



WIRIBVSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· TWOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2698

Adres Redakcji—Żorawia 22.

Adres Administracji—Marszałkowska 73.

**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.

KONKURS.

W powiecie Kieleckim jest do obsadzenia pro-
wizoryczna posada lekarza okręgowego z siedzibą
w Chęcinach. Płaca wynosi 4000 koron rocznie. Obo-
wiązki ustalone są w przepisach służbowych. Podania
wnosić należy do 31 sierpnia 1917 r. do c. i k. Ko-
mendy Powiatowej z dołączeniem:

- 1) metryki urodzenia,
- 2) dyplomu lekarskiego,
- 3) świadectwa zdolności fizycznej,
- 4) świadectwa moralności,
- 5) świadectwa z dotychczasowej praktyki,
- 6) dowodu znajomości języka polskiego.

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 (przyrządy motorowe),
przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorą-
cem powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

JODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej.
Jodorol przyswaja się szybko, nie wywołując objawów po-
drażnienia 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 Przemys-
słowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.

KOMISJA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM
STOWARZYSZENIU LEKARZY oddziela na podstawie badań
chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPIŃSKIEGO
jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej
zawierającej 4,7 % czystego jodu. Przede wszystkim
się w wodzie w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku
może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy
razy dziennie, przyswaja się w organizmie szybko, nie
wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem
(jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się
całkowicie w ciągu 3—4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1914

Przewodniczący Komitetu

Pracownicy (Lecznicy)

Dr. Fr. Karpiński
Sekretarz

Opinia po przyjęciu Jodorolu
do leczenia. Działanie bardzo
tożsamość z jodem w d. i. d. na
podstawie 27 lutego 1914.
Dr. Fr. Karpiński
Sekretarz

Fruetalein Spiess

(PASTILLI LAXANTES).

Owocowy środek czyszczący, zawierający fenoltaleinę i agar-agar.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Użycie: 1 — 2 sztuki w razie potrzeby.

Contral Spiess

(PASTILLI ANTIDIARRHOICI).

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

Użycie 1 — 4 sztuk jednorazowo.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Żądać prospektów.

Wyszło z druku dzieło p. t.

Farmakologia doświadczalna

podręcznik dla studentów i lekarzy

napisali

Dr Hans H. Meyer i Dr R. Gottlieb

Wiedeń

Heidelberg

profesorowie farmakologii.

Z II wydania niemieckiego przełożył

Dr JAN PRUSZYŃSKI

Docent Uniwersytetu Lwowskiego.

WYDANE Z ZAPOMOGI KASY IM. MIANOWSKIEGO.

WARSZAWA 1916.

Cena r. b. 3.60.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

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.



WZGLĘD LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘC
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dzień i Noc
lecie drugie

Warszawa, d. 18 sierpnia 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2698.

Ruch ludności w m. st. Warszawie w ostatnim pięcioleciu 1913—1917.¹⁾

Podał

Dr Władysław Szenajch.

T A B L I C A I.

Rok	Ludność	Urodzenia		Zgony		Przyrost		Ubytek	
		Liczba	‰ na 1000 mieszk.	Liczba	‰ na 1000 mieszk.	Liczba	‰ na 1000 m.	Liczba	‰ na 1000 m.
1913	845.130	22.860	27,05	14.962	17,70	7898	9,35		
1914	884.544	21.777	24,62	16.297	18,42	5480	6,20		
1915	867.354	16.576	19,12	21.193	24,44	—	—	—4617	—5,32
1916	813.753	14.342	17,62	18.491	22,65	—	—	—4149	—5,03
1917		7.717		16.121		—	—	—8404	

I półrocze

Z tablicy I wynika, że w Warszawie wystąpiło wybitne zmniejszenie się liczby urodzeń: z 27,05 na 17,62 na 1000 mieszkańców i wybitne zwiększenie się liczby zgonów: z 17,70 do 22,65 na 1000 mieszkańców. Skutkiem tych dwóch czynników jest to, że zamiast przyrostu naturalnego, który w r. 1913 wynosił 9,35 na 1000 ludności, mamy wymieranie ludności Warszawy: ubytek w 1916 wynosił — 5,03 na 1000 mieszkańców. Sądząc z danych, otrzymanych w ciągu roku bieżącego należy wnioskować, że ubytek ludności w 1917 roku będzie o wiele większy, niż w r. 1916.

Śmiertelność w roku 1916 była nieco mniejsza, niż w r. 1915. Zmniejszenie to zależy głównie od zmniejszenia bezwzględnego i względnego liczby zgonów wśród niemo-

włat. Jeżeli z ogólnej liczby zmarłych wydzielimy zmarłe niemowlęta, to okaże się, że procent zmarłych powyżej 1-ego roku w r. 1916 nie tylko nie zmniejszył się, lecz przeciwnie, powiększył się w porównaniu z r. 1915, jak to widać z tablicy II-ej:

T A B L I C A II.

Rok	Ludność	Zgony niżej 1 roku		Zgony powyżej 1 roku	
		Liczba	‰ na 1000 m.	Liczba	‰ na 1000 m.
1913	845130	3458	4,09	11504	13,61
1914	884544	4004	4,59	12293	13,88
1915	867354	4240	4,90	16953	19,54
1916	813753	1878	2,24	16613	20,41

¹⁾ Opracowano na zasadzie materiałów Wydziału Statystycznego m. st. Warszawy. Obliczenia z roku 1916 i 1917 tymczasowe.

