było sądzić na podstawie danych anamnestycznych oraz innych objawów klinicznych; guz stopniowo w ciągu miesiąca zniknął; mówca przypomina sobie analogiczny przypadek, dotyczący 18-letniej prostytutki, u której guz podobny rozwinął się na tle trypomem i po miesiącu zniknął; czasem, ale w mniejszości znacznej przypadków, można spostrzegać nawrót cierpienia; znikanie guza odbywa się prawdopodobnie wskutek wyciekania płynu przez ujście maciczne, możliwie jednak i przez ujście brzuszne jajowodu lub wessanie zawartości drogą naczyń chłonnych wiązadłowych.

W dyskusji Korybut Daszkiewicz wyraża przypuszczenie, czy guzy wspomniane nie były kałowymi, jak to często spostrzegają pediatry.

Rzętkowski sądzi, że nie o guzie kałowym można było myśleć, ale raczej o hydronefrozie przestankowej.

5) Mutermilch, omówiwszy pokrótce morfologię i biologię odmienia (*proteus vulgaris*), opisuje spostrzeżenie Weil-Felixa, że surowica chorych na tyfus plamisty aglutynuje hodowlę odmienia, zwłaszcza gdy do celu tego używać szczepu t. zw. X₁₉; miarodajną jest aglutynacja przy rozcieńczeniu 1 : 50, a właściwie dopiero 1 : 100; mówca opisuje następnie technikę postępowania i demonstrowa odnośne preparaty oraz stara się dać wyjaśnienie teoretyczne tego zjawiska; w końcu M. mówi o spotykanej często aglutynacji praktyków durowych przez surowicę krwi chorych na tyfus plamisty, co nieraz w błąd wprowadzić może klinicystę.

W dyskusji Szokalski komunikuje, że zbadał 90 surowic (70 tyfusu plamistego, 1 *ang. follic.*, 18 dyzenteryi) na aglutynację odmienia, która wypadła 27 razy dodatnio w tyfusie plamistym¹⁾, ani razu w dyzenteryi, a w *ang. follic.* wystąpiła w rozcieńczeniu 1 : 100.

6) Mutermilch i Grauberzanka przeprowadzili 300 badań równoległych nad odczynem Wassermanna i metodą ultramikroskopową; stwierdzono naogół zgodność w wynikach obu metod; gdzie Wassermann silnie dodatni, tam znajdowano pod ultramikroskopem bardzo liczne charakterystyczne skupienia, w przypadkach z ujemnym odczynem W. widać liczne, żywo poruszające się, błyszczące ziarna; 5 razy niezgodność wypadła na korzyść metody ultramikroskopowej; naogół jednak mówcy są zdania, że metoda ultramikroskopowa jest mniej czuła, zwłaszcza w porównaniu z modyfikacją Bauer-Hechta.

7) Tryjarski demonstrowa chorą z przymiotem nosa; odczyn Wassermanna ujemny, ultramikroskopowy — dodatni; leczenie swoiste dało wynik zupełnie swoisty.

8) Mutermilch i Skłodowski wygłosili uwagi nad azotemią.

M. przypomniał, że normalna ilość mocznika we krwi wynosi 0,2—0,4 w L.; cyfry powyżej 0,5 odnieść należy do patologicznych; wyżej 2 grm. są groźne dla życia; wobec łatwości dyfuzji mocznika w ustroju można określać mocznik nie tylko we krwi, lecz i w płynach obrzękowych, wysiękowych i w płynie mózgoworodzeniowym, co ma znaczenie w pediatrii, gdyż u dzieci trudno nieraz otrzymać dostateczną ilość krwi z żyły, a wystarcza kilka ccm. płynu mózgoworodzeniowego, którego nie potrzeba odbiać.

