



Rok LII.

Warszawa d. 14 Lipca 1917.

Nº 28.

AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘĆ ·
· TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru Nº 2693.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli 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“.**

Dięipuratum — środek nasercowy

Jako środek na serce i naczynia

jak również jako dobrze znoszony środek moczo-
pędny w dychawicy, stwardnieniu tętnic, dusznicy
bolesnej, puchlinie, zapaleniu nerek i t. d. oka-
zały się od wielu lat wielce skuteczne

TABLETKI DIURETYNY

Rp.: Tabletki—Diuretini 0,5 g. Nr. XX (cena około M. 1.50),
Oryginalne opakowanie Knoll.

Wrazie trudności w sprowadzaniu prosimy zwracać się do naszego
przedstawiciela p. W. SOSNOWSKIEGO, Wilcza 42, Warszawa.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Uspakaja nerwy Bromural środek nasenny

Tłomaczenie.

prac lekarskich na język niemiecki i francuski oraz przepisywanie na maszynie przyjmuje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

Dr A. SULIMIEŃSKI

praktykuje jak lat dawnych w sezonie
bieżącym
w B u s k u.

APTEKA K. WENDY

Główny skład surowic i szczepionek.

Instytutu d-ra Palmirskiego w Warszawie
" Pasteura w Paryżu
" Bakteryo terapeutycznego w Dreźnie
" Medycyny doświadcz. w Petersburgu
i innych.

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

Telef. № 107.

w Warszawie

Dr J. BORZYMOWSKI.

Zarys Chirurgii Praktycznej

dla lekarzy i studentów.

Z E S Z Y T 1.

Skład u autora (Chmielna № 62).

Cena m. 2.50.

INIEKCYJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.
(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glicerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glicerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.
i wiele innych.

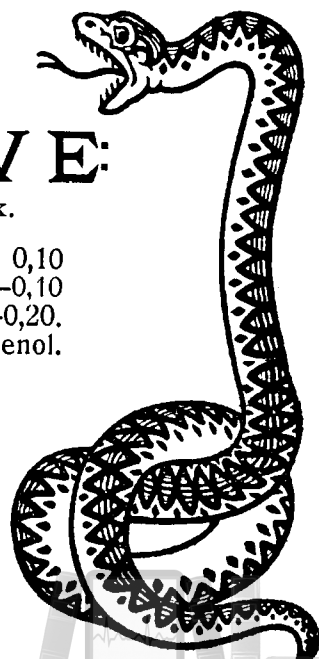
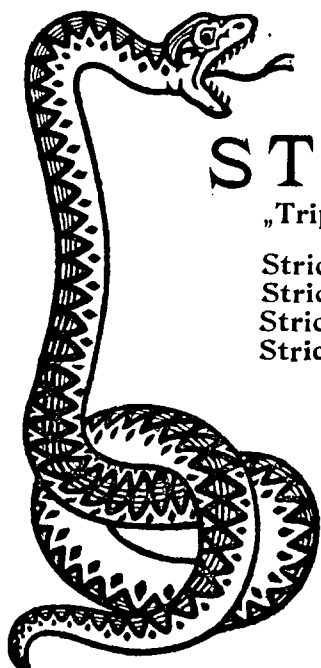
POLECA

A P T E K A

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.





DZIENNIK LEKARSKI

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dziennik
Lecie długie-

Warszawa, d. 14 lipca 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2693.

ZE SZPITALA ŚW. DUCHA I PRACOWNI NEUROBIOLOGICZNEJ TOW. NAUK. WARSZ.

W sprawie umiejscowienia anatomicznego aleksyi¹⁾.

Napisał

Stanisław Kopczyński.

Rozróżniamy trzy główne ośrodki mowy: słuchowy, ruchowy i wzrokowy. Ośrodek słuchowy mowy, zwany inaczej ośrodkiem Wernickego, mieści w sobie wyobrażenia słuchowe wyrazów; jego zniszczenie powoduje utratę zdolności rozumienia mowy t. zw. głuchotę lub niemotę wyrazową (*Worttaubheit, sourdité verbale*); umiejscawiamy go w tylnych odcinkach I i II zawoju skroniowego po stronie lewej. Ośrodek ruchowy mowy, t. zw. ośrodek Broca, mieści w sobie wyobrażenia ruchowe wyrazów; jego zniszczenie powoduje utratę zdolności wymawiania wyrazów, t. zw. niemotę ruchową; umiejscawiamy go u podstawy trzeciego zawoju czołowego po stronie lewej. Ośrodek wzrokowy mowy mieści w sobie wyobrażenia wzrokowe wyrazów drukowanych lub pisanym; jego zniszczenie powoduje utratę zdolności rozumienia napisanych lub wydrukowanych wyrazów, t. zw. aleksję (*Wortblindheit, cecité verbale*); umiejscawiamy go w kącie przy zbiegu zrazów ciemieniowo-skroniowo-potylicowych po stronie lewej.

O ile co do uznania istnienia ośrodka

słuchowego mowy i jego umiejscowienia nie ma różnic w poglądach różnych klinicystów i anatomopatologów, o ile niewielkie spory toczą się o umiejscowienie ośrodka ruchowego mowy, o tyle na istnienie i umiejscowienie trzeciego ośrodka t. j. ośrodka wzrokowego mowy różnorodnie zapatrują się różni badacze.

Ta różnorodność poglądów ma swoją przyczynę w dwóch źródłach, a mianowicie: w niedość skryzalizowanych pojęciach ze stanowiska psychofizjologii mowy o istocie aleksyi, i w małej liczbie badań anatomicznych, a zwłaszcza mikroskopowych w przypadkach czystej aleksyi.

W poglądach psychofizjologicznych na aleksję istnieją dwa zasadnicze kierunki: zwolenników poglądu na istnienie odrębnego ośrodka wzrokowego mowy niezależnie od ośrodków ogólnych wzrokowych, umiejscowionych, jak wiadomo, w korze płatów potylicznych. Zwolennicy tego kierunku, na których czele stoi we Francji Dejerine, w Niemczech Niessl v. Meyendorf, dowodzą, że jeżeli bez wątpliwości istnieje oddzielny ośrodek słuchowy wyrazów, wyodrębniony z ogólnego ośrodka słuchowego, to dlaczegożby nie miał istnieć odrębny ośrodek wzrokowy wyrazów. Przeciwnicy tego poglądu przypuszczają, że podczas czytania ze zrozumieniem bodźce wzrokowe liter biegają z ogólnego

¹⁾ Jest to referat z większego artykułu, który wyszedł w II tomie „Prac z pracowni neurobiologicznej T. N. W.”, wygłoszony d. 18 listopada r. z. w sekcji neurologiczno-psychiatrycznej i w d. 19 grudnia r. z. na posiedzeniu W. T. Lekar.

go ośrodka wzrokowego t. j. z płatów potylicznych — w kierunku ośrodka słuchowego mowy, i dzięki temu współdziałaniu wyrazów umożliwiają czytanie. Jednak fakt, że istnieją przypadki, w których stwierdzić możemy minimalne ślady głuchoty wyrazowej, a zupełną aleksję i agrafię, zmusza nas, zdaniem Dejerine'a, do przypuszczenia, że istnieją specjalne okolice w mózgu, których zniszczenie powoduje aleksję. Dejerine za taką okolicę uważa *pli courbe — gyrus angularis*, t. j. dolną część drugiego płata ciemieniowego lewego, a Niessl von Meyendorf jako „*Rindezentrum der optischen Vorbilder*“ uważa podstawowe powierzchnie lewych płatów potylicznych.

Przeciwnicy szkoły Dejerine'a, na których czele stoi we Francji Marie, w Anglii Bastian, w Niemczech Schuster, a niedawno w ostatnim wydaniu swego podręcznika (1914) do nich przyłączył się i Monakow, wypowiadają na aleksję tego rodzaju pogląd: wobec tego, że w procesie czytania i pisania wchodzi w grę rozmaite czynności psychologiczne, dalej wobec tego, że istnieją różne odmiany aleksyi, że istnieją indywidualne różnice w łatwości czytania, począwszy od sylabizującego z ciężkim trudem dziecka, a skończywszy na osobach inteligentnych, które rzucają okiem na stronę i obejmują z łatwością cały szereg wyrazów, trudno przypuścić, ażeby istniał ośrodek, w którymby leżały kopie poszczególnych liter, wyrazów. Otóż prawdopodobnie istnieje raczej punkt węzłowy, w którym schodzą się drogi asocjacyjne, biegnące od ośrodków wzrokowych ogólnych do ośrodka słuchowego czyli dźwiękowego mowy. Punkt ten to najprędzej okolica *gyrus angularis*, lecz nie kora tego zrazu.

Najbardziej rewolucyjnie sprawę tę przedstawia Monakow, ten sam, który w r. 1882 pierwszy spostrzegł sekcyjny przypadek aleksyi. Okolicę białej istoty w lewym płacie ciemieniowo-potylicznym uważa on jedynie za *locus minoris resistentiae*, jako miejsce, usposabiające do powstawania zarówno afazyi amnestycznej, t. j. utraty zdolności przypominania nazw przedmiotów, jak i aleksyi, i optycznej paragrafilii (przestawiania liter podczas pisania). W powstawaniu tych objawów klinicznych wchodzi tu w grę t. zw. przez Monakowa rozszczepienie komisuralne (*diaschisis commissuralis*) czynności prawego płata potylicznego.

Monakow podkreśla, że jako regułę uważać należy istnienie pewnego stopnia aleksyi w niemocie wyrazowej Wernicke'go, a

powtórę, że w czystych przypadkach aleksyi stwierdzić można istnienie afazyi amnestycznej, pewne trudności w oryentowaniu się i t. p.

