



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2711.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

**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, cubearum, aetherum i menthol, poleca własnego wyrobu

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

Nowego rodzaju związek srebra

o własnościach silnie
przeciwrzeżączkowych
i bardzo słabo drażniący.
Bardzo szybkie opanowa-
nie gonokokków i wydzie-
liny ropnej, wielokrotnie
nawet w przypadkach u-
porczywych i zaniedba-
nych.

CHOLEVAL

nowy lek
przeciwrzeżączkowy

Przedstawiciel: Dom Handlowy
NACHTLICHT i KAMIENSKI
Warszawa. Tłomackie 1.

E. MERCK ☿ Darmstadt.

NAJPROSTSZY SPOSÓB STOSOWANIA

w postaci łatwo roz-
puszczalnych i działa-
jących także zapobie-
gawczo

TABLETEK CHOLEWALU

po 0,25 i 0,5 gr.
Rurki po 10 sztuk.
Do użytku szpitalnego
opakowanie. po 100 i
500 tabletek.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

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

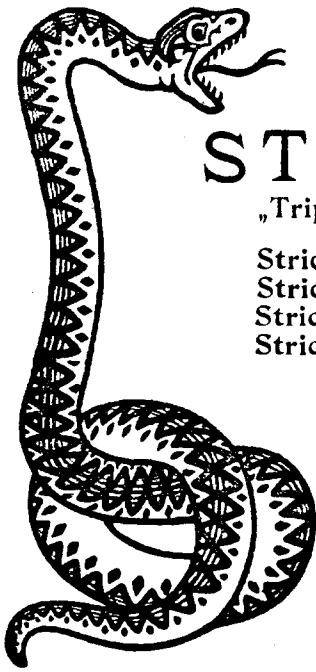
Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

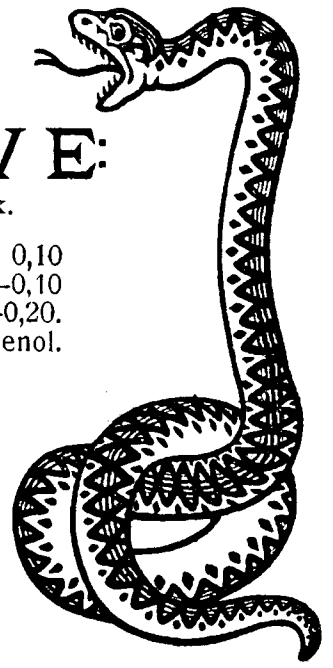
Do nabycia w Administracyi Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.





INIEKCYJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.
(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosf.)
Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10
Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10
Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.
Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.
i wiele innych.



POLECA
APTEKA
E. GESSNERA
w WARSZAWIE
JEROZOLIMSKA 25.

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.

ACIDOL-PEPSIN

wypróbowany, trwały
preparat kwasu solnego i pepsyny.

Pudełko zawiera 5 rurek po 10 pastylek.

Stężenie I
(silnie kwaśne).

Stężenie II
(słabo kwaśne).

Próby i literatura na żądanie!

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

Berlin S.O. 36.

Przedstawiciel: I. FREIDER & C-o. Warszawa, Królewska 35.



WIZYB LKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 17 listopada 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2711.

Rzucawka porodowa a wojna obecna.

Podał

Dr med. W. Popiel,

lekarz naczelny Warszawskiego Zakładu położniczego.

Od pewnego czasu w piśmiennictwie lekarskim poczęły pojawiać się komunikaty i prace, mające na celu wykazanie bezpośredniego związku między niektórymi zjawiskami i stanami patologicznymi ustroju ludzkiego a toczącą się wojną. Szczególniej z dużą niekiedy słuszością wskazywano zasadniczo zmienione i znacznie uszczuplone aż do głodu odżywianie, jako przyczynę wielu różnorodnych a obecnie obserwowanych zachorzeń. Z pomiędzy wielu gałęzi medycyny przyszła kolej i na cierpienia z dziedziny ginekologii oraz położnictwa.

Jak wiadomo, mamy w medycynie sporą liczbę cierpień specyficznych, wywołanych przez ściśle naukowo określone i doświadczalnie zbadane przyczyny. Poza tem jednak istnieje ogromny szereg zachorzeń, wywołanych przez przyczyny na jrozmaitsze i w najrozmaitszych działające okolicznościach. Trudno jest przeto *a priori* zgodzić się, aby wojna, a z nią radykalna zmiana odżywiania, względnie głód, miały być wyłącznym i jedynym powodem pewnych ściśle określonych stanów patologicznych, zwłaszcza w zakresie wspomnianym.

Z ogólnej patologii wiemy, że głód wywołuje zasadnicze i bardzo wyraźne zmiany w ustroju. Historyczny kot Biddera i Schmidta, zagłodzony na śmierć, pozwolił na wyprowa-

dzenie pewnych stałych wniosków w nauce, potwierdzonych następnie przez wielu badaczy. Po śmierci zagłodzonych zwierząt określono (Voit), że straciły one wogóle 97% tłuszczu, 30,5% tkanki mięśniowej, 27,5% krwi, 40% wagi jąder, 66,7% śledziony i t. d. Lecz jak wszędzie, tak i tutaj z liczbami i hipotezami należy być bardzo ostrożnym i pośpiesznych nie wypowiadać wniosków, gdyż przedewszystkiem nie w całym ustroju straty rzeczzone przedstawiają się jednakowo. Tłuszcz np. podskórny, stanowiący zewnętrzne okąglenia kształtów naszego tułowia, znika bardzo widocznie i szybko, natomiast tłuszcz, znajdujący się wewnątrz — w jamach ciała, zużywa się o wiele wolniej, co sam niejednokrotnie w swoim czasie obserwowałem. Jak rozmaicie zachowują się różne organy ustroju wobec głodzenia, niech świadczą obserwacje nad łososem reńskim, który głodzony w wodzie, tracił dużo tkanki mięśniowej (grzbietowej), a jednocześnie wykazał przyrost wagi jajników z 280,0 na 1888,0!

