



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘC ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2758.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

POHL'S GELODURAT.

Ważne dla pp. LEKARZY.

Obecnie znajdują się w sprzedaży w aptekach następujące oryginalne preparaty:

Pohl's Gelodurat 1) c. Digitalis titr. 0.1, 2) c. Theobromin-Digitalis 0.25, 3) c. Tct. Valerianae tripl. 0.5, 4) c. Kali Jodati 0.5, 5) c. Natr. Jodati et c. Diuretin, 6) c. Ferr. arsenicos, 7) c. Gelokal 0.2 i 0.5, 8) c. Ol. Santal ostind. 0.5, 9) c. Kawa Santal 0.3, 10) c. Ben. c. Ol. Olivarum 0.25, 11) c. Phosphor 0.0005 c. Ol. Amygdal 0.25.

Kapsułki geloduratowe rozpuszczają się dopiero w kiszkaach cienkich, dzięki czemu unika się przykrego odbijania, utraty apetytu i t. p., nie wywołują również podrażnienia nerek.

K O N K U R S.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę ordynaryusza, względnie sekundaryusza w kraj. Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w KOBIERZYNIE koło Krakowa.

Podania, adresowane do Wydziału krajowego, wnosić należy na ręce krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie koło Krakowa w terminie do 1 listopada 1918, załączając:

- 1) metrykę urodzenia,
- 2) świadectwo przynależności,
- 3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednym z uniwersytetów Monarchii austriacko-węgierskiej,
- 4) opis życia z podaniem dotychczasowych zajęć lekarskich w klinikach, szpitalach powszechnych, zakładach dla umysłowo i nerwowo chorych, względnie w pracowniach lekarskich w kraju lub zagranicą.

Z posadą ordynaryusza połączone są następujące pobory:

- 1) płaca 2.600 K. rocznie,
- 2) dodatek funkcyjny 1.000 K. rocznie,
- 3) trzy dodatki pięcioletnie po 400 K. rocznie,
- 4) mieszkanie, oświetlone i opalone według ustalonego deputatu,
- 5) prawo do wojennego dodatku drożyznianego, który wynosi obecnie 200 K. miesięcznie.

Z posadą sekundaryusza łączą się następujące pobory:

- 1) płaca 1.900 K. rocznie,
- 2) dodatek funkcyjny 1.000 K. rocznie,
- 3) dodatki pięcioletnie po 200 K. rocznie,
- 4) jak wyżej,
- 5) jak wyżej.

Kandydaci, którzy zajmują jakąś posadę, mają wnieść odnośne podania przez przełożoną władzę na ręce Dyrekcyi kraj. Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie w tak wczesnym terminie, by mogły być nadesłane Wydziałowi krajowemu przez tę Dyrekcyę wraz ze swoją opinią do 15 listopada 1918.

Fructalein Spiess

(PASTILLI LAXANTES).

Owocowy środek czyszczący, zawierający fenolfaleinę i agar-agar.

Użycie: 1 — 2 sztuki w razie potrzeby.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Contral Spiess

(PASTILLI ANTIDIARRHOICI).

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

Użycie 1 — 4 sztuk jednorazowo.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Żądać prospektów.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszym zawiadamia W W. P P. Doktorów, iż.

„MOTO FER“

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Wyszedł z druku Zeszyt 7. 8. 9. 10. Seryi XXII.

(Ogólnego zbioru zesz. 259, 260, 261, 262).

W. JANOWSKI.

Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu i w kilku innych stanach chorobnych.

Cena 4 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracyi Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.



DZIENNIK LECZARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJĘ-
TNOŚCI · LECZARSKICH ·

Dziennik
Lecze dyugie-

Ogólnego zbioru № 2758.

Warszawa, d. 12 października 1918 r.

ZE SZPITALA DLA UMYSŁOWO I NERWOWO CHORYCH „KOCHANÓWKA“ (POD ŁODZIĄ).

Leczenie chorób umysłowych nukleinianem sodu.

Podał

Dr med. Antoni Mikulski,
dyrektor szpitala.

Ostatnie lata przyniosły psychiatrii nowe środki, które w leczeniu porażenia postępującego i otępienia wczesnego wskazują nowe horyzonty i rokują bardzo pomyślne horoskopy na przyszłość.

Porażenie postępujące, jak wiadomo, jest pod względem rokowania jedną z najcięższych chorób, to też przypadki wyzdrowienia, a nawet znacznego polepszenia uważane były za wielką rzadkość. Literaturę, dotyczącą tego zagadnienia, do r. 1902 zebrał prof. Halban w swej pracy o rokowaniu w porażeniu postępującem. W przypadkach wyzdrowienia poddawano wątpliwości trafność rozpoznania i uznawano, że porażenie postępujące jest chorobą nieuleczalną.

Wszelako każdy starszy psychiatra ze swej praktyki może przytoczyć niemało przypadków bardzo znacznego zwolnienia choroby, graniczącego z wyzdrowieniem. Przy obecnym zaś stanie nauki rozpoznanie daje się ustalić z bardzo dużą dozą pewności w ogromnej większości przypadków. Te zwolnienia występują zwykle po procesach gorączkowych i ropnych. Zwłaszcza róża pod tym względem doniosłą rolę odgrywa, wpływając dodatnio na przebieg porażenia postępującego. Również ropnice często wywołują zwolnienia choroby, a znane są przypadki, że ropienie nawet odleżyn pod tym względem dodatnio na przebieg choroby wpływało.

Major dr S. Rudzki opisał przypadek, w którym po złamaniu żebra u paralityka powstała *empyema pulsans*; w przypadku tym nastąpiło zwolnienie choroby.

Cały szereg tych przypadków przypomina nam postępowanie starych lekarzy (Calneil, Jacobi i inni), którzy stosowali przyszczydła, zawłoki i inne środki celem wywołania ropienia. Nierzadko dochodziło przytem do obrzęku całej skóry na głowie i martwicy części miękkich, a nawet kości. W drugiej połowie ubiegłego wieku metody te zostały zaniechane jako zbyt bolesne i mało skuteczne.

