

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## I. O ostrej rozstrzeni żołądka

podał

**WALERY GIEDGOWD**

lekarz fabryczny w Juzówce.

---

Przyczyną rozszerzenia żołądka bywa, jak wiadomo, niedomoga lub osłabienie mięśni żołądka, który w takim stanie nie może już przepchnąć zawartości swojej do dwunastnicy. Niedomogę tę wywołuje: 1) najczęściej przyczyna mechaniczna skutkiem zwężenia oddźwiernika skutkiem raka, wrzodów i blizn które, po nich powstały; 2) wprowadzanie do żołądka nadmiernych ilości pokarmu mało strawnego u żarłoków i pijaków; 3) osłabienie całego ustroju, a tem samem zwątlenie mięśni żołądkowych przy ogólnym upadku odżywiania po chorobach wyniszczających: durze, zapaleniu płuc chronicznem i gruźlicy, neurastenii, histeryi i śledziennictwie lub też zmiany w ścianach samego żołądka w przewlekłym niezycie. Rozstrzeń żołądka może być przewlekła lub ostra; pierwszą spotykamy bardzo często, drugą zaś naodwrot dosyć rzadko. Przyczynowe czynniki, wyliczone wyżej i grające w chronicznych przypadkach pierwszorzędną rolę, a mianowicie zwężenie oddźwiernika mają w przy-

padkach ostrej rozstrzeni żołądka małe i tylko, wtórne znaczenie przy zagięciu dwunastnicy skutkiem powstałego już przed nim nadmiernego rozszerzenia żołądka. Przepelnienie żołądka bywa też przyczyną ostrej rozstrzeni jego, ale najbardziej częstą przyczyną bywa porażenie nerwowych narządów żołądka, wywołane przez rozmaite, jeszcze niedostatecznie wyjaśnione czynniki, najprawdopodobniej toksycznej natury. Przyczyną usposabiającą do ostrego porażenia żołądka jest złe i niedostateczne odżywianie się przy miejscowych zmianach w jego ścianach, osłabiających jego zdolność ruchową.

Pierwotne osłabienie nerwów żołądka zdarza się w histeryi, neurastenii, samozatruciu. Nie bez wpływu bywa też chloroform, przenikający do krwi, i wstrząs (Shok) po operacjach, wywołujących podrażnienie otrzewny, a zatem przeważnie po laparotomiach. W dostępnej mi literaturze znalazłem 18 przypadków ostrej rozstrzeni żołądka, co razem z moim przypadkiem, niżej podanym, stanowi 19.

Przypadki te można zszeregować w sposób następujący:  
6 przypadków ostrej rozstrzeni żołądka bez widocznej przyczyny, na zwłokach nie znaleziono żadnych zmian

I	„	„	„	równocześnie z empyema
I	„	„	„	Absces. retroperitonealis
I	„	„	„	Pneum. et Pleuritis
I	„	„	„	po płonicy
I	„	„	„	Abortus et febr. puerper.
I	„	„	„	Carcinoma ventriculi
I	„	„	„	Abscess. femoris (mój przypadek)
I	„	„	po operacyi	Abscess. hepatis
I	„	„	„	Nephrolithiasis et Pyelitis
I	„	„	„	fistula cystidis felleae
2	„	„	„	próbnej laparotomii
I	„	„	„	na nodze



W ten sposób w 6 przypadkach, czyli w 31% nie znaleziono		żadnej przyczyny
w 7 „	} 47%	przyczyną mogło być zatrucie (Empyema, Abscess. retroperit., Pneum. c. pleurit., Scarlatina, Febris puerper., Carcinoma ventriculi, Abscess. femoris.
w 2 „		przyczyną mogła być operacja i zatrucie jednocześnie (Abscessus hepatis, Nephrolithiasis et Pyelitis.
w 4 „	21%	przyczyną mogła być wyłącznie operacja (2 próbne laparotomie, i operacja na nodze, fistula cystidis felleae.

A więc w 33% nie znaleziono ani klinicznie, ani na sekcji żadnych przyczyn; w 47% za przyczynę można było uważać zatrucie, a w 26% przyczyną była operacja, z nich w 4 przypadkach wstrząs ze strony otrzewny, a w jednym przypadku operacji na nodze winić można chloroform. Ostatecznie zatrucie i w tych przypadkach nie może być zupełnie wykluczone, tak, że wymieniona co tylko przyczyna ma znacznie większą przewagę nad wszelkimi innymi i więcej, niż w połowie przypadków należy uznać ją za główną.

Podług Campbell'a porażenie ścian żołądka następuje skutkiem nieprawidłowego unerwienia.

Pary i Herff powiadają, że pierwotnie występuje porażenie ścian, a dopiero potem skutkiem gazów i płynów, zbierających się w żołądku, rozszerzenie.

Jako lokalne przyczyny mechaniczne wymieniają jeszcze głębokie położenie dwunastnicy, silne wygięcie naprzód lędźwiowej części kręgosłupa, zbyt krótką kreskę i pustość kiszek (Herff).

Na zwłokach, jak i w moim, niżej przytoczonym, przypadku nie znajdujemy nic więcej prócz olbrzymiego rozszerzenia żołądka, sięgającego aż do miednicy, i skłębienia kiszek.

Pod mikroskopem widzimy gastritis parenchymatosa w przypadkach, gdzie paraliż rozwinął się z chronicznego rozszerzenia i nieżyty.

*Objawy.* Choroba zaczyna się silnemi i długotrwałemi wymiotami, ilość wymiotowanych płynów bywa bardzo znaczna i nie stoi w stosunku do ilości wprowadzonych do żołądka płynów. Wymioty mają zielonkawy lub brunatny kolor z powodu domieszki żółci. Jednocześnie z wymiotami rozwija się szybki upadek sił i bóle w okolicy żołądka, które jednak nie zawsze bywają silnymi. Okolica żołądka zwykle znacznie się wzdyma, ale czasami tego wzdęcia nie bywa, co zależy zapewne od większego lub mniejszego napełnienia go gazami. Jeżeli do porażenia przyłączy się niedrożność dwunastnicy skutkiem zagięcia tejże to, odejście gazów i zawartości jest utrudnione. Tętno jest przyspieszone i małe, oddech częsty, pragnienie wzmożone, a ilość moczu znacznie zmniejszona. Przytomność znika, rozwija się stopniowo zapaść. Ciepłota ciała normalna lub nawet niższa.

Ze względu na rzadkie występowanie tej choroby rozpoznanie jej nie jest łatwe i zapewne cierpienie bywa często tam, gdzie nie wykonano oględzin pośmiertnych, nierozpoznane.

Ze względu na rzadkość choroby i dla ilustracyi wyżej powiedzianego pozwolę sobie przytoczyć przypadek ostrej rozstrzeni żołądka z mojej praktyki.

M., robotnik-górnik, lat 30, otrzymał 19/XII 1905 r. w czasie kłótni cięcie siekierą w biodro powyżej lewego dołka kolanowego. Przyczepy mięśni wraz z condylus externus femoris odrąbane, rana 8 cm. długa i 3 cm. szeroka, przenika aż do stawu kolanowego. Dreny, opatrunek. Chory dotąd dnie cieszył się zbyt silnem zdrowiem, ale prócz małych dolegliwości innych chorób nie przechodził.

Grudzień Ciepłota

20 37,6 — 38,1

21 37,1 — 39,5

22 39,8 — 38,9



23 38,0 — 39,2

24 40,0 — 39,0

Odrąbany kawałek condylus'a został usunięty, ropienie obfite. Opatrunki codziennie.

25 37,3 — 39,2

26 38,4 — 39,4

27 39,3 — 39,4

28 38,3 — 39,5

29 39,0 — 39,5

30 38,5 — 39,4

31 38,7 — 39,3

Ropienie coraz obfitsze, z wewnętrznej strony rzepki utworzył się absces, który został przecięty, ropień tylko podskórny nie przenikający głębiej. Na lewej łydce na 5 ctm. niżej kolana zrobiono kontraperturę, wstawiono dreny z dołu i z góry, opatrunek.

Styczeń 1905.

1 38,7 — 38,5

2 38,0 — 39,2

3 38,0 — 38,5

4 38,1 — 39,2

5 37,6 — 38,1

6 37,4 — 38,0

7 37,1 — 38,2

Opatrunek codziennie przepojony ropą, rana pokrywa się ziarniną.

8 37,4 — 39,6

9 37,0 — 38,8

10 37,4 — 38,4

Wykonano jeszcze dwa cięcia: jedno niżej kolana, drugie wyżej na biodrze, dreny.

11 37,1 — 37,4

12 36,9 — 38,2

13 37,2 — 39,1

14 37,1 — 38,0

15 37,6 — 38,5

Chory błady, znacznie osłabł, skarży się, że w nocy spać nie może, ale we dnie śpi dużo, apetyt dosyć dobry, prosi o powiększenie porcyi jedzenia. Trawienie niezłe, była dwa dni biegunka, ale przeszła.

16 37,5 — 38,4

17 37,0 — 38,0

18 37,1 — 38,6

19 37,5 — 38,3

20 37,4 — 38,2

21 37,0 — 38,0

22 37,9 — 38,1

23 37,1 — 37,0

Stan jednakowy bez zmian, chory czuje się niezłe. Skarży się na ból żołądka i zaparcie. Żołądek zaledwie wzdęty, mało bolesny, chory otrzymał łyżkę rycyny. Ku wieczorowi wystąpiły wymioty, najprzód bezbarwne, potem z domieszką żółci, bardzo uporczywe i bardzo częste, trwały całą noc; leczenie: co-deinum i lód wewnątrz.

24 36,8 — 36,9

Bóle żołądka silniejsze, brzuch średnio wzdęty, bolesny przy dotyku, ale nie bardzo, wymioty bez przerwy, urynuje, ale mało, stolca nie było. Rozpoznanie waha się między zapaleniem otrzewny i uwięzieniem kiszek. Przeciw niedrożności kiszek mówiła ta okoliczność, że wymioty pomimo ich długotrwałości nie zmieniły swych przymiotów, t. j. pozostały bezbarwnymi i bez zapachu aż do tej pory, że wzdęcie żołądka nie wzmaga się, że niema wzmożonych ruchów robaczkowych i że było, jakoby, w nocy wypróżnienie, wprawdzie w zaledwie dostrzegalnej ilości. Przeciw zapaleniu otrzewny mówiła niezbyt silna bolesność brzucha na dotyk i nieznaczne naprężenie mięśni jego. Jednakże w rozpoznaniu zatrzymałem się na zapaleniu otrzewny przerzutowego pochodzenia. Leczenie: lód, T. Opii 1 : 2 spiritus co 3 godziny po 12



kamfora w proszkach; kropli ku wieczorowi stan chorego szybko się pogarszał. Wzdęcie brzucha nieco się powiększyło, ale zawsze nie było zbyt wielkie. Wypuk dawał na całym brzuchu, ton bębnowy. Przytomność umysłu gasła. Tętno było coraz gorsze. Podskórne wstrzykiwanie kamfory nie wywoływało żadnego polepszenia. Opium zaprzestałem dawać, zamiast niego Ligu. Hoffmani. — Wieczorem chory już leżał bezprzytomny i bez pulsu, wymioty ustały, żołądek średnio wzdęty i mało bolesny. Rozpoznanie ciągle niepewne, przechylałam się ku rozpoznaniu niedrożności kiszek, ale podjąć jakikolwiek zabieg wobec beznadziejnego stanu chorego uważałam już za zbyt ciężkie. W nocy nad ranem były, podobno, wymioty z zapachem stolcowym.

25/I — 36,2 Zrana o 7-ej śmierć.

(d. c. n.)

---

## II. Doroczny Kongres Chirurgiczny w Berlinie.

Przewodniczył prof. KRONLEIN z Zurichu.