Jeszcze bardziej uwydatni się wybitne zwiększenie się liczby zgonów w ostatnich czasach, jeżeli porównamy liczbę zgonów w ciągu pierwszych sześciu miesięcy roku 1917 z liczbą zgonów, stwierdzonych w Warszawie również w ciągu pierwszych sześciu miesięcy w latach poprzednich, co przedstawimy na tablicy III-ej.

T A B L I C A III.

I półrocze roku	Zmarło
1913	7018 — 100
1914	7337 — 104
1915	10948 — 156
1916	10784 — 153
1917	16121 — 229

Z tablicy III widzimy, że jeżeli przyjmujemy liczbę zmarłych w ciągu pierwszych pięciu miesięcy 1913 r. za 100, to w r. 1917 liczba zmarłych stosunkowo równa się 229.

T A B L I C A IV.

Porównawcza statystyka urodzeń wśród chrześcijan i żydów.

Rok	Urodzenia		Na 100 urodzeń chrześcijan przypa- dło urodzeń żydów
	Chrze- ścianie	Żydzi	
1913	14959—100	7901—100	53 urodzeń żydów
1914	15171—101	6588— 83	43 „ „
1915	12171— 81	4405— 55	36 „ „
1916	6810— 46!	7532— 95!	110 „ „
1917 I półrocze	3163	4554	143 „ „

Z tablicy IV wynika, że wśród chrześcijan zmniejszenie się liczby urodzeń jest o wiele większe, niż wśród żydów, następstwem czego jest fakt, że, gdy w r. 1915 rodziło się w Warszawie na 100 chrześcijan 53 żydów, to w r. 1917 na 100 chrześcijan rodzi się 143 żydów.

T A B L I C A V.

Porównawcza statystyka liczby zgonów w stosunku do liczby urodzeń wśród chrześcijan i żydów.

Rok	Chrześcianie		Ż y d z i	
	Liczba zgonów	na 100 urodzeń przyp. zgonów	Liczba zgonów	na 100 urodzeń przyp. zgonów
1913	10498	70,1	4464	56,5
1914	11738	77,2	4559	69,2
1915	14374	118,1	6819	154,8
1916	11777	172,9	6714	89,1
1917 I półrocze	9967	315,1	6154	135,1

Z tablicy V widzimy, że, gdy wśród chrześcijan liczba zgonów w stosunku do 100 urodzeń zwiększyła się z 70,1 w 1913 do 315,1 w r. 1917, to wśród żydów w tymże okresie podniosła się z 56,5 do 135,1 i że, gdy w r. 1916 stwierdzono wybitne wymieranie ludności chrześcijańskiej: na 100 urodzeń 172,9 zgonów, to ludność żydowska jeszcze wykazała przyrost: na 100 urodzeń stwierdzono 89,1 zgonów żydowskich ¹⁾.

Co się zaś tyczy chorób, to najbardziej wzmogły się te choroby, które szerzą się głównie z powodu złych warunków materialnych ludności, z powodu braku zarobków, z powodu niedostatecznego odżywiania, braku mydła, bielizny i co zatem idzie, z powodu brudu; są to: gruźlica płuc — choroba proletariatu i tyfus płamisty, inaczej zwany tyfusem głodowym lub wojennym.

O wzmożeniu się śmiertelności z powodu gruźlicy ²⁾ świadczą następujące dane:

T A B L I C A VI.

Zgony z powodu gruźlicy płuc.

Rok	Liczba	% ogólnej li- czby zmarłych	na 100.000 mieszk.
1913	1754	11,72	207
1914	1886	11,58	213
1915	2766	13,05	319
1916	4032	21,80	495
1917 I kwartał	1629	21,25	

Już z powyższej tablicy widać, jak wybitnie zwiększała się liczba przypadków śmierci z powodu gruźlicy. Jeszcze bardziej się to uwydatnia, gdy porównamy liczbę zgonów z powodu gruźlicy, stwierdzonych w ciągu pierwszych trzech miesięcy 1917 — z liczbą zgonów z powodu gruźlicy w ciągu tychże trzech miesięcy w latach poprzednich.

I kwartał roku	Liczba zgonów z po- wodu gruźlicy płuc
1913	546 — 100
1914	506 — 93
1915	725 — 133
1916	932 — 170
1917	1629 — 298

¹⁾ W sprawie ruchu urodzeń i śmierci patrz pracę d-ra K. Baci w Zdrowiu № 6 z 1917 r.

²⁾ W sprawie śmiertelności z powodu gruźlicy płuc patrz również pracę d-ra W. Męczkowskiego w Gazecie Lekarskiej № 18 z 1916 r. i pracę d-ra med. A. Sokołowskiego w Gazecie Lekarskiej № 26 r. 1917.

Jeżeli liczbę zmarłych w ciągu 3 miesięcy 1913 roku przyjmujemy za 100, to otrzymamy w roku 1917 — 298, czyli śmiertelność z powodu gruźlicy płuc zwiększyła się prawie trzykrotnie.