Kiedy Dejerine w przypadkach aleksyi rokowanie złe uważa za objaw stały, Monakow, traktując aleksję, jako objaw przejściowy, stawia w niej rokowanie pomyślne. Opiera się on na kilku sekcyjnych przypadkach (Bruns, Lewi i własny), w których pomimo znacznego zniszczenia okolicy ciemieniowo-potylicznej aleksya z czasem ustąpiła.

Monakow, jak gdyby świadomie zapoznawał liczne przypadki aleksyi trwałej, w których objaw ten istniał przez szereg lat do śmierci (przypadek jego własny, Dejerine'a i innych).

Wobec niezmiernie ciekawego tematu, jakim jest aleksya, (u nas w tej sprawie ze stanowiska klinicznego pisali tylko Higier, Jaroszyński i Sterling) i wobec tego, że badań sekcyjnych przypadków aleksyi w literaturze europejskiej jest bardzo mało, w literaturze zaś polskiej nie publikowano ich wcale, a z badaniem mikroskopowem zaledwie trzy (Monakowa, Dejerine-Violeta, Redlicha), postanowiłem podać do wiadomości przypadek aleksyi, obserwowany przeze mnie w szpitalu Ś-go Ducha i badany mikroskopowo w pracowni neurobiologicznej Towarzystwa Naukowego Warszawskiego.

Nawiasem wspomnę, że przypadków aleksyi obserwowałem trzy, dwa z nich tylko klinicznie; przypadki te zostały przedstawione w r. 1914 w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskim i Towarzystwie Okulistycznym.

Historia choroby przypadku, o którym mowa, jest następująca:

Chory lat 52, leśniczy, prowadzący rachunkowość leśną, kawaler, w styczniu r. 1909 nagle, siedząc przy stole, dostał zawrótu głowy, zaniemówił, nie upadł. Kiedy po pewnym czasie przyszedł do siebie, otoczenie zauważyło, że źle mówi, niezręcznie włada prawą ręką, do pracy swej nie jest zdolny. Chory pił i palił umiarkowanie, przymiotu nie przechodził.

Badanie przedmiotowe, dokonane w 6 miesięcy po napadzie, wykazało, co następuje. Tętno 64, nieco twarde. Stan gorączkowy. Lekki przerost lewej komory serca. W moczu 10% białka. Chodzi chory swobodnie. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Siła ruchowa w prawej kończynie zlekka osłabiona; w innych kończynach prawidłowa. Odruchy ścięgien po stronie prawej nieco żywsze, niż po lewej, skórne nieco słabsze. Objaw Babińskiego po stronie prawej niewyraźny.

Wszystkie rodzaje czucia (dotyk, ból, ciepło, zimno) po stronie prawej nieco osłabione. Zmysł stereognostyczny w prawej ręce wyraźnie upośledzony. Hemianopsya w obu oczach prawostronna jednoimienna. Chory wykazuje następujące zaburzenia mowy. Dowolnie mówi płynnie, dość dobrze, zrzadka przedstawia sylaby (parafazy). Powtarza nawet złożone wyrazy naogół dobrze. Rozumienie wyrazów nieco upośledzone: chory np. nie wykonywa bardziej złożonych zleceń, prostsze rozumie i wykonywa poprawnie. Pisanie dowolne wyraźnie upośledzone. Chory np. podpisuje się, lecz z błędami, gdyż opuszcza lub przedstawia litery. Żadnych złożonych zdań nie może napisać. Za dyktandem pisze bardzo źle: przekręca wyrazy. Kopiuje bardzo dobrze, przyczem druk jako pismo. Cyfry rozpoznaje prawidłowo, również obrazki, rysunki.

Największe zaburzenia chory wykazuje w umiejętności czytania. Jeszcze z biedą rozpoznaje litery, jednak złożyć nawet prostych wyrazów nie jest w stanie. O czytaniu płynnym nawet mowy niema. Niekiedy, skoro kilkakrotnie odsyła błąd z trudnością jakiś

wyraz i kilkakrotnie go wymówi, wtedy jest w stanie go zrozumieć. O ile patrzy na wydrukowane litery i nie wymawia ich głośno, nie jest w stanie ich zrozumieć.

Poza tem chory dobrze rozpoznaje przedmioty, oryentuje się co do wykonywania czynności nawet złożonych (brak agnozyi, apraksyi), braków inteligencji wogóle nie wykazuje.

Podczas 3-miesięcznej obserwacji zaszły zmiany następujące: zaburzenia ruchu i czucia w prawej ręce, hemianopsya, niemota słuchowa znikły niemal zupełnie, chory dowolnie mówił niemal zupełnie dobrze, bez przedstawiania sylab, coraz lepiej rozumiał nawet zdania złożone, począł pisać dowolnie bez błędów, z trudem zaczął pisać za dyktandem, powtarzając głośno dyktowane wyrazy dla ułatwienia sobie pisania. Jako najstalszy i naj-

silniej wyrażony objaw powstał brak zdolności czytania.

Chory na kilka tygodni przed śmiercią zaczął doznawać objawów zapaści, na tle przypuszczalnego stwardnienia tętnic wieńcowych serca. Podczas jednej z takich zapaści chory zmarł.

Przed śmiercią rozpoznano rozmięczenie lewego zakrętu kąowego (*gyrus angularis*). Sekcja w zupełności rozpoznała to potwierdziła. Na granicy pomiędzy płatem ciemieniowym a potylicznym, w zrazie, okalającym tylny górny brzeg szczeliny skroniowej górnej—a więc i w okolicy t. zw. zakrętu kąowego—widać wklęsnięcie istoty mózgu na przestrzeni wielkości jaja kurzego, opony w tem miejscu są mocno pomarszczone, wciągnięte, cała ta okolica ma wygląd żółtawoszary (patrz fotogram 1).

Mózg utrwalono w płynie Mullera i zwykłymi metodami dokonano na nim 54 seryi cięć pionowopoprzecznych w obu półkulach.

Barwiono preparaty metodą Weigerta-Pahla.

Badań dokonano w pracowni neurobiologicznej Towarzystwa Naukowego Warszawskiego pod kierunkiem dra Flataua, któremu za łaskawą pomoc w pracy składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Zmiany widoczne występują dopiero na cięciu pionowopoprzecznym, odpowiadającym 88-mu cięciu pionowopoprzecznemu Dejerine'a¹⁾ na fig. 254, t. j. leżącemu w odległości 88 mm. od bieguna czołowego, a więc w tylnej połowie mózgowia (fotogram 2). Okolice ta, jak wiadomo, przedstawia *lobulus paracentralis*, część tylną odnogi tylnej bruzdy Sylwiusza, *corpus geniculatum externum*, część zewnętrzną podstawy odnogi mózgowej (*pes pedunculi cerebri*) (patrz rys. 2).

Na przecięciu tem widać poczynające się zmiany rozmiękzeniowe u podstawy tylnej

Na przecięciu tem widać poczynające się zmiany rozmiękzeniowe u podstawy tylnej

Rys. 1.



¹⁾ Patrz Dejerine: „Anatomie des centres nerveux”. Paryż 1895.

odnogi dołu Sylwiusza w głębi pomiędzy podstawą zrazu ciemieniowego II a górną częścią *gyrus supramarginalis*. Tętnica dołu Sylwiusza, przebiegająca tu, jak również biegnące

Rys. 2.



w odległości kilku milimetrów w kierunku do obwodu w tej samej szczelinie żyły dołu Sylwiusza, obie przecięte poprzecznie, wyraźnie rozszerzone, a naokoło na przestrzeni kilku

milimetrów ku wewnątrz i ku dołowi, jak również wąski pasek kilkumilimetrowy w dolnej części *gyrus supramarginalis* uległ rozmiękczeniu, budowa bowiem szarej istoty całym w nim zatarta, miejscami widać zupełny rozpad tkanki, tu i owdzie rozrzucone drobne ziarenka myeliny, zabarwione metodą Weigerta-Pahla na ciemno. Normalnych promienistych zakończeń włókien białych w korze w tym miejscu nie widać. Wśród rozpadowej tkanki widać tu i owdzie drobne naczynia, które oparły się rozmiękczeniu.

Na tem samym przecięciu widać już wyraźnie *fasciculus longitudinalis inferior*, który wraz z *radiatio thalamo-optica* Gratiolet'a i *tapetum* okalają zewnętrzną stronę *cornu sphenoidale* komory bocznej. Górna połowa tych tworów barwi się jaskrawo bładziej, niż dolna. Nad tym rogami komory bocznej widać oba *corpora geniculata* (*internum i externum*). Róg Ammona, *lamina medullaris superficialis* występują również wyraźnie. Najwydatniej wystąpił na tym przekroju wzgórek wzrokowy, gdy tymczasem z *nucleus caudatus* i z *nucleus lentiformis* widać tylko resztki. Zmian w nich nie widać.

(D. n.)

ZE SZPITALA IM. KAROLA I MARYI DLA DZIECI W WARSZAWIE.
(Z ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO DRA WL. SZENAJCHA).

2 przypadki ostrego obrzęku skóry z krwawymi wybroczynami.

Podał

Marta Erlichówna.

