



AZÉBALEKARSKA

·ΡΙΣΜΟ·ΤΥΓΟΘΗΙΩΤΑΕ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GALEZIOM · VMIĘJE-
 7 NOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2743.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

LAMPY KWARCOWE

(SZTUCZNE GÓRSKIE SŁOŃCE).

Kosztorysy i cenniki wysyłają

Zjednoczone firmy DROBNER — KRAKÓW.

(Dział: Magazyn Medyczny).

Działa przeciwnie i powstrzymuje fermentację w przewodzie żołądkowo-kiszczowym.

Zmniejsza samozatrucie, reguluje czynność kiszek, wpływa zbawiennie na

stan ogólny.

Wielokrotnie wypróbowany i
nadzwyczaj skuteczny jako

Tonicum

w dolegliwościach wskutek zaburzeń w trawieniu pochodzenia nerwowego.

Magnesium-Perhydrol

w postaci proszku: pudełka oryginalne po 25, 50, 100 g.
Tabletki po 0,5 g.: oryginalne opakowanie po 20, 50, 100
sztuk; dla kas chorych pudełka po 25 g., rurki po
20 tabletek.

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

E. MERCK Darmstadt

SKŁAD PRZECIECZNO-LĘKARSKA przy WARSZAWSKIM
STOWARZYSZENIU LĘKARZY opiewała na podstawie badań
czuciowych i klinicznych, że JODOBOL KAPLEJNICKO
jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej;
ciężarliwość 4,7 % czystego jodu-Przebieg nie zawsze
szkodzi wrodz. w każdym stosunku, jest przyjemny i sta-
nowi być stosowany w dawkach od 10-100 kropli trzy
razy dziennie, przykłada się w ustroju szybko, nie
wytwarza objawów podrażnienia ani skutków jodan
(jodizmu) nawet w dawkach największych i wycieka nie
skłonienie o ciągu 3 - 4 dni
Warszawa dnia 27 lutego 1914

Przewodniczący Komisji

Przemysłowo Lekarskiej

S. H. Frohneer
Sekretär

Sekretarz

J. M. Sheppey

Opuscula pro-natura e. 800.
 Nihil ueteris. Zona acuta
 To pueri 20 ad 24 et no
 possit. et 21. 11. 19. 19.
 Fides hinc
 C. 11. 11. 19. 19.
 Secunia, 19. 19. 19.

JORDOS

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.

Orexin

**LEK POBUDZAJĄCY TRAWIENIE.
ZNAKOMITY LEK PRZECIWWYMIOTNY.**

Nie posiada żadnego smaku, działa pewnie w braku łaknienia, w zwiótczeniu żołądka, niepowsięgłych wymiotach u ciężarnych i w wymiotach po chloroformowaniu.

Usuwa odbijanie i inne zaburzenia po ciężkostrawnych pokarmach.

Szczególnie odpowiedni w praktyce dziecięcej.

Opakowanie oryginalne: Tabletki orexynowe po 0,25 g. № X.

Dokładną literaturę dostarcza: K A L L E & C O. TOWARZYSTWO AKCYJNE. Biebrich nad Renem.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od 1819 r.

**Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).**

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia pg. modeli i rysunków.

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 ZAPOMOZI KASY IM. MIANOWSKIEGO.

WARSZAWA 1916.

Cena mk. 9.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

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.



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘC
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dieńdziesięcio-
lecie drugie.

Warszawa, d. 29 czerwca 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2743.

Z ZAKŁADU MEDYCYNY SĄDOWEJ UNIW. JAGIEL. W KRAKOWIE. DYR. PROF. DR L. WACHHOLZ.

O SAMOBÓJSTWIE KOBIET.

Podał

Wład. Finkelstein-Medyński.

Wśród negatywnych zjawisk społecznych, które rozwijają się równomiernie z postępem kultury i cywilizacji, samobójstwo zajmuje stanowisko wcale niepoślednie. Wzmaga się prawie z dnia na dzień walka o byt, rozczerowania i zawody, niespełnione nadzieje wraz z nadmierną chęcią „użycia świata“, —wszystko to przy upośledzonej funkcji całego organizmu, a szczególnie osłabionego systemu nerwowego, staje się tłem ogólnym, na którym rozwija się obraz samobójstwa.

Niepomierny rozwój samobójstwa, jego doniosła rola i znaczenie w życiu społecznym, zmusiły rozmaitych badaczy do dokładniejszego ujęcia go w pewne prawa i reguły, do wyszukania źródeł oraz motywów, które zjawisko samobójstwa warunkują.

Zaczątki tych badań znajdujemy już w bardzo starożytnej literaturze, przyczem, jak na owe czasy, są to już spostrzeżenia nader rzeczowe, wskazujące, że zjawisko samobójstwa już wówczas było na porządku dziennym, a badanie go—rzeczą aktualną.

Więc np. u Hippokratesa spotykamy się z uwagą, że u ludzi ze „zczernieniem żółci“ występuje popęd do samobójstwa, natomiast „oziębieniu żółci“ przypisuje Arystoteles przynębianie oraz nastrój samobójczy. Zapatrywania te rychło pokrył pył zapomnienia, w wiekach średnich nie mówi się o nich wcale, aż oto w nowszych czasach znów rozpoczęto

zastanawiać się nad problematem samobójstwa, korzystając z dawnych zapatrywań, t. zn. doszukując się przyczyn samobójstwa w samym człowieku, a nie poza nim.