Krew traci 27% wagi, ale jej gęstość bywa różna w różnych przypadkach głodzenia¹⁾. O zmianach w aparacie więzadłowym

¹⁾ W. Popiel. Przyczynek do badań nad c. gat. krwi, Pam. Tow. Lek. Warsz. 1896.

i tkance włókien elastycznych nie mamy żadnych danych. Mięśnie zato ruchowe tracą $\frac{1}{3}$ wagi, a mięsień sercowy traci zaledwie 2,60%. Być może, że mięsień macicy, który anatomicznie i fizyologicznie jest tak zbliżony do mięśnia sercowego, traci również niewiele. Prawdziwie ścisłych jednak i przekonujących badań w tym kierunku nie mamy, a przecież tylko na takich badaniach opierać się nam wolno. Pośpiesznych zatem wniosków wyprowadzać nie należy, zwłaszcza jeśli brak nam pewnych danych, co do stanów poprzedzających i następujących po głodzeniu danego osobnika. Nie mamy również, jak dotąd, spostrzeżeń kontrolujących — niezbędnych w ścisłych i prawdziwych obserwacjach. Idąc dalej, mamy: głód zupełny aż do śmierci (kot Biddera i Schmidta), oraz głód niezupełny, względny czyli niedojadanie jakościowe lub ilościowe, które również wywołuje pewne zmiany w ustroju, czasem nawet bardzo widoczne, w każdym razie jednak, ani tak wielkie, ani tak określone, jak w głodzeniu bezwzględem (aż do śmierci). Następstwa zatem takiego głodzenia czy niedojadania niebędą również ani tak jaskrawe ani tak częste, zwłaszcza w sferze ginekologii i położnictwa.

Przecież ogromna część ludności naszego kraju stale nie dojada jakościowo a po części i ilościowo. Ludność izraelska odżywia się podobno zwykle bardzo skąpo, pomimo to nie zauważono dotąd w tych warstwach ludności jakichkolwiek, specjalnie od głodzenia zależnych zmian czy zaburzeń w sferze ginekologii i położnictwa poza ogólnie i oddawna znanymi i stwierdzonymi faktami (*amenorrhoea*).

Że głód jakościowy czy ilościowy odgrywa dużą rolę w zdrowotności ustroju — mówić nie potrzeba, nie jest on jednak jedynym darem toczącej się wojny. Po za nim mamy jeszcze szereg cały niemniej ważnych czynników, że wymienię tylko specjalny nastrój psychiczny, przemęczenie w utrudnionej niezmiernie walce o byt, fizyczne wyczerpanie przez pogoń za zdobyciem środków do życia, ciągle przebywanie na nogach, ostrą i ciężką zimę i t. d.

Wszystko to razem wzięte może o wiele pewniej spowodować rozmaite zaburzenia w sferze płciowej kobiety, niż samo zjawisko głodzenia. Trochę ryzykownem byłoby tu kładzenie na karb wyłącznie głodzenia przejawów chorobnych, które np. prędzej od przyczyn mechanicznych mogą zależeć. Nakoniec istnieje jeszcze jeden wzgląd, który w statystyce

przypadków patologicznych odgrywa dużą rolę i każe być ostrożnym we wnioskowaniu. Oto mamy kolosalne zwiększenie się frekwencji oddziałów i ambulatoryów szpitalnych obok jednoczesnego zmniejszenia się frekwencji prywatnej.

Wskutek gwałtownych zmian w posiadaniu i w zarabkowaniu większa część klienteli prywatnej przeniosła się do bezpłatnych ambulatoryów. Stąd znaczny napływ rozmaitych chorych, które przed wojną leczyły się gdzieindziej. Stąd zupełnie względne zwiększenie się w ambulatoriach bezpłatnych liczby różnych przypadków i spostrzeżeń, które może wcale nie mają bezpośredniego — przyczynowego związku ani z wojną, jako taką, ani z głodem przez nią spowodowanym. Tym sposobem wszelkie wnioskowania, stąd pochodzące, mogą, jako zbyt pośpieszne, być nie zawsze w zgodzie z rzeczywistością.

Co zaznaczywszy, pośpieszam przejść do kwestyi poruszonej, a nawet rozstrzygniętej (?) już w piśmiennictwie niemieckim z podziwu godnym pośpiechem w wyprowadzaniu decydujących wniosków. Kwestya ta nasuwała mi powyższe uwagi i tyczy się ciekawego zjawiska, jakie zauważono w Niemczech już w roku zeszłym. Mam tu na myśli wyraźne zmniejszenie się liczby przypadków rzućkawki porodowej (eklampsy) w ostatnich latach po wybuchu wojny. Pierwszym, który stwierdził ten fakt, był C. Ruge II z kliniki Bumma w Berlinie, gdzie stale bywało nie mniej niż 45 przypadków rocznie, a w roku 1915/16 tylko 15. Stosunek procentowy z 2,43 — 3,92 spadł do 0,85%. Autor¹⁾ przypisuje to zjawisko dyecie „wojennej“ ubogiej w białko i tłuszcze.

Wkrótce potem zjawiała się praca A. Mayera²⁾ z kliniki w Tybindze (prof. Sellheima), gdzie stwierdzono:

w roku 1913	przypadków drgawek	9	= 1,00%
" 1914	"	7	= 0,80%
" 1915	"	1	= 0,10%
" 1916	"	0	= 0,0%

Ciekawem jest bardzo wyjaśnienie autora. Przyczyny tego faktu dopatruje się w znacznie zmniejszonej „impregnacji spermy“ podczas wojny z powodu krótkich i rzadkich urlopów mężczyzn. Według A. Mayera brak „przeładowania spermy“ ustroju niewieściego

¹⁾ C. Ruge II. Ueber den Einfluss der Kriegsernährung u. s. w. Ctbl. f. G. u. G. 1916, str. 680.