---

### I posiedzenie.

1. Pierwszy przemawiał prof. Bier z Bonn o nowym swoim sposobie leczenia ostrych ropnych zapaleń; sposób ten nazywa nawskroś zachowawczym ze względu na małe cięcia i zachowanie w całości zagrożonych części ciała. Paru chorych, leczonych tym sposobem w Berlinie, oglądaliśmy codziennie w klinice Bergmanna; aczkolwiek wygląd ran i sam sposób leczenia jest mocno dla oka tegoczesnych chirurgów nieestetyczny; przyznać trzeba, że i cierpienia szybko ustępują i leczenie trwa krócej. Bier w zapaleniu upatruje siłę leczniczą przeciw toksynom i jest zdania, że stan ten należy podtrzymywać, a nie usuwać go. Sposób polega: 1) na zakładaniu gumowej opaski powyżej miejsca zapalenia (ręka lub przedramię — opaska na ramieniu, stopa lub goleń — na biodrze) codziennie na czas do 22 godzin, poczem zdejmujemy opaskę i przez 2 go-

dziny kończyny unosimy do góry w celu usunięcia obrzęku. 2) Na przystawianiu ssącej bańki przy leczeniu czyraków, zapaleń ropnych sutki i t. p.; odpowiednie pazyrzyady wyrabia w Bonn firma F. A. Eschbaum.

Wogóle leczenie to stosować należy we wszystkich ostrych zapaleniach w ropieniach, w ostrych zapaleniach kości i pochevek ścięgnowych, ropnych zapaleniach środkowego ucha nawet z zajęciem wyrostka cycowatego, karbunkulach i ropniach sutki.

2. Küster z Marburga opisuje przypadek tężca, gdzie stosowano miejscowe wcieranie w ranę antytoksyny oraz wstrzykiwanie teje antytoksyny w obnażone ad hoc odpowiednie pnie nerwów. Wynik dobry. W dyskusyi biorą udział: König, Hertel, Braun.

3. Jordan (Heidelberg) mówi o nerkowych i okołonerkowych ropniach w następstwie po czyrakach i powierzchownych ropniach. Mówca spostrzegł 12 przypadków: nerka powiększona, ból przy uciskaniu 12 żebra. Szybkie rozpoznanie i zabieg odpowiedni stanowią o szybkim wyzdrowieniu.

4. Heile (Wrocław) mówi o doświadczeniach nad zwiększeniem ilości leukocytów i niszczeniem ich w celu wzmożenia leczniczej siły organizmu. Po zastrzyknięciu 1% roztworu kwasu nukleinowego zwiększoną miejscowo ilość leukocytów mówca niszczył za pomocą wyświetlania promieniami Röntgena. Autor w gromadnym rozpadzie leukocytów upatruje źródło dobrych wyników leczenia sposobem Bier'a.

5. Heineke (Lipsk): o działaniu promieni Röntgena na szpik kostny. Działanie promieni jest paljatywne, polepszenia czasowe, po pewnym czasie poprzednie objawy wracają.

## II posiedzenie.

6. Körte (Berlin) mówi o wyborze najstosowniejszej chwili dla operacyjnego zabiegu w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Według jego zdania, w ostrem zapaleniu pierwsze 48 godzin są okresem, w ciągu którego chory winien być operowany, mówca widział ropę w otrzewny już po 13 godzinach. Wyniki tych wczesnych operacyi są bardzo dobre, z pomiędzy 180 operowanych mówca nie stracił żadnego.

W okresie intermedialnym radykalna operacja daje gorsze wyniki od zwykłego przecięcia, — często pozostają przetoki, szwy przecinają tkanki i t. d. Operacja w interwale daje 1% śmiertel-



ności. Wogóle z operacją nie należy zwlekać, każdy nowy napad czyni operację trudniejszą.

Jednym słowem: Ostrą appendicitis nawet wobec podrażnienia otrzewny można operować radykalnie w ciągu pierwszych dwóch dni, intermedialna operacja winna być wykonana możliwie wcześnie po pierwszym napadzie. (d. c. n.)

### III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Choroby wewnętrzne i nerwów.

157. Prof. F. Moritz. **O rozszerzeniu serca.** («Ueber Herzdilatation.» Münch. Med. Woch. 1905, Nr. 15).

W promieniach Roëntgena zyskaliśmy możność dokładniejszego opracowania kwestyi, dotyczących ostrego rozszerzenia serca, jak zresztą wogóle wszelkich zmian w wymiarach, postaci i położeniu tego narządu.

Doświadczenia O. Frank'a, przeprowadzone w tym względzie na sercu zimnokrwistych kazały przypuszczać, że wymiary serca ulegają wahaniom zależnie od zmian ciśnienia.

Mianowicie, spadek ciśnienia w przedsionkach ma powodować, podług tych badań, mniejsze napełnienie komór i mniejszą ich objętość skurczową. Przy obniżeniu ciśnienia tętniczego zwiększa się ilość krwi, wyrzucanej podczas skurczu przez komory; przy wzmożonym ciśnieniu obwodowym, przeciwnie, komory nie opróżniają się całkowicie, następuje nagromadzenie krwi i rozszerzenie komór. To samo ma miejsce przy zwiększaniu ciśnienia w przedsionkach.

Zdawało się, że wnioski Frank'a można przez analogię przenieść na serce człowieka, byle uwzględnić wpływ ośrodków nerwowych, które, niezawodnie, w warunkach powyższych in vivo odgrywają pewną rolę.

Tymczasem badania ortodiagraczne, przeprowadzone przez autora na zdrowych ludziach w warunkach wzmożonego ciśnienia tętniczego i żylnego, dały wynik zupełnie ujemny; ani po ciężkich wysiłkach fizycznych, ani po spożyciu dużych

ilości piwa, ani po długotrwałych kąpielach gorących autor nie mógł stwierdzić rozszerzenia serca u badanych osobników.

Jakkolwiek rezultat ujemny w podobnych badaniach otrzymali również A. Hoffman i de la Camp, autor sądzi, że jednak wyniki te nie upoważniają do odrzucenia możliwości wahań w wymiarach serca u zdrowych ludzi pod wpływem wspomnianych czynników. Nawet znaczna różnica objętości serca przy rzutowaniu obrazu serca na płaszczyznę wyda się nieuchwytną. Powtórę zaś, zmianie objętości serca towarzyszyć może zmiana postaci, naprzykład — zmniejszenie wymiaru poprzecznego, a natomiast wydłużenie pionowe, trudne do określenia ortodiagraficznego.

W każdym bądź razie, gdyby nawet ustalić za pomocą udoskonalonej techniki badania możliwość rozszerzenia serca «fizyologicznego» u zdrowych ludzi, powstaje kwestya, jak je odróżnić od spostrzeganego klinicznie rozszerzenia chorobowego. Określanie pierwszego, jako czynnego w przeciwieństwie do chorobowego — biernego, zastoinowego, nie wydaje się racjonalnem, ponieważ akt rozkurczu zawsze, z natury rzeczy, jest bierny. Rozszerzenie fizyologiczne autor tłumaczyłby, zgodnie z wnioskami Frank'a, czysto mechanicznie — większem napełnieniem komór sercowych wskutek zwiększonego dopływu krwi żyłnej; być może również, pod wpływem układu nerwowego, mięsień sercowy raz łatwiej, innym razem oporniej ustępuje zwiększonej fali krwi.

Możnaby jeszcze odróżniać rozszerzenie fizyologiczne od patologicznego na tej zasadzie, że w pierwszym komory podczas skurczu opróżniają się całkowicie, gdy w drugim po każdym skurczu pewna ilość krwi pozostaje w komorze.

Jednakże tłumaczenie takie mogłoby mieć znaczenie li tylko hypotetyczne, zresztą najnowsze badania (Roy i Adams, Johanson i Tigerstedt, O. Frank) dowodzą, że i w warunkach prawidłowego krwiobiegu podczas skurczu pewna ilość krwi pozostaje w komorach.

Jedyne tedy kryterium w omawianej sprawie, jak dotąd, stanowić może stopień i trwanie rozszerzenia serca: wszelkie znaczniejsze rozszerzenie, które nie znika wcale, lub znika dopiero po wielu dniach czy tygodniach, uznać należy za chorobowe.

Wyobrażać sobie można, że rozszerzenie serca chorobowe powstaje bądź wskutek większego napełnienia komór,



bądź wskutek większej rozciągliwości mięśnia sercowego. Pierwsze, w czystej postaci, spostrzegamy w wadach zastawek, dopóki nie towarzyszą im zmiany mięśnia sercowego. Pierwotne uszkodzenie mięśnia sercowego ze wzmożoną rozciągliwością rozkurczową powstaje pod wpływem czynników zakaźnych lub toksycznych. Wreszcie rozszerzenie serca po ciężkich wysiłkach fizycznych wytwarza się wskutek wzmożenia ciśnienia tętniczego w sposób powyżej omówiony. Te trzy postaci rozszerzenia serca, jakkolwiek stwierdzone badaniami anatomo-patologicznymi, klinicznie nie zawsze dadzą się wykazać z powodu niedokładności metod badania opukowych i palpacyjnych. Uderzenie wierzchołkowe serca też bynajmniej nie zawsze daje prawidłowe pojęcie o wymiarze serca, a czasem, jak w chorobie Basedow'a, może prowadzić do całkiem błędnych wniosków.

Ztąd pożądanem by było sprawdzić i te postaci rozszerzenia serca za pomocą ortodiagrafi.

U zdrowych ludzi zmiany w wymiarach serca stwierdzono ortodiagnostycznie tylko w t. zw. próbie Valsalva'y oraz przy zmianie położenia ciała. W próbie Valsalva'y (mocne ściśnięcie przy zamkniętej głośni i maksymalnym wdechu) zmniejszenie serca zależy od wzmożonego ciśnienia w klatce piersiowej oraz zmniejszonego dopływu krwi żyłnej. Co się tyczy zmian położenia ciała, to autor notował zmniejszenie wymiarów serca w pozycji stojącej w porównaniu z leżącą, i tłumaczyłby swe spostrzeżenie głębszem ułożeniem przepony oraz trudniejszym dopływem krwi do przedsionków w pozycji stojącej.

Interesujące byłyby badania ortodiagnostyczne nad wpływem, jaki na rozszerzenie serca okazuje leżenie, naparstnica, kąpiele gazowe i elektryczne, ćwiczenia fizyczne. Zapewne okazałoby się, że rozszerzenie, już ustalone przerostem mięśnia sercowego, mniejszym ulega zmianom pod wpływem wliczonych czynników, niż rozszerzenie świeże, któremu nie towarzyszy jeszcze przerost serca. *W. Starkiewicz.*

158. G. Zimmermann. **Leczenie wodoelektryczne zaburzeń w czynności serca** («Ueber die hydroelektrische Behandlung der Herzfunktionsstörungen». Münch. Med. Woch. Nr. 12, 1905).



