

N^o 23.

Warszawa d. 8 Czerwca 1918.

Rok LII.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru N^o 2740.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

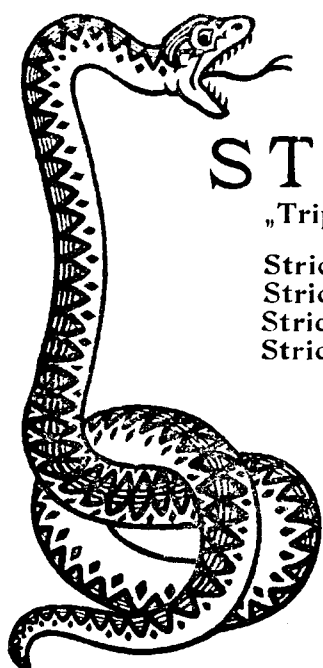
Dr Reichsteinordynuje od 1 maja w **CIECHOCINKU**
Villa „ADAMA”.**Ciechocinek. Dr W. BIESIEKIERSKI**willa „HOME”
Choroby chirurgiczne i wewnętrzne.
Mechano-elektroterapia.**Dr FILIPKIEWICZ**ordynuje przez cały rok w **Cieplicach Trenczyńskich** (Węgry) i udziela wszelkich wyjaśnień.

ŚWIDER

Letnisko ELWIRÓW

Są do wynajęcia mieszkania familijne i oddzielne pokoje, na żądanie z całodziennem utrzymaniem.
Park 12-morgowy nad rzeką.

Wiadomość na miejscu, albo Marszałkowska 73 m. 2 od 5 do 6 po poł.



INIEKCJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III” Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

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

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

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

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

i wiele innych.

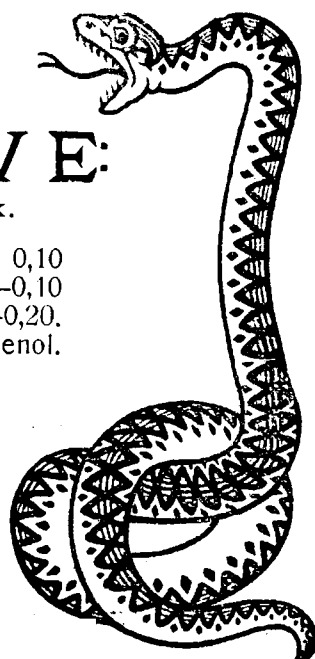
POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Salosant Spiess

(PILULAE SANTALO-SALOLI)

Środek przeciwrzęzące, nie wywołujący przykrych objawów w działaniu, przyjemny w użyciu.

Pudełko zawiera 60 pigułek drażowanych czekoladą.

Użycie: 3 -- 4 razy dziennie po 3 pigułki.

Cystosan Spiess

(SPECIES DIURETICAE)

Skład: Folia Uvae Ursi, Rad. Ononidis, Lignum Sassafras, Herba Herniariae, Fruct. Petroselini, Folia Menthae pip., Fruct. Cubebae.

Pojemność pudełka około 50 g.

Użycie: łyżkę na szklankę gorącej wody 2 — 3 razy dziennie.

Żądać prospektów.

SILV-OZON „MOTOR“

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

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

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylli Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

Wydawnictwo Kasy pomocy naukowej im. J. Mianowskiego.

Dr Med. KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI.

Odbudowa kraju a szpitalnictwo

Zarys programu rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego.

Cena 6 marek polskich.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO w Warszawie.

Od r. 1900 wprowadzony środek zastępujący balsam peruwiański

PERUOL

cieszy się wciąż wzrastającym powodzeniem.

Bezbarwny!

Szybkie działanie!

Bezwonny!

Próby i literatura na żądanie.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36.



Więź Lekarska

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 8 czerwca 1918 r.

Ogólnego zbloru № 2740.

ZE SZPITALA IM. KAROLA I MARYI W WARSZAWIE. Z ODDZIAŁU DRA WŁADYSŁAWA SZENAJCHA.

O ponownem występowaniu zlepników we krwi ¹⁾.

Podał

Karol Jonscher.

W pierwszym czasie po zastosowaniu własności aglutynacyjnej surowicy do celów rozpoznawczych uznawano ogólnie, że dodatni wynik tego odczynu przemawia z bezwzględną pewnością za to, że bakterie, zlepię przez daną surowicę, są przyczyną choroby u tego osobnika. U chorego, którego surowica zlepiła prątki duru nawet w nieznacznym rozcieńczeniu, rozpoznawano dur brzuszny; przekonanie o swoistości tego odczynu było tak silne, że jego wynik decydował często o rozpoznaniu nawet w razach wyraźnego przeciwstawienia się objawom klinicznym.