Jednak fakt empiryczny, dotyczący dodatniego wpływu chorób gorączkowych na przebieg porażenia postępującego, istniał w dal-szym ciągu. Fischer zbadał katamnesticznie 4134 oficerów, zarażonych kłą i stwierdził, że w 4,67% występuje porażenie postępujące. Natomiast z pośród 157 oficerów, którzy po zarażeniu przebyli jakąś chorobę zakaźną (zimnica, róża lub zapalenie płuc) żaden na porażenie nie zachorował.

Ten fakt empiryczny skłonił Pitera w r. 1900/1 do zastosowania wstrzykiwań tuberkuliny, celem wywołania wzmożonej ciepłoty, w dawkach 0,01—0,10. Wagner v. Jauregg stosował dawki większe, mianowicie do 0,5. Z Polaków pierwszy opisał tę metodę prof. Halban, który zapoznał lekarzy polskich z wyni-

kami swych prób na I Zjeździe psychiatrów i neurologów polskich w Warszawie w r. 1909. Referat spotkał się niemal z ogólnym sceptycyzmem oponentów, którzy w dyskusyi wypowiadali mniemanie, że zaszła tu pomyłka w rozpoznaniu. Stosowanie tuberkuliny nie może być wszakże uważane za postępowanie nieszkodliwe, to też prof. Donath z Budapesztu, a niemal równocześnie Fischer z Pragi uciekli się do nukleinianu sodu, który, wstrzyknięty pod skórę, również wywołuje wzmożenie ciepłoty i leukocytozy.

Nukleoproteida stanowi główną część składową jąder komórek. Pod wpływem trawienia nukleoproteida rozpada się na białko i nukleinę, ta zaś ostatnia częściowo—na białko i kwas nukleinowy. Jak się zmienia nukleinian sodu, wprowadzony podskórnie, tego nie wiemy, również nie wiemy, czy zawarty w nim fosfor zostaje zużyty na pokrycie braków nukleiny tam, gdzie powstaje „głód nukleinowy”. Wobec tego jednak, że analogicznie działa tuberkulina i procesy gorączkowe wogóle, należy sądzić, że obecność fosforu w nukleinie nie gra roli decydującej.

Nie będę się zatrzymywał nad szczegółami rozwoju techniki wstrzykiwań, która niewątpliwie ulegać będzie jeszcze zmianom. W szpitalu naszym postępujemy, jak następuje:

Ilość wlewanego płynu, mianowicie roztworu fizyologicznego soli wynosi 20,0. Do wlewań więc używamy 20-gramowej szprycy Record. W tej ilości roztworu fizyologicznego rozpuszczamy nukleinian sodu, co w wodzie cieplej następuje łatwo, w zimnej—nieco trudniej. Zwykle zaczynamy od 1,0 *natrii nucleinici*. Po zastrzyknięciu mierzymy co 2 godziny ciepłotę, która po 4—6 godzinach zaczyna się podnosić, po 8—10 osiąga *maximum* i w ciągu następnych 4—6 godzin stopniowo spada, dochodząc w ten sposób po 12—16 godzinach do normy. Oczywiście zachodzą tu różnice indywidualne i podwyższenie ciepłoty trwa niekiedy do 20—24 godzin.

Gdy najwyższa ciepłota osiąga do 39°, nie podwyższamy dawki; gdy jest niższa, wówczas następną dawkę podwyższamy o 1,0, rzadko mniej lub więcej. Drugie wlewanie wykonujemy na trzeci dzień, dokonując średnio trzech wlewań na tydzień; ponieważ zaś zwykle wlewań takich dajemy 10, więc kuracja trwa 3 tygodnie z okładem. Jednorazowa dawka *n. nucleinici* wzrasta przy ostatnich wlewaniach do 4—5 gr., nierzadko dochodziliśmy do 6,0, a wyjątkowo dawaliśmy nawet 7,0. Ogólna ilość wstrzykniętego w ciągu 10 posiedzeń nukleinianu sodu wynosiła średnio

30,0, dochodząc do 40,0, najniższa ilość wynosiła 12,0. Ponieważ niektórym pacjentom ten cykl 10-krotnych wlewań ponawialiśmy 2, 3 i 4 razy z odstępami paromiesięcznymi, więc niektórzy pacjenci nasi otrzymywali w ciągu niecałego roku podskórnie do 100,0 nukleinianu sodu. Zresztą były to wyjątki i wogóle poprzestawialiśmy na 1—2 cyklach.

Przy wstrzykiwaniach nigdy nie mieliśmy żadnego ropienia, ani też innych powikłań poza wymiotami, które się niekiedy zdarzały i które należy prawdopodobnie odnieść na karb dość szybko wzmagającej się gorączki. Zupełnie na uboczu stoją dwa przypadki, w których wystąpiły przewlekłe przebiegające ropnie. Ropnie zostały przecięte i zagoiły się bez powikłań. Obydwa te przypadki dotyczyły otępienia wczesnego i miały miejsce przed wojną. Możliwą jest rzeczą, że popełniliśmy tu jakiś niewyjaśniony błąd techniczny.

Pomyślny wynik wlewań nukleinianu sodu w przypadkach porażenia postępującego skłonił Donatha do czynienia prób i w innych chorobach umysłowych, a zwłaszcza w otępieniu wczesnem.

I w naszym szpitalu stosujemy wlewania nukleinianu sodu w tych dwóch chorobach.

Ogólna liczba osób leczonych zapomocą tej metody do jesieni 1917 r. wynosi: dla porażenia postępującego—30 przypadków, dla otępienia wczesnego—40. Prócz tego leczono przed wojną jeszcze kilkunastu chorych, co do których jednak materiały podczas zawieruchy wojennej niestety zaginęły. Wreszcie świeżo ukończyło kurację nukleinową 40 osób, tak że nasz ogólny materiał składa się ze 120 przeszło chorych na porażenie postępujące i otępienie wczesne. Część materiału została opracowana i ogłoszona przez kol. Grzywo - Dąbrowskiego, Kruze - Pawłowską i Hermana¹⁾.