Publikacje ostatnich czasów w sprawie leczniczego działania kąpiei o zmiennym prądzie faradycznym w chorobach serca zbyt podkreślają zmianę, resp. zmniejszenie granic serca pod wpływem tych zabiegów; często bowiem daje się tu zauważyć brak krytycznego pojmowania rzeczy, i pojęcia: przerost, rozszerzenie wyrównawcze i rozszerzenie bezwzględne bywają niedostatecznie rozróżniane, co wpływa ujemnie na rozwój omawianej terapii, ponieważ nie można jej szablonowo stosować w trzech wymienionych cierpieniach. Wszak zadanie terapii chorób sercowych polega nie na zmniejszeniu granic opukowych serca, lecz na dążeniu do poprawy warunków krwioobiegu wogóle. Jakkolwiek mechanizm działania kąpiei o zmiennym prądzie nie jest dotychczas zupełnie wyjaśniony, można jednak przypuszczać, iż główną rolę odgrywa tu działanie odruchowe na unerwienie serca; zwolnienie tętna należy przypisać również odruchowemu podrażnieniu nerwu błędnego. Wzmożenie ciśnienia zależy przede wszystkim od zjawiającego się od czasu do czasu osobliwego skurczu naczyń. Dzięki miarowym i łagodnym skurczom mięśniowym pod wpływem przebiegającego prądu elektrycznego następuje lekki ucisk żył, który przyspiesza odpływ krwi żylny. Tak czy owak, działanie zmiennego prądu jest zupełnie odmienne, aniżeli kwasowęglowych kąpiei solankowych w Nauheim które dzięki rozszerzeniu naczyń włosowatych znacznie zmniejszają obwodowe przeszkody dla krwioobiegu, aniżeli prąd zmienny, nie dają jednak właściwych ostatniemu skurczów mięśniowych. Przechodząc do wskazań dla kąpiei wodo-elektrycznych, autor widzi takowe w następujących stanach chorobowych serca: zaburzenia krwioobiegu ze zniżonym ciśnieniem krwi, początkowe objawy niedostatecznego wyrównania, umiarkowane nacieczenie tłuszczowe przy otyłości ogólnej i stany zwałenia (atonii) mięśnia sercowego i tętnic; przeciwnie, zwyrodnienie włókniste mięśnia sercowego i stwardnienie tętnic stanowią wskazanie raczej dla kąpiei w Nauheim. Dobre wyniki po zastosowaniu prądu widział autor w rozedmie płuc, głównie u osobników młodych, wogóle tam, gdzie nie było jeszcze żadnych objawów stwardnienia tętnic i zwyrodnienia mięśnia sercowego; po 20 — 30 kąpielach w tych przypadkach udawało się usunąć na długi czas rozszerzenie prawej komory. W początkowych okresach stwardnienia tętnic często bywało korzystnym połączenie zmien-



nego prądu z kąpielami kwasowęglowymi i długotrwałem podawaniem małych dawek jodku potasu (1 — 1,5 gr. pro die). Jednym słowem, ostatecznym celem tej metody leczniczej w chorobach serca, jak i wszelkiej innej, jest osiągnięcie jasnej i trwałej poprawy w stanie serca i tętna.

*W. Dobrowolski.*

159. D. Rothschild. **Przewlekłe zapalenia płuc u chorych sercowych.** («Chronische Lungenentzündungen bei Herzkranken».—Berlin. Klin. Woch. Nr. 13, 1905).

Błąkająca się oddawna w medycynie myśl, iż obecność pewnych chorób wyklucza możliwość jednoczesnego występowania innych w tym samym ustroju, lub, w ostateczności, łagodzi przebieg ostatnich, znalazła należyty wyraz dopiero w pracach Rokitansky'ego, a mianowicie, że organiczne wady zastawek sercowych stanowią przeszkodę do powstania i rozwoju gruźlicy płuc. Rozumie się, że tu nie wchodzi w grę zwężenie tętnicy płucnej, powodujące niedokrwistość płuc, a nie ich przekrwienie zastoinowe, o którym właśnie myślał Rokitansky. To ostatnie zaś ma miejsce przede wszystkim przy zwężeniu zastawki dwudzielnej — i rzeczywiście, to cierpienie nadaje wyjątkową «odporność» przeciw gruźlicy płuc, co potwierdzają wszystkie statystyki. Pozostałe wady serca okazują tenże wpływ w mniejszym lub większym stopniu, zależnie od rozmiarów wywoływanego przez nie przekrwienia zastoinowego w płucach. W rzadkich stosunkowo przypadkach połączenia wady sercowej z gruźlicą płuc należy szukać wyjaśnienia, które z cierpień było pierwotnem, nie na stole sekcyjnym, lecz w obserwacji klinicznej; wszak u suchotnika mógł wystąpić gościec stawowy, lub jakakolwiek inna choroba gorączkowa, która w następstwie mogła sprowadzić wadę zastawkową. W tych razach jednak, jak widać ze statystyki Kryger'a, gruźlica ma zwykle przebieg łagodny i często daje się widzieć ograniczenie sprawy, a nawet wyzdrowienie. Lecz należy pamiętać, że owa odporność przeciw gruźlicy istnieje tylko dotąd, póki przerosłe prawe serce jest w stanie pełnić włożony na nie nadmiar pracy; z chwilą zaś wystąpienia niedomogi prawej komory zmniejsza się energia życiowa, zjawiają się sprawy opadowo-zatorowe i niedodmowe (atelectasis), które sprzyjają powstaniu gruźlicy płucnej. Od serowatego zapalenia płuc zabezpiecza organiczna choroba



serca o tyle, o ile odpływ krwi z żył płucnych napotyka znaczniejsze przeszkody i skutek tego ułatwionem jest przesiąkanie surowicy do mięszu płucnego.

Jeżeli tedy wady sercowe zazwyczaj chronią od gruźlicy, to bynajmniej nie ujawniają one takiego wpływu na pozostałe postaci przewlekłych zapaleń płuc — przeciwnie, to ostatnie, jak prawidło, wikłają wady serca. Już na zasadzie czysto teoretycznej należy wnioskować o możliwości powikłania opadodem zapaleniem, które często przechodzi w przewlekłą postać stwardniającą, sprawą niedodmową skutek zatorów, lub zawałami płucnymi. Można też przytoczyć tutaj tryadę chorobową, gdzie jednocześnie występuje przewlekłe włókniste zapalenie w mięśniu sercowym, względnie w osierdziu, dalej w opłucny i dolnym płacie płuca.

Co się tyczy leczenia, to, zdaniem autora, medycyna nie rozporządza środkami, któreby mogły wprost przeciwdziałać w tych przypadkach powikłaniom płucnym i opłucnowym; do pewnego stopnia posiada wartość stosowanie jodku potasu. Pewien skutek dodatni okazują wody mineralne, kąpiele kwasowęglowe, wdychania. Zresztą, można spróbować fibrolizynę, którą Mendel zaleca zamiast thiosinaminy. *W. D.*

160. J. Kentzler. **Ilość komplementu krwi w różnych postaciach gruźlicy płuc.** («Der Komplementgehalt des Blutes bei verschiedenen Formen der Lungentuberkulose». Berl. Klin. Woch., Nr. 11, 1905).

Już Bordet zwrócił uwagę na wielkie podobieństwo, zachodzące pomiędzy zjawiskami bakteryolizy i hemolizy; dalsze badania w zupełności potwierdziły to mniemanie i wyjaśniły mechanizm powstawania każdego z tych zjawisk. Mianowicie, badania Ehrlich'a i Morgenroth'a wykazały we krwi zarówno sztucznie uodpornionych, jak i normalnych zwierząt, obecność dwu substancji: jedna z nich — amboceptor nie rozkłada się przy nagrzewaniu (thermostabile), druga — addiment, nazwana później komplementem, traci swe własności przy ogrzewaniu (thermolabile) do 55° C (według Buchner'a). Istotne działanie lityczne posiada komplement, amboceptor zaś gra w tej sprawie rolę stosunkowo drugorzędną, jakkolwiek współdziała z pierwszym. Ponieważ zaś pod wpływem surowicy uodporniającej znikają zarazki, które dostały się do danego ustroju, i jednocześnie występuje rozpuszczanie się czerwonych



ciałek krwi, łatwo ztąd wywnioskować, że istota bakteryo— i hemolizy w ogólnych zarysach jest identyczną. Wychodząc z tego założenia, możnaby wyjaśnić, na czym polega siła odporna organizmu w walce z chorobami zakaźnymi, na zasadzie zjawisk, obserwowanych przy hemolizie. Podobne badania były czynione już przy tężcu, węgliku i niektórych innych chorobach zakaźnych. Przewodnią myślą badań Kentzlera była chęć wyjaśnienia, czy w różnych okresach gruźlicy płucnej ilość jednostek uodporniających krwi ulega wyraźnej zmianie, co można określić przez ilościową analizę komplementu krwi metodą hemolizy.

Badania. obejmujące 27 przypadków gruźlicy płuc: 9 — w pierwszym okresie, 8—w drugim i 10 — w trzecim, wykazały, że ilość komplementu krwi gruźliczej jest prawie zupełnie ta sama, co i we krwi normalnej. Ztąd autor wyprowadza wniosek, że we krwi gruźliczej znajduje się dostateczna ilość tej ochronnej substancji. Idąc dalej, można przypuścić, że amboceptor w przebiegu gruźlicy ulega tego rodzaju przekształceniu jakościowemu, że, pomimo dostatecznej ilości komplementu, niszczące działanie jadu gruźliczego nie spotyka żadnej przeszkody.

*Wacław Dobrowolski.*

### 161. H. Melland. **Nieśmiertelne pęknięcie tętniaka aorty.** (Lancet 19 nov. 1904).

Pęknięcia tętniaków aorty prowadzą, jak wiadomo, do rychłej śmierci, opisywano wszakże wyjątkowe przypadki, w których chorzy żyli po pęknięciu tętniaka dosyć znaczny przeciąg czasu. Melland miał sposobność osobiście obserwować jeden przypadek tego rodzaju. Rzecz się tyczy 56-cio letniego człowieka, który po obfitym krwotoku gardlanym był przywieziony do szpitala w stanie ciężkiej zapaści: powłoki ciała blade, puls nader słaby, całe ciało zimne i pokryte potem. Chociaż zgon chorego zdawał się być nieuniknionym, zastosowano jednak wlewanie fizyologicznego roztworu soli do żył, po którym stan ogólny znacznie się poprawił. Badanie chorego wykazało: nieznaczne powiększenie serca w szóstym międzyżebżu, nieco na zewnątrz od lewej linii sutkowej, słępieńie odgłosu opukowego w drugim lewym międzyżebżu nazewnatrż brzegu mostka; wysłuchowych zmian na klatce piersiowej nie znaleziono; źrenice nierówne, charakter pulsu inny po stronie prawej, inny po lewej. W trzy tygodnie po



pierwszym krwotoku nastąpił drugi, w trzy dni po drugim trzeci — śmiertelny. Na zwłokach znaleziono zwyrodnienie miażdżycowe aorty, a na jej łuku, tuż obok lewej tętnicy szyjnej, między tchawicą i przelykiem znajdował się tętniak workowaty, wielkości jaja kurzego, wypełniony wielką ilością skrzepów. Tchawica w sąsiedztwie tętniaka zwężona, ściany jej cienkie, śluzówka rozmiękczone; na wysokości tych zmian znajdował się otwór pionowy długości 1 cm. Autor jest zdania, iż dwukrotne zatrzymanie się krwotoku było spowodowane zatkanie otworu przez skrzep. Z praktycznej strony Melland zwraca uwagę na doniosłe znaczenie w podobnych razach wlewania fizyologicznego roztworu soli i radzi nie zaniedbywać tego środka w przypadkach choćby najbardziej rozpaczliwych.

*Bronisław Wejnert.*

162. S. Jellinek. **Nowy objaw choroby Basedowa.** (Wien. Klin. Woch. 27 oct. 1904).

Autor w ciągu kilku lat ostatnich obserwował u osób, dotkniętych chorobą Basedowa, objaw, który dotąd nie zwrócił uwagi klinicyistów. Mianowicie, autor zauważył, iż powieki chorych są zabarwione na kolor brunatny; zabarwienie to występuje, poczynając od brwi, aż do dolnego brzegu oczodołu, na łącznicę zaś nie przechodzi. Objaw ten zjawia się zazwyczaj bardzo wcześnie, a następnie, w miarę rozwoju choroby, zmniejsza się stopniowo. Jakkolwiek już nieraz były opisywane zabarwienia skóry w chorobie Basedowa, jednak spostrzeżenie Jellinka różni się od innych ściśle oznaczonym umiejscowieniem.

*Bronisław Wejnert.*

163. E. Schwarz. **Przypadek białaczki szpikowej w połączeniu z cukrzycą i gruźlicą prosówkową.** («Ein Fall von Myelämie mit Diabetes mellitus und Miliartuberkulose». Wien. Med. Woch. Nr. 9, 1905).