Co zaś się tyczy tyfusu plamistego, to w obecnej chwili panuje nadzwyczaj wielka epidemia tyfusu: od 1 stycznia r. b. do 1 lipca zameldowano 6559 przypadków tyfusu, z czego zmarło — 498. Epidemia tyfu-

su plamistego panuje u nas prawie bez przerwy już od roku 1915. Dawniej spostrzegano w Warszawie tylko pojedyncze przypadki, np. w roku 1914 zanotowano w ciągu sześciu pierwszych miesięcy 3 przypadki śmiertelne, a przez cały rok 1914 — 12 przypadków śmiertelnych, w roku zaś 1915 przez 6 miesięcy już 95 przyp., przez cały rok — 134, a w roku obecnym przez 6 miesięcy już 498 przypadków śmiertelnych.

T A B L I C A VII.

Podział zmarłych dzieci podług wieku.

Wiek	0 — 1 roku		1 rok — 5 lat		5 lat — 10 lat		10 lat — 15 lat		Razem dzieci 0—15 lat		
Rok	Liczba	% ogólnej liczby zmarłych	Liczba	% ogólnej liczby zmarłych	Liczba	% ogólnej liczby zmarłych	Liczba	% ogólnej liczby zmarłych	Liczba	% ogólnej liczby zmarłych	Zmarło ogółem ludzi
1913	3458	23,11	2757	18,43	592	3,95	283	1,89	7090	47,38	14962
1914	4004	24,57	2814	17,27	575	3,53	309	1,89	7702	47,26	16297
1915	4240	20,01	4717	22,26	949	4,48	465	2,19	10371	48,94	21193
1916	1870	10,16	2842	15,37	854	4,61	496	2,68	6070	33,83	18491
1917 (I kwartał)	508	6,63	1132	14,78	391	5,10	178	2,32	2209	28,83	7660

Z tablicy VII wynika, że śmiertelność dzieci w Warszawie wogóle była wielka: liczba dzieci zmarłych w 1913 roku wynosiła 47,38%, a dzieci do lat 5 — 41,54% liczby wszystkich zmarłych. Podczas wojny daje się stwierdzić początkowo powiększenie się śmiertelności dzieci do lat 5, a w 1916 i o-

becnym stwierdzamy zmniejszenie się śmiertelności dzieci małych, co zaś się tyczy dzieci starszych, to śmiertelność wśród nich stale się zwiększa.

Dane, dotyczące się śmiertelności niemowląt, przedstawimy na następującej tablicy:

T A B L I C A VIII.

Rok	Dzieci ślubne			Dzieci nieślubne			Ogólna liczba niemowląt		
	urodzenia	zmarło niżej 1 roku	% zmarłych niemowląt w stos. do liczby urodzeń	urodzenia	zmarło niżej 1 roku	% zmarłych niemowląt w stos. do liczby urodzeń	urodzenia	zmarło niżej 1 roku	% zmarłych niemowląt w stos. do liczby urodzeń
1913	21129	2662	12,6	1731	796	46,0	22860	3458	15,1
1914	20002	2953	14,7	1775	1051	59,2	21770	4004	18,4
1915	15248	3179	20,8	1328	1061	79,9	16576	4240	25,6
1916	13228	1202	9,0	1114	676	60,7	14342	1878	13,2

Z tablicy VIII czytamy, że śmiertelność niemowląt w r. 1915 wybitnie wzrosła do 25,6% w stosunku do 100 urodzeń, czyli umierało z urodzonych dzieci co czwarte dziecko w ciągu pierwszego roku życia. Takiej śmiertelności nie notowano w Warszawie od lat 30 (w 1886 r. była śmiertelność niemowląt 25,94%).

Szczególniej wzmogła się śmiertelność dzieci nieślubnych, która stale była wysoka; jednak w 1916 r. dosięgła ona rozmiarów przerażających, nie spotykanych ni-

gdzie już na świecie, gdyż wyniosła 79,9%; czyli z 10 urodzonych dzieci nieślubnych tylko 2 przeżyło pierwszy rok swego życia.

W roku 1916 następuje wybitne zmniejszenie się śmiertelności niemowląt, głównie ślubnych. Na zmniejszenie się śmiertelności niemowląt mogło do pewnego stopnia wpłynąć zmniejszenie się liczby urodzeń w myśl stwierdzonego, aczkolwiek nie powszechnie, faktu, że im mniejsza płodność, tem mniejsza śmiertelność niemowląt, szczególnie karmio-

nych sztucznie; dalej wywarła dodatni wpływ również i ta okoliczność, że wobec zamknięcia prawie wszystkich zakładów przemysłowych, zatrudniających kobiety, matki pozostają w domu i regularniej, niż dawniej, dają piersi dzieciom. Nie bez wpływu było również względnie chłodne lato 1916 roku: w latach chłodnych umiera znacznie mniej niemowląt wskutek chorób przewodu pokarmowego. Dalej do zmniejszenia się śmiertelności dzieci do lat 5, specjalnie niemowląt, przyczyniło się w znacznej mierze to, że różne towarzystwa rozwinęły w 1916 r. opiekę nad dziećmi, szczególnie nad dziećmi do lat 5-ciu.