Poniżej przedstawiam wyniki leczenia za rok 1916 i 9 miesięcy 1917-go.

Przedstawiając wyniki, należy przyjąć pod uwagę cały szereg czynników ubocznych, a zwłaszcza czas trwania choroby. Na tę okoliczność słusznie zwraca uwagę kol. Herman w swej pracy. Dla tego też nie przytaczam wyników otrzymanych przez innych

¹⁾ Grzywo-Dąbrowski W. Leczenie porażenia postępującego nukleinianem sodu. (Neurologia Pol. 1912).

Kruze-Pawłowska M. Leczenie otępienia wczesnego nukleinianem sodu. (Neurologia Polska. 1914).

Herman E. Przyczynę do leczenia otępienia wczesnego nukleinianem sodu. (Przegl. Lek. 1912).

autorów. Odnosne liczby i zestawienia zawiera praca Kruze-Pawłowskiej, która też rozpatruje te liczby krytycznie. Dla przykładu przytoczyć mogę, że np. Itten na 9 przypadków leczenia w żadnym nie otrzymał polepszenia. Okazuje się wszelako, że dwaj chorzy otrzymali tylko po jednym wstrzyknięciu, z pozostałych tylko dwaj otrzymali dawki 9,6 i 14,0 grm., reszta mniej; pomiędzy wstrzykiwaniami były długie pauzy, tak że np. 8 wstrzykiwań dokonano w ciągu 3½ mies. itd.

Na 19 przypadków porażenia postępującego mieliśmy 4 przypadki, graniczące z wyzdrowieniem, 4 przypadki bardzo znacznego polepszenia, 4 przypadki polepszenia i 3 przypadki bez polepszenia.

Liczby same przez się dość ważkie. Analiza poszczególnych przypadków jeszcze bardziej dodatni wpływ wstrzykiwań uwydatnia. Ze względu na oszczędność miejsca mogę to uczynić tylko w krótkości.

Z pomiędzy 4] przypadków wyzdrowienia—w 3-ch choroba trwała od 3—8 miesięcy, w jednym — około roku. W 4-ch przypadkach bardzo znacznego polepszenia choroba trwała: w jednym—rok, w trzech zaś poniżej 6 miesięcy; te dwa przypadki miały ogromnie gwałtowny przebieg w postaci *delirium* porażennego. Na 4 przypadki polepszenia choroba trwała dłużej, mianowicie: 1 rok, 2 lata, 3 lata i 4 lata. Wreszcie na 3 przypadki bez polepszenia choroba trwała 2 lata, 3 lata i 6 miesięcy. Z pomiędzy tych trzech przypadków należy omówić jeden, w którym polepszenie wprowadzić nie wystąpiło, ale ustało pogorszenie, co w przebiegu porażenia postępującego również za wynik dodatni może być uważane; tak że na 15 przypadków tylko w dwóch leczenie nie wywarło wpływu dodatniego.

Dodać należy, że we wszystkich przypadkach stosowaliśmy uprzednio kurację rterciową, której wpływ dodatni, aczkolwiek nieznaczny, prawie zawsze można było stwierdzić. W jednym tylko przypadku wystąpiło bardzo znaczne pogorszenie, które jednak po zastosowaniu kuracji nukleinowej ustąpiło miejsca nieznacznemu polepszeniu.

Czy wyleczenie będzie trwałe?

Tego z własnego doświadczenia powiedzieć nie mogę. Pacjentów, którym z dobrym skutkiem stosowaliśmy nukleinę przed 5 — 6 laty, straciłem z oczu, wojenne zaś doświadczenie nasze nie przekracza 2 lat. Nie ulega dla mnie wątpliwości, że pomimo nieobecności objawów chorobnych leczenie powinno być powtarzane.

Powstaje przypuszczenie, w jaki sposób działa nukleina?

Z chwilą, gdy w mózgu porażenców znaleziono krętki blade, upadają ostatecznie wszelkie dawniejsze teorie, przypisujące powstanie tej choroby samozatruciu organizmu. Upada też przypuszczenie, że działanie nukleiny polega na wzmożonym utlenianiu i neutralizacji tych produktów w ustroju. Nasuwa się nęcące przypuszczenie, że wysoka temperatura i leukocytoza działają bezpośrednio na przyczynę choroby. Pod tym względem badanie krwi i płynu mózgowordzeniowego mogłoby nam dostarczyć cennych wskazówek, ponieważ wszelako we wszystkich przypadkach stosowaliśmy i kurację specyficzną, przeto zmiany dodatnie w płynie i we krwi nie mogą być uważane za probież działania nukleiny tylko.

Ażeby zdecydować, czy wpływ dodatni wywiera wysoka ciepłota, czy też wzmożona leukocytoza, należałoby badać stale krew. Badania takie w Kochanówce przeprowadzała dr Kruze-Pawłowska, która jest skłonna przypuszczać, że czynnikiem decydującym jest hyperleukocytoza. Kwestya jednak wymaga dalszych badań, które muszą być dokonywane co 2 godziny, t. j. przy każdorazowym mierzeniu ciepłoty, ażeby stwierdzić istotne *maximum* leukocytozy. Badań takich niestety nie mogliśmy w Kochanówce przeprowadzić, gdyż już i samo wlewanie z powodu wielkiej bolesności nastroczało poważne trudności. Branie krwi u umysłowo chorych co 2 godziny natrafiałoby na opór pacjentów, zwłaszcza że badanie musiałoby się odbywać i w nocy, a przytem pacjent powinienby się wstrzymać od przyjmowania pokarmów. Rozstrzygnięcie tej kwestyi jest jednak bardzo ważne, gdyż musimy wiedzieć, czem mamy się powodować i do czego dążyć: czy do osiągnięcia wysokiej temperatury, czy też do wzmożenia leukocytozy. Jak wiadomo, jedno i drugie nie idzie ściśle w parze.