Przypadek pierwszy. Wiktor F., lat 8. Dotąd żadnych chorób nie przechodził. Pochodzi z rodziny bardzo biednej, wszyscy w rodzinie odżywiają się źle. Siostra 10 letnia leżała niedawno na oddziale z powodu obrzęków głodowych. Zachorował nagle 8. VI. 1916 w południe: zaczęła mu brzęknąć twarz i prawe kolano. Obrzęki powiększały się szybko. Na oddział przybył 9. VI. z raną, w stanie ogólnym nieciężkim. Zupełnie przytomny, utrzymuje, że obrzęki „dokuczają” mu tak, że nie mógł spać w nocy. Mowę ma utrudnioną, niewyraźną z powodu obrzęku górnej wargi, która zachodzi na dolną. Łaknienie dobre, łyka bez trudności. Ciepłota 38°2.

Na czole po prawej stronie, tuż pod granicą włosów na przestrzeni mniej więcej 8 X 3 cm. krwawe wybroczyny, przeważnie zlewające się w ciemnoczerwoną plamę, o nierównych brzegach, dokoła których są rozsypane drobne plamki. W tem miejscu skóra nie obrzmiała. Dokoła oczu obrzęki tak znaczne, że powieki wyglądają jak wąskie pasemka. Oczy ma zamknięte, z wysiłkiem może otworzyć nieznacznie prawe oko. Po-

zatem jest obrzęknięta cała twarz, więcej strona prawa. Zwłaszcza silnie obrzęknięte są: dolne części policzków, prawa połowa nosa i górna warga, która ma kształt ryja. Na policzkach pod oczami wybroczyny w kształcie smug, większa pod prawem. Na prawej połowie nosa krwawa wybroczyna. Miejsca obrzęknięte twarzy są naogół miękkie na dotyk, za wyjątkiem miejsc, z wybroczynami; zwłaszcza twardą jest skóra na prawej połowie nosa, która wygląda, jakby po mocnem uderzeniu; ucisk mało bolesny.

Z górnych kończyn zajęta jest prawa ręka: poduszkowato obrzmiała, na grzbiecie u nasady wskazującego palca mały, krwawy wylew. I tu znów cała ręka jest miękka, tylko miejsce wylewu twarde. Skóra na tułowie niezmieniona. Dolne kończyny: po stronie prawej udo wolne, reszta kończyny obrzmiała. Kolano gorące na dotyk, nieco bolesne przy zginaniu; skóra na kolanie i na łydce miękka. Obrzmienie znaczne dokoła stawu skokowego; na dolnej części goleni i na przedniej i wewnętrznej stronie stawu obfite wybroczyny, skóra w tych miejscach twarda, jak podeszwa.

Obrzmienie i wylewy zachodzą na wewnętrzną stronę stopy. Mniej więcej te same zmiany spostrzegamy symetrycznie na kończynie dolnej lewej, z tą różnicą, że skóra kolana jest tutaj jeszcze więcej rozpalona. Na przegubie stawu goleniowostopowego śród drobnych wybroczyn pęcherz średnicy 2—3 cm., napełniony przezroczystym, żółtawym płynem¹⁾. Ucisk na wybroczyny bolesny. Stwierdzono powiększenie gruczołów chłonnych na szyi, pod pachami i w pachwinach — do wielkości ziaren grochu, o charakterze przewlekłym, żółtawym niewątpliwie nie będące w związku ze sprawą omawianą, ostrą.

Ze strony dróg oddechowych, przewodu pokarmowego i układu nerwowego zmian nie stwierdzono. Śledziona nie powiększona. Mocz nie zawiera składników chorobnych. Posiew krwi z żyły jałowy. We krwi, prócz umiarkowanej leukocytozy (1200) zmian ilościowych, ani jakościowych nie stwierdzono. Odczyn Pirqueta dodatni.

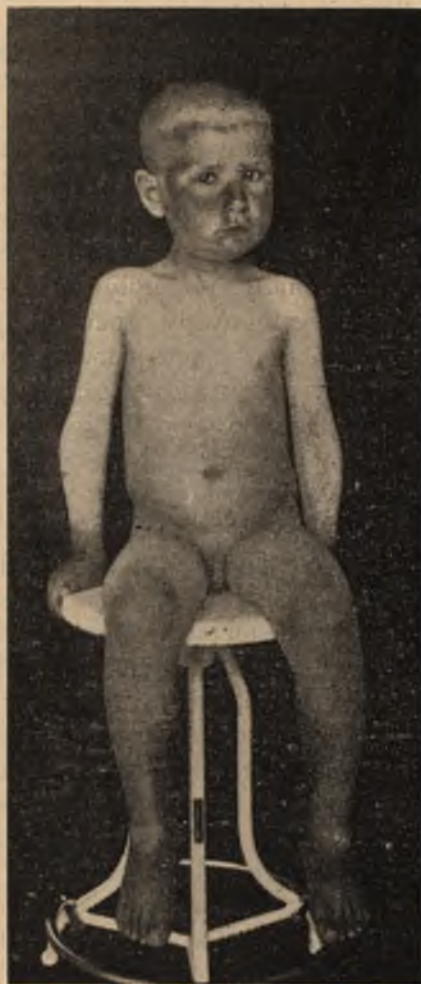
Przez dni następne zmniejszały się obrzęki, a powiększały wybroczyny. Załączona fotografia była wykonana 3-go dnia choroby, tak że obrzęki są mniej wybitne niż dnia pierwszego, a wybroczyny nie tak obfite, jak dni następnych.

10. VII. Dziecko weselsze, mówi wyraźniej. Obrzęki dokoła oczu zmniejszyły się tak, że może je szeroko otwierać, prawa rączka mniej obrzęknięta, obrzęki dolnych kończyn bez zmiany. Wybroczyny naogół znacznie obfitsze; środek każdej większej plamy jest ciemnoczerwony z odcieniem fioletowym, wybroczyny na obwodzie plamy są jaskrawo czerwone.

12. VII. Obrzęki znacznie mniejsze. Wybroczyny ciemnieją. 13. VII. Stan ogólny bardzo dobry. Ciepłota odtąd 37°—37°5 (*in recto*). Obrzęki nieznaczne. Wybroczyny powiększyły się. Z wyjątkiem części środkowych plam na nosie i na zgłędach stóp, które mają odcień siny i są zupełnie jednostajnie zabarwione, wszystkie inne wyglądają jak czerwone wysepki, napozór zabarwione jednostajnie, nieznacznie wzniesione nad poziom skóry; przy bliższym przyjrzeniu się widać, że są złożone z drobnych kropkowatych wybroczyn, między którymi skóra jest zaczerwieniona. Wybroczyny na nosie i dokoła oczu zlały się w jedną całość i przypominają kształtem motyla, podobnie jak w liszaju rumieniowatym. Brak tylko motylowi części lewego skrzydła, albo raczej skrzydło to jest poprzerywane. Na prawej połowie nosa części poprzednio twarde jak deska, obecnie są miększe od skóry normalnej. Prócz tych większych wybroczyn widzimy kilka drobniejszych plam nad górną wargą, na brodzie i na policzkach. Plamy na goleniach i stopach powiększyły się, zciemniały, przybrały odcień jednostajnie fioletowy, tylko na obwodzie widoczne są pojedyncze, czerwone wybroczyny. Części, które miały przedtem konsystencję podeszwy, obecnie miękkie bardzo. Nad prawą kostką utworzyły się drobne pęcherzyki, napełnione płynem surowiczym. 15. VII. Obrzęki zeszły zupełnie, górna warga zachowała jednak w nieznacznym stopniu kształt ryja (dawna sprawa

żółtawata). Wybroczyny zmniejszają się, są ostrzej odgraniczone od części zdrowych. Części środkowe wybroczyn na nosie i na przegubach stawów skokowych są teraz bardzo miękkie i sine. Białych ciałek krwi 7000.

17. VII. Kształt motyla na twarzy zetraca się, wybroczyny zbladły, zmniejszyły się, rzuca się głównie w oczy czerwonawosina plama na nosie, pokryta suchym strupem. Również i sprawa



na prawej rączce goi się szybko. Z kolan wybroczyny znikły prawie zupełnie. Golenie i stopy przedstawiają następujące, zupełnie symetryczne zmiany: plama na wewnętrznej stronie goleni, zachodząca na przednią powierzchnię stawu skokowego, zmniejszyła się, granice ma ostre, na obwodzie nieliczne jaskrawe plamki. Środek plamy na przestrzeni mniej więcej 10 × 3 cm. pokrywa nabłonek, uniesiony przez płyn, przez który prześwieca ciemno-fioletowe dno. Po wypuszczeniu płynu przez nakłucie i nałożeniu suchego opatrunku miejsca te zaczęły się goić. W ciągu następnych sześciu dni skóra na twarzy doszła do zupełnie normalnego stanu, skóra na kończynach zgoiła się również, pozostały jedynie suche brunatne strupki. Wypisany d. 27. VII. zupełnie zdrow.

Przykład II, Edzio S., l. 6, spostrzegany był tylko ambulatoryjnie. Jako prawie identyczny z przypadkiem I-ym zarówno w przebiegu, jak wystąpieniu i zejściu, nie wymaga obszerniejszego omówienia. Różnica polegała tylko na tem, że tu zajęta była twarz i górne kończyny, dolne

¹⁾ Płyn ten, z którego wyrosły na bulionie dwoinki barwiące się Grahmem (zanieczyszczenie?) wstrzyknięto do otrzewnej jamy myszce, która dotąd żyje (po 2 miesiącach).

były zupełnie wolne. Symetria, z jaką wystąpiły obrzęki, a zwłaszcza wybroczyny, była tak wybitna, że tu jeszcze wyraźniej przypominały kształtem motyla. Na grzbietach obydwu rąk pośród wybroczyn utworzyły się pęcherze, napełnione płynem surowicznym (zupełnie jałowym). Pęcherze te, wskutek mniej starannego utrzymania dziecka w złych warunkach domowych, starły się i zanieczyściły, tak że powstały owrzodzenia z brzydkim, szarawym dnem, przez co gojenie ich przeciągnęło się dość długo, do 4 tygodni.