Skł. zaznacza, że zaburzenie w wydzielinie dotyczyć może albo chlorków (*chloraemia*, cechująca się skłonnością do obrzęków), albo mocznika (właściwa *uraemia*), co daje obraz właściwego zatrucia mocznikowego. Mówca wykonał dotychczas dopiero 20 badań odnośnych i doszedł do wyników następujących:

a) dwa przypadki zapalenia nerek, w których cyfry mocznika były najwyższe (od 1 — 2%) zakończyły się śmiercią w stosunkowo krótkim czasie, pomimo braku wielkich objawów uremii; współistniało tu i zatrzymanie chlorków oraz wody; b) odsetek azotu bezbiałkowego we krwi i w płynie mózgoworodzeniowym trzyma się zwykle na dość bliskim poziomie; c) w tak częstych obecnie obrzękach głodowych zawartość mocznika w cieczach ustroju jest niska.

W dyskusji Kiełkiewicz zaznacza, że nie przystępuje do operacji, gdy ilość mocznika we krwi przekracza cyfrę 0,5.

Skłodowski przypomina, że istnieje jeszcze azotemia pochodzenia mechanicznego, która jednak niema większego znaczenia, oraz w ostrych chorobach zakaźnych, nawet bez współistnienia zapalenia nerek; wysokie cyfry w azotemii trzymają się długo i nawet po śmierci jeszcze dają się wykazać.

Rzętkowski omawia doniosłość rozróżniania uremii istotnej czyli azotemii od t. zw. postaci eklamptycznej, zależnej od obrzęku mózgu, ze względu nie tylko na rokowanie, ale i na leczenie, bo gdy w pierwszej wskazany jest przedewszystkiem duży upust krwi, to w drugiej punkcja lędźwiowa daje wyniki doskonałe; Rz. omawia następnie rozmaite postaci choroby Brighta, w których największą skłonność do azotemii ma t. zw. *glomerulonephritis*; mówca niejednokrotnie stwierdzał znaczne ilości azotu niebiałkowego we krwi w przebiegu niektórych chorób ostrych, jak np. w pneumonii.

¹⁾ Według późniejszych badań Sz. ze szczepem X₁₉, we wszystkich 35 przypadkach tyfusu plamistego otrzymano aglutynację odmienia.

Wiadomości bieżące.

— Stosownie do zapowiedzi odbył się w Warszawie 2-gi Zjazd Higienistów w polskich wd. 29, 30 czerwca i 1 lipca. Nadspodziewanie duża liczba uczestników (przeszło 400) dowodzi, jak wielkie było zainteresowanie Zjazdem. Wpłynął na to program, obejmujący nader interesujące tematy, chęć podzielenia się wrażeniami w okolicznościach tak niezwykłych oraz nadzieja otuchy i zachęty do dalszej pracy. Dzięki sprężystej i starannej organizacji, na czele której stanął kol. Bączkiewicz wraz z komitetem organizacyjnym, Zjazd udał się w zupełności, pozostawił po sobie miłe wspomnienie i przyniesie niewątpliwą korzyść dla sprawy odbudowania kraju w dziedzinie higieny. Na posiedzeniach plenarnych i sekcyjnych w licznych, często bardzo wartościowych referatach zobrazowano, o ile to było możliwe, obecny stan zdrowotny kraju, walkę z niedomaganiem sanitarnohigienicznymi, projekty usuwania tych niedomagań w czasie najbliższym i daleko idące plany na przyszłość, czemu dano wyraz w licznych szeregu wniosków, które zostały lub będą opracowane niedługo przez specjalną komisję. Wnioski te staną się drogowskazem dla dalszej owocnej pracy i, o ile na to warunki pozwolą, wprowadzone będą w życie. Zjazdy ogólne mają dla nas zawsze niezmiernie ważne znaczenie, pomagają bowiem do wzajemnego zrozumienia się i zaciśnięcia węzłów, łączących różne dzielnice naszego kraju. Obok bardzo intensywnej pracy na posiedzeniach, do tego celu służyła wspólna modlitwa w kościele karmelickim, gdzie podniosła mowę wygłosił ks. kan. Szlagowski, zwiedzanie pełnego wspomnień rynku i zamku królewskiego, szkół wzorowych, placu wyścigowego, gdzie tysiące działy głodnej znajduje pożywienie i opiekę, i wiele, wiele innych rzeczy. Wspólna skromna wieczerza, okraszona szczerą gościnnością i serdecznością, nieraz sięgającą do głębi duszy przemówieniami, była uzupełnieniem Zjazdu. Żegnaliśmy drogich naszych gości życzeniem, aby przyszły Zjazd higienistów polskich odbył się w warunkach pomyślniejszych pod każdym względem. Mamy nadzieję, że zostanie urzeczywistniony w czasie niedługim zamiar wydania pamiątnika Zjazdu, w którym zostaną utrwalone wszystkie