Przechodzimy obecnie do otępienia wczesnego (*dementia praecox*).

Przedstawienie liczbowe wyników leczenia jest tu jeszcze trudniejsze, niż w porażeniu postępującem. Albowiem porażenie przedstawia analogicznie i klinicznie jednostkę bardzo wyraźną; błędy w rozpoznawaniu zdarzają się tylko wyjątkowo; zejście prawie zawsze śmiertelne. Wyjątki pod tym względem—jak już wspominaliśmy—są niezmiernie rzadkie.

Przeciwnie otępienie wczesne przedstawia pod względem klinicznym wielką rozma-

tość i każdy badacz bezstronny musi się liczyć z możliwością, że mamy tu do czynienia nie z jedną, lecz z kilkoma chorobami o rozmaitych zejściach. Ztąd też z jednej strony błędy rozpoznawcze są częste, z innej zaś wyzdrowienie może nastąpić nierzadko i bez leczenia wogóle, a nukleinowego w szczególności.

Należy się liczyć także z trwaniem choroby, które może wynosić lata i lat dziesiątki. Ponieważ początek choroby występuje zwykle bardzo nieznacznie, przeto niezawsze możemy stwierdzić, czy leczenie rozpoczęto w świeżym okresie choroby, czy też w późnym.

Wogóle leczonych nukleiną chorych na ośpienie wczesne w r. 1916 i do jesieni 1917 mieliśmy—15 mężczyzn i 13 kobiet. Trwanie choroby wynosiło od 1 miesiąca do 8 lat. W żadnym z przypadków trwających powyżej 2 lat (a mieliśmy ich 8) nie mieliśmy wyraźnej poprawy, raz tylko przemijające polepszenie. Te przypadki należy odrzucić. Z pozostałych 20-tu przypadków mieliśmy: wyleczenie—w 7, ze znacznym polepszeniem—2, ze słabym polepszeniem—2, bez polepszenia—9. W szczególności:

Przypadków o trwaniu do $\frac{1}{2}$ roku mieliśmy 13, z pośród nich 5 pozostało bez polepszenia, w 2 wystąpiło słabe polepszenie, w 2—polepszenie znaczne, w 4—wyzdrowienie.

Przypadków o trwaniu od $\frac{1}{2}$ roku do 2 lat mieliśmy 7, z pośród nich 4 pozostały bez wyniku, w 3 zaś wystąpiło wyzdrowienie.

Z pośród tych 7 wyleczonych na kołiety przypada 5 przypadków, na mężczyzn—tylko 2, pomimo, że mieliśmy leczonych 10 kobiet i 10 mężczyzn. Wynikałoby z tego, że u kobiet wyleczenie występuje w 50%, zaś

u mężczyzn w 20%. Oczywiście liczby nasze są jednak zbyt małe, ażeby wnioski pod tym względem mogły uchodzić za pewne.

Ze względu na konieczność oszczędzania miejsca muszę się wyrzec całkowicie przytaczania kazuistyki niezmiernie ciekawej i pouczającej. Tyle tylko muszę nadmienić, że wszystkie wyleczone osoby, wróciły do swych zwykłych zajęć i u żadnej nie wystąpiła, jak dotąd (marzec 1918), recydywa.

Z drugiej strony nie należy przeoczać faktu, że z pośród osób, figurujących w naszej statystyce jako „polepszenie“, wiele się wypisało ze szpitala i można sądzić, że poprawa postępowała dalej i zakończyła się wyzdrowieniem. Przypadki takie tracimy z oczu, wiem jednak już teraz o 2 takich przypadkach, w których po wypisaniu chorzy przyszli do zdrowia. W statystyce naszej jeden z tych przypadków figuruje jako „słabe polepszenie“, drugi zaś nie figuruje wcale, gdyż dotyczy pewnej prywatnej pacjentki z r. 1915.

Na zakończenie parę uwag.

Przedewszystkiem poprawa występuje bardzo powoli, rzadko podczas wlewań,—zwykle w ciągu kilku dalszych tygodni. To też należy po wlewaniach czekać najmniej 2 miesiące. O ile wystąpiła pewna poprawa, lecz nie wyzdrowienie, należy seryę wlewań powtórzyć.

Wlewanie jest bardzo bolesne i ból trwa kilkanaście godzin. Utrudnia to niezmiernie stosowanie wlewań w praktyce prywatnej.

Wreszcie dodać należy, że stosowaliśmy nukleinian sodu także w 6 przypadkach psychozy manjakałno-depresyjnej i w 5 przypadkach rdzenia. Poprawy ani razu nie stwierdziliśmy.

ZE SZPITALA IM. KAROLA I MARYI DLA DZIECI W WARSZAWIE. Z ODDZIAŁU D-RA WL. SZENAJCHA.

Badanie refraktometryczne i chemiczne płynów wysiękowych i przesiękowych.

Podał

Karol Jonscher.

(Dokończenie—patrz № 40).

Występuje to również bardzo wyraźnie w następujących przypadkach naszego materiału: N.N. 9, 14, 19, 24, 28, 38 i 34 (w tym przyp. tylko w płynie II w porównaniu z pierwszym; płyn III jest znowu więcej zgęszczony wskutek wystąpienia stanu zapalnego, jak tego dowodzi dodatni odczyn Rivalta'y z dn.