Wreszcie to ogólne zmniejszenie śmiertelności niemowląt da się do pewnego stopnia wyjaśnić i tem, że wśród noworodków z roku 1916 przeważają noworodki żydowskie: na 100 noworodków chrześcijańskich przypadało 110 żydowskich, gdy dawniej na 100 chrześcijańskich przypadało 53 — 36 żydowskich (patrz tabl. IV). A że śmiertelność wśród

niemowląt żydowskich jest mniejsza, niż wśród chrześcijańskich, to o tem świadczą następujące dane.

W roku 1916 urodziło się 6810 dzieci chrześcijańskich, z których zmarło w pierwszym roku życia 1314 = 19,3%. W tymże 1916 roku urodziło się 7532 dzieci żydowskich, z których zmarło w pierwszym roku życia 564 = 8,4%, czyli, że gdy wśród chrześcijan umierało co 5-te, to wśród żydów umierało co 12-te dziecko w pierwszym roku życia.

Wogóle na zasadzie moich dawniejszych badań¹⁾, opartych na materyale, obejmującym przeszło 100 tys. ubogich dzieci chrześcijańskich i żydowskich wynika, że z 1000 dzieci ubogiej ludności jeszcze przed wojną umierało wśród chrześcijan 361 dzieci, a wśród żydów 254 dzieci, czyli z każdego 1000 dzieci umiera wśród żydów o 107-ro dzieci mniej, niż wśród chrześcijan.

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNO-DYAGNOSTYCZNEJ C. I K. NAMIESTNICTWA W LINCU.

PRZYPADKI CZERWONKI Z WYKAZANIEM ZARAZKA TAKŻE POZA PRZEWODEM POKARMOWYM.

Podał

prof. dr Witold Nowicki.

(Dokończenie—patrz № 32).

Czwarty przypadek dotyczył 24-letniego rosyjskiego jeńca wojennego z objawami stosunkowo lekko przebiegającej czerwonki z nie-regularną, nieco podwyższoną ciepłotą. Ze względu na brak informacji nie możemy podać bliższych szczegółów choroby.

Badanie bakteriologiczne. W stolcu płynnym, zmieszonym ze śluzem i krwią, wykazano w drugim tygodniu choroby laseczki czerwonki typu Flexnera. Również w moczu, bardzo nieznacznie mętnym, zawierającym w osadzie nieliczne nabłonki i ciała ropne, a pochodzącym z tego samego czasu choroby, wykazaliśmy nieliczne kolonie tej samej laseczki.

Badania serologicznego z powodu nieotrzymania żądanej krwi nie mogliśmy przeprowadzić.

We wszystkich opisanych trzech sekcyjnych przypadkach chodziło o ciężką postać czerwonki; w przypadku drugim i trzecim, obok ciężkich objawów ze strony jelit, istniały objawy ogólnego ciężkiego schorzenia, połączonego, szczególnie w przypadku trzecim, z zajęciem sensorium. Ciepłota w obu wymienionych przypadkach była podniesiona, w trzecim dochodziła do 40°C. Przypadek ten jest też niewątpliwie pod względem przebiegu klinicznego najcięższy, a cały obraz chorobny odpowiadał ciężkiemu zakażeniu.

Badanie bakteriologiczne stolca, wziętego za życia chorych, dało wynik ujemny w przypadku drugim i trzecim. Badanie serologiczne w przypadku drugim wykazało we krwi aglutyniny dla laseczki Shiga-Kruse i Flexnera (z jednego pnia) oraz dla laseczki paratyfusu B i to jako niezupełną aglutynację w rozcieńczeniu 1:50. Podnieść należy, że aglutynacja z laseczką Shiga-Kruse wystąpiła jako grubogrudkowa, co, według Dünnera (6), Dünnera i Laubera (7), Friedemanna i Steinbocka (8), Schiemanna (20) i in. jest dla rozpoznania zakażenia laseczką typu Shiga-Kruse swoiste i miarodajne, przyczem dodatni wynik odczynu Gruber-Widala musi wypaść najmniej w rozcieńczeniu surowicy 1:50.

Że w przypadku naszym surowica chorej aglutynowała laseczkę Shiga-Kruse niezupełnie w rozcieńczeniu 1:50, należy tłumaczyć tem, że krew do badania wzięta była w 5-y dzień choroby, a zatem w czasie, gdy

¹⁾ Szenajch „Porównawcza statystyka urodzeń i śmiertelności dzieci wśród ubogiej ludności chrześcijańskiej i żydowskiej w Warszawie i w Łodzi”. Księga Pamiątkowa Wszechnicy Warszawskiej. Warszawa 1916.

ilość wytworzonych aglutynin była z pewnością jeszcze niewielka. Wobec pośmiertnego bakteriologicznego wyniku badania śledziony i treści jelita należy uważać równoczesną aglutynację z laseczką paratyfusu B i jednym pniem laseczki czerwonej typu Flexnera za obraz paraaglutynacji.

W przypadku trzecim surowica krwi chorego z drugiego tygodnia choroby aglutynowała laseczkę tyfusu w rozcieńczeniu 1 : 20, laseczkę zaś czerwonej typu V w rozcieńczeniu 1 : 100 $\pm$, nie miała ona natomiast żadnego wpływu na inne przyjęte typy czerwonej.