Mieliśmy więc w obydwu przypadkach do czynienia z symetrycznymi obrzękami i krwawymi wybroczynami twarzy i kończyn, które przebiegały przy względnie dobrym stanie ogólnym, bez jakichkolwiek powikłań ze strony narządów wewnętrznych. Obrzęki miały przebieg wybitnie ostry, wystąpiły nagle, znikły po upływie 6—7 dni. Wybroczyny występowały znacznie powolniej, zwiększały się w ciągu pierwszych 7 dni, poczem zaczęły odgraniczać się, stopniowo zmniejszały się i znikły po upływie 5—6 tygodni.

Zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku wywiady wykazywały niedostateczne i jednostajne odżywianie dzieci od dłuższego czasu.

W dostępnym mi piśmiennictwie, spotkałam opis dwóch identycznych przypadków u Bregmana (1). Przypadki te dotyczyły matki i dziecka, które pracowały razem w ogrodzie na słońcu, latem. Ze względu na warunki w jakich cierpienie to powstało, autor przypuszcza działanie promieni słonecznych u osobników ze skórą specjalnie wrażliwą.

O występowaniu wybroczyn w przypadkach ostrych obrzęków wspominają Bowen (2), Grosz (3), Hutinel (4), Wolff (5). Langstein (6), spostrzegał przypadek, w którym w ciągu 7 miesięcy występowały naprzemian, lub jednocześnie napady plamicy, pokrzywki i ostrych obrzęków. Sprawie tej towarzyszyły krwawienia z dróg moczowych i przewodu pokarmowego. W pewnym okresie tego cierpienia wystąpiły obrzęki grzbietów rąk i stóp i symetryczne wybroczyny dokoła obrzęków, a wkrótce potem bolesny, symetryczny obrzęk twarzy, któremu towarzyszyło sinoczerwone zabarwienie grzbietu nosa i powiek o kształcie motyla.

Mamy tu więc pewne podobieństwo z

naszemi przypadkami, choć w sprawie znacznie dłuższej, więcej powikłanej. Lenc (7) spostrzegał przypadek pokrzywki, w której niektóre wykwyty miały pośrodku krwawe wybroczyny. Morichaux-Beauchant (8) zwraca uwagę, że w niektórych przypadkach choroby Quinke'go obrzękom towarzyszą petocie lub sińce, zwykle symetryczne, niekiedy poprzedzają one wystąpienie obrzęków, lub też występują po ich zniknięciu. Sprawom tym towarzyszą najczęściej zaburzenia kiskowe, dowodzące, według autora, toksycznego pochodzenia tego cierpienia. Barlow (9) opisuje dwa przypadki ciężkiej, długotrwałej plamicy z objawami ze strony jamy brzusznej (typ Henocha), w czasie której na grzbietach rąk występowały ostre obrzęki. W jednym z tych przypadków na miejscu znikających obrzęków powstawały wybroczyny.

Dane z piśmiennictwa, których tu pobieżnie dotykam, wraz z przypadkami Bregmana i moimi dowodzą, że pewne, nieznane nam jady powodują swoiste zmiany w symetrycznych odcinkach układu naczynioruchowego, skutkiem których tworzą się różnego natężenia i trwania wybroczyny krwawe i ostre obrzęki skóry.

Trudno powiedzieć, czy zachodzą tu zaburzenia nerwowe o charakterze czynnościowym, czy też zaburzenia w przemianie materii; w każdym razie sędzę, że wadliwe odżywianie musi odgrywać tu rolę jeśli nie główną, to w każdym razie wybitną. Możliwym jest, że i promienie słoneczne odgrywają rolę, w etiologii tej sprawy, jednak przeciw wyłącznemu ich działaniu przemawia charakter zmian skórnych, zwłaszcza zaś ich umiejscowienie i symetria.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. Bregman. Gazeta Lekarska. 1895.
2. Bowen. Cyt. wg. Jakscha. Podręcznik Nothnagel'a. 1908.
3. Grosz. Archiv. f. Kinderheilk. T. 18, r. 1895.
4. Hutinel. Les maladies des enfants. T. II, 1909.
5. Wolff. Archiv. f. Kinderheilkunde. T. 47, r. 1908.
6. Langstein. Jahr. f. Kinderheilkunde. T. 61, r. 1904, s. 624.
7. B. Lenz. Berl. Kl. W. 1898.
8. Morichaux-Beauchant. Annal. de dermat. et de syphil. 1906, № 1.
9. Barlow. The British med. Journal. 1910.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

II. E. Zieliński. O dyecie mlecznej chorych na dur brzuszny.

W ciągu 3 miesięcy autor wykonał 34

sekcje żołnierzy zmarłych w szpitalu, w tej liczbie było 20 zwłok tyfusowych (*t. abdominalis*), a w liczbie tych 20 stwierdził aż 13

przypadków ogólnej ostrej prosówki (*tuberculosis miliaris generalis*). Większość zmarłych byli to ludzie młodzi, około 20 lat. Żaden nie miał dawnych ognisk gruźliczych w płucach, gruczołach przyoskrzelowych lub krezkowych, stąd autor przypuszcza, iż wybuch prosówki nastąpił zzewnątrz.

Ze względu na generalizację sprawy oraz zajęcie nią wszystkich bez wyjątku narządów niemal równomiernie, trzeba przypuścić, że zarazek gruźliczy dostał się tym chorym bezpośrednio do układu krwionośnego. Najprawdopodobniej, według Z., zarazek przeszedł się przez kanał pokarmowy, przez świeże blizny potyfusowe lub gojące się dopiero owrzodzenia. Do kiszek dostać się mogły laseczniki tylko z jadłem: mięsem lub mlekiem. Ponieważ chorzy tyfusowi w szpitalu mięsa nie dostają, a stale pozostają na mleku, kiślu i kaszy, przeto Z. stanowczo twierdzi, że zarazek gruźliczy dostał się do nich z mlekiem.

Przypadki te dowodzą, że lasecznik gruźlicy krów, wbrew twierdzeniu Kocha, jest tak samo chorobotwórczy i dla ludzi, mając klinicznie wartość taką, jak i szczep ludzki. Behring słusznie twierdzi, że gruźlica szczepi się zwykle ludziom przez rany kanału pokarmowego. To zauważono dawniej u dzieci przy pierwszym ząbkowaniu, potem podczas zmiany zębów mlecznych, wreszcie w chwili przerzynania się zębów mądrości. Profilaktyka nakazuje mleko wyjaławiać dokładnie w specjalnych aparatach (Soxleta). Gotowanie nie wystarcza: kucharki tylko parzą mleko lecz go nie gotują.

Przypadki powyższe przemawiają przeciwko stosowaniu mleka chorym tyfusowym. Dyeta mleczna w takich razach nie wytrzymuje wogóle krytyki, według Z-go. Mleko w żołądku poniżej *cardiae* przez ścieśnienie sernika zamienia się na pokarm stały, który w kiszki staje się twardym, suchym i chropawym. Kał taki może ścierać młode blizny potyfusowe i strupy, powodować krwotoki i wcierać do krwi zarazki gruźlicze.

Mleko nie może uchodzić za pożywny pokarm dla chorych tyfusowych: w tyfusie wessaniu ulega woda, nieco cukru i mierna odrobina speptonizowanego sernika oraz trochę soli — reszta zaś t. j. 95—98% składni-

ków stałych mleka przechodzi przez kiszki nie wessana. W tyfusie, w przypadkach ciężkich gruczoły trawienne prawie wcale nie funkcjonują. Najwyżej można liczyć na wchłanianie miazgi pokarmowej w żołądku.

W tyfusie brzuszny dla racjonalnego odżywiania chorych należy wprowadzać do organizmu tylko takie pokarmy, które mogą się strawić i wessać już w żołądku, a więc: mięso, cukier, alkohol t. j. wskazana jest dyeta, proponowana przed kilku laty przez angiolków i dająca, według Z-go, dobre wyniki. Podaje się choremu świeży sok mięsny (*express*) z cukrem, koniakiem i żółtkiem, w bogatszej praktyce w postaci lodów (tylko bez wanilii, pobudzającej bakterie do życia). Do tego dodaje się za napój nieco soku żołądkowego otrzymywanego metodą Pawłowa (*succus gastricus*). Alkohol zaoszczędza tłuszcze i dodatkowo działa na krążenie (wino szampańskie).

Mleko nie jest wcale najidealniejszą emulcją ciał białkowych i tłuszczów, posiadającą jednocześnie sole i cukier. Tak jest ze stanowiska ustroju, który wytwarza mleko ale nie ze stanowiska ustroju, który się nim żywi, gdyż mleko już w żołądku przestaje być emulcją. Mleko nie należy do najstrawniejszych pokarmów. Dzieci, karmione zbyt długo mlekiem matki, zaczynają chorować i źle się rozwijają. Zresztą skład mleka kobiecego różni się od składu mleka krów i kóz. Mleko wreszcie może być dobrym *vehiculum* dla różnych zarazków, jak tyfus brzuszny, cholera, gruźlica, pryszczycza i t. d. Mając to na uwadze, należy wymagać nadzwyczajnej czystości obór, usuwania krów gruźliczych i, o ile mleko jest niepewne, wyjaławiania mleka. Nie należy mleka zalecać w stanach atonii kiszek, rozstrzeni żołądka, chorobie Glenarda, nadmiernej kwasocie. Jako środek odżywczy, należy zalecać mleko wraz z innymi pokarmami przy obiedzie lub wieczorzy z dodatkiem wód alkalicznych lub w postaci przetworów w rodzaju kefiru, kumysu, mleka bułgarskiego lub zwykłego mleka kwaśnego.