Z nowszych badaczy Massaryk w pracy „Der Selbstmord, als die soziale Massenerscheinung der mod. Zivilisation“ był jednym z pierwszych, którzy poczęli w zmianach anatomopatologicznych szukać właściwej przyczyny samobójstwa i niemi go warunkować. Z innych autorów Brossel, Bartel, Heller i Pfeifer wskazują wrodzone lub nabyte cierpienia u samobójców; z tych szczególnie ciekawe są zapatrywania Bascha. Basch mianowicie, przypuszcza, że z czasem wytworzyć się może typ konstytucjonalny samobójcy, a to wskutek działania na system nerwowy rozmaitych czynników, pochodzących z narządów. Należy odróżnić zamach samobójczy od samego faktu śmiertelnego samobójstwa. Co do zamachów samobójczych, nie kończących się śmiercią, to, jak poucza doświadczenie, przypadają one częściej na kobiety, niż na mężczyzn; z drugiej strony wiadomo, że trzy, kończące się śmiercią samobójstwa męskie, odpowiadają jednemu takiemuż samobójstwu kobiecemu. Spostrzeżenia Gaupa dowodzą, że ze 124 osób, które wykonały nieudane zamachy samobójcze, było 64 kobiet oraz 60 mężczyzn, wśród tego tylko w jednym przypadku nie było zboczenia umysłowego, lecz i to u ko-

biety w ósmym miesiącu ciąży. Z temi spostrzeżeniami stoją w zgodzie badania i innych autorów, jak Placzka, Dürkheima i Wasermajera.

Cechą właściwą kobiet w stosunku do samobójstw jest ich pewna nadwrażliwość. Kobieta popełnia samobójstwo prawie z reguły pod wrażeniem, nigdy prawie jako wynik logicznego rozumowania, przytem nie dość rzadko można stwierdzić niedostateczną siłę motywu do popełnienia samobójstwa, co znów budzi pewne wątpliwości co do psychicznego stanu samobójczyni.

Samobójczynie korzystają nieraz z zamachu na swe życie dla rozmaitych ubocznych celów, nie mających w istocie swej zgoła nic wspólnego z chęcią pozbawienia się życia, to też używają środków niepewnych, wątpliwych co do działania i mało energicznych w skutkach.

Mechanizm psychiczny samobójstwa odbywa się prawdopodobnie w ten sposób, że w sferze podświadomej zbierają się oddzielne „samobójcze bodźce“, które z czasem ulegają kumulacji. Ten „nabój samobójczy“ warunkuje pewną predyspozycję indywidualną do samobójstwa, charakteryzującą się tem, że już najłagodniejszy czynnik jest w stanie wyprowadzić organizm z równowagi, zmniejszyć jego instynkt zachowawczy oraz nastroić go na „ton“ samobójczy. To też zawsze na motyw należy patrzeć, jako na tę ostatnią kroplę, która przechyła pułap. Samobójczynie jest niewątpliwie osobą chorą. Organy wewnętrzne; jak twierdzi Gaupp, nie odgrywają tu zbyt wybitnej roli, natomiast w systemie nerwowym centralnym lokalizuje się właściwy „ośrodek“ samobójczy.

Sięgnijmy obecnie do istoty samobójstwa u kobiet, t. zn. zanalizujmy pod względem anatomopatologicznym ten materiał, który nam dostarczyły sekcyje.

W 330 sekcjonowanych przypadkach samobójstw można było stwierdzić, że pewne cechy patologiczne są jakgdyby znamionami samobójstwa, gdyż towarzyszą mu dość stale.

Heller, jeden z pierwszych, poruszył sprawę związku przyczynowego samobójstwa ze zmianami anatomopatologicznymi. Dalej w tym kierunku poszedł Brosch, który stworzył nawet pewne typy samobójców, a mianowicie: 1) typ chorego samobójcy—*suicida aegrotans*, 2) typ chorego samobójcy, który dyssymuluje; 3) konstytucyjnie anormalny, 4) samobójca w stanie pewnych okresów fizyologicznych, np. dojrzewania płciowego, mie-

siączkowania, pokwitania (*suicida naturalis*) wreszcie 5) typ psychopatów.

W świetle badań anatomopatologicznych kwestya samobójstwa otrzymuje zupełnie odmienne zabarwienie, a nauka o samobójstwie wkracza na pewne i realne tory.

Mówiąc o zmianach anatomopatologicznych u samobójczyń, należy iść w trzech kierunkach: 1) uwzględnić stan ich mózgu, opon mózgowych i czaszki, 2) zbadać zmiany w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, wyjątkową zaś uwagę zwrócić na jajniki (miesiączkowanie) oraz 3) uzupełnić otrzymany stąd obraz pobocznymi zmianami w innych organach.

Na plan pierwszy wysuwamy zatem chorobliwe zmiany w oponach mózgowych, w mózgu i czaszce. Zmiany te można sprawdzić z jednej strony do przekrwienia, zazwyczaj dość znacznego, opon mózgowych. W naszym materiale zmiany w oponach wystąpiły prawie w 33% wszystkich przypadków. Prócz tego, można było stwierdzić ostre i chroniczne zmiany oponowe, wodogłowie, zrosty i zaniki mózgowe, ogniska rozmiękczynowe, miażdżycę tętnic mózgowych, zboczenia budowy czaszki, zmiany w jej kościach, zmiany starcze i t. p.

Na szczególne uwzględnienie jednak zasługują zmiany w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, na które, zdaje się, nie bez słuszności, prawie wszyscy autorowie w ostatnich czasach kładą dość silny nacisk. Co do tych zmian, niestety, musimy się ograniczyć do danych tylko z lat ostatnich, gdyż w dawniejszych nie spotykamy o nich żadnej wzmianki. Dopiero w protokołach z ostatnich czasów coraz częściej spotykamy się z uwagami, dotyczącymi zmian patologicznych w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, a co jest dla nas rzeczą niepomiernej wagi, zmiany te są dość pospolite dla przypadków samobójczych. Zmiany chorobne napotykalismy zarówno w grasicy (*thymus persistens*), w tarczycy, nadnerczu, przysadce mózgowej oraz w gruczołach płciowych. Te ostatnie należy otoczyć szczególnie baczna uwaga, gdyż, jak wskazują nasze spostrzeżenia z lat ostatnich, każda dziesiąta kobieta popełnia samobójstwo w okresie miesięczkowym. W obszernej swej pracy o samobójstwie Pfeifer skłonny jest widzieć przyczynę samobójstwa nie w samej menstruacji, lecz w mózgowej lub konstytucyjnej chorobie, lub w anomaliach (por. *status hypoplasticus*), na które miesiączkowanie tak znacznie ujemny wpływ wywiera. Wogóle, nie należałoby zbyt lekceważyć związku,

