



AVRILSKA LJEKARSKA

·PISMO· ΤΥΓΟΘΗΙΟΤΑΕ·

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GALEZIOM VMIĘJE
I NOŚCI LEKARSKICH.

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2694.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracji—Marszałkowska 73.

Dr E. Reichstein

ordynuje podczas sezonu letniego
w CIECHOCINKU,
dom Adama.

Dr A. SULIMIEŃSKI

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

GYN AICOL

Pyrazolon phenyldimethyl 0,5 + Codein 0,03 w tabletkach drazowanych.
Pewno działający preparat w bólach w dysmenorrhoea.

Nie wywołuje przykrych objawów ubocznych. Wygodny w podawaniu.

Sposób przepisywania: 3—6 tabletek dziennie.

Oryginalne opakowanie: Flakon zawierający 25 tabletek Mk. 3.75.

Literatura: Prof. Dr Hoke (Komotau). „Zur medikamentösen Behandlung der Dysmenorrhoe“
Therapie der Gegenwart 9/1915.

Fabryka preparatów farmaceutycznych

WILH. NATTERER, Monachium 19.

Skład główny na Król. Polskie: Tow. Akc. preparatów farmaceut. i chemicznych

HENRYK WELT, Warszawa, Przejazd 5.

KWISIA PRZEPISOWO - LEXARNA przy WARSZAWIE
STOWARZYSZENIU LEXARY opierała na podstawie badań
chemicznych i historycznych, że JODOL KAPISZCZAK
jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej
ciężkiej, 4,7 % czystego jodu. Przetwór ten nie ma
siły woda = kładzie siłom, jest przemyślnie i
może być stosowany w dawkach od 10-100 kropli trzy
razy dziennie, przysysa się w ustroju szybko, nie
wywołując objawów podrażnienia ani skutków jodu
[jodizmu] nawet w dawkach największych i w wieloletnim
stosowaniu = etapy 3 - 4 dol.
Warszawa dnia 27 lutego 1914

Warszawa dnia 27 lutego 1914

Przewodniczący Komisji
Przemysłowo Lekarskiej

Przemysław Łokaruk
Sekretarz
Ł. Łokaruk

Opuscula pauciora et rariora.
Nihil notandum de his rebus
Te pueri deinde M. S. d. no
pervenire. - 21.11.1974.

JORDORF

Peptonate d'iode Karpíński

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

Cena flakonu m. 5.50.

Tow. Akc. „Fr. KARPIŃSKI w Warszawie“
ul. ELEKTORALNA 35.

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

Algorhin Spiess

(ANTISEPTICUM AD TRACT. RESPIRATOR.)

Skład: Chloreton, Camphora, Menthol, Ol. Cinnamomi Ol. Paraffini puriss.
 Użycie: Namazywać lub wkraplać a najlepiej przy pomocy rozpylacza do płynów tłuszczowych wdmuchiwać w nos i w krtani kilka razy dziennie.

Pojemność flakona ca. 50 g.

Pulverisator Spiess

Rozpylacz do algoryny i płynów tłuszczowych.

Hydrogenium hyperoxydat. stabilisat. Spiess

H_2O_2 3%.

Pojemność flakona około 100 g.

Gwarantowana pewność pożądanej koncentracji i nieobecność szkodliwych dodatków.

Żądać prospektów.

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.

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.
- № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria anafilaksji.
- № 10. Ludwik Zembrzusi. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.



WZGLĄD LECZNIKI

• PISMO TYGODNIOWE •

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘ-
TNOŚCI LECZNIKICH

Dzień
Dziś

Warszawa, d. 21 lipca 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2694.

Nowy zabieg leczniczy w tyfusie wysypkowym.¹⁾

(DONIESIENIE TYMCZASOWE).

Podał

Kazimierz Zieliński,

ordynator szpitala Przemienienia Pańskiego,

lekarz zarządzający szpitalem dla zakaźnych przy ulicy Brzeskiej 12 (Św. Wojciecha).

Jakkolwiek tyfus wysypkowy, sądząc z epidemii teraźniejszej, nie należy do nazbyt ciężkich chorób zakaźnych i daje najwyżej 10% śmierci (9,3% według ogłoszonej przeze mnie w Przeglądzie Pedyatrycznym za rok 1917, a opartej na 405 przypadkach statystyki), jednakże beznadziejność niektórych przypadków, zwłaszcza w wieku starszym, zmusza nas do szukania środków w celu ostatecznego zmniejszenia i tej śmiertelności. Wszystkie dotychczasowe środki, używane wewnętrznie lub w postaci zastrzykiwań, bądź to podskórnych, bądź dożylnych (elektralgol, aurool, karbol) zarówno jak inne zabiegi lecznicze (hydroterapia) zawodzą.

Wychodząc z założenia, że samoleczenie organizmu w chorobach zakaźnych odbywa się na drodze powstawania we krwi przeciwciał zarazka danej choroby i że obecność tych przeciwciał może mieć miejsce również i w płynie mózgowordzeniowym—którego to płynu w tyfusie wysypkowym, jak w żadnej innej chorobie zakaźnej, nawet w przypadkach lekkich, bywa dużo — postanowiłem poczynić próby posilkowania się tym płynem do leczenia tyfusu.

Mysł tę powziąłem z analogicznej metody leczenia wysięków opłucnej (autosero-terapia), którą to metodę znałem z literatury i praktyki. Posiłkuje się nią dotychczas niekiedy z dobrym wynikiem, nigdy zaś ze szkodą dla chorego.