Niezwykła ta kombinacja, zakończona tutaj zejściem śmiertelnem u 13-letniego chłopca, jest dotychczas prawie nieznaną, ponieważ identyczny przypadek ogłosił tylko Rebitzer w 1892 r. Nie poprzestając na samem tylko stwierdzeniu tego spostrzeżenia, autor stara się uszeregować trzy wymienione cierpienia u swego chorego jak pod względem czasu powstawania, tak i pod względem przyczynowej ich zależności. Otóż, białaczka, jego zdaniem, istniała od dawna,



do niej zaś dołączyła się cukrzyca, która w szybkim czasie doprowadziłaa organizm do znacznego wycieńczenia. O ile pomiędzy obu temi cierpieniami istnieje związek przyczynowy, brak odpowiedniej ilości materiału kazuistycznego nie pozwala na wyrobienie sobie jakiegokolwiek określonego poglądu w tej sprawie; z drugiej zaś strony, dosyć trudno jest przypuszczać, aby to powikłanie było dziełem zwykłego przypadku bez żadnego związku wewnętrznego, tembardziej, iż dobrze znane są kombinacye białaczki z dyatezą moczaniową. Co zaś do powikłania białaczki gruźlicą prosówkową, to podobne spostrzeżenia bywały już dawniej ogłaszane (Hirschfeld i Tobias, Brückmann); ogniska gruźlicze niekiedy znajdowały się już oddawna w gruczołach chłonnych, częściej zaś zjawiały się w przebiegu białaczki i wkrótce doprowadzały do wybuchu ostrej gruźlicy prosówkowej.

*Wacław Dobrowolski.*

164. Elinger i Seelig. **Wpływ gorączki. zakażenia i uszkodzeń nerek na cukromocz nadnerczynowy** («Der Einfluss von Fieber, Infektion und Nierenschädigungen auf die Suprarenin — Glykosurie». — Münch. Med. Woch. Nr. 11).

Doświadczenia nad królikami były prowadzone w 3-ch kierunkach. W pierwszej kategorii doświadczeń, gdy po ukłuciu ciała prążkowanego (corpus striatum) zjawia się gorączka, zastrzykiwano zwierzęciu pod skórę nadnerczynę (suprareninę); po upływie pewnego czasu badano mocz zwierzęcia na zawartość cukru. Drugą kategorię badanych zwierząt autorowie zakażali podskórnym paciorkowcami lub gronkowcami i, gdy gorączka doszła do najwyższego swego stopnia, zastrzykiwali pod skórę nadnerczynę i następnie badali wydzielony mocz. W trzeciej, wreszcie, grupie badań, w celu uszkodzenia nerek zastrzykiwali podskórnym kantarydynę, a później nadnerczynę — i znów badali mocz po pewnym czasie.

Ogół dokonanych w ten sposób badań doprowadził autorów do wypowiedzenia następujących wniosków:

1. Wpływ ukłucia, powodującego gorączkę (Wärmestich), na cukromocz nadnerczynowy jest zmienny i, na zasadzie istniejącego obecnie w tej sprawie materiału, nie dający się dokładnie określić.

2. Zakażenie bakteryjne tylko wówczas prowadzi do wyraźnego zmniejszenia cukromoczu, jeżeli zastrzyknięcie nadnerczyny miało miejsce wkrótce przed śmiercią, na, co być



może, pewien wpływ wywiera zaburzenie w czynności nerek, które w przebiegu odnośnych doświadczeń występowało mniej lub więcej regularnie.

3. Cukromocz stale zmniejsza się lub nawet znika w razie upośledzenia czynności nerek np. przez czasowe podwiązanie obu tętnic nerkowych.

Nie mając bynajmniej zamiaru twierdzić, iż otrzymane na zwierzętach wyniki można zastosować do ludzi, autorowie nalegają tylko, aby zwrócono więcej uwagi na sprawę zatrzymania cukru w cukrzycy w razie jednoczesnej choroby nerek i określono zawartość cukru we krwi w odpowiednich przypadkach, ponieważ uwzględnienie tych postulatów mogłoby rzucić nieco światła na patologię i na leczenie powikłanej cukrzycy.

*W. D.*

165. O. Moritz. **W sprawie białkomoczu w zapaleniu nerek** («Zur Kenntniss der Eiweisskörper im nephritischen Urin». St. Petersburg. Med. Woch. Nr. 9, 1905).

Czasami się zdarza, że mocz po dodaniu odczynnika Essbach'a ogólnie mętnieje, osad jednak się nie tworzy wcale, lub też bardzo nieznaczny, tak iż ilościowe określenie białka staje się niemożliwym. Tymczasem zaś inne metody pokazują, że mamy tu rzeczywiście do czynienia z prawdziwym białkiem. Ponieważ to zjawisko daje się częściej spostrzegać przy pewnych sprawach chorobowych, więc autor starał się wyjaśnić, czy ono występuje tylko w ściśle określonych cierpieniach i jest specjalnie częstem przy ostrem, czy też przewlekłym zapaleniu nerek. Następnie, jeżeli istnieje jakaś prawidłowość jego występowania, to jakiej sprawie anatomopatologicznej w nerkach ono towarzyszy? Nakoniec, jakie mianowicie ciała białkowe warunkują powstawanie tego zjawiska, lub jakie czynniki przeszkadzają osiadaniu białka w tych przypadkach? Otóż na zasadzie całego szeregu badań klinicznych autor przyszedł do wniosku, że przedewszystkiem omawiane zjawisko najczęściej stanowi cechę zmienną białkomoczu gorączkowego, zależnego od choroby zakaźnej. Jednoczesne znajdowanie w moczu wałeczków szklistych, usianych leukocytami, obok komórek nabłonkowych, a następnie wyniki badania sekcyjnego w odnośnych przypadkach dają wyraźne dowody, że w nerkach ma miejsce zapalenie mięszone. Przechodząc do trzeciego z kolei pytania, autor stwierdza, że



temperatura i zawartość soli w moczu nie odgrywa żadnej roli w sprawie powstawania tego zjawiska, jakkolwiek takie przypuszczenia wypowiedane są w podręcznikach. Niektórzy autorowie zwalali winę na nukleoalbuminę (Senator, Kosler), inni — na nukleoproteidy (Blumenthal).

Autor, badając szczegółowo w moczu rodzaje białka w odnośnych przypadkach, otrzymał następujące wyniki: nukleoalbumina w obfitej ilości, fibro—i englobulina, pseudoglobulina, serumalbumina, albumozy w wielkiej ilości. Ogólna ilość białka wynosiła maximum 2,9‰.

Pomimo drobiazgowych badań nad każdym poszczególnym rodzajem białka moczowego, autor nie mógł żadnego z nich uważać za sprawcę pomienionego zjawiska; przypuszcza zaś, że idzie tu zapewne o nadzwyczaj niestale (labile) jakieś białko, którego własności szybko się zmieniają pod wpływem kwasu octowego, lub, co prawdopodobniejsze, główną rolę tu odgrywają swoiste albumozy, a mianowicie: jeżeli ilość ich w moczu jest obfitą i jednocześnie znajdują się prawdziwe ciała białkowe, głównie nukleoalbumina i fibrynoglobulina. I właśnie w białkomoczu gorączkowym istnieją sprzyjające temu warunki: produkty bakterii uszkodzają miąższ nerkowy, a z drugiej strony odbywa się odszczepianie albumoz od białka organicznego.

Zastanawiając się nad praktyczną wartością roztrząsania całej tej sprawy, autor twierdzi, że gdy mocz po dolaniu odczynnika Essbach'a daje równomierne zmętnienie bez następczego utworzenia osadu, to mamy w takim razie do czynienia z zakaźnym podrażnieniem nerek z dobrem rokowaniem, ponieważ ono nie ma żadnej skłonności do przejścia w prawdziwe zapalenie nerek.

*W. D.*

166. Planner i Potpesching. **Badania doświadczalne nad działaniem jadu błoniczego** («Experimentelle Untersuchungen über die Haftung des Diphtheriegiftes». — Wien. Med. Woch. Nr. 10, 1905).

Ponieważ obserwacya kliniczna wykazuje, że jad błoniczy ze szczególnem upodobaniem wywiera swe działanie na system nerwowy, więc autorowi szło o przekonanie się, czy cała sprawa zatrucia ześrodkowuje się w mózgu, jak np. przy tężcu, czy też w innych częściach układu nerwowego. W tym celu psom zastrzykiwano surowicę przeciwbłoniczą, a następ-



nie na obnażony nerw działano znaczną ilością samego jadu—wyniki były ujemne, ponieważ po paru miesiącach nie było najmniejszych zaburzeń ze strony zatrawanego nerwu: ztąd wniossek, że tą, przynajmniej, drogą nie można ujawnić swiostego działania jadu błoniczego na nerwy obwodowe.

W drugiej grupie doświadczeń silnie uodpornionym zwierzętom wprowadzano tenże jad do jamy pod oponę twardą mózgu; dzięki jednoczesnemu rozerwaniu opony miękiej, jad stykał się bezpośrednio z masą mózgu. Wyniki z tych doświadczeń, zdaniem autora, dowodzą, że masa mózgu, w przeciwieństwie do nerwów obwodowych, jest wielce wrażliwą na jad błoniczy.

*W. D.*

167. E. Saul. **Przyczynek do morfologii drobnoustrojów chorobotwórczych, laseczki błoniczej i rzekomo-błoniczej** («Beiträge zur Morphologie der pathogenen Mikroorganismen, Diphtherie — u. Pseudodiphtheriebacillus». Muench, Med. Woch. Nr. 10, 1905).

Długo pracowali różni badacze nad ustaleniem kryteriów które pozwalałyby z zupełną pewnością rozróżniać swoistą laseczkę Löffler'a od rzekomo błoniczej; niezadowolniające wyniki tych prac skłoniły Roux i Yersin'a do uznania tożsamości obu mikrobów. Behring, rozwijając niejako tę myśl dalej, twierdził, że właściwie istnieją dwa rodzaje istotnie błoniczej laseczki Löffler'a — mniej i więcej złośliwe. A zatem w przypadkach, gdzie na zdrowych śluzówkach znajdujemy drobnoustroje z klasy laseczek błoniczych, należy je uważać za rodzaj mało złośliwy, a nie za rzekomo-błonicze. Późniejsze jednak argumenty Lazarus'a zachwiały twierdzeniem Behring'a i zażądały dalszego wyjaśnienia sprawy. Otóż, prace Lubowskiego i Schwoner'a dowodziły, że można oba rodzaje odróżnić za pomocą odczynu aglutynacyjnego, na wzór próby Gruber-Widał'a — jednak i ten sposób okazał się zwodniczym. Autor poszedł inną drogą, niż wymienieni poprzednicy, obrawszy sobie za punkt wyjścia cechy morfologiczne obu drobnoustrojów.

Hodując oba rodzaje na sztucznych pożywkach, a następnie poddając badaniu mikroskopowemu zarówno całe ich kolonie, jaki poszczególne jednostki, autor przyszedł do przekonania, iż laseczki błonicze wybitnie różnią się od rzekomo-błoniczych; oprócz tego, te ostatnie, jak można wnosić z cech



morfologicznych, rozpadają się na cały szereg najrozmaitszych odmian. Na poparcie swego twierdzenia autor załącza zdjęcia fotograficzne hodowli obu omawianych drobnoustrojów.