jaki zachodzi między miesiączkowaniem a samobójstwem. Wszak wiadomo, że podczas peryodu występują pewne zaburzenia już w życiu fizyologicznym kobiety, nawet z licznymi objawami chorobnymi (np. limfocytoza, zaburzenia w tętnie, ciepocie i t. p.), szczególnie w systemie nerwowym w postaci zwiększonej pobudliwości ogólnej (jest to t. zw. „falowanie zjawisk życiowych“ u kobiet, według Goodmana). Ciekawe badania Hissa i Eppingera stwierdziły, że w okresie miesiączkowym przychodzi do zwiększenia napięcia nerwu błędnego, któremu towarzyszy zmniejszenie napięcia nerwu współczulnego (więc „wagotonia“). Występuje wówczas zwiększona wrażliwość, lęk, niezdolność do hamowania się i ogólny niepokój. Stan ten prawdopodobnie jest wynikiem zmian wielogrzuczołowych, nie też dziwnego, że może się stać punktem wyjścia dla samobójstwa. Jeśli zaś wziąć pod uwagę korelację gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, że między jajnikiem a tarczycą, nadnerczem, grasicą oraz przysadką mózgową istnieje związek, łatwo pojąć, że już schorzenie jednego z gruczołów tego układu może wystarczyć, aby wpływ chorobny przeniósł się na inne, stwarzając tą drogą ogólne tło do samobójstwa.

W naszych przypadkach samobójstw u niewiast spotykamy się niejednokrotnie ze *status thymico-lymphaticus*. Ze schorzeń narządów rodnych do częstych należą: *endometritis* oraz torbiel jajnika. Cztery samobójczynie były w ciąży. W tych ostatnich przypadkach stosowano fosfor, co pozwala myśleć, że istotnym zamiarem mogła być chęć spędzenia płodu, a nie samobójstwo.

Jakkolwiek widzimy, że studia nad samobójstwem pogłębiono znacznie, nie należy przecież zapominać o danych statystycznych, gdyż w tym wypadku mówią one same za siebie, ilustrując doskonale poruszone zagadnienie. Faktem jest, że liczba samobójstw zwiększa się z roku na rok, a co w tem jest osobliwszego, że stosunek samobójstw męskich do kobiecych zmienia się, choć stopniowo, lecz stale, i to na niekorzyść tych ostatnich. W r. 1877 np. wykonano w Zakł. Med. Sąd. w Krakowie trzy sekcyje zwłok samobójców, a ani jednej samobójczynie, natomiast na rok 1917 przypadają 42 przypadki samobójstw, z tego 10 kobiecych. Co do wieku samobójców, to z zestawienia 330 przypadków (w tem przeszło 100 kobiet), sekcjonowanych w tu-tejszym zakładzie Med. Sąd. okazuje się, że wiek samobójczyń w przybliżeniu odpowiada wiekowi samobójców.

Maximum samobójców rekrutuje się z ludzi w sile wieku, a więc między 20 — 30 rokiem życia. Częstość samobójstwa nie się początkowo bardzo powoli w górę, a około 20-go roku życia podnosi się do szczytu i to dość nagle, osiągając maksymalną liczbę 50% wszystkich samobójstw. Prawie do 30-go roku życia częstość największa trwa, aby później znów stopniowo opadać i powyżej 60 roku życia iść stromo w dół.

Podobnie rzecz się ma z częstością tego lub innego sposobu wykonania samobójstwa. Tu też kobiety posiadają pewne właściwości, różniące je od metod wykonania samobójstw przez mężczyzn.

Tu maximum osiągają otrucia, które wynoszą 60% wszystkich przypadków samobójstw, z tego na otruciu fosforem przypada większa część (34%); drugie z kolei miejsce zajmuje powieszenie, następnie zastrzelenie. Wśród zastrzelonych mamy równą liczbę tych, którzy mierzyli w głowę, jak i tych, którzy celowali w pierś. Czwarte z kolei miejsce zajmuje utonięcie (8%), dalej następuje podpalenie, rany cięte, rzucenie się pod koła pociągów, rzucenie się z wysokości i t. d.

Z miesięcy roku, według naszej statystyki, najbardziej obfitują w samobójstwa kobiece kwiecień, sierpień i listopad.

Co się zaś tyczy motywów samobójstwa kobiet, to do najczęstszych należą niewątpliwie sprawy erotyczne w najobszerniejszym słowa tego znaczeniu. Dość pospolitą cechą tego rodzaju samobójstw jest ich kombinacja z zabójstwami lub podwójne samobójstwo (*suicide à deux*). Z innych motywów należałoby wymienić stany przygnębienia, podniecenia, silne wzruszenia, cierpienia fizyczne i psychiczne. Ten ostatni motyw przejawia się w dość charakterystyczny sposób w wybitnej dysproporcji między motywem a faktem (np. przytoczony jest w literaturze przypadek zamachu samobójczego pewnej kobiety z otępieniem wczesnym, którego motywem było spóźnianie się stale męża na obiad). Niekiedy zaś można zauważyć t. zw. rozszerzone samobójstwo, gdy np. umyślowo chora matka zabija swe dzieci wraz z sobą, „aby nie cierpiały więcej na świecie“...

Dokładna analiza każdego poszczególnego wypadku samobójstwa pozwala sądzić, że prawie z reguły w każdym z nich można znaleźć tło anatomopatologiczne, które jednocześnie staje się punktem wyjścia dla samo-

bójstwa. Samobójczynie — to osoby chore, cierpiące przede wszystkim na niedomogę nerwową. Ta niedomoga może być wrodzona lub nabyta. Schorzenia poszczególnych organów wywierają swój ujemny wpływ na centralny system nerwowy. Te skumulowane czynniki ujemne tworzą już same przez się usposobienie do samobójstwa. Szczególnie sprzyjającą okolicznością dla wywołania sa-

mobójstwa jest schorzenie gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu oraz te zmiany patologiczne, które towarzyszą miesiączkowaniu. Związek między miesiączkowaniem a samobójstwem u kobiet jest dość ścisły. A parafrazując aforyzm Nietzschego, można powiedzieć, że miesiączkujące kobiety, to „nawpół otwarte wrota, obok których zawsze grabarz stoi”...