Do przeprowadzenia prób tych zachęciłem kol. Jana Rostkowskiego, który, jako lekarz ordynujący w szpitalu tymczasowym dla chorych zakaźnych przy ulicy Brzeskiej 12, stale dokonywał przekłuć lędźwiowych u wszystkich ciężko chorych tego szpitala, a więc z techniką ich był należycie obeznany,

Wybieraliśmy 'do prób tych przypadki najcięższe, to jest takie, które dotychczas, według naszego doświadczenia, prawie zawsze kończyły się śmiercią. Zastrzykiwań, ze względu na możliwość zanieczyszczeń wydobytego płynu mózgowordzeniowego, dokonywaliśmy bezpośrednio po punkcji tą samą strzykawką i tą samą igłą, tylko w innym, odpowiednio przygotowanym i odkażonym miejscu skóry.

Wydobywano zawsze płynu nie więcej, niż 20—25 ctm. w pozycji chorego leżącej (na lewym boku). W pierwszych przypadkach zastrzykiwaliśmy z tego po 2 centymetry, później, po przekonaniu się o nieszkodliwości zabiegu, coraz więcej, aż do 7 ctm. włącznie. Pozostała ilość płynu szła do

¹⁾ Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 19 czerwca 1917 r.

badania. We wszystkich przypadkach była robiona próba Weil-Felixa. W płynie mózgoworodzeniowym była ona zawsze ujemna, z wyjątkiem jednego przypadku, zakończonego śmiercią (14-y przypadek z seryi iniekcji podskórnej), gdzie była ona dodatnia. Natomiast krew we wszystkich tych przypadkach dawała odczyn dodatni. Zachęceni dodatnimi — w porównaniu z samą tylko punkcją (bez zastrzykiwań podskórnych) — rezultatami, dokonaliśmy zastrzykiwań tego płynu dożylnie też w tej samej gradacyi ze względu na ostrość.

Wynik tego zabiegu, stosowanego od kwietnia r. b., był następujący: We wszystkich przypadkach, nawet tych, które się kończyły śmiercią, następowało wybitne polepszenie w stanie ogólnym, przy mniej lub więcej szybkim spadku ciepłoty, polepszenie się tętna i t. d. W przypadkach, zakończonych śmiercią, polepszenie to przechodziło znowu w pogorszenie i śmierć w każdym przypadku następowała od różnych przyczyn.

I. Podskórnie stosowaliśmy tę metodę w 14 przypadkach — i powtarzam raz jeszcze, że przypadki te były najcięższe, nie dające prawie żadnej lub b. małą nadzieję na wyzdrowienie.

1. Stanisław M., robotnik, lat 48. Pierwsze zastrzyknięcie 10 dnia choroby. 11-go polepszenie; 12-go stan bez zmiany; 13-go pogorszenie i ponowne drugie zastrzyknięcie. 14-go spadek ciepłoty do normy. Szybkie zdrowienie.

2. Chaja B., lat 58, zastrzyknięto po punkcji 9 dnia choroby; spadek ciepłoty krytyczny nazajutrz 10-go dnia choroby. Szybkie zdrowienie.

3. Jan B., lat 37, zastrzyknięto po punkcji 9-go dnia choroby. Spadek lityczny od 11-go dnia; od 14 dnia ciepłota normalna.

4. Hersz S., l. 40, niezwykle ciężki przypadek, zastrzyknięto po punkcji 14-go dnia choroby; spadek ciepłoty do normy po pewnych wahaniach 19-go dnia choroby.

5. Abram N., 37 lat, 14-go dnia zastrzyknięto po punkcji; 15-go dnia spadek krytyczny.

6. Hersz F., 50 lat, 14-go dnia zastrzyknięto po punkcji; spadek lityczny 18-go dnia choroby. Niezwykle ciężki przebieg choroby przed punkcją. Zdawało się, że nie dawał żadnych szans na wyzdrowienie.

7. Szyja G., 24, zastrzyknięto po punkcji 10-go dnia choroby. Lityczny spadek do 15-go dnia choroby.

8. Zelik M., 52 lata, zastrzyknięto po punkcji 12-go dnia choroby, spadek temperatury 13-go i 14 dnia.

9. Szmul W., 28 lat, 11-go dnia pierwsze zastrzyknięcie po punkcji, 14-go dnia, wskutek ponownego pogorszenia się stanu chorego, drugie za-

strzyknięcie po ponownej punkcji. Lityczny spadek do 21 dnia choroby.

10. Moszek H., 63 lata, 5-go dnia po punkcji zastrzyknięto 6 ctm., 8 i 9 dnia choroby spadek ciepłoty i szybkie zdrowienie.

11. Elżbieta Z., 20 lat, służąca szpitalna. Z początku typowy tyfus wysypkowy. Do 22 dnia choroby nie było spadku ciepłoty, stan chorej coraz gorszy. W dniu tym zapasć przy ciepłocie 38,6. Punkcja i zastrzyknięcie podskórne. Na drugi dzień stan ogólny lepszy znacznie, t. 37,6 przy dobrem tętnie. Chora jednak dotychczas jeszcze gorączkowała, od 2-ch dni stan bezgorączkowy, jednakże od chwili punkcji z zastrzyknięciem chora oprzytomniała i z wolna poprawiać się zaczęła.

12. Izrael B., 50 lat, zastrzyknięcia dokonano po punkcji w czasie pogorszeń w dniu 12 i 15 choroby. Polepszenie 13-go, 16 i 17 dnia choroby. Śmierć w 23-im dniu choroby. Białkomocz od początku choroby. Po spadku temperatury zupełna anoreksja. Sztuczne odżywianie przez odbytnicę.