²⁾ A. Mayer. Ueber die Beziehungen des Krieges zur Eklampsie. Arb. f. G. u. G. 1916, str. 795.

czyni go o wiele odporniejszym względem rzucawki porodowej.

Następna z kolei praca K. Warnekrosa ¹⁾ z kliniki Bumma stanowi jakby pendant do wspomnianego artykułu Ruge'go i stwierdza także zmniejszenie się liczby przypadków rzucawki w Berlinie. Mianowicie w 3 największych zakładach położniczych berlińskich było łącznie:

w r. 1913	porod.	9038	przyp. rzuc.	178=1,97%
" 1914	"	8840	"	157=1,77%
" 1915	"	7823	"	110=1,41%
" 1916	"	5292	"	45=0,85%

Warnekros twierdzi stanowczo, że tak wyraźne różnice zależą wyłącznie od zmienionego zasadniczo odżywiania się ludności i wyprowadza stąd wnioski, mające na celu ograniczenie tego cierpienia w przyszłości.

Rok bieżący przyniósł nam w pierwszym kwartale już dwie prace na poruszone tematy. Pierwsza z nich tegoż A. Mayera ²⁾ ma już tylko czysto polemiczny charakter, druga praca zaś R. Th. Jaschkego ³⁾ pochodzi z kliniki Opitza w Giessen. Jaschke, cytując doświadczenia Opie i Alforda na zwierzętach, twierdzi, że odporność na szkodliwość chloroformu w dużym stopniu zależy od sposobu żywienia. Najgorzej znoszą chloroform szczury, żywione tłuszczami, najłżej zaś—karmione węglowodanami i one też najmniejsze wykazywały zmiany w wątrobie. Jednocześnie stwierdzone zostało, że odsetek śmierci u eklamptyczek chloroformowanych wyższy jest o 18%. Zestawiając te spostrzeżenia, Jaschke sądzi, że pożywienie uboższe w tłuszcze („dyeta wojenna“) wywiera właśnie wpływ stanowczy na zmniejszenie się liczby przypadków rzucawki, nie odrzuca jednak przytem zupełnie przypuszczeń Mayera.

Treść i wnioski przytoczonych prac nie mogą nie zwrócić na siebie uwagi, tembardziej, że i w Warszawskim Zakładzie położniczym również zauważyliśmy zmniejszenie się w zeszłym i poprzednim roku liczby chorych z rzucawką porodową.

Chcąc jednak otrzymać bardziej dokładne dane, pozwoliłem sobie prosić sz. kolegów, prowadzących oddziały i zakłady położnicze w Warszawie o łaskawe użyczenie mi swych liczb za ostatnie cztery lata ⁴⁾.

¹⁾ K. Warnekros. Kriegskost u. Eklampsie. Arbl. f. G. u. G. 1916, str. 897.

²⁾ A. Mayer. Ueber die Ursachen u. s. w. Ctrbl. f. G. u. G. 1917, str. 101.

³⁾ Th. R. v. Jaschke. Eklampsie Gift und Kriegskost. Ctrbl. G. u. G. 1917, str. 206.

⁴⁾ Niech mi wolno tu będzie podziękować sz. kolegom za łaskawe poparcie moich usiłowań.

Uprzejmie nadesłane mi odpowiedzi z Zakładu Św. Zofii, praskiego Zakładu położniczego, oddziału położniczego w szpit. Starozakonnych, b. przytułku № 3, instytutu położniczego i na koniec z Warszawskiego Zakładu położniczego posłużyły mi do poniższego zestawienia. W ten sposób otrzymałem liczby duże, dające zatem duże również prawdopodobieństwo rzeczywistości. Zakładów prywatnych pod uwagę nie brałem, jako posiadających klientelę mniej odczuwającą skutki wojny. Otrzymane dane możemy uszeregować jak następuje:

		Przypadków			
Rok	Rodzących I parae	rzucawki			
1913	6404	2116	51	= 2,41%	
1913	7415	2255	53	= 2,40%	
1915	6014	1880	22	= 1,17%	
1916	4713	1232	16	= 1,30%	

Jak widać liczba przypadków rzucawki w latach wojny zmniejszyła się o połowę prawie w porównaniu z czasem przedwojennym. Wyniki te możemy stanowczo uważać za miarodajne, jako wzięte z kilku zakładów i z dużej liczby spostrzeżeń, a więc za zgodne z rzeczywistością.

Drugim z kolei pytaniem będzie naturalnie: czemuż przypisać to zjawisko?

Teorii Mayera poruszać zasadniczo nie będę, mogą tylko rozumować w ten sposób, że przecież „impregnacja spermy“, u osób młodych, a zwłaszcza pierwiastek, odbywa się zwykle pod każdą szerokością geograficzną w sposób jednakowo intensywny, a może nawet na południu w większym stopniu niż na północy, gdy tymczasem liczba chorych na rzucawkę właśnie na północy jest większa, jak to podkreślają z innych powodów wzmiankowani autorzy.

Ten ostatni fakt przemawiałby za teorią zależności rzucawki od ilości i jakości pożywienia, resp. za pożytkiem względnego głodzenia w rzucawce. Lecz jak wtedy wytłomaczyć częstość tego cierpienia w złe i niedostatecznie odżywianych warstwach biedniejszej ludności Warszawy, która w najlepszych czasach nawet nie nadużywała ani tłuszczu ani białka? Przecież równie dobrze grasuje rzucawka w północnych i wschodnich t. zw. wiecznie głodzących guberniach Rosyi.

Nie poruszając tu teorii rzucawki wogóle, pozwolę sobie zwrócić uwagę na inne zjawiska, towarzyszące naszym spostrzeżeniom.

Pierwszem będzie znaczny spadek liczby porodów wogóle a szczególnie, co podkreślam, liczby pierworódek w latach 1915 i 1916, a wiadomo przecież powszechnie, że

rzucawka wybiera sobie ofiary przeważnie z pomiędzy pierwiastek właśnie. Okoliczność ta odgrywa zdaje się pierwszorzędną rolę w omawianej kwestyi.