Co do obrazu sekcyjnego, to we wszystkich trzech przypadkach zajęta była głównie kiszka gruba, a anatomiczne zmiany w niej stwierdzone przedstawiały obraz zapalenia włóknikowego (*colitis pseudomembranacea crouposa*), w przypadku drugim nadto z powierzchowną nieznacznego stopnia martwicą błony śluzowej; nadto we wszystkich trzech przypadkach stwierdziliśmy ostre zapalenie jelita biodrowego, w pierwszym i trzecim jako nieżytowe, w drugim podobne do stwierdzonego w kiszce grubej. Gruczoły chłonne krezkowe okazywały we wszystkich trzech przypadkach nieznaczne świeże zmiany. Podnieść dalej należy, że i śledziona we wszystkich opisanych przypadkach była co najwyżej nieznacznie tylko powiększona, a miąższ jej był nieco kruchy; nie przedstawiała ona obrazu ostrego obrzęku, spotykanego w ogólnych procesach posocznicowych.

Badanie bakteriologiczne treści jelita przeprowadzone po śmierci, wykazało we wszystkich trzech laseczkę czerwonej, w każdym jednak o innym typie, mianowicie: Shiga-Kruse, Flexner i Hiss (V). Ten sam wynik dało badanie śledzion. Celem wykluczenia możliwości nieczystego szczepienia miąższu śledziony, która mogła być od zewnątrz zanieczyszczona zawartością jelit, nie tylko starannie przed wkluciem pipety opalaliśmy powierzchnię śledziony, lecz szczepienie wykonaliśmy dwukrotnie.

Krew badaliśmy tylko w przypadku drugim, w którym wykonaliśmy sami sekcję, i z niej wyhodowaliśmy laseczki Shiga-Kruse. Nie jest wcale wykluczonem, że i w pierwszym i w trzecim przypadku wykonane badanie krwi byłoby również wykazało obecność odczołnych typów laseczki czerwonej.

Wyhodowane pnie różniczkowaliśmy zarówno na podstawie ich zachowania się na szeregu różnych pożywek, oczywiście mię-

dzy innymi na ich stosunek do różnych rodzajów cukru, jak i serologicznie.

Ciężki przebieg choroby w przytoczonych przypadkach mógł odpowiadać ogólnemu zakażeniu, szczególnie w przypadku trzecim, między innymi z wysoką ciepłotą, a był do pewnego stopnia niezależny od typu wyhodowanej laseczki.

O ile ze skąpego piśmiennictwa wnosić można, przypadki chorobne, w których poza jelitem stwierdzono laseczki czerwonej, okazywały na ogół przebieg mniej lub więcej ciężki, połączony z podniesioną ciepłotą, dający chorobie obraz podobny do duru brzuszego lub posocznicy.

Rozpoznanie kliniczne czerwonej wzgl. jakiejś innej zakaźnej choroby przewodu pokarmowego o tyle istniało, o ile były objawy wyraźne ze strony tegoż, a więc np. biegunka, parcie i t. p. — mniej na podstawie wyglądu samych stolców. Ścisłe etiologiczne rozpoznanie w naszych 2 przypadkach było tem trudniejsze, że badania stolców, przeprowadzone za życia, dały wynik ujemny. Jedynie serologiczne badanie krwi w dwóch ostatnich przypadkach mogło być do pewnego stopnia pomocne w rozpoznaniu etiologii ciężkiego procesu chorobnego. Prawdopodobnie bakteriologiczne badanie krwi wziętej za życia byłoby także w pierwszym i trzecim przypadku dało wynik dodatni; niestety krwi świeżej nie badaliśmy a ze skrzepu, otrzymanego po oddzieleniu surowicy przy zastosowaniu żółci z peptonem, nie otrzymaliśmy laseczki czerwonej.

Sądząc z przypadków Ghona i Romana, najłatwiej otrzymuje się ze krwi laseczkę czerwonej w pierwszym i drugim tygodniu choroby. Opisane przez nas przypadki, o ile można wnioskować z danych klinicznych, pochodziły wszystkie z drugiego tygodnia choroby.

Mimo ogólnego zakażenia laseczką czerwonej w przypadku drugim, a najprawdopodobniej i w dwóch innych, i wykazania jej w śledzionie, nie przedstawiała ona jednak obrazu obrzęku ostrego, a jeszcze mniej ani swą wiotkością, ani spoistością miąższu nie odpowiadała obrzękowi posocznicowemu (*tumor septicus*). Podnieść dalej należy, że w dwóch naszych przypadkach wyrosły ze śledziony tylko nieliczne kolonie laseczki czerwonej, szczególnie w przypadku pierwszym, podobnie jak w drugim sekcyjnym przypadku Ghona i Romana (10), w którym ze śledziony wyrosły tylko dwie kolonie laseczki V. Wogóle zauważyć należy, że liczba

kolonii czerwonej, otrzymana ze wszystkich badanych śledzion jest znacznie mniejsza, od liczby kolonii laseczki tyfusu, otrzymywanych ze śledzion tyfusowych.