13. Adolf P., 41 lat. Zastrzyknięto po punkcji w chwilach silnych pogorszeń w 10, 13 i 16 dniu choroby. Chwilowe dwudniowe polepszenie po I i II punkcji. Śmierć na drugi dzień wieczorem po III-iej punkcji. Białkomocz. Objawy opadowego zająęcia płuc.

14. Władysław K., 25 lat; zastrzyknięto po punkcji w dniu 11 choroby. Wybitne polepszenie 12, 13, 14 dnia choroby. Później pogorszenie się stanu chorobnego przy jednoczesnym powstaniu opadowego zapalenia płuc i odmy podskórnej na ramionach, na miejscu zastrzyknięć olejku kamforowego.

Na 14 przypadków bardzo ciężkich, niektórych beznadziejnych, tylko 3 przypadki śmierci.

II. Śródżylnie zastosowaliśmy ten zabieg w sześciu takich samych klinicznie przypadkach:

1. Janina P., lat 25, w 10-ym dniu choroby. Lityczny spadek do 14-go dnia choroby.

2. Łaja W., 17, objawy oponowe b. wybitne, stan ciężki, w 11 dniu, spadek lityczny do 14-go dnia choroby.

3. Michał P., 50 lat, w 8-ym dniu choroby. Spadek lityczny w 12 dniu choroby.

4. Bejla S., 32 l., 10 dnia choroby, 11-go dnia spadek krytyczny.

5. Franciszek S., 63 l., 19 dnia choroby zastrzyknięto dożylnie, 20 dnia nieznaczne polepszenie, 21-go dnia śmierć.

6. Maryanna W., 45 lat. Zastrzykiwano 8, 11 i 13 dnia choroby. Po drugim zastrzyknięciu jednodniowe polepszenie. Później znowu stan gorszy; śmierć na drugi dzień wieczorem po 3-iej zastrzyknięciu.

Na sześć przypadków zastrzyknięć dożylnych — dwa przypadki śmierci.

Ośmieliłem się niniejsze spostrzeżenie podać do wiadomości szanownych kolegów w celu pobudzenia do dalszych prób w tym kierunku. Szczegółowiej opracowaną tę kwe-

stęę przedstawię wspólnie z kol. Rostkowskim w najbliższej przyszłości.

Cały powyższy szereg wybitnych popraw zachęca mię bardzo do dalszego stosowania tego zabiegu.

P. S. Mam cały szereg nowych przypadków z wynikiem podobnym do powyższego; przypadki te opracowane zostaną wspólnie z powyżej przytoczonymi. Zastrzykuje obecnie 15 cm. sz.

ZE SZPITALA ŚW. DUCHA I PRACOWNI NEUROBIOLOGICZNEJ TOW. NAUK. WARSZ.

W sprawie umiejscowienia anatomicznego aleksyi.

Napisał

Stanisław Kopczyński.

(Dokończenie—patrz № 28).

Rozmiękczenie, które tu zajęło nieco podstawę w *gyrus supramarginalis* i w *gyrus parietalis II*, dotknęło zlekka i *fasciculus arcuatus* i *fasciculus longitudinalis superior* Bourdachii, t. zw. część pozasoczewicowatą torebki wewnętrznej i dolną część *corona radiata*.

Na przecięciach, położonych o 1 — 2 milimetry ku tyłowi, a więc odpowiadających № 89 przekrojów Dejerine'a, to znaczy odległych o 89 milimetrów od bieguna czołowego, widać, jak rozmiękczenie ciągnie się pasem długości 3 cm., szerokości 5 — 6 milimetrów, dotyczy w większym stopniu zarówno *gyrus parietalis*, jak i *gyrus supramarginalis*, którego nie tylko część korową niszczy, lecz i bardziej powierzchowną warstwę włókien białych.

Część białej istoty, biegnąca u podstawy tych zrazów, dalej, włókna, odnoszące się do t. zw. odcinka pozasoczewicowatego torebki wewnętrznej, dalej dolna część włókien korony promienistej (*corona radiata*) zostały zabarwione znacznie błedziej i dość ostro odcinają się od niżej położonych *fasciculus longitudinalis inferior* i *zona Wernicke'go*, zabarwionych metodą Weigerta-Pahla na kolor ciemno niebieski.

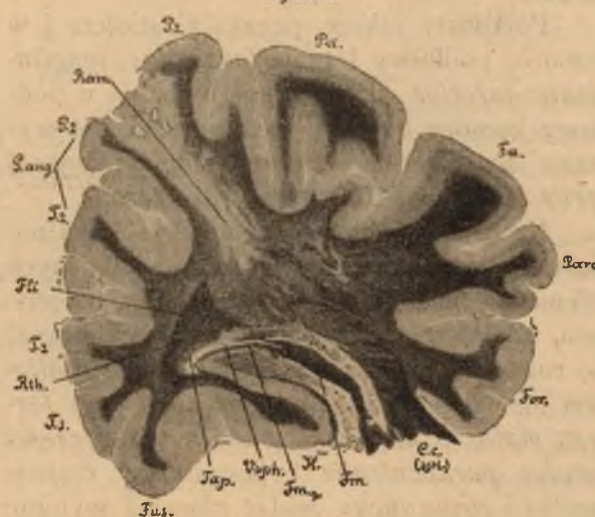
W miarę posuwania się w kierunku bieguna potylicznego, na przekroju, odpowiadającym 92-mu cięciu Dejerine'a (fotogram 3) a więc w okolicy *splenium corporis callosi*, *pulvinar thalami optici*, *lobulus paracentralis* i zrazów ciemieniowych, na poziomie przedniej części *gyrus angularis* (*pli courbe*) widać, jak ognisko rozmiękczenia przesuwają się z jednej strony ku obwodowi, gdzie widać również resztki naczyń dołu Sylwiusza: górna połowa *gyrus supramarginalis*, licząc od podstawy ku obwodowi, i dolna połowa

gyrus parietalis II uległy rozmiękczeniu; szerokość pasa rozmiękczonego i zwyrodniałego na obwodzie wynosi na preparacie 1 cm., długość pasa zwyrodniałego wynosi na pre-

Rys. 3.