W. D.

168. Maurice Boigey. **O lasecznikach, zwanych «acidofilnymi».** (Arch. Gen. de Méd. Nr. 48).

Własność nieodbarwiania się kwasami uważaną zwykle bywa za wyłączną prawie cechę niewielkiej ilości laseczników, między którymi pierwsze miejsce zajmują laseczniki Kocha. Już wszakże w r. 1884 Lustgarten znalazł większą ilość drobnoustrojów, posiadających podobną cechę. W roku zaś 1896 Koch i Petri znajdowali w mleku i maśle laseczniki, również odporne zachowujące się względem odbarwiania kwasami; drobnoustrojom tym nadano nazwę «acidophiles» (niem. säurefest). Dzięki badaniom, przedsięwziętym w tym kierunku przez Rabinowiczównę, Korn'a, Coggi'ego, Tobler'a, Markl'a, Binot'a i Moeller'a, udało się izolować aż szesnaście odmian tego rodzaju laseczników. Autor znajdował je często w bardzo różnorodnych produktach, mianowicie: w płwocinie w zgorzeli płuc, w śluzie łącznicy w pseudodyfterytycznem zapaleniu, w masach kałowych w dyzenterji i enterytach (u dzieci), w ropie w zapaleniu średniego ucha i w balanitis, nakoniec w mleku, maśle i serze. Obecność tych laseczników w badanych produktach, ze względu na swe morfologiczne podobieństwo i kwasoodporność, może spowodować błędne rozpoznanie laseczników Kocha tem bardziej, że i odczyn, wywołany przez ten (kwasoodporny) drobnoustrój na błonie brzusznej świnek morskich, jest bardzo podobny do zmian wywoływanych przez lasecznik gruźliczy. Trzy cechy jednakże odróżniają laseczniki kwasoodporne (acidofilne) od laseczników Kocha:

1) hodowle laseczników kwasoodpornych otrzymać można na wszystkich pożywkach przy zwyczajnej temperaturze;

2) jeśli preparat z lasecznikami kwasoodpornymi przed odbarwianiem poddać działaniu wody gorącej chloroformu lub eteru, to laseczniki w znacznej mierze tracą swe kwasoodporne własności;

3) surowica, wywołująca aglutynację laseczników Kocha, nie działa zupełnie w tym kierunku na kwasoodporne laseczniki. Z powyższych spostrzeżeń autor wyprowadza wniosek, iż



kwasoodporne laseczniki są różnemi postaciami jednego gatunku, którego przedstawicielem najbardziej znanym jest lasecznik Kocha.

*Bronisław Wejnert.*

169. Lubliński. **Przypadkowe zaszczepienie ospy na śluzówce nosa.** (Münch. med. Woch. 27/XII 1904).

Do autora zgłosiła się młoda osoba z silnie spuchniętym nosem i górną wargą. Dziecko tej osoby miało zaszczepioną ospę która się silnie przyjęła, wskutek czego ranki wydzielaly dużo płynu. Matka przez nieostrożność starła płyn ten chusteczką, której następnie używała do wycierania swego nosa. Przy badaniu autor skonstatował obecność erytemy i spuchnięcia na czubku i tyle nosa, oraz na górnej wardze. Gruczoły podszczękowe były powiększone, lecz nie bolesne; za pomocą rynoskopu wykryto obecność dwóch wrzodów z zapalną otoczką. Chora, o której mowa, od kilku tygodni cierpiała na częste krwotoki nosowe; ponieważ w takich razach najczęściej znajdują się ranki w nosie, więc najprawdopodobniej, zdaniem autora, chora przeniosła infekcję, dotknąwszy się do ranek chusteczką, nasiąkniętą limfą z wrzodzików dziecka\*) Opierając się na tym przypadku, jak również i na innych, jemu podobnych i opisywanych już poprzednio, autor izwraca uwagę na konieczność otoczenia szczepionych dzieci szczególną opieką, zapewniającą im zachowanie wymagań

*Bronisław Wejnert.*

170. Jemma. **O zabezpieczaniu od gruźlicy za pomocą mleka krów uodpornionych.** (Pediatria, listopad 1904).

Autor robił doświadczenia na dzieciach, którym dawał mleko krów zabezpieczonych od gruźlicy (zastrzykiwano tym ostatnim w Instytucie Maragliano w Genui toksynę gruźliczą i laseczniki Kocha «odtłuszczone» albo wyciąg wodny żywych laseczników). Mleko posiadało właściwości aglutynują-

\*) *Przyp. sprawozd.* Przypadkowe w danym razie przeszczenie zarazka ospowego na śluzówkę nosa stale bywa praktykowane w Chinach, gdzie celem zaszczepienia ospy wdmuchują w nozdrza pacyenta proszek ze strupów ospowych, lub też wkładają tampony, nasiąknięte roztworem strupów w niewielkiej ilości wody. Skutki przeniesienia w ten sposób infekcyi ospowej są bardzo wyraźne, niekiedy nawet sprowadzające śmierć pacyenta.



ce (1 : 40) i antytoksyczne (od 200 do 700 jednostek). Dawano mleko surowe, gdyż ogrzewanie do 60° wystarczy, aby zniszczyć antitoksyny gruźlicze, dawka dzienna wynosiła 500 gr. do litra dziennie. Dzieci, które mleko to otrzymywały, karmione były prócz tego piersią, jedne pochodziły od rodziców zdrowych, inne od suchotników. Autor chciał się dowiedzieć, czy mleko tak przyrządzone może wywołać własności aglutynacyjne w surowicy dzieci. Niektóre z dzieci zapadły na lekkie zaburzenia żołądkowe, które przeszły nader szybko, tak, że karmienia mlekiem krów nie trzeba było nawet przerywać, inne dzieci miały bardzo ciężkie objawy ostrej infekcji żołądkowo-kiszkowej, tak, że karmiono je potem tylko piersią. Wyjąwszy powyższe przypadki, pozostaje 20 obserwacji: 11 odnosi się do dzieci zdrowych rodziców, 9 do dzieci rodziców dotkniętych gruźlicą. Doświadczenia trwały od 6 tygodni do 2½ miesiący. U dzieci zdrowych rodziców, przed przyjmowaniem mleka, surowica pozbawiona była wszelkich właściwości aglutynacji, własność ta pojawiła się w 15 dni po przyjmowaniu mleka krów, zwiększając się codziennie od 1 : 3 do 1 : 10; doszedłszy do tego maximum, własność aglutynacji nie powiększyła się mimo, iż dzieci w dalszym ciągu mlekiem krów karmiono, zniknęła ona zupełnie w miesiąc po zaprzestaniu dawania mleka. Co się tyczy dzieci rodziców dotkniętych gruźlicą, z których u 2 surowica przed kuracją miała własność aglutynacji (1 : 1 i 1 : 3), to zachowywały się one, jak dzieci poprzedniej grupy, z tą różnicą, że u 2 własność aglutynacyjna zwiększyła się od 1 : 15 u jednego 1 : 20. U dzieci tych w miesiąc po zaprzestaniu dawania mleka siła aglutynacji była 1 : 5. Doświadczenia te nie są zbyt zachęcające, gdyż wykazują, że odporność nabyta przez mleko nie trwa długo, chociaż dzieci przez dłuższy czas mleko otrzymywały.

*Matylda Biehler.*

171. S. Bonnamour i F. Bonisset. **O wątrobie chorych gruźliczych** (Rev. de medec. 10 mai 1904).

Ze stu obserwacji chorych gruźliczych autorowie tylko w 5 przypadkach nie znaleźli żadnych zmian w wątrobie. Badanie drobnowidzowe wykazało, że najczęściej występuje tu tłuszczowe zwyrodnienie, marskość w połączeniu z tłuszczowym zwyrodnieniem lub bez takowego i gruzelki w rozmaitych okresach rozwoju. Z punktu widzenia klinicznego może



nie być widocznych objawów ze strony wątroby, a pomimo to na zwłokach znajdują się bardzo znaczne zmiany patologiczne tego narządu. W pewnej atoli części przypadków zajęcie wątroby zaznacza się bardzo silnie, zjawia się żółtaczką, ascites i t. d., które to objawy dają łatwą możliwość rozpoznania marskości, tłuszczowe zaś zwyrodnienie, nie cechując się zazwyczaj żadnymi objawami klinicznymi, niemożliwe bywa do rozpoznania. Na patogenezę tych zmian wątroby, prócz gruźlicy, mają wpływ jeszcze: samozatrucia, zatrucie wtórne i alkoholizm. Z tego powodu najcięższe formy marskości znajdujemy zazwyczaj u tuberkulików — alkoholików.

*Bronisław Wejnert.*

172. Hoppe-Seyler. **Przeistoczenia chroniczne trzustki przy zwapnieniu naczyń i ich stosunek do moczówki cukrowej.** (Deutsch Archf. Klin. Med. B. LXXXI, H. 1—2).

Autor zebrał 18 przypadków arteriosclerosis, z których w 9-iu chorzy cierpieli i na cukrówkę moczową. Przeistoczenia trzustki były zawsze daleko znaczniejsze w 2-iej kategorii przypadków niż w pierwszej, t. j. przy arteriosclerosis bez diabetes. Można było zauważyć zgrubienie ścianki wewnętrznej, rzadziej średniej naczyń, przyczem były one zwężone, często nawet zupełnie zamknięte; tkanka łączna też była powiększona, wskutek czego powoli następuje zanik mięszsu. Co się tyczy wysepek Langerhans'a, to u diabetyków (cięższa forma komórki mięszsu są prawie zupełnie zniszczone, tkanka łączna powiększona tak naokoło wysepek, jak i w samych wysepkach, które są najczęściej przepelnione masą szklistą, w lżejszych przypadkach cukrówki lub przy glikozuryi przejściowej, zależnej od pożywienia, wyseпки są mało przeistoczone, niektóre nawet są zupełnie normalne. Końcowa część trzustki jest daleko silniej przeistoczona, niż początkowa w innych cierpieniach np. kamicy żółciowej bywa odwrotnie). Zmiany w trzustce (pancreatitis interstitialis angiosclerotica) wywołują, według autora, moczówkę cukrową, twierdzi on to na tej jeszcze zasadzie, że u osób dotkniętych tylko zwapnieniem naczyń bez diabetes trzustka jest zupełnie normalna.

*M. B*

173. H. Hirschfeld. **O nieznanym dotychczas objawie pobocznym niedowładu (parezy) nerwu strzałkowego**



**(peroneus).** («Ueber eine bisher noch nicht bekannte Begleiterscheinung der Parese des Nervus peroneus». Berl. Klin. Woch., Nr. 11, 1905).

Autor opisuje zaobserwowany przez niego, a dotąd jeszcze nie ogłaszany przez innych, objaw, towarzyszący niedowładom, lecz nie bezwładom (paralysis), który udało mu się widzieć w 11 przypadkach. Pominiony objaw polega na tem, że ką, pod którym stopa robi zgięcie grzbietowe (flexio dorsalis) przy porażeniu n. strzałkowego, jest mniejszy przy nodze wyprostowanej, aniżeli przy zgiętej w stawie kolanowym; różnica ta wynosi 30 — 40 stopni. Objaw ten powoli wzmacnia się, lecz w miarę powracania czynności mięśni porażonych zmniejsza się i w końcu znika; co do mechanizmu jego powstawania, to główną rolę odgrywają tu mięśnie łydki, których stałe przeciwdziałanie grupie, unerwionej przez nerw strzałkowy, jaskrawo występuje przy jego porażeniu, szczególnie gdy noga jest wyprostowaną. Ztąd autor wyprowadza praktyczną radę, aby w okresie wracania nerwu do normy, pierwsze zgięcia grzbietowe stopy wykonywać na kończynie, zgiętej w kolanie, wcześniejsze bowiem powracanie utraconych ruchów dobrze oddziaływa na psychikę chorego; na nodze zaś wyprostowanej ruchy te zjawiają się daleko później.

*W. D.*

174. M. Szajkiewicz. **W sprawie chorób umysłowych w wojsku w związku z wojną japońską.** (Żurn. niewropat. i psych., ks. 6, 1904 r.).

Autor obserwował około 150 chorych żołnierzy, z wśród których jedni przyjmowali udział w bitwach, niektórzy wrócili z drogi, inni zaś byli tylko powołani. Znaczna większość tych żołnierzy posiadała oznaki zwyrodnienia fizycznego, atoli stosunkowo bardzo niewielu chorowało już przed powołaniem (padaczka, paraliż postępujący). Co się tyczy zaburzeń umysłowych, najczęściej występowało ogólne przygnębienie czynności psychicznych, a mianowicie: zwolnienie kojarzeń, osłabienie pamięci i zdolności orjentowania się, niżenie ogólnej wrażliwości. Czasami jednocześnie można było stwierdzić oderwane majaczenie z charakterem prześladowania. Stan ten daje się często widzieć u żołnierzy i w czasie pokoju, lecz w lżejszej postaci; autor nazywa go «amentia depressivo-stuporosa», za główną przyczynę zaś uważa ciężkie warunki



życia żołnierskiego, osobiście podczas wojny. Z pośród innych chorób częściej napotyka się: amentia Meynerti, hysteria, melancholia, paranoia acuta; rozwijają się one lub podczas bitwy, lub też po jakimś czasie (od kilku godzin do 2 miesięcy po bitwie). Za treść majaczeń i halucynacji zwykle służą fakty z życia wojennego. W etyologii tych chorób u żołnierzy doniosłe znaczenie ma nadmierne napięcie systemu nerwowego, a również wstrząs nerwowy i psychiczny; jako zaś sprzyjające okoliczności autor podaje fizyczne wycieńczenie, przeziębienie, «gorączkę». Alkoholizm w etyologii tych przypadków odgrywał bardzo nieznaczną rolę.