Następnie zakaz używania alkoholu nie mógł tutaj pozostać bez wpływu, zwłaszcza w uboższych warstwach ludności, gdzie właśnie często spotykamy wódkę, używaną jako lekarstwo podczas ciąży (nudności, wymioty i t. d.).

Kto wie, czy większa liczba spotykanych na północy przypadków rzucawki nie jest związana z użyciem i nadużyciem alkoholu. Zmniejszona wskutek alkoholizacji sprawność wątroby i nerek i zmiany, wtedy w rzeczonych organach zachodzące, mogą być w pewnej analogii do powyżej przytoczonych spostrzeżeń Opie i Alforda.

Jak wiemy, rzucawka tem częściej występuje, im bliżej końca ciąży. Obecnie zaś — podczas wojny — liczba poronień zwiększyła się znacznie, zwłaszcza poronień ukrywanych, co również nie może pozostać bez wpływu na statystykę przypadków rzucawki.

Streszczając się, pozwalam sobie twierdzić, że liczba przypadków rzucawki w War-

szawie (również jak i w Niemczech) rzeczywiście zmniejszyła się podczas lat wojennych więcej niż o połowę. Zjawisko to zależy przede wszystkim od znacznego zmniejszenia się liczby pierworódek (prawie również o połowę) i jednoczesnego zwiększenia się liczby poronień. W pewnej mierze omawiana sprawa zależy może także od zakazu używania alkoholu. Zato twierdzenia: o znaczeniu „impregnacji spermy“, a zwłaszcza o przemożnym wpływie pożywienia, nie znajdują potwierdzenia wobec szerszego ujęcia kwestyi.

Jak już wspominałem, w krajach południowych rzucawka spotyka się rzadziej, chociaż „impregnacja“ odbywa się tam nie mniej chyba intensywnie, niż na północy.

Pożywienie zaś naszego ludu i wogóle plemion wschodniej Europy nigdy chyba nie zdradzało przeładowania tłuszczami czy białkiem.

Sądzę, że wymienione przeżycie „zwyczajne“ przyczyny daleko chyba prościej i łatwiej wyjaśniają omawiane zjawisko, niż sztuczne a pośpieszne wnioski o charakterze „wojennym“.

ZE SZPITALA DLA ZAKAŻNYCH NA POKORNEJ.

Cierpienie opon mózgowych w przebiegu tyfusu plamistego.

(PODŁUG KOMUNIKATÓW W STOW. LEK. POL. 15.VI. I NA II ZJEŹDZIE HYG. I.VII. 1917).

Podał

Leon Karwacki,

lekarz naczelny szpitala.

(Dokończenie — patrz № 45).

Domysł ten musiałby być znowu poparty faktem wykrycia pasorzytów w wypróżnieniach (moje badania wypadły w tym względzie ujemnie) i szeregiem faktów doświadczalnych, wskazujących, że przez wtarcie, lub przeniesienie na błonę śluzową, przez wtarcie w skórę nieuszkodzoną lub obrażoną powstaje istotnie zakażenie. Pomijając rolę wypróżnień, jako zgoła niedowiedzioną, pozostaje jeszcze fakt zgniecenia i roztarcia wszy zakażonej, fakt, który niewątpliwie musi mieć miejsce w życiu codziennym u osobników zaszczepionych i drapiących się. Może mieć miejsce także fakt zakażenia palców przy złapaniu i rozgniataniu wszy i przeniesienia zarazków na błony śluzowe. Widzimy więc, jak różne mechanizmy mogą wchodzić w grę nawet po uznaniu wszy jako jedynego zbiornika

jadu. Czy tylko jeden z nich niezbędny jest aby zakażenie powstało, czy też każda z tych ewentualności w pewnych razach zdolna jest wszczepić zarazę, tego zgoła nie wiemy.

Wygłaszanie tedy *in verba magistrorum* poglądów apodyktycznych o epidemiologii tyfusu plamistego, negowanie całkowite istnienia przenośników innych i odrzucanie możliwości zarażania się bezpośredniego od chorych — są to frazesy płytkie i szkodliwe.

Wracam do znaczenia epidemiologicznego zapalenia opon w tyfusie plamistym. Nawet wczesny współudział opon w procesie chorobnym ze stanowiska epidemiologicznego może być traktowany jako następstwo zakażenia obiegu krwi i osiedlania się zarazki na oponach. Wiemy dobrze wszak, że w prze-

biegu najrozmaitszych spraw zakaźnych typu posocznicowatego opony mózgowe mogą być wciągnięte niekiedy w sprawę chorobną dzięki przerzutom bakteryjnym. Jednak między sprawami oponowemi tego typu a cierpieniem opon w tyfusie plamistym zachodzi ta różnica zasadnicza, że cierpienie opon w tyfusie jest niesłychanie wczesne, a — co najważniejsza — stałe. I tu nasuwa się analogia z zapaleniem opon nagminnem, drętwią karku. Wiemy, że długoletni spór o to, jaką drogą przedostaje się meningokok do opon, został rozstrzygnięty w tym sensie, że drogę stałą stanowi błona śluzowa nosa i gardzieli oraz naczyń chłonne, a nie obieg krwi i przerzuty. Rodzi się zatem zupełnie uzasadnione pytanie, czy te same wrota nie są miejscem wtargnięcia i dla kokobacyłów tyfusu plamistego? Na korzyść podobnego przypuszczenia przemawia przekrwienie błony śluzowej nosa, gardzieli, łącznic, wskazujące, że w samym początku choroby błony te są podłożem akcji patologicznej. Argument drugi stanowi odrębność flory pasorzytniczej wtórnej w płynie mózgowordzeniowym i we krwi, o czem już wspominałem wyżej. Rodzaj drobnoustrojów wtórnych także jest pewną wskazówką lokalną: najczęściej spotykałem drobnoustroje tego typu, co w nosie i gardzieli. Zwrotdnienie pasorzytów wtórnych w płynie mózgowym, fagocytoza, jałowość częsta przesiewów wskazują, że są to typy saprofityczne, w życiowości swej mocno osłabione. Fakty te także niezupełnie godzą się z przypuszczeniem, aby drobnoustroje przedostały się przez obieg krwi: drobnoustroje, które wtargnęły do obiegu, oparły się zniszczeniu w środowisku bakteryobójczem i dotarły aż do opon, cechują się zwykle zjadliwością i żywotnością mocną, a w oponach wywołują odczyn ropny.