Rys. 4.



paracie 2½ cm. Oprócz tego całe centrum semiovale Vieussenii na tym przekroju nieco prześwieca, zewnętrzna część *corpus callosum* zabarwiona jest znacznie jaśniej, niż wewnętrzna, a *fasciculus longitudinalis inferior*

i radiatio thalamo-optica na poziomie zrazu skroniowego drugiego i wyżej ostro odcinają się swem słabem zabarwieniem; poniżej włókna te barwią się mocno.

Największy obszar rozmiękczenia w korze i w istocie podkorowej widzimy, idąc o kilka milimetrów dalej na cięciach w tył ku biegunowi potylicznemu, a więc na przekroju, odpowiadającym 97-emu cięciu Dejerine'a (fotogram 4). Na obwodzie ognisko to na preparatach stwardniałych wynosi 2 cm. szerokości, leży pomiędzy *gyrus parietalis II* a *gyrus temporalis II*, zajmując *gyrus angularis (pli courbe)*. Wgłąb ognisko to draży coraz węższym paskiem niemal aż do rogu potylicznego komory bocznej, będąc oddzielone od wnętrza tej jamy resztkami włókien *splenium corporis callosi*, które zlewają się z *tapetum* i okalają zewnętrzną stronę tego rogu.

Widać też zachowaną niewielką ilość *substantia gelatinosa* pod wyściółką komory bocznej. W całym tem ognisku wśród masy detrytu widać tu i owdzie resztki włókien pod postacią grudek, słabo zabarwionych metodą Weigerta-Pahla. Ocalałe wysepki tych grudek należą do normalnych włókien korony promienistej. Blisko obwodu widać mocno rozszerzone naczynia bez skrzepów. Na wysokości dolnej trzeciej części *pli courbe* widać ostrą granicę uszkodzeń trzech warstw, otaczających zewnętrzną stronę rogu potylicznego komory bocznej, t. j. *fasciculus longitudinalis inferior*, *radiatio thalamo-optica* Gratioleta i *tapetum*. *Forceps maior* i *minor* a także *splenium corporis callosi* zachowane dobrze.

Półkolisty zakręt pęczka Gratioleta i w kształcie podkowy leżący *fasciculus longitudinalis inferior* zaznaczone wybitnie u podstawy komory bocznej; można je śledzić wyraźnie na całej przestrzeni, odpowiadającej *gyrus temporalis II* i *gyrus fasciformis*.

Na przekrojach, położonych o kilka milimetrów ku tyłowi, a więc odpowiadających 105-mu cięciu pionowo-poprzecznemu Dejerine'a, gdzie róg potyliczny komory bocznej się rozszerza, w okolicy, gdzie *corpus callosum* niemal ginie i tylko pozostają jego *forceps maior* i *minor*, w okolicy tylnej części *lobulus paracentralis* i początków zrazów *cuneus* i *praecuneus* widać również wybitne zmiany w okolicy *pli courbe*. Rozmiękczeniu, aczkolwiek w stopniu nieznacznym, uległa górna część zrazu skroniowego drugiego i dolna część zrazu ciemieniowego drugiego. Ognisko sięga również wgłąb, niszcząc po-

przecnie na wysokości *gyrus temporalis II* cały *fasciculus longitudinalis inferior*, niemal zupełnie pęczek Gratioleta; natomiast *tapetum* zachowane jest dobrze, *forceps maior* zabarwione blade, *minor* — dobrze. *Centrum semiovale* Vieussenii zabarwione blade.

Na przekroju, odpowiadającym 122-mu cięciu pionowo-poprzecznemu Dejerine'a, a więc w odległości 122-ch milimetrów od bieguna czołowego a około 4 cm. od bieguna potylicznego, tuż przy końcu rogu potylicznego komory bocznej widać jeszcze (patrz fotogram 5), że ognisko zajmuje tylną część *pli courbe* i przednie części zrazu potylicznego I i II, wrzynając się pomiędzy oba te zrazy i sięgając wgłąb niemal do okolicy ro-

Rys. 5.



gu potylicznego komory bocznej. Najbardziej ucierpiała górna część zrazu potylicznego II. Istota biała u podstawy górnej części tego zrazu wyraźnie zwyrodniała, jak również zewnętrzna część zrazu potylicznego I. *Fasciculus longitudinalis inferior* w górnej połowie całkiem przerwany, jak również *radiatio thalamo-optica*. Natomiast dolna część tych pęczków występuje bardzo jaskrawo; również wyraźnie zarysowuje się ten pęczek włókien, który biegnie od *lobulus lingualis* czyli z pod dolnej wargi *fissura calcarina* i przyłącza się do *fasciculus longitudinalis inferior*. Bardzo wyraźnie występuje *stratum calcarinum* Sachsa, zwłaszcza okalające górną wargę *fissura calcarina*, natomiast *fasciculus transversus cunei* Sachsa, który normalnie idzie od *cuneus* ponad *fasciculus longitudinalis inferior* w kierunku *pli courbe*, jest słabo zaznaczony.

Wyraźniej występuje *fasciculus transversus lobis lingualis* Vialeta, idący od *lobus lingualis* w kierunku *lobus fusiformis* i *occipitalis* III. Pęczek Viq d'Azyra w zrazach naokoło *fissura calcarina* zaznacza się wyraźnie.