17. XI.). Tłomaczenie jednak tego faktu rozcieńczeniem osocza, warunkowanem utratą białka wskutek upustu płynu, jest naszym zdaniem niezawsze słuszne. Ma ono bezsprzecznie znaczenie niemałe w tych razach, gdzie w stosunkowo krótkim czasie upuszcza się kilkakrotnie po kilka litrów płynu, jak to ma miej-

sce np. w zaburzeniach krążenia w obrębie żyły wrotnej. Nie tłumaczy to jednak zupełnie rozwodnienia płynu, które wystąpiło z dnia na dzień u Ignasia B. (Nr. 9) po upuszczeniu zaledwie 18 ctm³ pierwszego dnia! Dalej u Romana B. (Nr. 14), Walka Sz. (Nr. 24) stwierdzamy wyraźne rozwodnienie płynu przy nakłuciach powtórnych pomimo, że jednoczesne badanie wskaźnika refr. surowicy nie wykazało żadnego zmniejszenia się odsetka białka, t. j. żadnego rozwodnienia osocza.

Uzależnienie rozwodnienia płynów, otrzymywanych przez nakłucia powtórne, od rozwodnienia osocza, wzgl. krwi, jest więc nieuzasadnione dla wielu przypadków. Postaramy się wykazać na podstawie naszego materiału, że wchodzi tu w grę czynniki, wywierające wpływ na stężenie płynów i wymienione wyżej pod N.N. 4 i 5 t. j. warunki krążenia i ciśnienia w naczyniach oraz ciśnienie, wywierane przez dany płyn.

W toku badań nad składem wysięków i przesieków, po stwierdzeniu ich rozwodnienia po nakłuciach powtórnych zadałem sobie pytanie, jak zachowują się poszczególne porceje płynu, otrzymanego przez jedno i to samo przekucie. Było to o tyle ciekawe, że w dostępnym mi piśmiennictwie nie znalazłem żadnych danych, które by mogły dać odpowiedź na powyższe pytanie—badań takich, o ile mi to jest wiadome, nie przeprowadzano zupełnie.

W tym celu w miarę upuszczenia płynu z jam ciała zbierałem poszczególne porceje do oddzielnych naczyń i określałem ich skład. Stwierdziłem w ten sposób, że każda porcja następna płynu (wysięku) jest mniej stężona od poprzedniej; jest to bardzo wyraźne w przypadkach: 1. z dn. 3. III, 14 z dn. 27. II, 17 z dn. 13. VII i 24 z dn. 13. II. Dodam tu nawiasem, że te wahania stężenia występują najwyraźniej przy porównywaniu wskaźników refr. — refraktometr wykazuje bardzo dokładnie zmiany stężenia jako całości, a nie wahania w zawartości poszczególnych składników.

Rozwodnienie takie nie wystąpiło jednak we wszystkich badanych przez nas przypadkach; nie widzimy tego w przyp. 14 z dn. 23. II, 2, 3, 15 i 24 z dnia 15. II. W tych przypadkach poszczególne porceje płynu wykazywały jednakowy n_D , o ile badane ilości były mniej więcej jednakowe, jak w przyp. 2 i 24. O ile natomiast porcja pierwsza była bardzo mała w stosunku do całej ilości płynu, otrzymanego tego dnia, wtedy n_D tej I porcji był znacznie niższy od n_D następnych części (przyp. 3 i 14). Nie możemy jednak uzależniać

tego od zrostów opłucnej tak, jak to uczyniliśmy wyżej dla płynu Michasia H. (Nr. 15) z dn. 8. V., gdyż następne porceje otrzymano tutaj w przeciwieństwie do tamtego przypadku bez klucia powtórniego; różnica w składzie poszczególnych porcji nie była też tutaj tak rażąca.

Tylko w przypadku Romana B. (Nr. 14) znajduję w notatkach wzmiankę, że odebrałem wrażenie, jakoby pierwszą porcję otrzymano z górnej warstwy płynu—dla otrzymania dalszej ilości płynu musiano ustawić igłę więcej skośnie. Czyżby w płynie w opłucnej wytwarzały się warstwy o niejednakowym stężeniu? Spostrzeżenia podobne można również uczynić w tych razach, gdy porównać płyny nie z jednego i tego samego dnia. Tak, w przyp. 1 i 16 płyn, otrzymany w niedużej ilości przez nakłucie próbne był wyraźnie mniej stężony, niż płyn, upuszczony po kilku dniach dla celów leczniczych w ilości bez porównania większej.

Badanie płynu Romana B. z dn. 27. II. (Nr. 14) wykazuje najwyraźniej, że dla wystąpienia rozwodnienia następnych porcji w porównaniu z pierwszą ważną jest nie absolutna ilość otrzymanego w pierwszej porcji płynu, ale jej stosunek do ogólnej ilości, otrzymanej tego dnia. W tym przypadku pierwsza porcja zawierała wszystkiego 3 ctm³; druga porcja była pomimo to rozwodniona, gdyż ogólna ilość płynu z tego dnia wyniosła zaledwie 8 ctm³. Dla otrzymania w drugiej porcji płynu rozwodnionego koniecznem więc jest by pierwsza upuszczona porcja zawierała niezbyt małą część ogólnej zawartości jamy opłucnej (wzgl. otrzewnej), t. j. ilość, która zmniejszałaby już ciśnienie, wywoływane przez dany płyn. Powodować to musi przesiekanie płynu z naczyń do jamy ciała, a skutkiem tego jest rozcieńczenie dalszych porcji płynu. Jeżeli to tłumaczenie jest słuszne, jeżeli istnieje rzeczywiście takie rozcieńczenie wysięku przez płyn z naczyń krwionośnych, wtedy musi się to, naturalnie, odbić również na składzie krwi. Ponieważ przez ściany naczyń przedostawać się będzie głównie woda z ciałami niebiałkowymi, więc wywołać to musi zgęszczenie krwi, wzgl. surowicy. W tych razach duże usługi oddaje badanie refraktometryczne surowicy krwi, gdyż nieznaczna ilość potrzebnego dla tej metody materiału umożliwia wykonywanie określeń w krótkich odstępach czasu. Stwierdził to rzeczywiście Barloci (18) co prawda nie we wszystkich badanych przypadkach. Np. w przypadku marskości wątroby na suro-

wicy=1.3507; upust 6 litrów płynu z jamy brzusznej; po 3 godzinach n_D — 1.3519; dnia następnego 1.3508.