(Polski Miesięcznik Lekarski 1916. Grudzień).

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne 20 marca 1917.

Sekretarz stały Sokołowski przedstawił „atlas, odnoszący się do śmiertelności z suchot płucnych w st. m. Warszawie za lat 35 (1878—1912)*. Atlas ten wydany został w r. 1914 staraniem Warsz. Tow. Przeciwgruźliczego przez p. A. Zakrzewskiego pod kierunkiem prelegenta. Na szeregu tablic podano śmiertelność z gruźlicy dla każdego z lat wymienionych: maximum wynosi 430 (w r. 1881), minimum 213 (w r. 1897) na 100,000 mieszkańców. Na innych tablicach poda-

no śmiertelność w zależności od pór roku, wieku chorych i t. d. Na 2-ch tablicach zestawiono śmiertelność z gruźlicy u żydów i u chrześcijan. U pierwszych okazała się ona znacznie mniejsza (114 wobec 262). Wobec fatalnych warunków mieszkaniowych ludności żydowskiej zjawisko to wydaje się paradoksalnym. Prelegent próbuje wyjaśnić je wzmożoną odpornością rasy żydowskiej wobec zarazka gruźliczego, odpornością, nabytą w ciągu wieków wskutek stałego zamieszkiwania miast w warunkach złych; uboga natomiast ludność chrze-

ścijańska, przybywająca do miast ze wsi, wobec pogorszenia się warunków życiowych, staje się nader wrażliwą na gruźlicę i pada jej ofiarą.

J. Wiśniewski pokazał „przypadek parcha na szyi”. Przypadek dotyczy chłopca lat 6-u, u którego od kilku tygodni stwierdzono typowy parch na szyi; skóra głowy chłopca jest zupełnie zdrowa. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na rzadkie umiejscowienie choroby na nieowłosionej części skóry oraz ze względu na to, że wywołany został przez *achorion Schönleini*, choć zwykle na skórze nieowłosionej zarazkiem bywa *achorion Quinckeani*.

A. Ciągliński wypowiedział rzecz p. t. „O współzależności (korelacji) zjawisk i o oznaczaniu jej liczbowo”. Współzależność dwóch zjawisk zachodzi wtedy, gdy wykazują one pewne prawidłowości we współistnieniu lub w swych zmianach. Znając korelację, możemy na podstawie znajomości jednego zjawiska wnioskować o drugim. Współzależność nie przesądza o przyczynowości związku między danymi zjawiskami; oba zjawiska mogą np. ulegać zmianom w zależności od innej, lecz wspólnej przyczyny. W medycynie spotykamy się często z faktem korelacji objawów chorobnych, wobec czego musimy opanować współczesne metody matematyczne, ażeby móc wyrazić liczbą bądź linią. W otyłości np. znamy szereg objawów, jak powiększenie wagi ciała, masy ciała, obwodu brzucha, zgrubienie karku etc., które występują w różnym stopniu natężenia i w rozmaitych kombinacjach. Prelegent postanowił określić współzależność między obwodem brzucha a wagą ciała i na tym przykładzie omówić współczesne metody matematyczne oznaczania korelacji. Materiał statystyczny prelegent zaczerpnął z akt Tow. Ubezp. „Przezorność”, wybierając mężczyzn od 25 do 40 lat o wzroście od 168 do 172 cm., uznanych za zupełnie zdrowych. Osobników takich znalazło się 1642. Zestawienie ich obwodów brzucha i wagi ciała (tablica korelacji) wykazało, że pierwszy waha się od 64 do 118 cm., a druga od 54 do 106 klg. Najczęstszym wymiarem dla obwodu brzucha jest 80 cm., a dla wagi — 70 klg. (wielkości modalne); średnie arytmetyczne wynoszą 83,62 cm. i 72,95 klg.; najczęstszą kombinacją jest obw.=77 cm. z wagą=67 kg., rzadszą jest kombinacja średnich arytmetycznych, jeszcze rzadszą—wielkości modalnych. W dalszym ciągu prelegent wyjaśnił, w jaki sposób układa się tablicę korelacji, jak rozdziela się materiał na grupy, czyli klasy, jak wykreśla się linię regresji, czyli linię graficznie wyobrazającą korelację, i jak wreszcie linię tę można wyprostować, jeżeli otrzymało się linię łamaną. Akt wyprostowywania tej linii jest zupełnie uzasadniony ze stanowiska logiki i możliwy, dzięki „metodzie oceny błędów”. Na podstawie obliczenia t. zw. „odchyłeń indywidualnych” i „odchyłeń średnich” wyprowadza się „współczynnik korelacji”, który jest wielkością o granicach między -1 i $+1$; jest on tem bliższy jednoci, im korelacja jest mocniejsza, a jeżeli korelacji nie ma, to wypada równym 0. W danym przykładzie (dla obwodu brzucha i wagi ciała) współczynnik korelacji = 0,75, dla wzrostu i wagi ciała = 0,5 i t. d. Znając współczynnik można za pomocą odnośnych formuł matematycznych wyprostować niepożądane załamania linii regresji i w ten

sposób otrzymać linię bądź prostą, bądź krzywą, wzgl. parabolę. Współczynnik korelacji i linia regresji obrazują współzależność między badanymi zjawiskami lepiej i dokładniej, niż wszelkie opisy.

W dyskusji Rzętkowski podniósł konieczność znajomości matematyki przez lekarzy, lecz zastrzegł się, że zastosowanie metod, omówionych przez prelegenta, do wyników badań klinicznych napotykać może znaczne trudności, wynikające i z błędów spostrzegania, i z wadliwości przyrządów, i z powodu wahań otrzymanych wyników w granicach nader szerokich.

Sokołowski omówił trudności, napotykane przez lekarzy w opracowywaniu danych statystycznych i dodał, że przyszła nasza statystyka szpitalna musi oprzeć się na współczesnych metodach matematycznych, bez których, jak to widać z wywodów prelegenta, cały materiał może być zmarnowany.

Skłodowski, podnosząc doniosłość poruszonego tematu, zaznaczył, że bez matematyki nie mogą się obejść ani pomocnicze nauki lekarskie (fizyka, chemia), ani statystyka. Głębsza znajomość matematyki może mieć dla umysłów lekarskich znaczenie bardzo dodatnie, popełniamy bowiem codziennie takie mnóstwo nieścisłości, że wreszcie przestajemy zdawać sobie z tego sprawę. Jeżeli zebrany materiał liczbowy jest pewny, a metodyka dobra, to i zastrzeżenia kol. Rzętkowskiego mogą nie stanowić przeszkody do zastosowania omawianych metod w medycynie.

Hevelke zauważył, że sprawa statystyki została po raz pierwszy postawiona naukowo. Lekarze nazbyt upraszczali dane statystyczne i wnioski wyciągali zbyt pochopnie. W Tow. należałoby urządzić odczyt o współczesnym stanie statystyki w zastosowaniu do nauk lekarskich.

Ciągliński w odpowiedzi podniósł konieczność naukowej oceny błędów, popełnianych przez każdego obserwatora i zaznaczył, że poznanie nowych metod matematycznych ma jeszcze tę wartość, że pozwala nieraz na wyciąganie wniosków zupełnie ścisłych nawet z niewielkiej liczby spostrzeżeń. Przykłady kol. Rzętkowskiego nie są przekonywujące, gdyż wahania liczb w granicach szerokich są zjawiskiem zwykłym, a jednak korelacja między nimi ustalona być może. Wprowadzenie metod współczesnych do statystyki szpitalnej jest koniecznością, w przeciwnym razie będziemy ciągle operowali średnimi arytmetycznymi, z których w sposób, urągający zasadom arytmetyki, wyciąga się nowe średnie.

Posiedzenie kliniczne 3 kwietnia 1917.

1. Zdz. Dobrowolski pokazał „przypadek kilaka gardzieli wskutek syfilisu wrodzonego”. Przypadek dotyczy 15-letniej dziewczynki (przymiot nabyry wyłączony), cierpiącej na cuchnący katar nosa; w gardzieli stwierdzono obecność dużego guza (10×5 cm.) od wylotów trąbek Eustachjusza do krtani, znajdującego się w okresie przedrozpadowym.

2. H. Ruppert pokazał „wycięty wyrostek robaczkowy, pochodzący z przypadku *appendicitidis gangraenosae primariae*”. 20-letni mężczyzna zachorował na ostre zapalenie wyrostka o przebiegu tak gwałtownym, że w początku 3-ej doby musiano chorego operować. Znale-

ziono wyrostek i jego kreskę w stanie zgorzeli. Badanie wykazało w wyrostku obecność 2-ch pestek od pomarańczy, które zamknęły światło wyrostka i wywołały powstanie zgorzeli. Chory wyzdrowiał. Prelegent zwraca uwagę na rzadkość pierwotnej zgorzeli wyrostka i omawia różnice budowy wyrostka u obu płci, wskutek których to różnic mężczyźni ulegają schorzeniom tego narządu częściej, niż kobiety.