Na preparatach z prawej półkuli w tej samej okolicy żadnych zwyrodnień w *forceps maior*, *minor corporis callosi*, w *tapetum*

na preparatach, barwionych metodą Weigerta-Pahla, nie można zauważyć.

Na cięciach, leżących o 2 cm. bardziej ku tyłowi, czyli w odległości 2 cm. od biegu na potylicznego, rozmiękczenie i zwyrodnienie dotyczy tylko bardzo wąziutkiego paska pomiędzy zrazem potylicznym I a II, również uderza słabe zabarwienie włókien w częściach podkorowych tych zrazów. *Fasciculus longitudinalis inferior* ledwo się zaznacza.

W dalszych cięciach w kierunku biegu na potylicznego zmian wyraźnych nie widać.

Tak więc widzimy, że ognisko rozmiękczenia ciągnie się od 88 cięcia Dejerine'a do 157-go, t. j. na przestrzeni około 70 mm. dotyczy głównie *gyrus angularis (pli courbe)*, uszkadzając w mniejszym stopniu sąsiadujące z nim *gyrus parietalis* II, *gyrus supramarginalis* i *gyri occipitales* I i II. Zajął ono korę wymienionych wyżej zrazów i substancję podkorową, drażyło włąb w kierunku rogu potylicznego bocznej komory, uszkadzając wybitnie górną połowę *fasciculus longitudinalis inferior* i *radiatio thalamo-optica*, w małym stopniu *tapetum*. Dolna i wewnętrzna ściana rogu potylicznego bocznej komory nie została uszkodzona wcale. Inne zrazy mózgowe, poza wymienionymi, również pozostały nienaruszone. Ubocznie też ucierpiały t. zw. włókna pozasoczewicowate torebki wewnętrznej.

Po stronie przeciwległej na preparatach Weigerta-Pahla zmian nie można było dostrzedz.

Analiza przypadku powyższego pod względem klinicznym i anatomopatologicznym każe wysnuć następujące wnioski:

a) pod względem klinicznym:

1) Podział aleksyi na korową i podkorową, jak tego żąda Dejerine, jest trudny do przeprowadzenia. Jak wiadomo, podług Dejerine'a, w aleksyi korowej ulega zniszczeniu ośrodek wzrokowy liter i wyrazów, a w aleksyi podkorowej ulegają przerwie drogi, łączące te ośrodki wzrokowe z obrazami dźwiękowymi i ruchowymi liter i wyrazów, umiejscowionymi w ośrodku słuchowym i ruchowym mowy w lewej półkuli. W aleksyi korowej skutek zniszczenia ośrodka wzrokowego liter i wyrazów ma być agrafia zupełna, w aleksyi podkorowej — agrafii brak. W naszym przypadku pomimo zniszczenia zupełnego kory mózgowej w *gyrus angularis*, a więc przypuszczalnego ośrodka wzrokowego liter i wyrazów, zdolność samodzielnego pi-

smu, kopiowania, zachowana, a nieco utrudnione pisanie za dyktandem zależało, być może, od pewnej domieszki niemoty zmysłowej czyli głuchoty wyrazowej Wernicke'go.

2) Fakt powszechnego znajdowania braku zaburzeń w odczytywaniu cyfr znalazł potwierdzenie i w moim przypadku. Cyfry więc alektyk rozpoznaje jako obrazy, przedmioty.

3) Przypadek mój również potwierdza niezależność hemianopsyi od aleksyi, pierwsza bowiem niemal zniknęła, druga pozostała do śmierci.

4) Wbrew twierdzeniu Monakowa, aleksyę uważać należy za objaw stały i trwały, podobnie jak niemotę ruchową lub zmysłową. W naszym bowiem przypadku trwała ona 9 miesięcy i do śmierci chorego nie zmniejszała się.

b) pod względem anatomicznym:

1) Zniszczenie kąta ciemieniowo-potylicznego lewego, a specjalnie zawoju kąтового (*gyrus angularis, pli courbe*) i znacznej części istoty podkorowej w kierunku rogu potylicznego komory bocznej wraz z górną częścią pęczka podłużnego dolnego (*fasciculus longitudinalis infer.*) i z wewnętrzną częścią *splenium corporis callosi* może wywołać, jak w danym przypadku, trwałą aleksyę. Czy chodzi tu o zniszczenie ośrodka wzrokowego liter i wyrazów, czy też o zniszczenie miejsca krzyżowania się torów, biegnących od kory zrazów potylicznych do kory zrazów skroniowych i czołowych, w każdym bądź razie, niewątpliwie, wbrew twierdzeniu Monakowa, a zgodnie z twierdzeniem Dejerine'a, miejsce to uważać należy za ośrodek, którego zniszczenie powoduje obraz kliniczny aleksyi.

1) Do powstawania aleksyi nie jest niezbędne, jak chce Niessl von Mayendorf, uszkodzenie podstawowych części zrazów potylicznych, dalej, jak chcą inni, okolicy *furcula calcarina*, a więc *gg. cuneus, praecuneus, lingualis*, lub pęczka włókien, stanowiących *forceps maior* i *minor*, gdyż w naszym przypadku były one nieuszkodzone, a mimo to aleksya istniała.

3) *Radiatio thalamo-optica* Gratiolet'a i *tapetum* biorą udział pośredni w aleksyi. Od stopnia głębokości ogniska, drażącego w kierunku rogu potylicznego komory bocznej, zależy stopień ich uszkodzenia, który objawy kliniczne aleksyi wikła, lecz ich nie warunkuje.

OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

Fotogram 1. Powierzchnia mózgu z ogniskiem rozmiękczenia, oznaczonym kreską.

Fotogram 2 odpowiada 88-mu cięciu pionowo-przeczniczemu Dejerine'a.

Fotogram 3 odpowiada 92-mu cięciu pionowo-przeczniczemu Dejerine'a.

Fotogram 4 odpowiada 97-mu cięciu pionowo-przeczniczemu Dejerine'a.

Fotogram 5 odpowiada 122-mu cięciu pionowo-przeczniczemu Dejerine'a (zdjęcie z preparatu odwróconego).

Na wszystkich fotogramach litery posiadają znaczenie następujące: C.c.—corpus callosum; Spl.—splenium; For.—gyrus fornicatus; Parc.—gyrus paracentra-

lis; Fa. — g. frontalis ascendens; R.—sulcus Rolandi; Pa.—g. parietalis anterior; P₂—g. parietalis secundus; Gsm.—gyr. supramarginalis; T₁—T₁—T₃—g.g. temporalis I, II, III; O₁ O₂ O₃—g. g. occipitales I, II, III; Fus.—g. fusiformis; H.—g. hippocampi; C.A.—Cornu Ammonis; CR.—corona radiata; Ram.—ramollitio; Fli.—fasciculus longitudinalis inferior; Rth.—radiatio thalamo-optica; Tap.—tapetum; Vsph.—ventriculus sphenoidalis; G. ang.—g. angularis (pli courbe); Fm.—forceps maior; Fm₁—forceps minor; Cd.—Centrum semiovale Vieusseinii; Pl. ch.—plexus chorioideus; K.—fissura calcarina; Po.—fissura parieto-occipitalis; Str. K.—Stratum calcarinum; C.—g. cuneus; Lg.—g. lingualis; Voc.—ventriculus occipitalis.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

12. E. Zieliński. Zmiany w narządach wewnętrznych przy upadku z dużych wysokości (z aeroplanem).

Na zasadzie czterokrotnego badania pośmiertnego zmarłych wskutek upadku z aeroplanem Z. podaje następujące charakterystyczne zmiany w narządach wewnętrznych:

1) Wybroczyny krwawe występują w punktach unieruchomień organów ruchomych zapomocą więzów normalnych lub patologicznych, przeszkadzających swobodnemu przemieszczaniu organów; znajdujemy je więc w płucach najobficiej we wnęce płucnej, na wątrobie — w więzie wieszadłowym i w więzie obłym, w torebkach nerkowych, głównie u bieguna górnego i t. p. W zrostach patologicznych występuje to jeszcze jaskrawiej: w jednym np. przypadku zrost bliznowaty wierzchołka płucnego spowodował pęknięcie płuca, poniżej blizny i powstanie jamy wypełnionej krwią. Mechanizm tych wybroczyn autor objaśnia chwilowem zamknięciem naczyń tuż poniżej miejsca unieruchomienia narządu, zamknięcie zaś powstaje wskutek nadmiernego naciągnięcia naczyń przez ruchomy organ.

2) Niezwykły skurcz pni tętniczych i lewej połowy serca, oraz nadzwyczajne przepełnienie całego układu żylnego. Skurczem

tym wytłomaczyć można nieznaczne krwawienie w razie pęknięcia wątroby lub śledziony, oraz powstawanie nadżar w żołądku i dwunastnicy, jako następstwo infarktów.

W jednym przypadku Z. widział na śluzówce żołądka w okolicy dna i wpustu, oraz na tylnej ścianie części odźwiernikowej i na tylnej ścianie dwunastnicy liczne nadżarcia krwotoczne (*erosiones haemorrhagicae*) w postaci okrągłych wkłesnień, jakby dziobów ospowych, z wązkimi czarnymi rąbkami na obwodzie, łatwo zmywającymi się. Fakt ten rzuca światło na etiologię wrzodów okrągłych żołądka i potwierdza hipotezę, wypowiedzianą przez Zielińskiego jeszcze w r. 1893, o zależności powstawania wrzodów żołądka od enteroptozy, która powoduje również zaciśnięcie światła naczyń trzewnych.

Wyniki praktyczne tych spostrzeżeń polegają na tem, że w przypadkach, w których tętno niewyczuwalne i prędkie zależy od kurczu tętnic, nie należy stosować środków takich jak kofeina, adrenalina i kamfora, które same przez się wywołują skurcz tętnic, lecz trzeba próbować leków, działających na komorę prawą i na rozkurcz tętnic, a więc strofant, nitroglicerynę, amylnitryt, a przede wszystkim morfinę z kamforą.

W. Sz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne 1 maja, 1917.

L. Wernic wygłosił rzecz p. t. „Choroby weneryczne w czasie wojny i pokoju”. Wojna znacznie wpływa na zwiększanie się chorób wenerycznych i wśród wojska i wśród ludności cywilnej. Z pośród armii współczesnych najlepiej stoi niemiecka (19,4⁰/100 ogółu chorych), potem francuska (27,8⁰/100), austriacka (54,2⁰/100), rosyjska (56⁰/100), najgorzej angielska kolonialna (66⁰/100). W Galicji liczba chorych wenerycznych sięga miliona, w