Identyczne dane otrzymaliśmy w 1 przypadku, w 2 wynik ujemny; w przyp. z wynikiem dodatnim (Nr. 2) n_D surowicy dn. 17. VI.=1.3492; 18. V. o 9 rano 1.3500; 10 min. 30 nakłucie—upuszczono 740 ctm.³ płynu; 11 min. 30 — n_D = 1.3510; 21. V. 1.3502. Zaznaczyć należy, że to przesiąkanie płynu do opłucnej w tym przypadku nie zaznaczyło się w składzie ostatnich porcji.

Niemожność wykazania tych zmian we krwi we wszystkich przypadkach tłumaczy się w zupełności znaną ogólnie właściwością krwi utrzymywania swego stężenia na stałym poziomie. To zgęszczenie krwi jest w każdym razie objawem bardzo szybko przemijającym, tak że nawet względnie częste badanie refraktometryczne niezawsze jest w stanie ustalić jego istnienie; następnie, możliwem jest również, że w poszczególnych przypadkach jednocześnie z przesiąkaniem płynu ze krwi do danej jamy ciała występuje prąd płynu z tkanek do układu krwionośnego—skład krwi może więc przytem nie ulec żadnej zmianie.

Ustaliliśmy w ten sposób przyczynę rozwodnienia, która występuje w płynach podczas samego upustu. Zrozumiałem też jest, iż zmiany te w składzie płynu powodować mogą również mniejsze stężenie płynu, otrzymanego przez nakłucie powtórne w porównaniu z płynem, otrzymanym podczas pierwszego zabiegu.

Uzależnienie tego rozwodnienia płynów w miarę powtarzania nakłuć od domieszki wody i części niebiałkowych surowicy krwi objaśnia nam też, dlaczego w niektórych przypadkach nie obserwujemy tych zmian.

Pouczającym pod tym względem jest przyp. Walka Sz. (Nr. 24); płyny z dn. 10. II., 13. II., i 15. II. są stale więcej rozwodnione od płynów, otrzymanych przez nakłucie poprzedzające. Brak tego rozwodnienia, przeciwnie, nawet pewne zgęszczenie, stwierdzamy w płynie z dn. 23. II. (w porównaniu z płynem z dn. 15. II.). Jest to najprawdopodobniej skutkiem tego, że pomiędzy temi dwoma nakłuciami upłynęło znacznie więcej czasu (8 dni) niż pomiędzy poprzednimi (1, 3 i 2 dni). Przez ten przeciąg czasu mógł się już zatrzeć wpływ rozwodnienia po nakłuciu z dn. 15. II. Okres czasu, po którym to rozwodnienie daje się jeszcze stwierdzić będzie, naturalnie, różny dla poszczególnych przypadków. Tak w przy-

padku 19-ym znajdujemy je jeszcze, chociaż nakłucie drugie wykonane było dopiero w 14 dni po pierwszym.

Stężenie płynu zależy będzie w znacznej mierze od stosunku ciśnienia, wywieranego przez dany płyn, do ciśnienia panującego w układzie krwionośnym; im płyn jest starszy, im więcej się go nagbiera w jamie ciała, tem większe jest, naturalnie, wywołane przez niego ciśnienie, tem więcej wody przesiąka z płynu do naczyń—tem gęściejszy jest ten płyn. W ten sposób wytłumaczyć sobie można często znaczne stężenie płynów, nagromadzonych w dużej ilości w jamie brzusznej, jak np. w przyp. Henia P. (Nr. 38), przesięk z dn. 2. V. wykazywał bardzo wysoki odsetek białka oraz duży n_D . Płyn, otrzymany przez nakłucie następne, jest wtedy zwykle znacznie rzadszy—zależy to, jak słusznie twierdzi Runeberg, od własności błon zwierzęcych, które przepuszczają *ceteris paribus* tem uboższy w białko płyn, im większą jest różnica ciśnienia i odwrotnie.

Wreszcie, duże znaczenie jakie przypisać należy układowi krwionośnemu na stężenie płynu wytłumaczy nam niektóre spostrzeżenia, dotyczące specjalnie płynów z jamy brzusznej. Nadzwyczaj rozgałęzioną sieć naczyń krwionośnych w jamie brzusznej warunkuje tutaj znacznie większy wpływ układu naczyniowego na stężenie płynów, niż to ma miejsce np. w opłucnej. Dlatego też płyny w jamie brzusznej są często więcej rozwodnione w porównaniu z płynami z opłucnej; natomiast są one również więcej stężone w razie, jeżeli zwiększy się ciśnienie w jamie brzusznej. Zgodnie z tem w zestawieniu Engel'a wskaźnik refr. wysięków z jamy brzusznej waha się w większych granicach, niż n_D wysięków z opłucnej.

		różnica
wahania dla opłucnej	1.3435—1.3480	0.0045
„ „ otrzewnej	1.3400—1.3485	0.0085

to samo dotyczy również przesięków pochodzenia nerkowego:

Wahania dla opłucnej	1.3362—1.3386	0.0024
„ „ otrzewnej	1.3361—1.3392	0.0031

Tłumaczy to nam dalej spostrzeżenie Engel'a, że przeciętnie n_D przesięku zastoinowego z otrzewnej jest większy (1.3398), niż n_D takiego samego płynu z opłucnej (1.3392) — wpływ zgęszczonej krwi zastoinowej uwydatnia się wybitniej w składzie płynu z jamy brzusznej niż z opłucnej.

Streszczając się, ustalamy następujące wnioski:

1. Odczyn Rivalta'y jest bezwzględnie

pewnym sposobem różniczkowania wysięków i przesieków.

2. Stężenie (*concentratio*) płynów określamy najdokładniej za pomocą refraktometru; do zalet tej metody zaliczamy też szybkość badania oraz małą ilość niezbędnego materiału.