3. St. Orłowski wygłosił rzecz p. t. „Prądy obiektywizmu w psychologii nowoczesnej”. Prądy te polegają: 1) na wprowadzeniu zjawiska odruchowego jako podstawy wszystkich czynności psychofizjologicznych (szkoła rosyjska) i 2) na badaniach porównawczych (szkoły: amerykańska, angielska, w części i francuska). Dzięki rozwojowi metod obiektywnych następuje coraz większe zbliżenie między fizjologią a psychologią. Nowoczesna psychologia dzieli zjawiska psychofizjologiczne na 3 kategorie: 1) reakcja psychofizjologiczna bezpośrednia; należą tu tropizmy, odruchy proste i odruchy automatyczne; podłoże anatomiczne stanowią ośrodki rdzeniowe i niższe mózgowe; 2) reakcja psychofizjologiczna pochodzenia wrodzonego, obejmująca zjawiska instynktu, której podłożem są ośrodki podkorowe, a w części i korowe (tory asocjacyjne odziedziczone) i 3) reakcja psychofizjologiczna pochodzenia nabytego, obejmująca czynności psychiczne w znaczeniu ścisłym, której podłożem są ośrodki korowe (tory asocjacyjne, urobione w życiu osobniczym). Mechanizmy ochronne psychiki ludzkiej stoją na pograniczu między 2-ą a 3-ą kategorią. Obok psychologii ludzkiej rozwija się i psychologia zwierząt, a przedmiotem psychologii nowoczesnej jest działalność celowa istot żywych.

W dyskusji Higier zarzucił prelegentowi, że, dając rzut oka na stosunek psychologii do fizjologii, zbyt krótko omówił temat wyrażony w nagłówku. Psychologia nowoczesna bada odruchy psychiczne (psychorefleksologia Bechterewa), zaczynając od najprostszych (kojarzeniowo-ruchowych i wydzielniczych), a kończąc na najbardziej złożonych (psychoindywidualnych, symbolicznych) Prosta i możliwie obiektywna metodologia tych badań znalazła już szerokie zastosowanie (w fizjologii, pedologii, psychiatrii, med. sądowej etc.). Na przykładach mówca objaśnia istotę niektórych odruchów psychicznych (np. odruchu psychogalwanicznego Veragutha, zależnego od zmian w wydzielaniu potu) i dowodzi, że dzięki metodom obiektywnym szkoła Pawłowa wzbogaciła naukę o słynne odruchy warunkowe asocjacyjno-sekrecyjne, a szkoła Bechterewa o zbadanie siedliska i znaczenia wielu ośrodków korowych.

Rzętkowski zauważył, że prócz 3-ch kategorii zjawisk psychofizjologicznych liczyć się jeszcze należy z dziedziną zjawisk podświadomych, o której prelegent nie wspominał.

Gajkiewicz wspominał o podstawowym znaczeniu dla rozwoju psychologii badań anatomicznych, które zawdzięczamy wielu uczonym niemieckim, a zwłaszcza szkole Edingera.

Orłowski odpowiedział Higierowi, że nie mógł wdawać się w szczegóły, zaznajomienie bowiem z nimi musiałoby zająć cały szereg posiedzeń, mógł tylko zaznaczyć, że rozwój psychologii obiektywnej polega na wysunięciu odruchu, jako

podstawy wszelkiej czynności psychicznej i na zwrocie ku psychologii porównawczej. Mówca nie zgadza się z interpretacją Higiera odruchu psychogalwanicznego, interpretacją, którą wielu badaczy stanowczo odrzuca. Rzętkowskiemu — że zjawiska podświadome nie są powszechnie uznane, a stanowisko ich w psychologii obiektywnej jest specjalnie niewyraźne, gdyż stosunek sprawy psychicznej do świadomości bywa stale pomijany. Gajkiewiczowi — że, nie ujmując wielkiego znaczenia szkół niemieckich, stwierdzić jednak należy, że psychologia niemiecka jest nawskroś subiektywna (Wundt, Ziehen). Podobnie i Edinger, choć wielkie położył zasługi dla anatomii układu nerwowego, jest zapalonym zwolennikiem antropomorficznego kierunku w psychologii zwierząt.

Posiedzenie kliniczne 17. IV. 1917 r.

Dr fil. Kazimierz Ruppert z Krakowa (gość) wygłosił rzecz p. t. „Pracownie bakteriologiczne na froncie a zwalczanie chorób zakaźnych”. Prelegent prowadzi na froncie austriackim małą pracownię bakteriologiczną (typu Dörra), w której są dokonywane potrzebne do celów rozpoznawczych analizy. Wykonywując w ostatnich miesiącach odczyn Weil-Felix'a, prelegent otrzymywał wyniki dodatnie w 5-ym dniu duru plamistego (1:200, 1:400), a w dniach późniejszych nawet wybitnie dodatnie (1:3000). Do masowego zbierania próbek kału prelegent stosuje metodę Gąsiorowskiego, polegającą na użyciu rurki szklanej, umieszczonej w próbówce z 1 ctm. sz. fizjol. roztworu soli. Dzięki badaniom masowym udawało się nieraz wykrywać nosicieli zarazków, między innymi nosicieli laseczek durowych, który przed laty 10-ciu na dur brzuszny chorował. Jako o rzadkości kazuistycznej prelegent wspominał w przypadku wąglika płuc, rozpoznany za życia (laseczniki wąglika w płwocinie) i ustalonym sekcyjnie, w którym hodowla ze krwi chorego dała wynik ujemny. Pracownia jest połączona z odwszalnią, której plan, ustrój i działalność prelegent opisuje. W ciągu 4-ch miesięcy prelegent poddał odwziewaniu około 8000 osób cywilnych i wojskowych, czego wynikiem było wyłączenie panującej przedtem w danym odcinku epidemii duru plamistego. Najtańszym, a bardzo skutecznym środkiem do tępienia wszy jest wyciąg z popiołu drzewnego, który prelegent stosuje z powodzeniem. Do mycia są w użyciu surogaty mydła w postaci mieszaniny wyciągu z popiołu drzewnego z glinką cegielnianą lub kaoliną, które prelegent demonstrował.

W dyskusji Wojciechowski zauważył, że wyciąg z popiołu drzewnego dawno jest znany wśród ludu i działa dzięki zawartemu w nim węglanowi potasu.

Mutermilch podkreślił ważność wykrywania nosicieli zarazków drętewicy karku; mniejsze znaczenie mają poszukiwania nosicieli zarazków czerwonej, w wielu bowiem epidemiach tej choroby nie udaje się stwierdzić ani las. Shiga-Krusego, ani las. Flexner'a.

Szymanowski (gość) zaznaczył małą wartość poszukiwań nosicieli zarazków czerwonej wobec faktu, że badania te mogą kilka razy z rzędu zawodzić, choć później zarazki dają się

stwierdzić np. po chwilowym niedomaganiu kiszczkowem.

Sekr. Stały Sokołowski wyraził wątpliwość co do faktu istnienia 10-letnich nosicieli zarazków durowych. Walka z durem brzuszny byłaby w takim razie beznadziejna.

Prezes Jakowski wspominał o mieście, w którym lat 20 srożyła się epidemia duru brzuszego, stłumiona dopiero po wykryciu nosicieli zarazków.

Szymański (gość) dodał, że unięszkodliwienie nosicieli zarazków durowych nie jest sprawą rozstrzygniętą i natrafia na liczne trudności. Są nawet radykalne propozycje operowania pęcherzyków żółciowych, w których laseczki duru osiedlają się na czas dłuższy.

Henryk Ruppert zauważył, że w pęcherzyku żółciowym laseczki durowe mogą przebywać lata całe i że ostatnio Stuberowi zapomocą 8-dniowego podawania kalomelu i cystyny udało się je wytepić. Jeżeli dalsze próby spostrzeżenie to potwierdzą, to konieczność wykrywania nosicieli nie będzie podawana w wątpliwość, a stara metoda leczenia duru kalomelem uzyska naukowe uzasadnienie.

Kazimierz Ruppert w odpowiedzi zaznaczył, że wykrywanie nosicieli zarazków ma znaczenie doniosłe nie tylko ogólne, lecz i specjalnie militarne. W armii austriackiej prof. Müller z Gracu badał wszystkich, mających styczność z przygotowywaniem posiłku i usuwał od tej czynności nosicieli zarazków, co miało wyniki nader dodatnie. Cytowany przypadek 10-letniego nosiciela dotyczył inteligentnego 24-letniego osobnika, który podobno chorował na tyfus przed laty 10-ciu, lecz przed rokiem przechodził krótką chorobę gorączkową z biegunką o rozpoznaniu nieustalonym. Okoliczność ta budzi zapewne szereg wątpliwości.

O. Hewelke wygłosił rzecz p. t. „W sprawie rejestracji suchotników“. Gruźlica jest cierpieniem tak długotrwałem, że z liczby zgonów z gruźlicy nie można wnioskować o jej wzmaganiu się czy obniżaniu w danym okresie. Z tego względu próbowano ustalić t. zw. „*index letalitatis*“, czyli wskaźnik, oznaczający stosunek liczby zgonów do liczby chorych. Prelegent wyjaśnia, że wielkość wskaźnika (zwykle od 5 do $7\frac{1}{2}$) zależy nie tylko od liczby zgonów i liczby chorych, lecz i od lat trwania choroby. Ponieważ czynnik ostatni jest wielkością nieznaną, przeto i wskaźnik większego znaczenia nie posiada. Wobec tego miarodajne być mogą tylko liczby absolutne: liczba zgonów i liczba chorych. Pierwsza w Warszawie jest daleka od ścisłości, w każdym bądź razie liczbę tę posiadamy. Drugiej natomiast nie mamy zupełnie, a zdobyć ją możemy tylko drogą rejestracji. Prelegent proponuje urządzić w Warsza-

wie, tytułem próby, rejestrację miesięczną, np. w październiku r. b., zachęcając kolegów do poparcia samej idei i do dokładnego wypełnienia kartki rejestracyjnej według przedstawionego wzoru. Dokładność, zwłaszcza w zakresie nazwisk i adresów, jest niezbędna celem uniknięcia wielu omyłek.