Bramą wejścia zarazka i następnego uogólnienia się jego w ustroju był niewątpliwie przewód pokarmowy; przemawiają za tem zarówno początkowe objawy kliniczne, jak i obraz anatomiczny jelit. Że do wtargnięcia laseczki czerwonej do krwi, a więc uogólnienia się tego zarazka w ustroju, nie potrzeba wrzodziejących postaci czerwonej, świadczą o tem nasze przypadki, i do pewnego stopnia także stosunkowo wczesne wykazanie laseczki czerwonej we krwi, jak w niektórych przypadkach (trzeci) Ghona i Romana (10); co więcej, autorowie ci spostrzegali (szczególnie w grupie drugiej przypadek 9), że nawet bez zmian jelitowych znajdowały się we krwi laseczki czerwonej typu V, a nawet, opierając się na naszych spostrzeżeniach, wypowiadają oni zdanie, że u wydzielaczy i roznosicieli może laseczka czerwonej przechodzić do krwiobiegu, a to przejście może być spowodowane w poszczególnych przypadkach przez różne przyczyny i różne może mieć znaczenie. Byłoby to, zdaniem tych autorów, analogon do innych zakażeń, przedewszystkiem laseczka tyfusu, którą znajdowano we krwi u nieograczkujących ozdrowieńców po durze brzusznej, względnie do spostrzeżeń Bussego (3), któremu udało się wyhodować laseczkę tyfusu ze krwi w gruźlicy i zapaleniu płuc mimo, że nie było duru brzusznej.

Oczywiście, jako dowód uogólnienia się w ustroju laseczki czerwonej również z bramą wejścia przez przewód pokarmowy, należy uważać fakt znalezienia tej laseczki typu Flexnera w moczu chorego na czerwonkę, w którego stolcu wykazaliśmy w tym samym czasie tenże sam zarazek.

Stwierdzenie laseczki czerwonej w moczu należy, o ile mi z dostępnego piśmiennictwa wiadomo, do wyjątków, i to nawet w

tych przypadkach, w których we krwi wykazano tę laseczkę; w tym kierunku możemy przytoczyć tylko spostrzeżenia wyżej wspomnianych Ghona i Romana, którym na 9 przypadków z wykazaną we krwi laseczką V nie udało się ani razu wykazać jej w moczu, a w jednym tylko z objawami podejrzanymi na tyfus plamisty z laseczką V we krwi stwierdzili oni laseczkę Shiga-Kruse; przypadek ten uważają oni za zakażenie mieszane dwoma typami laseczki czerwonej.

Oczywiście fakt możliwości wydalania laseczki czerwonej drogą moczu nie może być bez znaczenia pod względem epidemiologicznym; w każdym razie jednak znaczenie to jest, ze względu na jego wyjątkowość, znacznie mniejsze, niż w durze brzusznej.

Co do typów laseczki czerwonej, stwierdzonych w ustroju poza przewodem pokarmowym, to, o ile można wnosić z nader skąpego piśmiennictwa, spotykano stosunkowo najczęściej typ Shiga-Kruse, i to na sekcji; V i Flexner rzadziej. W naszym materiale sekcyjnym były, jak widzimy, wszystkie trzy. Że Shiga-Kruse spotykano najczęściej, należy tłumaczyć, zdaje mi się, wogóle cięższym przebiegiem, a więc i większą śmiertelnością przypadków, dotkniętych zakażeniem tym toksycznym typem laseczki czerwonej, w przeciwieństwie do naogół dość lekko przebiegających zakażeń typami małotoksycznymi, jak Flexner, V i wreszcie Strong.

W końcu zauważyć należy, że aczkolwiek wykazanie laseczki czerwonej w ustroju poza przewodem pokarmowym należy niewątpliwie do rzeczy nader rzadkich, to jednak systematyczne badania w tym kierunku tak materiału klinicznego, jak i anatomicznego, powiększyłyby niewątpliwie liczbę tych wyjątków, co może nie tyle pod względem anatomicznym, ile klinicznym, a do pewnego stopnia i epidemiologicznym, nie pozostałoby bez znaczenia.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. A m a k o. Dysenterieepidemien und Bazillentyphen. Zschr. f. Hyg. u. Infk. 60. 1908.
2. Aveline, Boycott i Macdonald. przyt. Ghon i Roman. Wien. Klin. W. № 22, 1915.
3. Busse. Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen im Blute von nicht typhuskranken Personen. M. m. W. 1908.
4. Brückner. Dysenteriebazillen vom Typus V im Darm und in der Leber einer früheren Typhusbazillenträgerin. D. m. W. 1910.
5. Duval i Basset. The Etiology of the summerdiarrhoeas of infants. Zbl. f. Bakt. 33. 1902.
6. Dünner. Die Agglutination bei Ruhr und ruhrartigen Erkrankungen.

- B. Klin. W. 1915.
7. Dünner i Lauber. Unterschiede in der Agglutinabilität verschiedener Ruhrstämme und deren Bedeutung für die serologische Diagnose der Ruhr. B. Klin. W. 1916.
8. Friedemann i Steinbock. Zur Aetiology der Ruhr. D. m. W. 1916.
9. Fuchs. przyt. Ghon i Roman. Oesterr. Sanitätswesen. № 13. - 17. 1916.
10. Ghon i Roman. Ueber Befunde vom Bacterium dysenteriae V im Blute und ihre Bedeutung. W. Klin. W. 1915.
11. Ci sami. Bericht über die Tätigkeit der öffentlichen bakteriologisch - diagnostischen Untersuchungsstelle im. path. anat. Institute der K. K.