Królestwie Polskiem — 2 miliony. W Warszawie liczba chorych kobiet wynosi ok. 13350, a mężczyzn od 40,000 do 120000. Wpływ syfilisu na długość życia wyraża się 9 — 12-okrotnem zwiększeniem liczby umierających na choroby serca i centr. układu nerwowego. Wielkie spustoszenia szerzy choroba ta i wśród dzieci, zwłaszcza w 1-m roku życia. Na podstawie danych liczbowych (między innymi statystyki berlińskiej z r. 1900) okazuje się, że wielkie miasta mają znacznie wię-

kszy odsetek chorych wenerycznych, niż miasta małe (np. 14,20‰ wobec 4,50‰); to samo zjawisko dotyczy i załóg wojskowych. Omówiwszy polskie prawodawstwo państwowe (od r. 1779-go), powstawanie szpitali specjalnych i zmiany, zaszły podczas okupacji niemieckiej (oddzielny szpital dla prostytutek, z których 75‰ jest chorych), prelegent podał następujące wnioski do zwalczania chorób wenerycznych, przyjęte przez „Polskie Tow. do walki z nierządami i chor. wener.“: 1) organizowanie dla armii polskiej opieki lekarskiej ambulatoryjnej i szpitalnej; 2) wprowadzenie obowiązkowych świadectw przedślubnych o stanie zdrowia; 3) zakładanie na prowincji szpitali z oddziałami dla ch. wenerycznych; 4) zaprowadzenie wykładów, wyjaśniających znaczenie ch. wen. w seminariach nauczycielskich i duchownych oraz w wyższych zakładach naukowych i w wyższych klasach szkół średnich; 5) utworzenie w Warszawie przy szpitalach ogólnych oddziałów specjalnych i ambulatoriów i 6) utworzenie przy Wydziale obyczajowym komisji pań, decydującej o winie kobiety, pierwszy raz przyprowadzonej do reglamentacji.

W dyskusji F. Malinowski stwierdził, że statystyka ch. wener. z wyjątkiem wojska wszędzie (nawet pomimo obowiązującej rejestracji) jest niedostateczna i wykazuje liczby zbyt niskie. W armii niemieckiej dobre usługi oddaje profilaktyka osobista, zalecona żołnierzom pod groźbą kar. Statystyka warszawska nie jest wiadoma wobec małej liczby prostytutek reglamentowanych a znaczne zmniejszenie się liczby chorych w szpitalu przy ul. Zakroczymskiej nie dowodzi poprawy zdrowotności wśród prostytutek, gdyż znaczna ich liczba znajduje się obecnie w więzieniach.

Wiśniewski zauważył, że sprawę statystyki ch. wener. powinien objąć miejski Urząd Zdrowia.

Pieniążek przytoczył obserwacje z ziem piotrkowskiej, gdzie w czasie wojny obecnej choroby wener. szerzą się po wsiach wprost epidemicznie, i do postulatów prelegenta dodał następujące: 1) zorganizowanie dokładnej statystyki; 2) organizowanie dla prowincji — oprócz szpitali — i specjalnych oddziałów lotnych i 3) akcję uświadamiającą wśród ludu i tych, co z ludem stykają się najbliższej.

Bączkiewicz zaznaczył, że sprawa omawiana winna być poruszona na zjeździe higienistów, projektowanym w czerwcu r. b.

Sekr. Stały Sokółowski omówił niedokładność statystyki (np. dane berlińskie z r. 1900-o opierają się na 60‰ odpowiedzi na ankietę) i wspominał o akcji galicyjskiej Ciechanowskiego i Łukaszewicza w dobie obecnej, z której to akcji można będzie i u nas liczne wzory zaczerpnąć.

Wojciechowski zauważył, że walka z zarazą weneryczną polegać winna nie na rege-

stracy, która zawsze zawiedzie, lecz na dobrze zorganizowanym leczeniu ambulatoryjnym. W tym celu każda większa wieś powinna posiadać lekarza (podobnie, jak w Rosji), gdyż na leczenie szpitalne lud czasu nie znajdzie.

Wernic odpowiedział, że stosunki nasze z rosyjskimi porównywane być nie mogą choćby z powodu braku wielkich wsi, że oddziały lotne nie zastąpią szpitali stałych, bo mogą ludność nawet odstręczać i że warszawskie „Tow. do walki z nierządami i chor. wener.“ już podjęło akcję uświadamiającą, podobną do akcji galicyjskiej.

K. Bacia wygłosił rzecz p. t. „Ruch urodzeń i śmierci w parafiach warszawskich w latach 1913—1916“. W ostatnich dwu latach wojny liczba zgonów przewyższa liczbę urodzeń we wszystkich parafiach chrześcijańskich. W r. 1913 urodziły się 20734 osoby, a zmarło 15612, co stanowi 75‰ liczby urodzeń, w r. 1914-ym — 21488 wobec 16709 (77‰), w 1915-m — 16903 wobec 22495 (133‰) i w 1916-ym — 9225 wobec 15882 (172‰). Stąd wniosek, że absolutna liczba zgonów tylko w r. 1915-ym wykazała znaczną podwyżkę, natomiast liczba urodzeń obniżyła się w r. 15-ym znacznie, a w r. 1916-ym bardzo znacznie. Wśród ludności żydowskiej zjawiska te występują wyraźnie tylko w r. 1915-ym: w latach wymienionych liczba zgonów, wyrażona jako odsetek liczby urodzeń wynosi kolejno: 73, 92, 182 i 99, (statystyka jednak urodzeń wśród ludności żydowskiej nie może być uważana za dokładną). Porównanie liczby urodzeń obu wyznań wykazuje, że w latach 1913-m i 1914 liczba urodzeń ludności żydowskiej wynosiła 1/3 liczby urodzeń ludności chrześcijańskiej, w r. 1915-ym — 1/4, a w r. 1916-ym — aż 4/5. W drugiej połowie r. 1916-go żydów urodziło się nawet więcej, niż chrześcijan.