PIŚMIENNICTWO.

1. Baer. Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter.
2. Biedl. Innere Sekretion.
3. Dürkheim. Le suicide.
4. Gaupp. Ueber den Selbstmord.
5. Franke. Układ nerwowy wegetatywny a miesiączkowanie (Lwowski Tyg. Lek. № 46, 1913).

6. Heller. Zur Lehre vom Selbstmorde nach 300 Sektionen (Münch. med. Woch. 1900, № 47).
7. Morselli. Der Selbstmord.
8. Placek. Selbstmord u. Selbsterhaltung.
9. Singalewicz. Zmiany anatomopatologiczne u samobójców (Lwowski Tyg. Lek. r. 1913).

Przyczynek do sprawy powrotu duru plamistego.

Podał

Br. Chrostowski.

lekarz naczelny szpitala św. Ducha.

Zdania co do możliwości powtórnego zachorowania na tyfus wysypkowy, po jednorazowym przebyciu tej choroby, są bardzo podzielone. Ta okoliczność skłania mnie do podania opisu przypadku rzekomego powtórnego zapadnięcia na dur plamisty, spostrzeżanego przeze mnie w szpitalu św. Ducha:

Bronisława M., lat 20, pracznia szpitalna, silnej budowy i dobrze odżywiana, przybyła do szpitala św. Ducha dn. 21 października 1917 r. Chora nie przebywała żadnych chorób zakaźnych. Dnia poprzedniego dostała mocnych dreszczy, bólu głowy, ogólnego rozłamania, pragnienia i. t. d. Badanie obiektywne chorej nie wykazało nic szczególnego, oprócz wyraźnie powiększonej i wyczuwalnej śledziony. Ciepłota rano 39,6°, wieczorem tego dnia 40,2° C. i od tej pory stale utrzymuje się w granicach powyżej 40°. Na 5 ty dzień występuje nieliczna wysypka na skórze tułowia i brzucha, dnia zaś następnego, a zwłaszcza na 7 dzień choroby, wysypka staje się bardzo obfita na całym ciele, charakterystyczna dla duru plamistego. Próba opaskowa dała wynik dodatni już na 4 dzień choroby. Na tej zasadzie rozpoznano dur plamisty.

Chora została przepisana dn. 27.X. do szpitala dla zakaźnych przy ul. Pokornej, dokąd jednak, z powodu braku w tym czasie karetek do przewożenia chorych, przewieziona została dopiero dnia 29.X. Ostatnie dni pobytu chorej w szpitalu św. Ducha, prócz stałej i b. wysokiej ciepłoty, wyżej wspomnianej wysypki i zapartych stolców, nie wykazały nic szczególnego. Badanie krwi, dokonane w szpitalu św. Ducha przez dra Brunnera na odczyn Weil-Felixa, dało wynik ujemny. Odpis karty wizytowej, otrzymanej ze szpitala przy ul. Po-

kornej, wskazuje wysoką, stałą ciepłotę, utrzymującą się w granicach od 39,5° do 40,5, wysypkę b. obfitą, prawie petechialną na całym ciele i usposobienie do rozwolnienia. Ciepłota dn. 11.XI. obniżyła się znacznie, chociaż parę dni były jeszcze małe wahania od 37 do 38,5 i dopiero dn. 16.XI. spadła zupełnie do normy i chora została wypisana ze szpitala, jako zdrowa, dn. 22.XI. Badanie krwi chorej, dokonane w szp. przy ul. Pokornej przez dra Karwackiego, dało wynik następujący: dodatni na próbę aglutynacyjną Widala, ujemny na odczyn Weil-Felixa, a nadto wyhodowano ze krwi chorej laseczniki Ebertha. Wszystkie objawy choroby w przypadku powyższym, jak: nagłe wystąpienie choroby, bez zwiastunów, wysypka na 5—7 dzień, nader charakterystyczna dla duru plamistego, próba opaskowa, względna krótkotrwałość gorączki (około 3 tygodni), przemawiałyby za dremem plamistym, i tylko badanie krwi całą sprawę wyjaśniło i zdecydowało naturę choroby.

Dnia 29.XII. 1917 r. taż sama Bronisława M. po raz drugi przyjęta została do szp. św. Ducha z objawami, towarzyszącymi silnej gorączce, a więc dreszczami, bólem głowy, ogólnym rozłaniem. Przy badaniu nie znaleziono w organach wewnętrznych nic szczególnego, tylko śledzionę powiększoną i wyczuwalną. Ciepłota dochodzi do 40°, wieczorem do 41° i na tej wysokości utrzymuje się stale. 5-go dnia choroby występuje wysypka na całym ciele. Próba opaskowa b. wyraźna. Dnia następnego okazuje się wysypka jeszcze obficiej i nabiera koloru ciemnego. Rozpoznano dur plamisty (petechialis). 7-go dnia choroby, a więc 3.I. 1918 r., chora została odesłana do szpitala św. Stanisława dla chorych zakaźnych. Odpis karty wizytowej, otrzymanej z tegoż szpitala, wykazuje:

ciepłota utrzymywała się stale w granicach od 39,5 do 40,5 i dnia piętnastego choroby spadła *per crisis* do normy, a nawet poniżej 37° C. W przebiegu choroby nie było żadnych powikłań, wysypka powoli bladła i nikła, śledziona stopniowo się zmniejszała. Badanie krwi, dokonane dn. 7.I, w szpitalu św. Stanisława przez dra Sierakowskiego, dało wynik pozytywny na odczyn Weil-Felixa, a także i na aglutynację na tyfus brzuszny (jako pozostałość po poprzednio przebytej chorobie). Powtórne badanie krwi, dokonane dn. 28.I., dało teżsame wyniki. Chora wypisana została, jako zdrowa, dn. 28.I. 1918 r.