*E. Sienkiewicz.*

175. Prof. D. P. Kiszenski. **Własności przeciwnilne nadboranu sodu i pewne uwagi co do jego zastosowania w celach leczniczych.** (Russkij Wracz, 1905, Nr. 1).

Nadboran sodu, o chemicznej formule  $\text{NaBO}_3 + 4\text{H}_2\text{O}$ , otrzymany przez prof. Mielikow'a, posiada wygląd krystalicznego proszku, trudno rozpuszczalnego (1,17%) w wodzie z odczynem alkalicznym. Zawiera w sobie 10,3% czynnego tlenu i przy  $25^\circ\text{C}$  rozkłada się z wydzieleniem 59% wody utlenionej i boraksu. Autor w celu zbadania własności przeciwnilnych tego środka przeprowadził cały szereg doświadczeń nad hodowlami rozmaitych drobnoustrojów i otrzymał następujące wyniki:

1) Środek ten posiada znaczne własności przeciwnilne. W nasyconym wodnym roztworze (1,17) laseczniki tyfusu brzuszego giną po upływie 20 min., laseczniki twardzieli po 10 min., gronkowiec złocisty po 30 min., co się zaś tyczy zarodników węgla, otrzymywane wyniki zależały od rodzaju hodowli.

2) Składniki organiczne środowiska, w którym znajdują się bakterie, znacznie zmniejszają własności przeciwnilne nadboranu sodu, ponieważ część czynnego tlenu wstępuje w związek chemiczny z tymi składnikami.

Na zasadzie prób zastosowania nadboranu sodu w celach terapeutycznych, autor uważa środek ten za bardzo dobry przy leczeniu angin pochodzenia nieżytowego i innego: ułatwia on wydzielanie śluzu i zmniejsza stan zapalny. Dalej, autor proponuje używanie środka tego w chirurgii, jako antisepti-



cum, w nasyconym wodnym roztworze i w proszku, a także w postaci kompresów rozgrzewających.

W końcu artykułu autor dowodzi, że proponowany środek, podobny pod względem działania do wody utlenionej, przewyższa tę ostatnią następującymi zaletami:

- 1) Nadboran sodu może być używany w proszku.
- 2) Wodny roztwór nadboranu sodu posiada odczyn alkaliczny, co ma wielkie znaczenie przy leczeniu nieżytów śluzówek.
- 3) Nadboran sodu otrzymuje się w stanie chemicznie czystym łatwiej, niż woda utleniona. *Emil Sienkiewicz.*

176. Z. F. Orłowski. **O związku biegunki pochodzenia pasorzytniczego z brakiem soku żołądkowego.** (Ruskiej Wraczu, 1905, Nr. 2).

Autor artykułu, opierając się na 4 przypadkach z własnej praktyki i na 14 przypadkach innych autorów, na zasadzie badania soku żołądkowego i kału, przychodzi do wniosku, że pierwotniaki (*balantidium coli*, *trichomonas intestinalis*, *cercomonas hominis*, *cercomonas intestinalis*, *megastoma entericum*) mogą spowodować biegunkę tylko w tych przypadkach, gdzie są pierwotne, głębokie zmiany patologiczne śluzówki żołądka i kiszek. Zmiany śluzówki żołądka, powodujące brak soku, umożliwiają dostęp żywych pierwotniaków do kiszek, zmiany zaś w śluzówce kiszek ułatwiają przenikanie ich do podśluzówki. Tu pierwotniaki mnożą się, drażnią chorą śluzówkę i w ten sposób wywołują uporczywą biegunkę. Na korzyść swego poglądu autor przytacza następujące dane:

1) Zdrowe zwierzęta nawet po zobojętnieniu kwasu soku żołądkowego nie ulegają sztucznemu zarażeniu przez pierwotniaki.

2) Wprowadzenie pierwotniaków per anum do dolnego odcinka kanału pokarmowego zdrowego zwierzęcia nie wywołuje żadnych objawów.

3) Pomimo rozpowszechnionego zwyczaju przemywania kiszek lawatywami z niegotowanej wody, biegunkę w zależności od pierwotniaków daje się zauważyć nader rzadko.

4) W raku żołądka, w razie alkalicznego odczynu soku, bardzo często napotyka się pierwotniaki bez jednoczesnych objawów ze strony kiszek.



We wszystkich tych przypadkach, zdaniem autora, pierwotniaki nie wywołują biegunki dzięki zdrowej śluzówce kiszek.

*E. Sienkiewicz.*

177. O. Kuzman. **Nowa metoda znieczulania** («Eine neue Methode der Anästhesierung»). Wien. Med. Woch. Nr. 9, 1905).

Zamiast chloroformu, autor proponuje zastosowanie w chirurgii Hyoscinum muriaticum podskórnie w ilości pół strzykawki Pravatz'a roztworu 0,05 Hyoscini na 40,0 Aq. dest., co wynosi 0.001 Hyosc. pro dosi. Uśpienie i zupełne znieczulenie może trwać 4—5 godzin, po przebudzeniu zaś niema żadnych przykrych objawów następczych, co autor stwierdził na swych pacjentach.

*W. D.*

## II. ODCINEK.

### Organizacja pomocy lekarskiej w Indo-Chinach.

Z licznych reform pożytecznych, któremi obdarzył Indo-Chiny przedstawiciel rządu francuskiego jen. Doumer, przedewszystkiem wymienił należy założenie w styczniu r. 1902 w Hanoi Szkoły Lekarskiej (Ecole de médecine de l'Indo-Chine). Cel instytucji polega na przygotowaniu dla ludności półwyspu zastępu lekarzy-krajowców, którzy pod kierunkiem medyków francuskich leczyliby ludność miejscową i współdziałali w sprawie ścisłego przestrzegania zarządzeń sanitarnych; dalej: wykształcenie akuszerki miejscowych oraz weterynarzy.

Nauczanie obejmuje wykłady przygotowawcze i specjalne. Pierwsze z nich, prócz anatomii i nauk przyrodniczych, mają w programie naukę języka francuskiego; drugie — właściwą wiedzę lekarską.

Kandydaci, nie młodsi od lat 18 i nie starsi ponad 25, przyjmowani są do szkoły jedynie tylko na zasadzie złożonych świadectw o moralnem prowadzeniu się. Sumienne uczęszczanie na kursa i zdanie egzaminów ostatecznych są dla otrzymania dyplomu warunkiem niezbędnym. Studya medyczne trwają lat cztery, dla weterynarzy i akuszerki — lat 2. Prelekcye zaczynają się 1-go



września, kończą 15-go czerwca. Kliniki mieszczą się w szpitalu krajowym w mieście w Hanoi.

Na kursie czwartym wychowawcy oddają się zajęciom praktycznym w szpitalu na oddziałach wewnętrznym, zewnętrznym i dla trędowatych oraz przyjmują ambulans. Przez cały czas trwania studyów utrzymują się wyłącznie z udzielanej im stale zapomogi od rządu; nauczanie, naturalnie, odbywa się bezpłatnie.

W końcu roku każdego słuchacze zdają egzamin ustny i piśmienny, przyczem kilkakrotne „obcinanie się“ jest wystarczającym do usunięcia ze szkoły powodem. W końcu roku czwartego odbywa się ostateczny egzamin przed komisją oraz wydawanie dyplomów na lekarza krajowego (médecin indigène) 3-ej klasy. Z postępiem czasu lekarz taki otrzymać może dyplom klasy 2-ej i 1-ej.

Awansów dokonywa się z wyboru po 3-letniej, co najmniej, działalności próbnej w każdym stopniu i na propozycję przełożonego szkoły lekarskiej, który prowadzić ma akta każdego lekarza-krajowca i zachowywać sprawozdania, nadsyłane doń rok rocznie przez lekarzy europejskich oraz przez naczelników prowincyi. Lekarze klasy trzeciej pobierają od rządu 1.100 piasstrów rocznie (1 piasstr odpowiada prawie 1 rublowi); lekarz drugiej kl. 1.300 p., pierwszej — 1.500. Zapomoga roczna akuszerok wynosi 240 do 360 piasstrów, weterynarzy 500 — 900. Lekarze stypendyści obowiązani są do spełniania czynności swych przynajmniej w ciągu lat 10; gdy zażądają lub otrzymają dymisyę wcześniej, muszą zwrócić Wydziałowi Kolonii fundusz, zużyty na czas szkolnictwa.

Lekarze krajowi i akuszerki zależą bezpośrednio od administratora głównego prowincyi; akcyą zaś ich całą kieruje zarządzający najbliższym okręgiem sanitarnym lekarz europejczyk. Pod względem dyscyplinarnym zależą znowu od dyrektora Szkoły Lekarskiej, który rozważa wnoszone na nich skargi w asystencyi dwóch profesorów. Do kar zalicza się: wymówka ustna, potrącenie dwutygodniowej pensyi, zawieszenie w czynnościach na miesiąc najwyżej, odebranie, wreszcie, dyplomu i prawa na praktykę.

Lekarze obowiązani są udzielać odpowiedzi na wszelkie ze strony władz administracyjnych pytania, zawiadamiać o chorobach istniejących nagminnie, jak również o wypadkach chorób zakaźnych; pomocy udzielają bezpłatnie i darmo szczepią ospę. Lekarz — krajowiec, w okolicznościach omówionych z góry, ma prawo otwierania aptek i wydzielania lekarstw.

Jak widzimy, sprawę zorganizowania służby zdrowia na półwyspie indochińskim rząd francuski rozstrzygnął umiejętnie, a na-



dewszystko — prosto. Wynikająca ztąd korzyść dla stron obu staje się widoczną aż nadto, stosunki sanitarne wśród ludności miejscowej ulegną zasadniczej zmianie na lepsze, gdyż ocalonymi będą tysiące istnień ludzkich, które padały dawniej ofiarą znachorów anatamińskich, nie posiadających podstaw najniezbędniejszych z zakresu terapii i higieny. Lekarze krajowi, pod kontrolą mistrzów europejskich, rozwiną pożyteczną i dobroczynną w skutkach swych działalność, szerząc drogą tą wśród ziomków szacunek i uznanie dla cywilizacyjnego posłannictwa Francji na Wschodzie.

K. N.

## Kronika bieżąca.

(z) Sprawa ogólnego Komitetu narodowego polskiego na Zjazdach międzynarodowych lekarskich, podjęta przez Warszawską sekcję ginekologiczno-akuszerską, a prowadzona w imieniu sekcji tej za pośrednictwem prof. A. Marsa ze Lwowa, została obecnie i na przyszłość odnośnie naszego udziału w tych Zjazdach ku ogólnemu życzeniu pomyślnie rozwiązana. Podajemy tutaj dwa najważniejsze ustępy urzędowej korespondencji pomiędzy prof. A. Marssem, a prof. Ottem w Petersburgu.

W ostatniej odezwie prof. Mars pisał: „Stosownie do wezwania, którem nas zaszczyliście i będąc upoważnionym do działania w sposób, jaki uważam za najkorzystniejszy dla zapewnienia powodzenia naszym pracom, uważamy, jako warunek główny, współudział wszystkich kolegów lekarzy-polaków.

Działając więc stosownie do ich woli, zorganizowałem ogólny Komitet narodowy polski.