deutschen Universität in Prag im ersten Kriegsjahre. Oesterr. Sanitätswesen. № 13 - 17. 1916. 12. Goldberg, przyt. Ghon i Roman. W. Klin. W. № 22. 1915. 13. Herrnhaiser, przyt. Ghon i Roman. Oesterr. Sanitätswesen. № 13 - 17. 1916. 14. Jochmann. Lhrb. der Infektionskrankheiten. Berlin 1914. Str. 469 i 470. 15. Knox i Schorer, przyt. Ghon i Roman. W. Klin. W. № 22. 1915. 16. von Longhem, przyt. Lentz. Dysenterie. Hdb. der pa-

thogenen Mikroorganismen. Kolle i Wassermann. 2 wyd. 1913. 17. Markwald. Ein Fall von epidemischer Dysenterie beim Fötus. M. m. W. 1901. 18. Mühlmann. Untersuchungen über Dysenterie und verwandte Fragen. Mutationsversuche. A. f. Hyg. u. Infkr. 69. 1909. 19. Rosenthal. Zur Aetiologie der Dysenterie. D. m. W. 1903. 20. Schiemann. Schwierigkeiten bei der serologischen Diagnose d. Shiga-Kruse.-Ruhr. B. Klin. W. 1916.

Przegląd bibliograficzny.

Matylda Biehler. Opieka higieniczno-lekarska oraz wykład higieny w szkole średniej u nas i na zachodzie. Dodatek do № 12 Medycyny i Kroniki Lek. 1917.

Autorka w krótkim szkicu przedstawiła interesujące dane, dotyczące stanu zdrowotnego dzieci szkół średnich oraz stan opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach tych zagranicą i u nas oraz omówiła sprawę wykładu higieny w szkołach średnich. W sprawie uświadamiania autorka pisze, co następuje: „Jedni: Srebrny, Fodor, Wernic, Gentzen i in. przemawiają za pedagogiką seksualną (?), drudzy (Moll) są zdania, że szkoła nie jest powołana do wyjaśnienia zasad życia płciowego. Postawiłbym zarzut autorce, że niepotrzebnie powołuje się na zdanie lekarzy praktyków warszawskich bez przytoczenia nagłówków ich prac. Do najlepszych programów z zakresu higieny zalicza autorka u nas program, opracowany dla szkół średnich przez Rottermunda, ułożony według istniejących podręczników, oraz załącza do wykładów

higieny spis następujących podręczników: Anatomia i fizjologia Wernica, Anatomia i fizjologia Sosnowskiego, Podręcznik higieny Matyldy Biehler, Pomoc doraźna w wypadkach nagłych Wacława Biehlera, Ratownictwo J. Zawadzkiego, Roczniki Ekonomisty i kilka innych prac, bezpośrednio mało związanych z nauką higieny.

Niefortunnym jest projekt autorki wynagradzania lekarzy szkolnych w szkołach finansowo mniej zasobnych drogą składek, wnoszonych przez rodziców po 2 rb. od dziecka rocznie.

Nie może być dwóch zdań, że higienę najlepiej może wykładać lekarz. Powoływanie się więc autorki na „poważne badania Kopczyńskiego, Szmurły i Rottermunda“ uważam za zbyt liczne.

Na zakończenie należy sprostować twierdzenie autorki, jakoby Polskie Tow. Medycyny Społecznej odesłało wnioski autorki do rozpatrzenia Tymczasowej Radzie Stanu.

K. Szokalski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie 5 czerwca 1917 r.

S. Bronowski pokazał przypadek „reumatyzmu gruźliczego zniekształcającego“. Przypadek dotyczy 31-letniej nauczycielki, której cierpienie rozwija się od lat 12-u i obejmuje liczne stawy wszystkich kończyn. Zmiany, ustalone zdjęciami Rentg., wykazują przewagę zaników (chrząstek i kości) nad przerostami. Objawy gruźlicy płucnej datują się od lat 4-ch i dotyczą obu wierzchołków. Mówca omówił różne postaci reumatyzmu Ponceta i zaznaczył, że w przypadku demonstrowanym poprawie w stanie płuc towarzyszyło pogorszenie stanu stawów i odwrotnie.

2) H. Higier i A. Zawadzki pokazali przypadek „operacyjnie wyleczonego urazowego porażenia poprzecznego kończyn dolnych, powstałego wskutek zwichnięcia i złamania kręgosłupa“. Przypadek dotyczy kilkunastoletniego chłopca, u którego w kilkanaście godzin po otrzymaniu uderzenia w kręgosłup powstała zupełna paraplegia dolna ze znieczuleniem, zniesieniem odruchów i zaburzeniami pęcherzowo-odbytniczymi. Radiogram wyka-

zał znaczne zwichnięcie 4-go kręgu lędźwiowego, wobec czego choremu wykonano laminektomię (5-go dnia po urazie), repozycję kręgu i zeszytanie metalnem wyrostków ościstych. Zabieg udał się doskonale i w stanie zdrowia chorego zaczęła następować poprawa. W 3 tygodnie po zabiegu stwierdzono możliwość dowolnych ruchów podudzi i tylko ślady zaburzeń pęcherzowo-odbytniczych. W 2 miesiące ustąpiły uporczywe bóle samoistne w kończynach. Chory obecnie może chodzić. Jako stałe następstwa urazu pozostały: areflexia completa, porażenie wiotkie mięśni stóp i podudzi i znieczulenie palców oraz wewnętrznej połowy prawej stopy i zewnętrznej — lewej. W zarysach głównych obraz kliniczny zgodny jest z obrazem obustronnego uszkodzenia ogona końskiego na wysokości 4-go kręgu lędźwiowego, powikłanego wylewem krwawym wewnątrzoponowym. Brak odruchów rzepkowych zależy od uszkodzenia obrębu nerwu biodrowego. Istota rdzenia nie uległa uszkodzeniu, czego dowodzą stopniowy rozwój porażen, obecność bólów i asymetria zmian czuciowych.