Wszystko to są jednak argumenty wartości drugorzędnej. Faktem decydującym byłoby wykrycie wczesne na powierzchni błon, w śluzie i zeszkrobinach kokobacyłów swoistych. Badania w tym kierunku zostały przeze mnie przeprowadzone, oczywiście, tylko bakteryoskopijnie. Śluz i zeszkrobiny z nosa i gardzieli od chorych przed lub na początku wysypki były przenoszone na szkiełka, utrwalane i barwione Giemsa. W myśl tego, co mówiłem wyżej, badanie bakteryoskopijne ma wartość decydującą tylko wtedy, gdy preparat zawiera pasorzyty w masie. Otóż dotąd ani razu nie powiodło mi się wykryć pasorzytów w ilości tak znacznej, aby można było wykluczyć ziarenka pochodzenia komór-

kowego i detryt wszelkiego rodzaju. Twory pojedyncze w tem zakażeniu, nawet zawarte w komórkach, nie posiadają kształtu, ani charakterystyki barwnej, pozwalających na ściśle rozpoznanie.

Rozstrzygnąć więc tej sprawy nie zdołałem, podejrzenie jednak co do roli błon śluzowych, jako wrót wtargnięcia zarazka, przez to nie upada i musi być brane pod uwagę na równi z innemi możliwościami epidemiologicznemi. Co do sposobu zarażania się błon śluzowych znane nam są dwie możliwości: albo przez powietrze od chorego (zaraza kropelkowa), albo też przez zakażone palce (powalane przez rozgniecioną wesz), przedmioty zakażone rzadziej mogą przenosić ten typ zarazków.

Z przytoczonego występuje chyba z jasnością dostateczną, ile kwestyi niewyjaśnionych zawierają dotychczasowe podstawy epidemiologiczne tyfusu plamistego. Zdawaćby się mogło, że postawienie wyraźne kilku problemów jest już w połowie ich rozwiązaniem. Wystarczy dokonać szeregu doświadczeń w określonym kierunku, aby jedne z nich ugruntować, a drugie rozwiązać. Na drodze jednak do rozwiązania tych wątpliwości stoją dwie olbrzymie przeszkody: jedna — to niemożność otrzymania hodowli na podłożu sztucznem, druga — brak obiektu właściwego do doświadczeń. Jedyna bowiem *anima vilis* do eksperymentów epidemiologicznych to człowiek. Mniej podatnem zwierzęciem jest małpa, w chwili obecnej notabene niepodobna ich sprowadzać. Co się zaś tyczy świnek morskich, to zachorowania ich po szczepieniach są tej natury, że trzeba dużo dobrej woli, aby je stwierdzić, a do dociekań nad wrotami zakażenia w związku z wszą ludzką nie nadają się zupełnie.

Na eksperyment nad ludźmi pozwolił sobie w roku ubiegłym pewien lekarz chory umysłowo. Jako asystent profesora Hamdi'ego, lekarz ten miał powierzone szczepienia ochronne zapomocą wyjałowionej krwi chorych. Otóż, nie wyjaławiając krwi wcale, zastrzyknął 310 osobnikom zdrowym po 5 cm. sz. krwi odwłóknionej, wziętej od chorych na tyfus plamisty w *stadium floridum*. 174 zaszczepionych zachorowało, a 49 zmarło. W ten sposób został ustalony fakt zaraźliwości krwi w tyfusie plamistym. W innem znowu doświadczeniu tego samego typu obłąkaniec ów otrzymał kilka zarażeń doświadczalnych o wyługaniu spóźnionem po zastrzyknięciu krwi ozdrowieńców.

Duże luki w roli wszy ubraniowej, jako

nosicielki tyfusu, i brak wszelkich danych pozytywnych co do innych dróg szerzenia się choroby nie wykluczają bynajmniej, że drogi te istnieją. To też żadne zarządzenia profilaktyczne i dezynfekcyjne nie powinny być podejmowane jednostronnie, wyłącznie pod

hasłem walki z wszawicą, lecz bodaj empirycznie muszą się liczyć z różnemi możliwościami, traktując chorego i jego wydzieliny, jako zakażone, oraz biorąc pod uwagę i prawdopodobieństwo zarażania się przez powietrze drogą kropelkową.

Przegląd bibliograficzny.

Dr. Med. Bolesław Dębiński. Walka z gruźlicą jako chorobą ludową (z 17 rysunkami. Warszawa 1917).

Dr. Kazimierz Dłuski. Istota gruźlicy, drogi szerzenia się i sposoby zwalczania. Odczyt wygłoszony w Zakopanem (Zakopane 1917).

Dr. Seweryn Sterling. Tezy walki z gruźlicą. (Warszawa 1917).

W dziedzinie walki z gruźlicą, tej wielce aktualnej w czasie obecnym dla nas sprawy, mamy do zanotowania trzy niewielkie prace, wydane w roku bieżącym, napisane przez dzielnych szermierzy w tej dziedzinie wiedzy: Bolesława Dębińskiego z Warszawy, Kazimierza Dłuskiego z Zakopanego i Seweryna Sterlinga z Łodzi.