3. Obliczyć odsetek białka w płynie na zasadzie n_D możemy tylko ze średnią dokładnością 0,32%.

4. Samo stwierdzenie stężenia płynu (n_D , ciężar właściwy, składniki stałe, odsetek białka) nie wystarcza często do odróżnienia wysięku od przesieku. Jako wartości wytyczne dla używania refraktometru w tym celu ustalamy:

n_D poniżej 1.3400 — prawie pewny przesiek,
„ powyżej 1.3430 — pewny wysięk,
wartości pośrednie są sporne

5. Wykonanie odczynu Rivalta'y, zbadanie wzoru cytologicznego, oraz określenie n_D (poza badaniem bakteriologicznym) wystarcza do ustalenia charakteru danego płynu.

6. Stężenie płynu zależy oprócz od ist-

nienia lub braku stanu zapalnego, również od miejsca wytwarzania się płynu, od składu krwi oraz warunków krążenia i ciśnienia w układzie krwionośnym. Im krew jest więcej zgęszczona, tem więcej stężony będzie *ceteris paribus* płyn wysiękowy lub przesiekowy.

7. Płyn, otrzymany przez nakłucie powtórne jest więcej rozwodniony, niż płyn pierwszy; badanie poszczególnych porcji jednego i tego samego płynu wykazuje również rozwodnienie ostatnich porcji w porównaniu z pierwszą. Zależy to od przesiekania wody, względnie roztworu ciał niebiałkowych z naczyń do jamy ciała wskutek zmniejszonego tam ciśnienia.

8. Natomiast płyn, otrzymany przez nakłucie próbne w niedużej ilości jest często mniej stężony od całej zawartości danej jamy ciała.

9. Znaczne rozgąlenie naczyń krwionośnych w jamie brzusznej warunkuje większe wahania stężenia tych płynów w porównaniu z płynami z opłucnej.

PIŚMIENNICTWO.

1. Reiss Arch. f. exp. Pathol. u. Therapie. 1904. T. 51. 2. Engel i Orszag Zeitschr. f. kl. Med. 1909. T. 67. 3. Kreibich i Poland Arch. f. Dermat. u. Syph. 1905. T. 75. 4. Georgopolus Z. f. kl. Med. 1906. T. 60. 5. Engel B. kl. W. 1905. N. 43. 6. Zannini Rivista Osped. IV. N. 12. 7. Janowski Medycyna. 1906. N. 49. B. kl. W. 1907. N. 44. 8. Rzętkowski Pam. W. T. L. 1904. Virchows Arch. 1905. T. 179. 9. Runeberg D. Arch. f. kl. Med. 1884. T. 34. 10. Reuss D. Arch. f. kl. Med. T. 28. 11. Reiss

Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderhkl. 1913. T. X. 12. Reiss Arch. f. exp. Path. u. Therap. 1904. T. 51. 13. Cyt. podług Reiss'a (11). 14. Schmidt Charakteristik d. epid. cholera. cyt. podług Runeberg'a (9). 15. Bequérrel i Rodier. Traité de Chimie pathologique appliqué à la médecine pratique. Cyt. podług Runeberg'a (9). 16. Lassar Virch. Arch. T. 69. 17. Jonscher Księga pamiątkowa dla J. Brudzińskiego, oraz Gazeta Lek. 1917. 2—3. 18. Barlocchi Zeitschr. f. kl. Med. 1911. T. 73.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

10. Wł. Janowski. Nerwobóle w ścianie brzusznej pod względem praktycznym.

Jeszcze w r. 1906 na jednym z posiedzeń War. Tow. Lek. (P. W. T. L. 1906, str. 877) autor na podstawie licznych spostrzeżeń (258) wykazał, jak często nerwoból międzyżebrowy, będący cierpieniem pospolitem i łatwym do rozpoznania, gdy się tylko o niem pamięta i uważnie słucha skarg chorego, zostaje klinicznie zapoznany, nieraz w sposób rażący. Daje to powód do bardzo przykrych omyłek rozpoznawczych i prowadzi na fałszywe drogi leczenia, które, o ile tylko rozpoznawanie jest właściwe, bywa zwykle dość proste i skuteczne (pryszczydła, wygniatanie, mięsienie i t. d.). Autor nie przestawał w dalszym ciągu wzbogacać swojej kazuistyki, która w latach następnych (1911) wzrosła do 440 spostrzeżeń (ogłoszonych po francusku w osobnej monografii). W naszym piśmiennictwie spostrzeże-

nia Janowskiego nie znalazły odgłosu, w niemieckiem spotkały się albo z bezwzględnem uznaniem (W. Siegel w *Therapie der Gegenwart* 1907 i Zuelzer. Tamże 1907), albo były uznane za bezwzględnie błędne (Tobias. *Berlin. Klin. Woch.* 1914 № 16). Autor swojego dawnego stanowiska nie porzucił. Owszem, w ostatnich latach, zwłaszcza podczas praktyki w Essentukach, wzbogacił w swojej kazuistyce dział, w którym mieszczą się przypadki nerwobólu międzyżebrowego, rozszerzając go się na powłoki brzuszne i dając go powód do fałszywego rozpoznawania organicznych cierpień różnych narządów brzusznych przez samych chorych, a nawet przez lekarzy. Były to przypadki, naśladujące obraz kliniczny kamieni żółciowych (14 przyp.), nerki ruchomej (8), napadu kamicy nerkowej (6), cierpień organicznych żołądka ze skargami na ból

i palenie w żołądku albo na młóści i wymioty. Na ten ostatni obraz chorobny autor zwraca uwagę specjalistów chorób żołądka, gdyż chórzy tacy często na próżno leczeni są dyetą, wodami mineralnymi i t. d., podczas gdy znalezienie punktów bolesnych i wykrycie siedliska nerwobólu usuwa postawienie kilku pryszczideł. Na uwagę również zasługują przypadki, naśladujące nietypowe, przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, zwłaszcza jeżeli przyczyniają się do tego niedokładne wywiady.