W wyżej opisanych chorobach można było postawić prawdziwą dyagnozę, opierając się wyłącznie na wynikach badania krwi chorej, i uznać pierwszą chorobę za tyfus brzuszny, drugą (po 2 miesiącach) za dur plamisty. Obie te choroby panowały w tym czasie nagminnie w Warszawie. Gdyby nie badanie krwi, możnaby było pomylić dur brzuszny z dur plamisty, po którym nastąpiło w dwa miesiące powtórne zapadnięcie na tę chorobę. Mylne rozpoznanie, że pierwsza choroba była tyfusem plamistym, potwierdzać mogły sytymaty tak charakterystyczne dla duru plamistego, jak: nagły początek choroby po silnych dreszczach, wysoka ciepłota od pierwszego dnia choroby, stale się utrzymująca, próba opaskowa i wyraźna wysypka, występująca 5 i 6 dnia choroby i t. p.

Powyżej opisany przypadek rzekomego powrotu tyfusu plamistego nasuwać może pewne wątpliwości co do prawdziwości opisywanych przez różnych autców przypadków dwu-, a nawet trzykrotnego przebywania duru plamisty.

W celu wykazania, jak różni autorzy dawniejszych i nowszych czasów zapatrywali się na tę sprawę, przytaczam wyciągi z dostępnej mi literatury, dotyczące tej kwestyi, w porządku chronologicznym:

1885 r. Gricolle (str. 37 tom I) „Tyfus plamisty, podobnie, jak ospę, odrę i szkarlatynę, przebywa się tylko jeden raz w życiu. Autentyczna recydywa duru plamistego nie była dotąd skonstatowana“.

1882 r. Jaccoud (str. 653 tom III). jedno-razowe przebycie tyfusu wysypkowego nie chroni od jego powrotów, jak to, mianowicie, ma miejsce z tyfusem brzuszny i wysypkami ostremi; wprawdzie usposobienie i tu się zmniejsza, ale nie mniej przeto powroty i powtórne zakażenie się należą do częstych zjawisk. Szczególniej też ulegają im często lekarze. W każdej nieomal epidemii widzimy chorych, którzy już poprzednio przebyli tyfus wysypkowy. Częstość powrotów bywa różna w rozmaitych epidemiach; tak np. Davies

w Bristolu i Paslau we Wrocławiu nie widzieli ich wcale. Lekarze angielscy często 2 lub nawet 3 razy ulegali tej chorobie. Lindwurm podaje, że dr Christison sześć razy, a dr Rosenthal (na Szlązku) 3 razy przebywał tyfus wysypkowy. Tyfus brzuszny i tyfus wysypkowy bynajmniej się nie wyłączają. Prof. Griesinger obserwował dwa przypadki tyfusu plamistego w okresie zdrowienia tyfusu brzuszego.

1900 r. Biegański: po jednorazowym przebyciu tyfusu wysypkowego występuje zazwyczaj stałe przeciw niemu uodpornienie. Odporność taka nie jest wszakże stałym zjawiskiem, gdyż można nieraz zachorować na tyfus po mniej więcej dłuższym czasie. Recydywy w tej chorobie są bardzo rzadkie.

1902 r. Curschmann (Das Fleckfieber, str. 16). Z pewną odpornością na tyfus plamisty na dłuższy czas, a nawet na całe życie, osób, które chorobę tę przechodziły, musi się medycyna liczyć. Pod tym względem tyfus plamisty zbliża się do szkarlatyny, ospy i odrzy, czy odporność ta jest jednak równomierna po tych chorobach, jak i po tyfusie, to różni autorzy różnie o tem sądzą. Griesinger i Murchison przytaczają dość często przypadki powtórnego zapadnięcia na dur plamisty. Murchison doświadczył tego osobiście, dwa razy przebywając tyfus. Zaznaczano nawet przypadek powtórnego zasłabnięcia podczas jednej i tej samej epidemii. Osobiście jednak jestem zdania, że jednorazowe przebycie tyfusu plamistego zabezpiecza do końca życia od powtórnego zakażenia. Powinno to też być stałą regułą, ażeby na pielęgniarzy podczas epidemii wybierać ludzi, którzy już raz tę chorobę przechodzili. Murchison zastosował to w swoim szpitalu w Londynie (Fever Hospital) i przekonał się, że ani jeden z pielęgniarzy nie zapadł na tę chorobę po raz drugi.

1874 r. Prof. dr Ziemssen: Rozmaite osoby okazują rozmaitą dla tyfusu wysypkowego skłonność i rozmaitą także odporność, co zresztą powtarza się we wszystkich chorobach zaraźliwych. Pospolicie przebycie tyfusu plamistego chroni od powtórnego zarażenia się nim; doświadczenie nauczyło mnie jednak, że skłonność do tyfusu zwiększa się po przebyciu tyfusu powrotnego. Tyfus brzuszny nie wywiera wpływu ani na skłonność, ani też na odporność przeciw tyfusowi wysypkowemu, podczas epidemii wszakże ostatniego nie pojawia się tyfus brzuszny.

1917 r. Sterling-Okuniewski. W rozdziale „o zapobieganiu“ na str. 61 czytamy. Należy zwrócić uwagę na to, aby do pracy przy

chorych zawszonych, jak również do odwszania, brać, o ile możności, personel sanitarny, który przebył już dur plamisty. Personel taki pracować może śmiało, bez żadnych obaw zakażenia się, co musi dodatnio wpływać na ogólny bieg pracy. W rozdziale „klinika”, str. 94. Zaznaczyć należy, iż nawrotów nie spotyka się wcale, przynajmniej ja w żadnej z trzech spostrzeganych epidemii nie widziałem ani jednego przypadku. W piśmiennictwie również nie znajdujemy żadnych danych po temu. Natomiast przebycie duru plamistego wytwarza pewną odporność, t. j. zabezpiecza chorego na czas pewien nie mniej, niż na 4 — 5 lat od powtórnego zakażenia. Przypadki powtórnego zakażenia należą do nader rzadkich, zresztą spostrzeżenia te nie są zupełnie pewne, gdyż rozpoznanie kliniczne tyfusu plamistego zostało udoskonalone dopiero podczas wojny europejskiej. Nie jest więc wykluczone, iż chorzy, którzy w swoim czasie przechodzili w Rosyi (zamtąd bowiem pochodzą główne dane) jakoby dur plamisty, w rzeczywistości przebywali zupełnie inną chorobę (dur rzekomy, influencję i t. d.).