Każda z tych prac miała inny punkt wyjścia: Dębińskiego — pedagogiczny, gdyż broszura jego jest streszczeniem wykładów, jakie miał w roku bieżącym na kursach przygotowawczych dla lekarzy powiatowych Królestwa Polskiego. Dłuskiego popularyzacyjny, lecz przeznaczony dla szerszej inteligencji, i wreszcie Sterlinga — naukowo praktyczny, omawiający w krótkim zarysie najnowsze wyniki badania gruźlicy i jej zwalczanie dla lekarzy praktyków.

Wszystkie trzy prace w zupełności odpowiedziały celowi, jaki założyli sobie ich autorowie. Pisane są przytem językiem poprawnym i potoczyscie, zasługują w wysokim stopniu na zalecenie ich tym sferom, dla których zostały przeznaczone, podają bowiem w krótkich zarysach ostatnie wyniki badań naukowych i klinicznych tej wielce ważnej, a zawsze aktualnej sprawy.

Praca Dębińskiego na 80 stronicach druku przedstawia przedewszystkiem zwięzłe nowoczesne poglądy na istotę zarazka gruźliczego, morfologię i biologię lasecznika, z podaniem kilku dobrze wykonanych rysunków. W rozdziale drugim i trzecim omawia źródła zarazy i sposób szerzenia się jej, podaje ciekawe tablice śmiertelności gruźlicy w różnych krajach i miastach, jako też w Warszawie, oparte na tablicach Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

W następnych kilku wykładach zajmuje się walką z gruźlicą, jako kłeską społeczną i omawia bliższe szczegóły tej walki. Opisuje znaczenie i rolę sanatoryjów, szpitali dla gruźliczych, towarzystw przeciwgruźliczych, przychodni, podając wyniki działalności przychodni w całym kraju, a szczególnie War-

szawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Praca ta bezspornie spełniła swoje zadanie i napewno będzie dobrym drogowskazem dla naszych lekarzy powiatowych, którzy sprawę walki z gruźlicą na prowincyi winni postawić sobie, jako jedną z podstawowych spraw swojej działalności lekarskospołecznej.

Niewielka broszurka Kazimierza Dłuskiego na 40 stronicach stanowi niezwykle jasno opracowaną kwestyę całokształtu gruźlicy i jej zwalczania, a różni się wybitnie od licznych podobnych publikacji tem, że obok bardzo umiejętnego spopularyzowania dość zawiłych spraw, odnoszących się do etiologii gruźlicy i jej szerzenia się, cała walka z gruźlicą jest wyłożona głównie na podstawie nowoczesnych wyników, oświetlonych własnem doświadczeniem krytycznem autora.

Seweryn Sterling, niezmordowany i wytrwały bojownik na polu walki z gruźlicą, w broszurze 20 stronicowej przedstawił niezwykle zwięzłe, a zarazem krytycznie całokształt sprawy gruźliczej pod postacią tez, które stanowią poniekąd dla lekarza praktyka jakby katechizm w tej ważnej dziedzinie. Omawia więc kolejno *phthisiogenesis*, reasumując w niej w formie krótkich aforyzmów najnowsze wyniki badań ścisłych, podając jednocześnie krytyczne uwagi, odnoszące się do kwestyi spornych (*allergia*, *anaphylaxis*, *immunitas* i t. p.) W drugim oddziale (klinika) streszcza podstawy klasyfikacji i formy gruźlicy, podając swoją znaną klasyfikację. W trzecim oddziale (terapia) omawia podstawy walki; poświęciwszy końcowy rozdziałik sprawie przyszłościowej u nas walki z gruźlicą, podaje, że ośrodkiem walki z tą chorobą winien być wydział do walki z gruźlicą, przydzielony do wydziału zdrowotności publicznej, którego zadaniem będzie: 1) registracja gruźlicy, 2) izolacja chorych zarazliwych, 3) dezynfekcja mieszkań.

Dalej podaje szczegółowy skład wydziału, który dzielić się winien na: 1) wydział informacyjny, 2) wydział porad, 3) pracownię rozpoznawczą, 4) stacyę obserwacyjną, 5) stacyę światłoleczniczą i 6) stacyę leczenia swoistego.

Cała ta, mała objętością a bardzo bogata w treść broszurka jest obmyślona wysoce oryginalnie i daje poniekąd programowy całokształt walki z gruźlicą, ułożony nie tylko na podstawie ostatnich wyników nauki, lecz jednocześnie obmyślony bardzo krytycznie i przerobiony w umyśle wielce doświadczone-

go w tej dziedzinie praktyka. Aczkolwiek referent mógłby uczynić niektóre drobne zarzuty, np. w dziale klasyfikacji dla celów zapobiegawczych (punkt A) gruźlica, w której zejścia śmiertelnego oczekiwać można w ciągu najbliższych miesięcy, wydaje się referentowi bardzo trudnym problemem klinicznym, jakoteż punkt B tegoż poddziału, t. j. gruźlica płuc, w której podgojenie, względnie zagojenie jest prawdopodobne. Również niewyraźnie jest określony punkt Ac, w którym pisze autor: „Należy ustalić nieswoistość obja-

wów ze strony dróg oddechowych. Jeśli leczenie zakładowe jest potrzebne, to w szpitalu ogólnym“. Jest to także trudny problemat kliniczny. Są to jednakże, jak sądzić mogę, nie usterki, lecz pewne niedomówienia, zależne od niezwyklej treściwości wykładu i bynajmniej nie ujmują w niczem wartości pracy, obmyślanej wielce oryginalnie i zasługującej w zupełności nie tylko na odczytanie, lecz przestudyowanie przez lekarzy praktyków.

A. Sokołowski.

Wiadomości bieżące.

— Sekcja Zdrowia Publicznego przy Departamencie Spraw Wewnętrznych otrzymała zawiadomienie o wakujących miejscach dla lekarzy:

1) W Turku Ziemi kaliskiej młody lekarz, polak, może otrzymać miejsce w szpitalu miejskim; pensja wynosi 3000 m. rocznie. W całym powiecie jest tylko 2 lekarzy.