W dyskusji Sekretarz Stały, Sokołowski, zaznaczył, że na Zachodzie kwestję rejestracji suchotników rozstrzygnięto w każdym kraju inaczej. W jednych krajach jest ona obowiązkowa, a nawet pociąga za sobą konsekwencje praktyczne, jak umieszczenie chorego w sanatorium. W innych natomiast krajach (np. w Niemczech) idea rejestracji została przez parlament uchylona. I u nas natrafiać będzie na liczne przeszkody. Mówca sam próbował przed laty 20-tu zbierać dane odnosne w parafiach zapomocą księży, wynik jednak osiągnął bardzo skromny. Wobec doniosłości poruszonej kwestyi, mówca uważa, że projektowi należy się poparcie, z tem jednak zastrzeżeniem, że nazwiska powinny być pominięte, a zamiast miesięcznego, spis chorych powinien być jednodniowy.

Prezes Jakowski wypowiedział się również za rejestracją jednodniową z pominięciem nazwisk chorych.

Bacia (gość) podał, że w r. b. od 1. I. do 24. III. na tyfus wysypkowy zmarły 143 osoby, a na gruźlicę 1750.

Mutermilch zauważył, że tylko rejestracja obowiązująca dać może wyniki poważne, i że kartka rejestracyjna winna uwzględniać rozpoznania ustalone obok przypuszczalnych.

Dębiński zaznaczył, że cel spisu jednodniowego byłby zupełnie chybiony, gdyż mógłby on objąć tylko bardzo szczupłą liczbę chorych.

Ciągliński dodał, że nawet rejestracja miesięczna będzie zbyt krótka, wobec czego spis jednodniowy nie dałby żadnych wyników.

Szokałski uważałby za bardziej celowe systematyczne badania grup zawodowych, np. robotników, młodzieży szkolnej etc.

H. Ruppert wypowiedział się za rejestracją miesięczną, lecz z pominięciem nazwisk, i omówił skromną wartość naszej rejestracji zgonów.

Hewelke odpowiedział, że proponowane przez niektórych mówców pominięcie nazwisk byłoby źródłem znacznej niedokładności, gdyż jeden suchotnik byłby zapisywany kilkakrotnie. Prelegent sądzi, że pomimo nieuniknionych omyłek i niedojrzałości omawianej sprawy w pojęciach wielu jeszcze lekarzy, pierwszą próbę zrobić konieczne należy, gdyż bez niej nie zbliżymy się do celu. Nawet z pierwszej, dalekiej od doskonałości rejestracji wyłonić się mogą ważne wnioski naukowe i społeczne.

K. Oczesalski.

List otwarty do Redakcji Gazety Lekarskiej.

Szanowny Redaktorze!

Wśród wielu nedorzeczných zabytków, pozostawionych nam przez rządy rosyjskie,

jeden zwraca uwagę lekarzy i powinien być natychmiast usunięty. Chcę mówić o podziale lekarzy na „doktorów medycyny“ i „lekarzy“.

Rząd rosyjski wyobrażał sobie, że dr medycyny posiadać będzie więcej wiedzy, niż zwykły lekarz i od tego tytułu uzależniał awans wyższy w służbie państwowej, w wojsku i profesurę. Pomijając błąd zasadniczy, tkwiący w tem zapatrywaniu, zwrócić należy uwagę, że tytuł przysługiwał nie tylko tym, którzy zdali egzamin doktorski i obronili rozprawę, lecz w ogromnej większości przypadków także tym lekarzom, którzy ukończyli studia zagranicą, lub nawet w Rosji — w Dorpacie. Ztąd też obecnie — po bojkocie uniwersytetu w Warszawie — mamy do czynienia ze zjawiskiem rażącym, że większość młodych lekarzy posiada tytuł dra medycyny, podczas gdy wielu bardzo lekarzy starszych, nieraz wysoce już dla nauki zasłużonych, używa tytułu tylko lekarza, względnie dra (bez „medycyny“). Studia i egzaminy w obu przypadkach są jednakowe i niema najmniejszego powodu do specjalnego rozróżniania tytułów, które bez zasługi wynoszą jednych ponad drugich. Nie ulega wątpliwości, że publiczność źle się orientuje w pochodzeniu tych tytułów i że w oczach jej „doktor medycyny“ otoczony jest większą aureolą, niż zwykły lekarz. Uwzględniając ten stan rzeczy i zwyczaje panujące w Galicyi i Wielkopolsce, musimy uznać prawo każdego lekarza do używania tytułu dra medycyny, tak samo jak każdy ukończony prawnik lub filozof ma prawo do tytułu dra praw lub dra filozofii. Niedorzecznym jest panujący u nas rosyjski zwyczaj, iż tylko lekarz nazywany jest doktorem, zaś prawnik lub filozof tego tytułu nie używa.

Sądzę, że rozumowanie powyższe nie nasuwa żadnych wątpliwości i że wszyscy lekarze powinni, gdzie zajdzie potrzeba, rozpocząć używanie tytułu „dr medycyny“, aby w ten sposób stan faktyczny równości wykształ-

cenia i praw stwierdzić i przez jednakową dla wszystkich nazwę.

Łączę wyrazy wysokiego poważania
Dr med. Ant. Mikulski.

Łódź, 29. VI. 1917.

Przyp. redakcyi. Uznając w zasadzie słuszność uwag kol. Mikulskiego, nie sądzimy, ażeby „niedorzeczne zabytki pozostawione nam przez rządy rosyjskie“ dały się usunąć drogą przez Niego proponowaną. Takie retrospektywne zrównanie tytułów wszystkich posiadaczy dyplomów uniwersyteckich na modłę europejską musi się odbyć chyba na drodze prawodawczej lub na podstawie decyzji ministerium oświaty, czy władzy uniwersyteckiej. Dotychczasowi posiadacze tytułów doktorskich, zwłaszcza zdobytych w państwie rosyjskiem, gdzie robiono pod tym względem nieznane gdzieindziej trudności (na wszystkich wydziałach, prócz lekarskiego, należało po kolei uzyskiwać stopnie kandydata, magistra a w końcu doktora, składając za każdym razem egzaminy i rozprawy!), prawdopodobnie niechętnie zgodziliby się na zrównanie z tymi, którzy tych trudności nie przechodzili. W każdym razie potrzebaby było na to pewnego przymusu prawnego lub moralnego. Najlepszym środkiem byłoby wprowadzenie do przyszłego prawodawstwa polskiego i do opinii powszechnej zasady, iż o możliwości zdobywania stanowisk na urzędach państwowych i samorządowych ma decydować nie posiadanie dyplomu z takim lub innym tytułem, lecz osobista sprawność moralna, umysłowa i fizyczna, jak to zresztą bywa w krajach ucywilizowanych i demokratycznych. Tam stopnie doktorskie otrzymuje się bez szczególnych trudności, ale też nie grają one takiej roli ani w karyerze, ani w opinii ogółu, jak to było np. w Rosyi.

Wiadomości bieżące.

— Dzięki wstawiennictwu Departamentu Spraw Wewnętrznych T. R. S. została wyasygnowana suma 50 tys. marek na wysłanie na wieś w ciągu lata dzieci szkół miejskich warszawskich, przedewszystkiem dotkniętych lub zagrożonych gruźlicą. W tym celu w wydziale zdrowia publicznego została utworzona specjalna komisya.

— Dr med. Aleksander Dobrzański kończy w r. b. 60 lat pracy zawodowej. Niezwykły ten jubileusz nestora okulistów polskich, który po dziś dzień nie zaprzestał działalności lekarza-praktyka, uczciło Polskie Towarzystwo Okulistyczne przez wybór kol. Dobrzańskiego na członka honorowego.

— Wychodzące w Würzburgu pod redakcją prof. Dra L. Brauera „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberculose - Forschung“ zeszyt czerwcowy r. b. poświęcił drowi Alfredowi Sokołowskiemu z powodu jubileuszu jego 40-letniej działalności, jaki obchodzono w Warszawie jeszcze w listopadzie r. 1913. Staraniem uczniów

dra Sokołowskiego wydano wówczas numer Gazety Lekarskiej, poświęcony jubilatowi. Prace te, przetłumaczone na język niemiecki, złożyły się na całość zeszytu jubileuszowego, którego wydanie stanowi wymowne świadectwo, jak wielkiem uznaniem cieszy się jubilat nie tylko u nas, lecz i wśród obcych.

— Dr Józef Starzewski, dotychczasowy dyrektor szpitala krajowego lwowskiego, objął stanowisko dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie. (Przegl. Lek.).

— W wydziale Zdrowia publicznego Departamentu Spraw Wewnętrznych T. R. S. zostali mianowani referentami: dr Jan Adamski w sekcji higieny publicznej i dr Władysław Szenajch w sekcji higieny społecznej dzieci.

— Dowiadujemy się, iż dr St. Benedykt Kwiatkowski, po dwuletnim pobycie z powodu wojny poza Marienbadem, obecnie powrócił i praktykuje w sezonie bieżącym, jak dawniej, w Marienbadzie.