W dyskusji Sekr. Stały Sokółowski zauważył, że niedokładność statystyki żydowskiej nie pozwala na wyciąganie wniosków, zwłaszcza porównawczych i że statystyka zgonów powinna uwzględniać wiek umierających. W czasie wojny ubytek ludności między 20 a 45-ym rokiem życia wpływa znacznie na statystykę śmiertelności z wielu chorób.

Bączkiewicz podkreślił, że liczby absolutne nie mogą mieć w danym razie tego znaczenia, jakie miałyby liczby względne, obliczone w stosunku do zaludnienia.

Heiman zaznaczył, że Gmina starozakonnych statystykę urodzeń prowadzi dokładnie.

Bacia odpowiedział, że wieku zmarłych zupełnie nie uwzględniał, że liczba mieszkańców Warszawy w latach 1915 i 1916-m jest nieznaną i że w Gminie starozakonnych oświadczono mu kategorycznie, że Gmina prowadzi tylko statystykę zgonów,

K. Oczesalski.

Wiadomości bieżące.

— W końcu czerwca r. b. rozesłano lekarzom warszawskim awizację w sprawie t. zw. podatku repartycyjnego. Wysokość podatku wypadła naogół bardzo znaczna, tak iż w większości przypadków przekracza dzisiejszą możność płatniczą lekarzy. Poza to pewne wzburzenie w kołach lekarskich wzbudziły liczne przykłady dowolności w oznaczaniu sumy podatku w stosunku do dochodu rocznego płatników, określonego przez komisję podatkową. Okazuje się, że od jednakowego dochodu wyznaczono w różnych okręgach nader niejednokowe sumy podatku, nieraz różniące się o trzecią część lub o połowę. Wreszcie termin spłaty oznaczono niezmiernie krótki, bo zaledwie dwutygodniowy, tak iż nawet płatnicy skądinąd zabezpieczeni materialnie, nie zawsze byliby w stanie uiścić się na czas z tej należności.

Z powodu wymienionych braków Zarząd Stow. Lekarzy Polskich wystąpił do Komisji głównej do spraw podatku repartycyjnego z odezwą, domagając się w imieniu ogółu lekarskiego odroczenia terminu płatności podatku oraz umożliwienia spłacania go w ratach częściowych. Na odezwę tę otrzymano w dniach ostatnich odpowiedź o tyle przychylną, że nie wyłącza w zasadzie pozwoleń na spłacanie podatku ratami, oczywiście na podstawie podań osobistych płatników.

— Dowiadujemy się, że zakład leczniczy w Nałęczowie został obecnie otwarty i że jako lekarz zakładowy ordynuje kol. K. Szokalski.

N A D E S Ł A Ń O.

1) K. Zieliński. Przyczynek do badań nad tyfusem wysypkowym u dzieci. Odb. z Przeglądu Pedyatrycznego 1917. 2) Dr Teodor Drabczyk.

Wychowanie fizyczne młodzieży jako zadanie społeczne z punktu historycznego. 3) Projekt prawa o zdrowiu publicznem w Polsce. Wydawnictwo Warsz. Tow. Hig. Warszawa. 1917. 4) Dr med. Alfred Sokołowski. Wielkie klęski społeczne i walka z niemi. Warszawa. 1917. 5) Najprostsze sposoby badania rozwoju umysłowego dziatwy szkolnej. Oprac. W. Sterling, W. Janowski, N. Zylberlastówna. Warszawa 1917. 6) Prof. dr Albert Adamkiewicz. Der Schlussieg meiner Kankroinmethode bei Spätsoperation und die chemische Reinigung des Krebses. Wiedeń. 1917. 7) Medycyna społeczna. Prace Polskiego Towarzystwa medycyny społecznej. T. I. R. 1916. Warszawa 1917. 8) Własność nieruchoma warszawska. Pamiętnik z powodu dziesięciolecia stowarzyszenia właścicieli nieruchomości st. m. Warszawy. Ułożony przez W. Janowskiego. Warszawa. 1917. 9) Pierwszy Zjazd przedstawicieli własności nieruchomości miejskiej Królestwa Polskiego. Warszawa. 1917.

NEKROLOGIA.

Prof. J. Veit, wybitny ginekolog, profesor położnictwa i ginekologii w Halli, znany wielu ginekologom polskim, którzy klinikę jego odwiedzali, zmarł w d. 3. VI. r. b. w wieku lat 66. Veit posiadał, jako uczony, rozgłos wszechświatowy. Pierwsze wydanie jego ginekologii spolszczył przed wielu laty dr Gruel. Przed paru miesiącami Veit nadesłał pracę swą do „Przeglądu Chirurgiczno-Ginekologicznego“, do zeszytu, poświęconego uczczeniu pamięci Fr. Neugebauera. /a.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Kazimierz Zieliński. Nowy zabieg leczniczy w tyfusie wysypkowym	353	dużych wysokości (z aeroplanem)	358
Stanisław Kopczyński. W sprawie umiejscowienia anatomicznego aleksyi (dok.)	355	Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie kliniczne d. 1 maja 1917 r.	358
Dział sprawozdawczy. 12. E. Zieliński. Zmiany w narządach wewnętrznych przy upadku z		Wiadomości bieżące.	360
		Nekrologia	360

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, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1,25 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

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

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

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 mózgowodzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosaczka. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,
ponownie przez autorów opracowane.

Cena m. 13.75, z przesyłką m. 15.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena niższa na m. 6.25, z przesyłką m. 7.50.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

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

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

**GONOREIN
"MOTOR"**

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

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

Tłumaczenie

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

F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

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

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

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

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”.

D-ra Med. Henryka Nusbauma

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

(Fizjologia, Patologia i Terapia ogólna, Propedeutyka)
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.