2) W szpitalu żydowskim w Kaliszu wakuje posada dla chirurga z pensją 1800 m. rocznie.

3) W Żelechowie miejsce lekarza szpitalnego; 200 m. pensji miesięcznej i mieszkanie.

4) W Maciejowicach miejsce lekarza szpitalnego; szpital na 35 łóżek. bardzo dobrze urządzony; pensji 200 m. miesięcznie i bardzo dogodne mieszkanie.

-- Na jednym z ostatnich posiedzeń Rady Miejskiej uchwalona została z dość znacznymi poprawkami Ustawa o podatku szpitalnym miejskim. Nie wdając się w krytykę samego podatku, podajemy ważniejsze paragrafy ustawy:

1.

Podatek szpitalny miejski opłacają: 1) osoby, zamieszkałe w Warszawie dłużej, niż trzy miesiące w wieku powyżej lat 17, utrzymujące się z własnego mienia lub pracy samodzielnej, 2) przedsiębiorstwa handlowe i przemysłowe, instytucje społeczne, stowarzyszenia i związki, kooperatywy, biura, zakłady, kluby i t. p.

2.

Wolni są od podatku: 1) wojskowi, 2) ubodzy, zarejestrowani w wydziale dobroczynności publicznej, 3) słuchacze wyższych zakładów naukowych oraz seminarzystów duchownych i nauczycielskich, 4) klasztory, 5) przedsiębiorstwa, pozostające pod bezpośrednim zarządem Magistratu m. Warszawy.

3.

Ustawa niniejsza obowiązywać będzie od 1 stycznia 1918 roku do chwili wprowadzenia w życie obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby, lub najpóźniej do 31 grudnia 1919 r.

6.

Osoby, opłacające ten podatek, dzielą się na 3 klasy:

1) do klasy I należą: a) właściciele i dzierżawcy majątków nieruchomości, których szacunek ogniowy przekracza 75,000 m. oraz współdzierżawcy majątków nieruchomości, o ile na każdego z nich przypada część szacunku ogniowego większa, niż 85,000 mk. b) właściciele i współwłaściciele zakładów handlowych I i II klasy i zakładów przemysłowych I—IV kl., c) członkowie zarządów, dyrektorowie

powyżej wzmiankowanych zakładów handlowych i przemysłowych, d) osoby, pozostające w służbie publicznej lub prywatnej za wynagrodzeniem, o ile wynagrodzenie to przewyższa 5000 mk. rocznie, e) osoby bez określonego zawodu, których majątek przekracza 100,000 mk.

2) do klasy III należą: robotnicy, wyrobnicy, rzemieślnicy, nie utrzymujący własnych zakładów, służba w domach prywatnych i we wszelkiego rodzaju zakładach publicznych, woźni, odźwierni, stróże, służba szpitalna i cmentarna, furmani, motorniczo- wie i konduktorzy tramwajowi.

3) do klasy II — wszystkie inne osoby, do płacenia tego podatku obowiązane, a w pp. 1 i 2 nie wymienione.

U w a g a. Płatnicy podatku osobistego, o ile udowodnią w drodze reklamacy, że przypadający od nich podatek przekracza 1,5% ich dochodu rocznego, będą z decyzji Magistratu przeniesieni z klasy I do II lub III, a z klasy II do III, względnie zwolnieni z opłaty podatku.

7.

Wysokość podatku osobistego wynosi rocznie mk. 16—w kl. I, mk. 8—w kl. II i mk. 4—w kl. III, pomnożone przez liczbę członków rodziny i służby płatnika. Do rodziny płatnika przy tworzeniu tego mnożnika zaliczają się: on sam, jego żona, dzieci, samodzielnie nie zarobkujące, jednak nie więcej, niż dwoje w kl. I, jedno w kl. II, w kl. III dzieci w rachubę się nie biorą.

Do służby płatnika zaliczają się służący i służące przy nim zamieszkali, z wyjątkiem kucharzy, stangretów, szoferów, którzy będą brani w rachubę bez względu na to, czy mieszkają przy płatniku, czy też osobno.

8.

Podatek opłacany przez przedsiębiorstwa i instytucje na zasadzie p. 2 art. 1 normuje się według ogólnej liczby zatrudnionych osób i wynosi po Mk. 12 rocznie od każdego pracownika, za wyjątkiem robotników i rzemieślników w zakładach przemysłowych i rzemieślniczych, od których te zakłady będą opłacały po Mk. 8 rocznie.

Do osób zatrudnionych zaliczają się bez względu na wiek wszyscy pracujący, zarówno z nominacji jak z najmu lub wyboru. Nie będą liczeni: a) pracownicy z najmu, zatrudnieni u płatnika mniej niż 3 godziny dziennie, b) osoby pracujące bezpłatnie.

12.

Magistrat ściągą za pośrednictwem właścicieli domów i ich zastępców deklaracje od mieszkańców miasta i instytucji, obowiązanych do

płacenia podatku. Deklaracje według załączonego wzoru winny być dostarczone do Magistratu do dnia 15 lutego każdego roku.

13.

Podatek winien być zapłacony w terminie do 30 maja każdego roku. Należności od poszczególnych płatników, przekraczające Mk. 50 mają być wpłacane w równych ratach przed d. 30 maja i 30 listopada każdego roku.

16.

Nieuiszczenie podatku w terminach przepisanych pociąga za sobą karę w wysokości 10% za każdy miesiąc zwłoki.

17.

Niezłożenie w terminie przepisany deklaracji pociąga za sobą karę do 300 mk. grzywien, a za zamieszczenie w deklaracji wiadomości świadomie nieprawdziwych winni będą pociągani do odpowiedzialności kryminalnej.

20.

Płatnikom podatku lub osobom, pociągniętym do kary, przysługuje prawo wnoszenia reklamacji w ciągu dni 14 od daty otrzymania wezwania. Reklamacja nie wstrzymuje uiszczenia podatku, lecz wstrzymuje ściąganie kary.