Z powyższego zestawienia widzimy, że wogóle przeważa zdanie o niemożliwości po-

wtórnego zapadnięcia na dur wysypkowy—i nawet są wyciągane z tego zapatrywania konsekwencje co do pielęgniarzy i t. d. Tylko Jaccoud, a po części i Biegański, są odmiennego zdania. Czy to ostatnie zapatrywanie nie było w związku z niedokładnym rozpoznaniem choroby? Wątpliwość taka nasunąć się może wobec niedostatecznych środków rozpoznawczych, jakie wtedy istniały, a może zależało to i od samych epidemii, jakie wówczas panowały. Z drugiej strony można przypuszczać, na zasadzie opisywanych przypadków duru plamistego bez wysypki, jak to miało miejsce prawdopodobnie i w przypadku, opisanym przez dra A. Puławskiego (Gazeta Lekarska № 7. 1918), że ta choroba często bywa nierozpoznana. Tutaj należy mieć na względzie i inne choroby zakaźne, jak paratyfus A., paratyfus B. i t. d., uważane za tyfus wysypkowy (Sterling-Okuniewski).

Wobec powyższego, śmiało twierdzić można, że z obecnych naszych środków rozpoznawczych, kiedy klinika często zawodzi, tylko badanie krwi należy uznać za najbardziej wiarogodne dla rozpoznania duru wysypkowego.

Notatka lekarska.

Moczówka prosta (diabetes insipidus) pochodzenia czynnościowego.

Etyologia tej wogóle rzadkiej, a u nas bardzo rzadko opisywanej choroby¹⁾ jest ciemna, poprostu niewiadoma. Za najczęstszą jej przyczynę podaje się uraz, przymiot dziedziczny, choroby ośrodkowego układu nerwowego, wreszcie historię i wogóle usposobienie neuropatyczne. Mając przez czas dłuższy pod obserwacją w szpitalu jeden taki przypadek, uważam za właściwe podać go do wiadomości.

W r. 1912 przybyła na mój oddział w szpitalu Dz. Jezus 8-letnia izraelitka Salusia G., córka szklarza; od pewnego czasu dokuczało jej silne pragnienie i bardzo obfite wydzielanie moczu, które się zjawiało bez żadnej przyczyny. Dziewczynka wypijała jakoby po kilkanaście szklanek wody, herbaty, ziółek i wydelała kilka kwart mocz. Poza tymi objawami nie miała żadnych dolegliwości, by-

ła dobrze zbudowana, nieźle odżywiana i rozwinięta umysłowo. Rodzice zdrowi, jak również czworo rodzeństwa. Sama chora żadnych cięższych chorób nie przechodziła. Po bliższem zbadaniu okazało się, że chora wydziela na dobę od 12 do 15 litrów moczu bardzo bladego o ciężarze właściwym od 1001 do 1003, nie zawierającego białka, ani cukru, wypija od 40 do 50 szklanek płynu. W narządach wewnętrznych wówczas żadnych zmian nie znalazłem. Próby powstrzymania chorej od nadmiernego picia zapomocą perswazyi i hipnozy spełziły na niczem, a przymusowe powstrzymanie płynów wywoływało stan rozdrażnienia, przynębienia, nawet gorączkę. Stosowanie różnych zalecanych w tych razach środków—ergotyny, antypiryny, makowca nie dało żadnych wyników. Sam jednak pobyt w szpitalu, jedzenie lepsze, niż w domu, brom, arsenik wpłynął na polepszenie stanu chorej t. j. pragnienie i nadmierne moczenie zmniejszyło się i chora wypisała się ze szpitala.

W 5 lat potem, t. j. na początku r. 1917 znów zwróciła się po poradę. W ciągu tych kilku lat dziewczynka urosła, rozwinęła się fizycznie i umysłowo, chodziła do szkoły, gdzie się bardzo dobrze uczyła, ale dawna choroba męczyła ją, jak dawniej, bez przerwy. Gdy na moje zlecenie zaczęła się

¹⁾ W piśmiennictwie naszym znalazłem notatkę lekarską A. Korala „Przypadek moczówki prostej pochodzenia urazowego u 8-letniej dziewczynki (G. Lek. 1886), Steinhausa i Spanboka „Przypadek jednoczesnego wystąpienia moczówki (*diab. insipidus*) i skroniowej ślepoty połowicznej“ (Kron. Lek. 1895) i St. Jerzykowskiego „O moczówce prostej“ (Now. Lek. 1900) —5 przypadków z powodu urazu.