Skład Komitetu tego jest następujący: Przewodniczący prof. d-r Mars (Lwów), zastępca docent d-r Bylicki (Lwów), sekretarz docent d-r Kościński (Lwów). Inni członkowie Komitetu: d-r Festenburg, doc. d-r Sołowij, d-r Kwiatkiewicz (ze Lwowa); prof. d-r Jordan, prof. d-r Rosner, doc. d-r Dobrowolski (z Krakowa); d-r Boryssowicz, d-r Jaworski, d-r Neugebauer, d-r Stankiewicz (z Warszawy); d-r Święcicki, d-r Pomorski (z Poznania).

Nie wątpimy (słowa odezwy), że zagwarantowane nam będą wszelkie prawa, przysługujące innym narodowościom, jako to: prawo przedstawicielstwa polskiego na posiedzeniach ceremonialnych, prawo decyzji w sprawach obchodzących Zjazd, prawo posiadania



własnego oddzielnego biura, wyznaczonego przez Komitet organizacyjny.“

W odpowiedzi prof. Ott, przewodniczący w Zjeździe międzynarodowym, po porozumieniu się z odnośnymi władzami, odpisał, co następuje:

„Z najwyższym zadowoleniem odebraliśmy list pański i pozwalamy sobie wyrazić Panu nasze szczerze podziękowanie za starania, które Pan okazał w utworzeniu Komitetu. Wypływa samo z siebie, że wszystkie prawa, które będą poręczone wogóle Komitetom narodowym, przysługiwać będą również Komitetowi polskiemu.“

(z) Kol. Serkowski z Łodzi zawiadamia, iż w pracowni swojej zaczyna dla pierwszej grupy kolegów 2-go czerwca praktyczne zajęcia z zakresu bakteryologicznego rozpoznawania cholery. Program zajęć: 1) wyosobnianie wibryonów cholerycznych, 2) różniczkowanie ich, 3) objaw Pfeiffer'a, 4) aglutynacja, 5) serodyagnostyka cholery, 6) zasady praktycznej dezynfekcji, 7) sposoby przygotowania waccyn antycholerycznych i szczepień ochronnych.

(z) Rada Miejska dobroczynności publicznej w Warszawie wydała rozporządzenie, aby żydów przyjmowano do szpitali katolickich o ile miejsce jest wolne. Dotychczas przyjmowano ich tam tylko wtedy, gdy przypadek był nagły lub zapisujący się przedstawił bilet odmowny (dowodzący braku miejsca) ze szpitala żydowskiego.

— Z Gleichenbergu donosi Dr Bulikowski:

Wydział spółki akcyjnej gleichenb., powodowany szczeremi uczuciami ludzkości, postanowił na posiedzeniu, które się odbyło dn. 21 lutego b. r., oficerom wchodzącym w skład walczącej na Dalekim Wschodzie armii, którzyby dla ratowania zdrowia przybyli na sezon bieżący do Gleichenbergu, ofiarować także same dogodności i zniżki w opłatach, jakie są przyznawane oficerom krajowym, a mianowicie: Zarząd zwalnia ich od płacenia taksy kąpielowej („Kurtaxe“) i ofiaruje im zniżkę za środki lecznicze (Gleichenberger-Kurmittel) taką samą, do jakiej mają prawo oficerowie austriacy. Nadto, po porozumieniu się z właścicielami domów i willi, Zarząd ofiaruje bezpłatne mieszkanie w maju dla 150-iu, w czerwcu, lipcu i sierpniu dla 30-tu do 50-iu, zaś we wrześniu dla 140-tu oficerów. Decyzję powyższą stwierdził podpisem Dyrektor Zarządu *Jerzy Bardel*.

— Członek naszej Redakcji D-r Jan Sędziak został świeżo nagrodzony na konkursie Towarzystwa laryngologicznego w Ameryce (The American laryngological, rhinological and otological Society) za pracę p. t. Etiologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych (The Etiology and Treatment of Mycosis Occurring in the upper Respiratory Tract).



Nagrodzonej pracy służy przywilej postawienia jej na porządku dziennym na dorocznym zjeździe Amerykańskich laryngologów, jaki ma się odbyć w r. b. w Bostonie w dniach 5, 6, i 7-ym Czerwca, na który laureat — jednocześnie członek tegoż Towarzystwa, został urzędownie zaproszony dla osobistego odczytania nagrodzonej pracy.

A oto kilka szczegółów z jego życia. Urodził się w roku 1861. Po ukończeniu Gimnazjum III-go w r. 1881 a następnie Wydziału Lekarskiego w Warszawie w r. 1886, przez 2 lata był lekarzem asystentem przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w Szpitalu Ś-go Ducha.

W latach 1889 i 1900 przebywał na studiach specjalnych (choroby gardła, krtani, nosa i uszu) zagranicą — głównie w Londynie, gdzie pod kierunkiem słynnego naówczas laryngologa Sir Morell Mackenzie'go — lekarza Fryderyka III-go — kształcił się w obranej specjalności, następnie zaś uzupełniał swoje studia w Paryżu, Heidelbergu, Monachium, Wiedniu i Berlinie.

W roku 1893 za pracę konkursową o raku krtani otrzymał we Francji nagrodę pod postacią złotego medalu, oraz 1000 franków.

Jest członkiem wielu Towarzystw Lekarskich, zarówno polskich (w Warszawie, Krakowie i Poznaniu), jako też i zagranicznych (w Londynie, Ameryce, Francji i Włoszech).

Należy też do Redakcyi wielu pism lekarskich, zarówno polskich (Kronika Lekarska i Przegląd Chirurgiczny w Warszawie, Nowiny Lekarskie w Poznaniu, Postęp okulistyczny w Krakowie, wreszcie Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich we Lwowie), jako też zagranicznych (Journal of Lar. Chir. and otol. w Londynie, Monatschrift für Ohrenheilkunde etc. Wiedeń — Berlin. Klinische Vorträge a. d. Geb. Otol. und. Phar. — Rhin. w Monachium, wreszcie Archives de Méd. et rhin. speciales w Paryżu).

W ciągu lat 16 ogłosił drukiem ogółem mniejszych i większych prac 115 w językach: polskim, angielskim, francuzkim, niemieckim i włoskim.

Między innymi z pod jego pióra wyszły pierwsze w języku polskim podręczniki chorób nosa (r. 1897), oraz gardła (1900 r.)

(z) W Berlinie 2-go maja r. b. otwarto uroczyste nowozbudowany Instytut Hygieniczny, o którego budowie i bogatym zaopatrzeniu we wszelkie środki, jakimi rozporządza technika nowożytna, szeroko rozwodzą się pisma niemieckie. Dyrektorem Instytutu jest prof. Rubner.

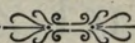
(z) Według urzędowego sprawozdania (Ministerialbl. f. Med.-Angelegenh. Nr. 9) w Górnym Śląsku w okręgu Oppeln zachorowało na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: od 20-go do 26 marca 147, od 27-go marca do 2-go kwietnia 189 (99 śmierci), od 3-go do 9-go kwietnia 216 (116), od 10-go do 16-go kwietnia 182 (111), od 17-go do 23-go kwietnia 207; od 24-go do 30-go kwietnia 207; razem z innych okręgów 1955, z których zmarła połowa.



(w) *Lekarze na Daleki Wschód.* W d. c. wezwani zostali koledzy: Marceli Geisler (z Otwocka, gub. Warszawskiej) z przeznaczeniem do Niżnego-Nowogrodu, Józef Zubowicz (z Ostrołęki), M. Sztejn (z Siedlec), Maksymilian Kraushar (z Warszawy) i Jan Wnorowski (z Piotrkowa).

**Zmarli.** Dr Bronisław Daniłowski, lekarz zakładu hydropatycznego w Ojcowie, dnia 17 Maja w Kamienicy Polskiej.

Dr. Władysław Roth dnia 15 Maja w Staszowie (gub. Radomskiej, w wieku lat 73.



Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Мая 1905 г.

## NOWY ŚRODEK DO WŁOSÓW „KASTOLIN”

L. S. BEJLINA

różni się od istniejących dotychczas tego rodzaju środków tem, że **usuwa rozpoczynając się SIWIZNE.**

Środek ten niszczy **łupież**, zapobiega **wypadaniu włosów** i wywołuje nadzwyczajnie **szybki ich porost.**

Po kilkorazowym użyciu dają się zauważyć zbawienne skutki użycia „Kastolinu“.

Cena flakonu 2 rb. 60 kop.

Hurtownikom odpowiedni rabat.

Towar wysyła się za gotówkę lub za zaliczeniem.

Skład główny: L. S. BEJLIN

Warszawa, Marszałkowska 49.



Stacya kolei:  
 Muszyna-Krynica  
 z Warszawy 18 god. jazdy  
 ze Lwowa 11 " "  
 z Krakowa 6 " "

Poczta  
 (3 razy dziennie)  
 i urząd telegraficzny  
 w miejscu  
 Apteka

# KRYNICA

## c. k. Zakład Zdrojowy w Galicyi.

W Karpatach 600 m. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina bitej drogi. Na stacyi wygodne powozy. Środki lecznicze: „Zród główny“ i „Słotwinka“ bardzo silnej szczyawy wapienno- i magneziowo-sodowo-żelazistej. Kąpiele mineralne bardzo obfite w kwas węglowy wolny, metodą Schwartza i Wachtlera ogrzewane. (W r. 1904 wydano 65,000). Nader skuteczne kąpiele borowinowe. (W r. 1904 wydano 22,000). Kąpiele gazowe z czystego kwasu węglowego. Zakład hydropatyczny pod kierownictwem specjalisty Rady cy ces. D-ra Ebersa. (W r. 1904 wydano 13,000). Kąpiele rzeczne parowe, elektryczne, słoneczne, mięsienie. Klimat wzmacniająca podalpejski. Leczenie terenowe. Wody mineralne, miejscowe i zagraniczne. Kefir. Żętyca. Mleko sterylizowane. Gimnastyka lecznicza. Zakład dyetetyczny. Lekarz zakładowy Doktor Leon Kopff z Krakowa, stale cały sezon. Nadto 12 wolnopraktykujących. Mieszkania: przeszło 1,700 pokoi z komfortem urządzonych, w cenie od 1 K. 20 h. dziennie wwyż. Dom zdrojowy. Wypożyczalnia książek. Restauracye. Pensyonaty prywatne, hotele, cukiernie. Kościół katolicki. Cerkiew. Muzyka zdrojowa stała (Dyrektor Ad. Wroński)! Stały teatr, koncerty, odczyty, bale. Park szpilkowy, około 100 morgów obszaru. Wodociągi wody źródlanej z gór sprowadzanej. Frekwentacya w r. 1904 przeszło 6600 osób. Sezon od 15 maja do 10 października. W maju, czerwcu i wrześniu ceny kąpiei i mieszkań w domach skarbowych o 25% niższe. W lipcu i sierpniu nie udziela się ubogim żadnych ulg. Rozsyłka wód mineralnych Krynickich od kwietnia do listopada. Składy we wszystkich większych miastach w kraju i zagranicą. Taksa kuracyjna 12 koron. Bliższych wyjaśnień na żądanie udziela, broszury i prospekta rozsyła.

C. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.



# Ciechociński Zakład kąpielowo-zdrojowy

niniejszem ogłasza, że zapasy **lecniczego szlamu i lecniczego ługu** otrzymywanych jako produktu uboczne przy warzeniu soli i służące do przygotowania sztucznych kąpeli solankowych, oraz Ciechocińska  $\frac{1}{3}$  % i  $1\frac{1}{2}$  % gazowana solanka do picia sprzedaje się w Zarządzie Zakładu w Ciechocinku po cenach następujących, a mianowicie: **SZLAM** partjami większemi ponad 100 pudów po 40 k. za pud i przy detalicznej sprzedaży po 60 kop. za pud, oprócz tego dolicza się po 20 kop. od puda za worek i opakowanie.

**ŁUG** partjami większemi ponad 500 butelek litrowych po kop. 4 za litr i przy detalicznej sprzedaży po 6 k. za litr, oprócz tego dolicza się po 6 kop. za butelkę litrową.