T. Heiman wygłosił rzecz p. t. „Chirurgia

ucha (szkic historyczny)". Otologia stanęła na właściwym gruncie wówczas, gdy stała się działem chirurgii. Pewne rękocyny, odnoszące się do ucha zewnętrznego, znane już były w starożytności. W st. XIV Bernard de Gordon podał pewne wskazówki aseptyczne. W w. XVII Riolan zaproponował przecinanie błony bębenkowej i otwieranie wyrostka sutkowego, lecz propozycje te przeszły bez echa. W końcu XVIII w. francuzi wprowadzają trzy najważniejsze rękocyny otologiczne: cewnikowanie trąbki Eustachiusza, paracentezę i otwieranie wyrostka sutkowego. Paracenteza została z początku zdyskredytowana z powodu stosowania jej w niewłaściwych przypadkach (przeciwko głuchocie). Dopiero w czasach ostatnich ustalono (Schwartz i inni) dokładne wskazania do tego zabiegu (sprawy zapalne). Podobne koleje przechodziła i operacja otwierania wyrostka sutkowego, którą pierwszy wykonał Petit w XVIII st., a którą później zarzucono. Współcześni otolodzy zabieg ten wykonywują tysiącami ze skutkiem po-

myślnym. Dalszym postępowaniem jest operacja sutkowo-skalista (Stacke), różne metody plastyki usznej, atticotomia, antrotomia i szereg zabiegów intratympanalnych. Zgłębnikowanie błony i jamy bębenkowej zostało ustalone po wprowadzeniu wziernika i lustra usznego. Braki błony zaczęto zastępować błoną sztuczną. Przeciwno zwężeniom i obrzękom trąbki Eustachiusza zaczęto stosować świececzki. Ostre sprawy ropne leczy się obecnie wyłącznie konserwatywnie. Postępowanie operacyjne w sprawach przewlekłych zastosowano już i do błędniaka, choć dawniej uważano go za nietykalny; wskazania odnośnie nie są jednak jeszcze ustalone. Powikłania wewnątrzczaszkowe pochodzenia usznego (ropnie mózgu, zapalenie opon, zakrzepy zatok i t. d.), które dawniej stanowiły dział medycyny wewnętrznej, od kilku dziesiątków lat przeszły całkowicie do dziedziny chirurgii, co uratowało życie wielu chorym, którzy dawniej byłiby skazani na śmierć niechybną.

K. Oczesalski.

Wiadomości bieżące.

— Od kilku tygodni wzmogła się w Warszawie znacznie epidemia czerwoni. Poza oddziałami specjalnymi w szpitalu św. Stanisława przeznaczone dla czerwoni dwa oddziały w szpitalu Dz. Jezus w ciągu tygodnia przepełniły się chorymi, tak że w tych dniach będą otwarte jeszcze dwa oddziały. Odporność ludności wobec fizycznego wyniszczenia organizmów jest bardzo mała: śmiertelność przekracza 25⁰/. Byłoby zadaniem Urzędu Zdrowia spopularyzowanie w szerszym zakresie wiadomości o środkach zapobiegawczych oraz zarządzanie ścisłego nadzoru nad sprzedażą ogórków i owoców, które w tym roku obficie obrodziły i jako tańsze od wszelkich innych środków spo-

żywczych, są bardzo chętnie nabywane i spożywane przez ludność ubogą. Wiele również do życzenia pozostawia kwestya przewożenia chorych, które odbywa się zbyt powolnie i bez zachowania koniecznych ostrożności.

— Departament Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu wzywa niniejszem pp. lekarzy, pragnących objąć stanowiska państwowych lekarzy powiatowych albo pomocników lekarzy powiatowych w służbie zdrowia Królestwa Polskiego, do niezwłocznego składania podań na imię p. Dyrektora Departamentu w Warszawie, Marszałkowska 154, z załączeniem opisu życia i dyplomu w oryginale albo w odpisie.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Władysław Szenajch. Ruch ludności w m. st. Warszawie w ostatnim pięcioleciu 1913—1917.	385	Opieka higieniczno-lekarska oraz wykład higieny w szkole średniej u nas i na zachodzie. Ocenil K. Szokalski.	391
Witold Nowicki. Przypadki czerwoni z wykazaniem zarazki także poza przewodem pokarmowym	388	<i>Towarzystwo Lekarskie Warszawskie</i> . Posiedzenie 5 czerwca 1917 r.	391
<i>Przegląd bibliograficzny</i> . Matylda Biehler.		<i>Wiadomości bieżące</i> .	392

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 dwuspalowy, 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.

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 mózgoworzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosaczica. 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.

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.

C e n a m. 2.25.

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

Z D R O W I E

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socyalnej.

Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

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

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

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 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.