ściślej obserwować, okazało się, że obecnie wypija 75—85 szklanek różnych płynów (zwykle po kilka szklanek naraz) i wydziela na dobę 80—100 szklanek moczu. Apetyt ma liche, odżywia się źle, nie jada mięsa a mleko pija bardzo rzadko, co jednak nie wpływa zbyt ujemnie na jej wygląd, a nawet wagę (waży od 42—43 klg.). Z dolegliwości wymienienia ból głowy, osłabienie, ból w dołku. Podczas lata zaproponowałem chorej, aby się zapisała do szpitala dla bliższej obserwacji i leczenia, co też uczyniła. Tym razem obserwowałem ją w maju 6 tygodni (od 1. VII—21—VIII. 1917). Okazało się, że dokładnie mierzona ilość dobową moczu wynosiła od 12 do 15 litrów. Mocz był bledy, przezroczysty, jak woda, c. wł. 1001—1002, słabo kwaśny, zawierał chlorków $1,2^{0/00}$, mocznika $0,25^{0/00}$ (badano w pracowni szpit. Dz. J. przez kol. Muter-milcha). Chora lekko gorączkowała (wieczorem ciepł. $37,2^0$, $37,4^0$ do $37,6^0$). W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Prześwietlanie promieniami Roentgena klatki piersiowej (kol. Grudziński) wykazało powiększenie gruczołów we wnętrzu płuc (*adenopathia bronchialis*). Badanie układu nerwowego i dna oka (kol. Higier) żadnych szczególnych zmian nie wykazało. Badanie krwi (odczyn Wassermanna) dało wynik ujemny. Licząc się z tem, że moczówkę prostą łączą niekiedy z cierpieniem przysadki mózgowej, prosiłem kol. Grudzińskiego o prześwietlenie czaszki — żadnych zmian w obrębie siódma tureckiego nie znaleziono.

Chora przez cały czas pobytu w szpitalu leżała na werandzie południowej (we dnie i w nocy), odżywała się możliwie dobrze, brała żelazo i arsen w postaci wstrzykiwań podskórnych, oraz brom do wewnątrz. Z pobytu w szpitalu była bardzo zadowolona. Pod wpływem tych warunków dokuczające jej głównie objawy zaczęły ustępować, tak że w końcu lipca ilość dobową moczu spadła do 6 litrów, płynu wypitego — do 9 szklanek. Tak było aż do 21 sierpnia, kiedy chora, czując się względnie zdrową, wypisała się ze szpitala. Przybyło jej na wadze $2\frac{1}{2}$ klg. ¹⁾ Chorą widuję od czasu do czasu. Powrót do dawnych złych warunków życia wpłynął ujemnie na opisane wyżej objawy, ale moczzenie jest mniej obfite i pragnienie nie tak dokuczliwe, jak dawniej.

W opisanym powyżej przypadku podkreślam następujące fakty: 1-o musimy tu wyłączyć wszystkie notowane najczęściej ²⁾ organiczne przyczyny moczówki prostej, a więc uraz, nowotwór mózgowy, cierpienie przysadki mózgowej, przymiot i padaczkę, 2-o jako

moment etyologiczny nasuwa się w danym przypadku histerya. Poliurya łącznie z polydipsią notowana jest, lubo nieczęsto, w przebiegu histeryi (Eberhardt *De la poliurie hysterique. Th. de Paris.* 1893 cyt. przez Gille de la Tourette'a). Guinon opisał przypadek poliuryi u 8-letniej dziewczynki, która miała ten objaw do 18-go roku życia (l. c.). Względna poliurię spotyka się bezpośrednio po napadzie histerycznym, aczkolwiek stosuje się to tylko do 1-ej porcyi, gdyż ilość dobową pozostaje normalna a nawet niższa (Gille de la Tourette i Cathelinau). Osoby, dotknięte tem cierpieniem, mogą nie mieć wcale napadów histerycznych, a nawet nie posiadać wyraźnych znamion histerycznych. J. Babiński twierdzi, że w takich przypadkach poliurya daje się leczyć przez sugestję. W danym przypadku chora nie miała napadów histerycznych, ani nie posiadała wyraźnych znamion histerycznych, nie poddawała się hipnozcie, ale miałem wrażenie, że poprawa w jej chorobie nastąpiła pod wpływem czynników natury psychicznej. W porównaniu z jej życiem szarem i monotonnem, znalazła się w warunkach lepszych cały dzień i noc przepełniała na werandzie z dość rozległym widokiem, wśród kwiatów i sympatycznego otoczenia, czytywała interesujące książki, była chwalona za to, że starała się mniej pić, cieszyła się, gdy skrupulatnie mierzona ilość moczu stopniowo się zmniejszała i t. d. Przy bliższej obserwacji okazała się bardzo wrażliwą, czułą, delikatną i wdzięczną. Wszystko to wskazywało, że mamy do czynienia z osobnikiem nerwowym, ulegającym jeżeli nie hipnozcie to łagodnej perswazyi, 3-o, uderzającym był mały wpływ tak dokuczliwego i długotrwałego cierpienia na stan ogólny chorej, na jej rozwój fizyczny i duchowy. To również przemawiałoby przeciwko istnieniu w danym przypadku jakiejś przyczyny organicznej całej choroby, 4-o w danym przypadku okazał się bezsilnym cały arsenał środków farmaceutycznych, zalecanych w tej chorobie (sporysz, antipyrina, makowiec, hypofizyna, bo i tę stosowałem przez pewien czas). Oprócz wyżej wymienionych środków psychicznych stosowałem środki ogólnie wzmacniające (arszenik, żelazo) i brom.

A. Puławski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne dn. 16 marca 1918 r.

1) Orłowski Stan. „Przypadek przypuszczalnego surowiczego zapalenia opon o przebiegu niezwykłym“.

Chory, lat 56, przed 40 laty doznał ciężkiego urazu czaszki, od 30 lat miewał napady

¹⁾ Chorą przedstawiałem na jednym z posiedzeń klinicznych w szpitalu Dz. Jezus.

²⁾ Porówn. D. Gerhardta „Der Diabetes insipidus w Nothnagla Patol. i terapii szczegółowej VII t. 7 część.

silnego bólu głowy ze sztywnością karku. Od stycznia r. b. ból głowy coraz silniejszy, śpiączka, objaw Kerniga, Babińskiego. Przy nakłuciu lędźwlowem płyn żółtawy wypływa kroplami. Odczyn Wassermanna w płynie i we krwi ujemny. Dno oczu prawidłowe. Po upuście krwi i silnem przeczyszczeniu od połowy lutego stan coraz lepszy. Jako przejściowe powikłanie wystąpiło zapalenie opłucnej z wysiękiem surowiczym. W marcu chory już czuł się całkiem zdrowym.