**GAZOWANA SOLANKA** partjami większemi ponad 1000 pół litrowych butelek po 4 kop. za pół litra i przy detalicznej sprzedaży po 6 k. za pół litra, oprócz tego dolicza się po 5 kop. za półlitrową butelkę.

Za pudła i fracht płaci się osobno. Woreczki (pudowe) i butelki przyjmują się z powrotem w połowie ceny. Sprzedaż uskutecznia się za gotówkę.

## CIECHOCINEK

**Dr. Biesiekierski**

chirurgia, mechanoterapia.

**Dr. Med. Fr. Jankowski**

ordynuje jak w latach poprzednich u wód w Nauheim od 10-go Maja do końca Września.

Mieszka w hotelu Europejskim.

**BUSKO**

**Dr. Majkowski**

praktykować będzie  
przez cały sezon  
(od 20 Maja do 20 Września).

Tegoż do nabycia we wszystkich księgarniach:

„Busko—wody siarczano-słone.”

1905 r. kop. 80.



**KROWIANKA OSPA OCHRONNA**

w Warszawie, Daniłowiczowska 8. Telef. 528.

**Inst. D-ra Tchórznickiego.**

**Fabryka Narzędzi Chirurgicznych**

**Bandaży oraz Brzytew oryginalnych Angielskich,**

**Szczyryków i Nożyczek**

4—19457

**F. BALUKIEWICZA**

**Bieleńska 9, Hotel Paryżki w Warszawie.**

**Wielki wybór**

**wszelkich Narzędzi Chirurgicznych, Bandaży,**

**przytem przyjmuje się reperację w zakres fabryki wchodzące,  
po cenach najtańszych.**

**MATTONIEGO**

**GISSHÜBLER**

najczystsza  
woda mineralna

**SZCZAWA-ALKALICZNA**

**Najlepszy**

**Dyetyczny**

**i Orzeźwiający**

**Napój**

**I Choroby nosa, jego zatok,**

**oraz jamy Nosogardzielowej.**

**II Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku**

**z licznymi rysunkami są do nabycia po rub. 2 i 3 (studen-  
ci za pół ceny) u autora-wydawcy**

**D-ra JANA SĘDZIAKA—Erywańska 10.**



# SOLEC

71-szy rok istnienia.

## Wody mineralne siarczano-słone

Sezon leczniczy trwa od 20 maja do 20 września.

Nowowzniesiony, wszelkim wymaganiom higieny i komfortu odpowiadający zakład kąpielowy.

Kąpiele mineralne siarczano-słone, mułowe ogólne i częściowe, łu-gowe, gazowe. Mechano-elektroterapia i gimnastyka lecznicza.

Hotel z restauracją, salą balową i teatralną, mieszkania w willach dobrze urządzonych.

Przedstawienie teatralne, koncerty, reuniony, stała orkiestra, czytelnia, wypożyczalnia książek, gimnastyka ogrodowa, tenis, krokiet, wy-cieczki.

**Dojazd przez KIELCE (lw. Dąbr.), szosą do samego zakładu.**

**Wynajmować mieszkania jedynie przez kantor hotelowy!**

Adres: st. poczt. **STOPNICA**, gub. kielecka.

Kierownik zakładu **Dr. Włodzimierz Daniewski.**

Asystent zakładu **Dr. Witold Breszel.**

---

## GŁOS LEKARZY

dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcją *D-ra Szczepana Mikołajskiego* i licznego grona współpracowników.

**Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron, 6 marek, 3 ruble.**

Adres redakcyi i administracyi:

**Lwów ul. Śniadeckich, 6.**

---

WIELKI WYBÓR

## Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii  
najtaniej w składzie fabrycznym

# J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.



**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akad. 1905/6 wakować będzie stypendyum w kwocie rub. **200** rocznie, z legatu ś. p. D-ra Ignacego Golebiowskiego, zmarłego w roku 1885 w m. Kamionce, Powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta wydziału lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane ma być innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego. Życzący ubiegać się o rzone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej, o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa p. o. Sekretarza Stałego

**W. Kosmowski.**

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1905/6 zawakuje sześć stypendyów, każde Rub. **300** rocznie z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich; b) Chilwskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilwskiego, w Galicyi zamieszkałi; c) Strojcecy, synowie po Adolfie Strojckim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kaerze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała № 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego

**W. Kosmowski.**

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do wiadomości, że na rok uniwersytecki 1905 na 1906 wakować będą dwa stypendya imienia Konstantego Marcinkiewicza po rubli **300** każde, przeznaczone dla studentów wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, katolików, pochodzenia polskiego, niezamożnych, czyniących dobre postępy w naukach, z wyjątkiem studentów kursu pierwszego. Pierwszeństwo do otrzymania stypendyów mają: a) krewni niezjącego Doktora Konstantego Marcinkiewicza; b) urodzeni w powiecie Nowogródzkim gubernji Mińskiej; c) urodzeni w innych powiatach gubernji Mińskiej; d) urodzeni w guberniach Grodzieńskiej, Kowieńskiej, Mohylewskiej, Wileńskiej i Witebskiej bez wszelkiego między wymienionemi guberniami pierwszeństwa. Ubiegający się o stypendyum złożyć winni, przed 16-tym Września, podanie do Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (Niecała 7) i załączyć: 1) świadectwo władzy uniwersyteckiej z ostatniego egzaminu przejściowego; 2) matrykę urodzenia; 3) opis biegu życia; 4) wiarogodny dowód niezamożności. Pragnący korzystać z praw pierwszeństwa składają, nadto akty stanu cywilnego, stwierdzające pokrewieństwo z niezjąłym Konstantym Marcinkiewiczem. Kandydaci wybrani przez Towarzystwo Lekarskie ulegają zatwierdzeniu przez władzę uniwersytecką.

Z upoważnienia Towarzystwa p. o. Sekretarza Stałego

**W. Kosmowski.**



PRYWATNY ZAKŁAD GINEKOLOGICZNY

## Dr. CZESŁAWA STANKIEWICZA

Warszawa Złota 3.

**Urządzenie ściśle aseptyczne.** Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny.

**Pracownia** chemiczno-drobnowidzowa. Wylęgarka (couveuse).

**Pokoje** wykątnie umeblowane. Winda hydrauliczna Otis.

**Przyjmowane są:** chore **ginekologiczne** (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacji), oraz **ciężarne**. Nazwisko pacjentki na mocy ustawy Zakładu, może pozostać w zupełnej tajemnicy.

**Opieka lekarska:** właściciel Zakładu, prócz tego lekarz zakładowy, mieszkający przy Zakładzie, i lekarze asystenci. Na miejscu stała położna i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka.

**Cena pobytu** z leczeniem od 2—6 rubli dziennie. Za operacje i porody opłata stosownie do umowy.

Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów, możliwe ustępstwa.

**Poliklinika.** *Informacje na miejscu i listownie.*

Telefonu № 18,46.

## „ZDROWIE”

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO,

poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w zeszytach objętości 5—6 arkuszy druku i zawiera:

1) Artykuły oryginalne z dziedziny postępów higieny publicznej w kraju. 2) Streszczenia zbiorowe. 3) Referaty. 4) Sprawozdania z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa i oddziałów prowincjonalnych. 5) Meteorologię, prowadzoną stale przez p. G. Tolwińskiego. 6) Bibliografię. Wiadomości bieżące.

WARUNKI PRZEDPŁATY:

W Warszawie rocznie rub. 4, półrocznie rub. 2. Na prowincyi i w Cesarstwie rocznie rub. 5, półrocznie rub. 2 kop. 50. Za granicą: rocznie Kor. 12 Fr. 14 M. 10, półrocznie Kor. 6, Fr. 7, M. 5. Cena zeszytu pojedynczego kop. 50.

Członkowie rzeczywiście Towarzystwa Hygienicznego otrzymują „Zdrowie” bezpłatnie, zwyczajni opłacają w Warszawie rub. 2, na prowincyi rub. 3 rocznie.

Redaktor **Dr. Med. Wł. Janowski**, Nowogrodzka № 46.

Adres administracji: Krakowskie Przedmieście 66, w Kancelaryi Towarzystwa Hygienicznego.

## Magistra A. Bukowskiego

**APTEKA i PRACOWNIA CHEMICZNA Marszałkowska 54. Poleca:**

**Jecorol.** Syrop jodo-taninowy z fosforem. Przetwór ten stosuje się dzieciom i dorosłym zamiast nieprzyjemnego w smaku i szybko jełczejącego tranu. **Sprzedaż tylko w oryginalnych flakonach z marką ochronną zatwierdzoną przez Ministra finansów** za Nr. 16250. Cena flakonu 75 kop.

**Ferratol.** Syrop żelazisty bez smaku żelaza, nie wpływa ujemnie na trawienie, zawiera 0,02 grm. żelaza w łyżeczce od herbaty. Zaleca się szczególnie dla dzieci, osłabionych i niedokrwistych. Cena flakonu 75 kop.

**Sirupus Thymi compositus.** Syrop tymiankowy stosuje się zamiast Pertusiny niemieckiej—przy wszelkich objawach kaszlu i w wypadkach utrudnionego wydzielenia się płwociny. Cena flakonu 60 kop.

**Wszelkie przetwory firmy** Parke, Davis et Co: Adrenalina, pastylki Cascara Sagrada, Cascara Evacuant, Euthymol i t. p.



Rok III.

# Biblioteka Lekarska

MIESIĘCZNIK

poświęcony wydawnictwu podręczników z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych  
pod redakcją **D-ra Józefa Zawadzkiego.**

Cena roczna rb. 8 w Warszawie, rb. 10  
z przesyłką pocztową, półrocznie rb. 4  
w Warszawie, i 5 na prowincyi.  
Cena ogłoszeń za stronę rb. 10.

Cena wraz z **Kroniką Lekarską:** (tylko  
rocznie)  
W Warszawie rb. 14 rocznie.  
Na prowincyi rb. 16 „

Warszawa, Szkolna № 8.

## Wyszły z druku i są do nabycia:

1) Prof. G. DIEULAFOY. *Podręcznik chorób wewnętrznych*. Tom I (*Choroby narządów oddechania i krążenia*), Cena rb. 4, w oprawie 4.50. II (*Choroby narządów trawienia, wątroby i trzustki*). Cena rb. 4, w oprawie 4.50. III (*Choroby nerek i układu nerwowego*). Cena rb. 4, w oprawie 4.50. IV (*Choroby zakaźne i ustrojowe*). Cena rb. 3, w oprawie 3-50.

2) Prof. LANDERER. *Dyagnostyka chirurgiczna*. Część I-sza ogólna z 36 rysunkami. Cena rb. 1 kop. 20. Cz. II *Dyagnostyka chirurgiczna szczegółowa* z 66 rysunkami) cena 1.20.

3) Prof. RUNGE. *Położnictwo*. Część I. (*Fizjologia ciąży, porodu i położu Operacyjne akuszerskie*), z 73 rysunkami w tekście. Cena rb. 2 kop. 50. Cz. II *Patologia i terapia ciąży położu i porodu* (z 34 rysunkami). Cena rb. 2 kop. 50.

4) Dr. W. MORACZEWSKI (ze Lwowa) *Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych* (badania moczu, kału, treści żołądkowej, śliny, krwi etc.) C. rb. 1 k. 25

## Wkrótce rozpoczęty zostanie druk dzieł następujących:

1) J. BRUNER. *Technika bakteryologiczna w zastosowaniu do badań klinicznych*.

2) J. COMBY. *Podręcznik chorób dzieci*.

3) Prof. JESSNER *Krótki podręcznik chorób skórnych*.

4) Prof. SAMUEL POZZI. *Choroby kobiece*. (Ginekologia kliniczna i operacyjna z licznymi rysunkami).

5) Prof. SONNEBURG i dr. R. MÜHSAM. *Technika operacyj i opatrunków* (z licznymi rysunkami).

6) Dr. W. MORACZEWSKI. *Dyetetyka*.

7) Dr. W. OLTUSZEWSKI. *Choroby mowy*.