ważniejsze referaty i wnioski. Jest to rzecz konieczna, gdyż żadne pismo peryodyczne nie jest w stanie w czasach obecnych wziąć na siebie sumiennego spełnienia tego obowiązku, mogąc zaledwie niektórym referatom udzielić miejsca na swoich uszczuplonych łamach.

— Dotychczas w szpitalach naszych istniał zwyczaj, nie sprzeciwiający się ustawie szpitalnej, że lekarz naczelny miał prawo udzielania ordynatorom krótkich kilkudniowych urlopów w razie nagłej potrzeby (interesy rodzinne, wyjazd do chorego i t. p.). Obecnie ma być stosowana względem lekarzy zasada, obowiązująca pracowników biurowych Magistratu t. j. że prawo udzielania urlopu do 3 dni należy do kierownika wydziału szpitalnego, do 8 dni — do kierownika łącznie z przewodniczącym delegacji, do 4 tygodni — do p. prezydenta miasta; o urlopie powyżej 4 tygodni decyduje kolegium Magistratu. O ile chodzi o urlopy kilkudniowe, jest to procedura dla lekarzy uciążliwa i nie dająca się pogodzić z powołaniem lekarza. Wyjazdy w nagłych wypadkach nie cierpią zwłoki i nie pozwalają na długie biurowe formalności, a więc będą wprost zmuszały do obchodzenia podobnych zarządzeń. Kilkudniowy wyjazd ordynatora lub asystenta w niczem nie naraża dobra szpitala, gdyż każdy z lekarzy pozostawia zastępcę, często niejednego. Zresztą lekarz naczelny, zezwalając na wyjazd, bierze na siebie odpowiedzialność za wszelkie następstwa. Sądzymy, że to jest jakieś nieporozumienie, które z łatwością da się usunąć. Liczymy na to, że kierownik naszego wydziału szpitalnego wytłomaczy, komu należy, iż ordynatorzy szpitalni, pobierając nędzne wynagrodzenie w stosunku do swej pracy i swoich kwalifikacji naukowych, nie otrzymują żadnych dodatków drożynianych, a nawet nie bez trudności przyznawane im są ulgowe bilety tramwajowe (o przyznaniu np. tychże na 2-ie półrocze dotychczas nie zapadła żadna decyzja, choć to już po 1-ym lipca)! Czyżby się nie godziło zatem choć pod niektórymi względami wyróżniać ordynatorów od pracowników biurowych Magistratu i uszanować samodzielność naczelników lekarzy w sprawach danego szpitala?

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
A. Puławski. Dr Antoni Strzyżowski. Wspomnienie pośmiertne	329	Odcinek. W. Szumlański. Stan sanitarny kraju	335
Leon Karwacki. Zakażenie obiegu krwi przez prątki Kocha w gruźlicy doświadczalnej	331	Posiedzenia kliniczne w Szpitalu Dzieciątka Jezus. dnia 11 lutego i 11 marca 1917 r.	338
		Wiadomości bieżące.	340

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

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

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

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

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

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

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

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

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

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracyi Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia dra Józefa Mianowskiego wydano:

„Zarys anatomii człowieka“

I. HENLEGO

w opracowaniu F. MERKLA.

PRZEŁOŻONY NA JĘZYK POLSKI PRZEZ GRONO LEKARZY
 WARSZAWSKICH

pod redakcją Dra E. LOTH.

Cena 2 tomów (tekst i atlas) m. 25.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.