Mówca rozpoznaje ograniczone zapalenie opon

mózgowych (*meningitis serosa circumscripta seu cystica*).

Flatau wobec znalezienia przy nakłuciu lędźwiowym płynu ksantochromicznego wobec limfocytozy i wzmożonej ilości białka rozpoznaje *pachymeningitis haemorrhagica interna*, w zapaleniach bowiem surowiczych opon, o ile wiadomo, płynu ksantochromicznego nie stwierdzono.

Goldfiam utrzymuje, że *meningitis serosa circumscripta* występuje zwykle na podstawie czaszki i daje więcej objawów klinicznych.

Kopczyński Stan. podkreśla brak objawów podrażnienia u chorego, brak zmian w tętnie. Podobne obrazy kliniczne (stopniowo rozwijająca się śpiączka, rozszerzenie i nieruchomość źrenic z zejściem po paru tygodniach pomysłnem) K. widywał nieraz w przebiegu syfilisu mózgu.

Bregman przyjąłby raczej cierpienie *plexus chorioideus*, zależne od urazu, które dawało okresowo wzmożenie ilości płynu mózgowo-rdzeniowego.

2) Erlichówna „Pokaz preparatów z dwóch przypadków myastenii”.

W obydwu przypadkach istniały złośliwe guzy grasicy, w przypadku pierwszym mięsak, w przypadku drugim—rak płaskokomórkowy, w obydwu przypadkach znaleziono ogniska drobnokomór-

kowe w mięśniach prążkowanych i w sercu. Obydwa guzy odznaczały się skłonnością do przeistaczania się w tkankę łączną. Pochodzenia guzów z grasicy dowodziło typowe ich umiejscowienie w przednim śródpiersiu pod mostkiem, stosunek ich do otaczających narządów, zwłaszcza do serca, głównie zaś ich budowa: widać było stopniowe przejście od normalnej tkanki grasicy do tkanki nowotworowej raka lub mięsaka. Ogniska w mięśniach i w sercu składały się z małych okrągłych komórek i nieco większych, ogniska te były małe, nie-liczne w przypadkach raka, bardzo liczne w przypadkach mięsaka, leżały pomiędzy włóknami mięsnymi, które w pobliżu ognisk okazały się ścię-żącami i blade zabarwionymi,

W dyskusji Goldfiam sądzi, że zmiany w grasicy znajdują się w związku genetycznym z myastenią.

Flatau podnosi, że w wielu przypadkach nowotworów grasicy objawów myastenii nie notowano.

Bregman zaznacza, że myastenii zajmuje odrębne stanowisko w stosunku do zespołu wielogruzołowego, gdyż dotychczas nie notowano w myastenii zmian w innych gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym.

St. Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Staraniem W. Tow. Lek. a pod redakcją kol. T. Borzęckiego wyszedł Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego, obejmujący streszczenie prac oryginalnych, które się zjawiały w r. 1914, 15 i 16. To niesłychanie pożyteczne i jedyne w swoim rodzaju wydawnictwo liczy już 41 lat istnienia i jest prawdziwą chlubą piśmiennictwa lekarskiego, dzięki ofiarności Towarzystwa Lekarskiego, pełnej poświęcenia pracy redaktorów Pamiętnika Tow. Lek. i całego grona współpracowników. W tomie obecnym, jak zwykle, wydany bardzo starannie, pomimo trudności wydawniczych, uwidoczni się zmniejszenie produkcji naszych lekarzy, co naturalnie jest następstwem czasów wojennych. W ciągu tego trzechlecia wykaz objął 1658 numerów bibliograficznych, podczas gdy rok 1913 zawierał takichże numerów 1641, a rok 1912—1281.

— Z nadesłanego nam sprawozdania z działalności Domu Zdrowia dla dzieci w Mokotowie dowiadujemy się, że w roku ubiegłym, a 2-gim istnienia tej instytucji, przyjęto 315 dzieci (74 do lat 5, 169 — do lat 10 i 72 powyżej lat 10). Najwięcej dzieci przyjęto ze szpitala Karola i Maryi (152), 10 z in-

nych szpitali, z domów prywatnych 144, z instytucji dobroczynnych 9. Z objawami gruźlicy nieczynnej (gruczołowej — 143, płucnej — 7) przyjęto 150 dzieci, ozdowieńców po różnych chorobach—95; po zabiegach operacyjnych—12. Dziennie przybywało przeciętnie na wadze po 3½ f. Instytucja ta, przeznaczona dla ozdowieńców i będąca koniecznym dopełnieniem szpitala, powinna być zaliczona do stałych instytucji miejskich ze stałym budżetem, a nie opierać się na dorywczym subwencyonowaniu przez miasto i ofiarności jednostek. Lekarzem Domu Zdrowia jest kol. Łyskawiński.

— Czy wojna obecna wpływa na częstość przypadków raka? Pragnąc kwestyę tę zbadać na zasadzie jaknajbogatszego materiału statystycznego, prof. Rydygier (Lwów—Klinika chirurgiczna) zwraca się z prośbą do wszystkich kolegów o nadsyłanie mu danych statystycznych i kazuistycznych. Wyniki tych dociekań będą w przyszłości stanowiły przedmiot obrad na najbliższym Zjeździe chirurgicznym.

— Z powodu utrudnionej komunikacji i wogóle niesprzyjających warunków dorocznego Zjazdu chirurgów polskich postanowiono i w tym roku jeszcze nie odbywać.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Wład. Finkelstein-Medyński. O samobójstwie kobiet	201	sta (diabetes insipidus) pochodz. czynność..	206
Br. Chrostowski. Przyczynek do sprawy powrotu duru plamistego	204	Warszawskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie neurologiczno - psychiatryczne dn. 16 marca 1918 r.	207
Notatka lekarska. A. Puławski. Moczówka pro-		Wiadomości bieżące.	208

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.

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. Nosaczna. 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. 12.50, z przesyłką m. 13.75.

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, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 25.

Tłomaczenie

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 (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socjalnej.

Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

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

ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Higiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ. 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokoły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCJI 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”.

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.