— W Krakowie zaczął wychodzić miesięcznik

p. t. „Odbudowa kraju”, jako organ Komitetu Obywatelskiego odbudowy wsi i miast. Na redaktora naczelnego został powołany dr L. W. Biegeleisen, który w zeszycie 1-ym pomieścił artykuł p. t. Odbudowa kraju a zaopatrzenie gmin wiejskich w wodę. — Adres nowego pisma: Kraków, Krowoderska 26. (Przegl. Lek.).

— Cesarz austriacki wydał następujący rozkaz dzienny:

„Wspaniałe wyniki zwalczania epidemii w czasie wojny zaoszczędziły moim armiom i moim ludom ciężkich ofiar, utrzymały zdolność wojsk do boju i przyczyniły się prawdziwie do zwycięstw na polu walki.

To zwycięstwo nad złośliwym wrogiem odnieśli lekarze przez jednolite współdziałanie, przez pracę z całych sił i jaknajwiększe poświęcenie; wielu lekarzy zginęło z epidemii wojennych, jako godni towarzysze tych walecznych lekarzy wojskowych, którzy, wykonując swój obowiązek na polu bitwy, padli śmiercią rycerską.

Wyrażam całemu stanowi lekarskiemu moje nieograniczone uznanie, przedewszystkiem także lekarzom naczelnym wojskowym i komisjom zdrowotnym, które przewidując powołały do życia wielką organizację zwalczania epidemii, obejmującą wszystkie części siły zbrojnej.

Dziękuję Wydziałom lekarskim, które mi wychowały lekarzy z tak wysokim pojęciem swego powołania i które przez umiejętne wykształcenie położyły podwaliny do błogosławionej działalności sztuki lekarskiej w tej wojnie“.

— Żywienie chorych szpitalnych w czasach obecnych było przedmiotem żywych rozpraw na posiedzeniach klinicznych szpitala D. Jezus, na sekcji szpitalnej Warsz. Tow. Lek. oraz na II-gim zjeździe higienistów polskich. Szczegółowe badania pożywności porcji szpitalnych, dokonane przez kolegów Chełmońskiego, Puławskiego i Rzętkowskiego, wykazują, iż chorzy cierpią poprostu głód białkowy, otrzymując w swoim pożywieniu od 30 do 45 grm. białka, a ogólna pożywność dochodzi zaledwie do 1500 ciepłostek na dobę, podczas, gdy dawniej wynosiła dwa razy tyle (w r. 1900 chorzy otrzymywali minimum 101 grm. białka, 32

tłuszczu, 241 węglow. = 1811 ciepłostek — Landau, w r. 1909 — 2000 ciepłostek — Rzętkowski). W przytułkach dla starców, według Leydena, chorzy otrzymują 71 — 91 białka, 45—59 tłuszczu, 205—392 węglow. = 1871 — 2150 ciepłostek. W tym samym stosunku niedostateczne jest żywienie służby szpitalnej. Taki stan żywienia chorych będzie miał smutne następstwa, co się już uwydatnia w znacznie zwiększonej śmiertelności, w zwolnionem tempie rekonwalescencji, w mniejszej sprawności służby i t. d. Warunki aprowizacyi są bardzo trudne, orgia spekulacyi nie daje się poskromić, a jednak trzeba szukać jakiegoś wyjścia dla zaradzenia złemu. Działalność szpitalnej komisji żywnościowej jakoś ucichła i, o ile wiemy, ograniczyła się do wyjednywania nieznacznych podwyżek na żywienie chorych, podwyżek — nie mających zresztą żadnego wpływu na rzeczywiste polepszenie tegoż, wobec ciągle wzrastających cen produktów żywnościowych. Zadaniem komisji, według naszego zdania (zadaniem co prawda bardzo trudnem!), powinno być baczne śledzenie, jakie produkty dałyby się nabywać dla szpitali po cenach możliwie niskich i w jaki sposób wykorzystać je dla diety szpitalnej, ażeby jej pożywność nie spadała tak nisko.

Ważną byłoby również rzeczą badanie wartości pożywej tych produktów (mleka, masła, mąki, kartofli) a nawet oddzielnych potraw (kleiku, krupniku, zup i t. d.), co powinno się wykonywać w pracowniach szpitalnych lub, gdzie ich niema, w pracowni miejskiej. Nawet sztuka kucharska powinna tu przyjść z pomocą, ażeby i z gorszych obecnie materiałów wydestawać *maximum* pożywności i smaku, co się zresztą praktykuje w kuchni prywatnej. Niezależnie od tego wszystkiego dla ulżenia budżetu szpitalnego należy się starać o tworzenie tanich przytułków dla chorych, nie nadających się do leczenia w szpitalach, a jednak przebywających tamże całymi miesiącami w liczbie bardzo pokażnej (25% i więcej). Zmniejszając koszt utrzymania tego balastu szpitalnego, łatwiej będzie polepszyć utrzymanie chorych, dających szanse wyzdrowienia i powrotu do pracy.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.	Str.
Stanisław Kopczyński. W sprawie umiejscowienia anatomicznego aleksyi	341	cie mlecznej chorych na dur brzuszny . . . 346
Marta Erlichówna. 2 przypadki ostrego obrzęku skóry z krwawymi wybroczynami.	344	<i>Towarzystwo Lekarskie Warszawskie</i> . Posiedzenia kliniczne d. 20 marca, 3 i 17 kwietnia 1917 r. 347
<i>Dział sprawozdawczy</i> . H. E. Zieliński. O dyc-		List otwarty do Redakcyi 350
		<i>Wiadomości bieżące</i> 35

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

Adres Redakcyi: Żórawia 22. — Adres Administracyi: Marszałkowska 73.
Administracja otwarta w dni powszednie od 10¹/₂ do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.
Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu

WARUNKI PRÉNUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17.50, półrocznie M. 8.75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M 1.25 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

1. **Farmakologia**, przekład dzieła profesorów *Nothnagel'a i Rosenbach'a* Cena m. 15.
2. **Choroby serca**, przez *Oskara Widmana*. Dzieło oryginalne, opatrzone licznymi drzeworytami w tekście. Cena m. 7.50.
3. **Księga Pamiątkowa**, wspólnemi siłami spisana, najzacniejszemu Mistrzowi Profesorowi Doktorowi Medycyny Henrykowi Hoyerowi, dwudziestopięcioletnią rocznicę mozołnej, a użytecznej pracy obchodzącemu, w ofierze złożona przez wdzięcznych uczniów i przyjaciół Jego, współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Warszawa 1884 r. (wyczerpane).
4. **Psychiatria**, przez D-ra *Rothego*. Dzieło oryginalne. Cena m. 4.50.
5. **Grzybki chorobotwórcze**, napisał D-r *Maryan Jakowski*. Dzieło oryginalne z 7 tablicami litografowanymi i 11 drzeworytami (wyczerpane).
6. **Terapia ogólna**, ze szczególnem uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Odczyty prof. *E. A. Hoffman'a* (wyczerp.).
7. **Nauka o chorobach narządów trawienia**, przez D-ra *Mikołaja Rajchmana*. Cena m. 2.50.
8. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**. Dzieło oryginalne przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie (wyczerp.).
9. **Dyagnostyka chirurgiczna**. Dzieło oryginalne przez *Romana Jasińskiego*. Cena m. 7.50. Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej cena m. 3.75.
10. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**, przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie i „**Choroby górnego odcinka dróg oddechowych**“ przez D-ra *Alfreda Sokołowskiego* ordynatora szpitala Sw. Ducha w Warszawie. Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście, ponownie przez autorów opracowane. Cena m. 13.75. Dla prenumeratorów Gaz. Lek. cena niższa na m. 6.25.
11. **Histerya** — *Gilles de la Tourette* — w opracowaniu *A. Puławskiego*. Cena m. 6.75.
12. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych** *Wł. Biegańskiego*. Tom pierwszy. Cena m. 10. Tom drugi. Cena m. 11.25 Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej cena dwóch tomów m. 12.50.
13. **Wykład chorób dróg oddechowych** przez D-ra *A. Sokołowskiego*.
I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysunkami w tekście). Cena m. 6.
II. **Choroby płuc**. Cena m. 7.50.
III. Cz. 1. **Choroby opłucnej i śródpiersia**. Cz. 2. **Suchoty płucne**. Cena m. 12.50.
14. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna** przez D-ra *Zdz. Dmochowskiego*, prosektora Uniwers. Warsz.
Cz. I. **Klatka piersiowa**. Cena m. 7.50, na papierze kredowanym m. 10.
15. **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów** — *G. Vogel'a* w tłumaczeniu polskim *Zweigbauma i Popiela*, z 214 rysunkami w tekście. Cena m. 10.
16. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani** przez D-ra *T. Herynga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena m. 10.
17. **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** przez D-ra med. *H. Nusbauma*, z rysunkami w tekście. Cena 6.25.
18. **Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych**. Przekład odczytu prof. *A. Dieudonné'go*. Cena m. 1.50.
19. **W sprawie organizacji ogólnej Uniwersytetu, a Wydziału Lekarskiego w szczególności** przez *Józefa Brudzińskiego*. Cena m. 2.
20. **Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych** przez prof. *Edwarda Lotha*.
I. **Krtani** (z 3 rysunkami w tekście). Cena m. 1.
II. **Trzewa klatki piersiowej** (z 14 rysunkami w tekście). Cena m. 2.
21. **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem** przez *Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego*. Cena m. 2.
22. **Zimnica i komary malaryczne u nas** przez *Tadeusza Korzona*. Cena m. 2.25.

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 mózgowordzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąlikowe. Nosaczna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

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

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. • Marszałkowska № 73.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

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

Cena m. 13.75, z przesyłką m. 15.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cenaniżona na **m. 6.25, z przesyłką m. 7.50.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.