23.

Osoby, które we właściwym czasie (art. 13) podatek szpitalny uiściły lub od których podatek

ten został opłacony, oraz ich dzieci, nie podlegające opłacie podatku w myśl § 7, jakoteż osoby, wyszczególnione w punkcie 2-im i 3-m § 2-go, korzystają z bezpłatnej kuracji w szpitalach miejskich, z wyjątkiem szpitali dla obłąkanych, pod następującymi warunkami: a) prawo do bezpłatnej kuracji przysługuje osobom od roku w Warszawie zamieszkałym, obłożnie chorym i zakwalifikowanym do kuracji szpitalnej przez lekarza naczelnego, b) kuracja bezpłatna może się odbywać tylko na salach ogólnych, c) z bezpłatnej kuracji chory może korzystać nie dłużej, niż ogółem 6 tygodni w ciągu jednego roku. Ostatnie to ograniczenie nie dotyczy chorych na ostre choroby zakaźne.

U w a g a. Aż do czasu doprowadzenia liczby miejsc w szpitalach warszawskich do odpowiedniej normy płatnicy podatku korzystają z praw wypływających z artykułu niniejszego w miarę miejsc wolnych w szpitalach.

24.

W razie konieczności dłuższej kuracji niż 6 tygodni, pokrycie kosztów za czas ponad ten termin reguluje się podług ogólnych przepisów.

25.

Bez opłaty podatku szpitalnego z bezpłatnej kuracji szpitalnej mogą korzystać tylko ubodzy, należący do stałych mieszkańców gminy miejskiej miasta st. Warszawy.

N E K R O L O G I A.

WITOLDA RECHNIEWSKA.

Dr med. Witolda z Karpowiczów Rechniewska urodziła się w r. 1862 w Tyflisie z matki gruzinki z książąt Tumanow. Jako słuchaczka kursów im. Bestużewa w Petersburgu należała do grona organizacyjnego partii pierwszego proletariatu w r. 1884, razem z Rechniewskim, Kunickim i innymi. Uwięziona wkrótce po ślubie została zesłana w r. 1884 na Syberję.

W r. 1892 wyjechała do Paryża na studia i tam skończyła wydział medycyny. Rozprawę doktorską pisała w klinice prof. Guyona w 1900 p. t. *Etude du prolapsus de la muqueuse urethrale de la femme*.

Po zdaniu egzaminu państwowego w Rosji wraca na Syberję do męża i praktykuje z powodzeniem w Irkucku.

W r. 1906 przenosi się wraz z mężem do Warszawy. Tutaj pracuje na oddziale ginekologicznym Szpitala Dzieciątka Jezus i pełni jednocześnie obowiązki lekarza miejscowego — z przerwą kilkoletnią z powodu choroby płucnej.

Przed 10 laty była Ona pierwszą kobietą-lekarzem, która otrzymała nominację na lekarza miejscowego; nie odbyło się to bez pewnych obaw, czy kobieta-lekarz podoła tym trudnym obowiązkom. Kol. Witolda Rechniewska, zahartowana przez trudne warunki życia, potrafiła znosić przez szereg lat ciężką pracę lekarza

miejscowego i zawsze wywiązywała się umiejętnie i taktownie.

Jako lekarza, pracującego na oddziale szpitalnym kol. Witoldę Rechniewską cechowało szczere oddanie się pracy i umysł spoztegawczy, krytyczny. Ogłosiła prace: Przypadek krwawiczkii (*haemophilia*) leczony surowicą, w r. 1911, w Gazecie Lekarskiej (z dr. M. Paschalisówną) oraz Przypadek choroby Addisona, przedstawiony w 1917 na posiedzeniach klinicznych Szpitala Dzieciątka Jezus.

W ostatnich latach była lekarzem szkół miejskich i tę czynność sprawowała nie tylko dla zarobku, bo przed kilkoma miesiącami odbywała studia nad badaniem inteligencji u dzieci.

Jako towarzysza pracy był to człowiek prawy, na którego można było liczyć i nie zawieść się. Z tym trzeźwym i krytycznym umysłem szło w parze serce, które w kobiecie zwykliśmy cenić najwięcej.

Na ławie uniwersyteckiej umiłowala upodlegzonych i była ich przyjaciółką do zgonu. Kochała męża, towarzyszyła mu wszędzie, jako zesłańcowi aż do jego śmierci w roku zeszłym. Kochała pracę i ludzi, umiała się poświęcać dla nich. Podczas obecnej epidemii tyfusowej sumiennie i serdecznie spełniała swe obowiązki i jako lekarz miejscowy zaraziła się i padła ofiarą tyfusu plamistego. B. Grzankowski.

TREŚĆ NUMERU.

Str.
W. Popiel. Rzucawka porodowa a wojna obecna 493
Leon Karwacki. Cierpienie opon mózgowych w przebiegu tyfusu plamistego (dokończ.) . . . 496
Przegląd bibliograficzny. Bolesław Dębiński. Walka z gruźlicą jako chorobą ludo-

Str.
wą. Kazimierz Dłuski. Istota gruźlicy, drogi szerzenia się i sposoby zwalczania. Seweryn Sterling. Tezy walki z gruźlicą. Ocenil A. Sokółowski 498
Wiadomości bieżące 499
Nekrologia. Witolda Rechniewska 500

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

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**, wspólnemi 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. 12.50, z przesyłką m. 13.75. Dla prenumeratorów Gaz. Lek. cena zniżona na m. 6.25.
11. **Histeria — 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 5-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 w 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.

- Nr 1., A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
 Nr 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
 Nr 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowym duru brzuszego.
 Nr 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria anafilaksji.
 Nr 10. Ludwik Zembrzusi. O znieczulaniu ogólnym i miejscowym 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.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁO Z DRUKU:

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego

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

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘSNY BRONOWSKI

ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego.

Część I. Oglądanie i Opukiwanie.

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

Cena mk. 16.