W ostatnich latach (od r. 1908) autor spotkał takich przypadków 14. Tu należą takie przypadki, w których skargi chorych (kobiet) budzą podejrzenie na przewlekłą postać zapalenia tkanki przymaciczej (*parametritis*)—10 przypadków. Niekiedy uporczywe bóle w kiszkaach w połączeniu z ogólnym wycieńczeniem okazują się również nerwobólem międzyżebrowym z punktami bolesnymi na skórze brzucha.

Wszystkie powyższe nerwobóle, umiejscowione w skórze brzucha, mają charakter przewlekły. Zdarzają się jednak nerwobóle, powstające nagle. Tu autor rozróżnia bóle u chorych niegorączkujących, którzy sami nie umieją nawet umiejscowić tych bólów. Dokładne zbadanie, pozwalające wykluczyć organiczne źródło bólów i staranne wyszukiwanie punktów bolesnych na skórze brzucha wzgl. na żebrach rozstrzyga rozpoznanie i pozwala na zastosowanie racjonalnego leczenia.

U chorych gorączkujących zakażenie wywołuje często nerwobóle w najrozmaitszych miejscach ciała. Autor przytacza dwa spostrzeżenia: w jednym przypadku tyfusu brzuszno u chorej wystąpiły nagle tak silne bóle w okolicy serca i w całym brzuchu, że doprowadziły do rozpoznawania dusznicy bolesnej lub przedziurawienia kiszek—tymczasem zależały tylko od nerwobólu w odnośnych częściach skóry, w drugim znów przypadku rozpoznawano zapalenie otrzewnej wskutek zapalenia kiszeki ślepej. Bliższa obserwacja wykazała zajęcie prawego szczytu sprawą gruźliczą, obostrzenie jakiejś sprawy w przydatkach macicy i nerwobóle z rozsypnymi po całej dolnej połowie brzucha punktami bolesnymi. Do ostatniej grupy nerwobólów w ścianie brzusznej autor zalicza nerwobóle, towarzyszące pewnym organicznym cierpieniom narządów jamy brzusznej, jak kamicy żółciowej, nerce ruchomej, kamicy nerkowej i zapaleniu miedniczek, oraz zapaleniu przydatków macicznych. Tu nerwobóle występują często w końcowym okresie lub po przebyciu tych chorób i wymagają racjonalnego leczenia, skierowanego nie na te choroby, tylko na nerwobóle. U chorych na nerkę ruchomą, często pasy nerkowe są przyczyną nerwobólów, wskutek drażnienia skóry powłok brzusznych.

P.

(Odbitka z Pol. Mies. Lek. 1917, № 7).

Wiadomości bieżące.

— Rada Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego ogłasza konkurs na stanowisko redaktora „Zdrowia”. Zgłoszenia kandydatów przyjmuje kancelarya Tow. Hig.

Dotychczasowy redaktor „Zdrowia”, kol. J. Jaworski ustępuje z d. 1 stycznia 1919 r. po 10-letnim spełnianiu obowiązków kierownika jedynego u nas pisma higienicznego. Nowe obowiązki w Ministerstwie Zdrowia publicznego nie pozwalają kol. J. na ponowne zgłoszenie swej kandydatury.

— Warszawskie Towarzystwo walki z niezrądem i chorobami wenerycznymi wydaje własny organ „Zagadnienia rasy” pod redakcją dra

L. Wernica i dra W. Wesołowskiego. Wydany obecnie zeszyt 2-gi zawiera z prac oryginalnych: W. Miklaszewskiego: „Oficer armii rosyjskiej ze stanowiska rasy” i 2-gą część artykułu L. Wernica „Sprawa ludności w Polsce a choroby weneryczne”.

— Staraniem Wydziału Opieki Państwowej nad dzieckiem i matką przy Ministerstwie Zdrowia publicznego, Opieki społecznej i Ochrony pracy i nakładem tegoż Ministerstwa wydano: „Dziennik położnej”, jaki każda położna obowiązana będzie prowadzić i na zasadzie danych, tą drogą zdobytych, składać dwa razy do roku sprawozdanie ze swej działalności lekarzowi powiatowemu.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Antoni Mikulski. Leczenie chorób umysłowych nukleinianem sodu	325	Dział sprawozdawczy. 10. Wł. Janowski. Nerwobóle w ścianie brzusznej pod względem praktycznym	331
Karol Jonscher. Badanie refraktometryczne i chemiczne płynów wysiękowych i przesiekowych (dokończenie).	328	Wiadomości bieżące	332

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 4^{1/2} do 6-ej.

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 1 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnym pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

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. Nosaczka. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

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

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

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

Cena m. 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.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpeli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

Dr Leonard Leszczyński

powrócił z Kijowa.
Chirurgia jamy ustnej. Prostowanie krzywych zębów.
Dentystyka.
Trębacka № 4.

Tłumaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz
przepisywanie na maszynie przyjmuje b. stud. wydz.
lek. F. Stodolska. Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

**Warszawa, Marszałkowska 139, wprost
bramy, I-sze piętro.**

Poleca: wszelkie narzędzia lekarskie, szpryce, igły do szprylic i chirurg. termometry i t. p.
Dokładna reparacja i odnawianie tychże.
Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla celów medycznych R. GRAF et C-o, Norymberga.

Catgut z najlepszych i zdrowych kiszek; zupełnie gotowy do użytku (jałowy) na gwiazdkach.

Catgut surowy w motkach i kłębkach, lecz wewnątrz nici jałowy.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. **STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI**

== DUR WYSYPKOWY ==

(tyfus plamisty).
Stron 250, z 70 rysunkami w tekście.
Cena Mk 8.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

TADEUSZ KORZON.

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

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

PAMIĘTNIK KLINICZNY

SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS

== Tom II ==

z 27 rysunkami, 2 portretami w tekście i 1 tablicą
przygotował do druku A. LANDE, sekretarz posiedzeń klinicznych.

WARSZAWA, 1918. == SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI GEBETHNERA I WOLFFA.

CENA 6 MAREK.