Wkrótce jednak przekonano się, że znaczenie rozpoznawcze odczynu Widala musi być nieco ograniczone; stwierdzono bowiem, że zlepniki tyfusowe zjawiać się mogą w surowicy również pod wpływem zakażenia ustroju innymi zarazkami, zwłaszcza prątkami gruźlicy. Odpowiednie dane własne oraz zebrane z piśmiennictwa przytoczyłem już w pracy „O aglutynacji zarazków duru w gruźlicy“ ²⁾, nie będę ich więc tutaj powtarzał. Dodam tylko, że niedawno Karwacki ³⁾ stwierdził, że w okresie przedwysypkowym duru plamistego 22% surowic aglutynuje wogóle prątki duru brzu-

sznego, a 12% w rozcieńczeniu 1 : 50 i wyżej. Podkreśla to też Szokalski (Gaz. Lek. 1917, № 50).

Czasami nawet surowica wykazuje te własności bez jakiegokolwiek zetknięcia się z zarazkami wogóle (przynajmniej w chwili badania). Lüdke ¹⁾ otrzymał w 6 przypadkach błednicy na 11 badanych aglutynację prątków duru brzuszego w rozcieńczeniu 1 : 60. Stuber ²⁾ stwierdzał dodatni odczyn Widala w rozcieńczeniu 1 : 320 u chorych nerwowych, którzy nie przechodzili duru brzuszego; uzależnia on to od nadzwyczaj pobudliwego układu krwionośnego.

Istnieje jeszcze jedna okoliczność, ograniczająca rozpoznawcze znaczenie odczynu Widala; jest nią zachowywanie przez surowicę własności aglutynacyjnych w ciągu dłuższego czasu po przebytej chorobie—stwierdzano wielokrotnie wyniki dodatnie nawet po kilkunastu latach.

Wiedzano o tem dawno, ale przy ocenianiu wartości odczynu Widala zapominano o tem zwykle, prawdopodobnie dlatego, że sposobność ku temu nadarzała się stosunkowo rzadko; nieczęsto należało wykonać odczyn aglutynacyjny u chorych, którzy przechodzili dawniej dur brzuszny.

¹⁾ Podług odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Polskiego Tow. Pediatrycznego dn. 27. III. 1918.

²⁾ Gaz. Lek. 1915, № 32—35.

³⁾ Gaz. Lek. 1917, № 41.

¹⁾ D. Arch. f. klin. Med. 1904, № 81.

²⁾ M. m. W. 1915, № 35.

Zmiana zupełna nastąpiła natomiast z chwilą, gdy dzięki przymusowemu szczepieniu duru brzuszego w wojsku liczba ustrojów ludzkich, które zetknęły się z tymi zarazkami, zwiększyła się od razu znacznie. Przekonano się, że w takich warunkach dodatni wynik odczynu aglutynacyjnego względem prątków duru nie posiada żadnego znaczenia klinicznego (Reiss ¹⁾ i inni); mniejszość przyznawała temu odczynowi jeszcze pewne znaczenie, ale tylko z dużymi zastrzeżeniami, jak np. wysokie miano (Herxheimer ²⁾). Własność ta surowicy odgrywa jednak i u nas pewną rolę, pomimo niestosowania szczepień na większą skalę, a to z powodu znacznego rozpowszechnienia duru brzuszego, zwłaszcza w ostatnim czasie. Być może, że zachowanie własności aglutynacyjnej surowicy po dawniej przebyłym durze ma większe znaczenie w klinice dziecięcej, niż w wewnętrznej; u dzieci dur brzuszny przebiega często łagodnie, nietypowo, trudniej go też stwierdzić w wywiadach: wskutek tego również zacierają się różnice pomiędzy durem a innymi postaciami chorobnymi—zmuszeni też jesteśmy tutaj częściej, niż u dorosłych, odwoływać się w celach dyagnostycznych do tego środka pomocniczego, jakim jest odczyn Widala.

Trudności i błędy rozpoznawcze, jakie w takich razach wyniknąć mogą, wykazuje najlepiej przypadek następujący:

Władzia K., l. 6, choruje od 2 tygodni, w łóżku od 10 dni; ból głowy, gorączka, wymioty. Stan ciężki; sinica, dreszcze; ciepota 39°; kończyny chłodne. Brzuch wzdęty, przytłumienie w prawym dole biodrowym, brak natomiast wyraźnej bolesności przy ucisku. Poza to żadnych zmian obiektywnych w pozostałych narządach nie stwierdzono; śledziona niemacalna.

Pierwszą myślą, jaka się tutaj nasuwała, było, naturalnie, zapalenie wyrostka robaczkowego; na naradzie jednak rozpoznania tego nie ustalono. Natomiast ze względu na wywiady i stan ogólny chorej nasunęła się myśl duru brzuszego z wtórnymi objawami ze strony otrzewnej. Odczyn Widala z zawiesiną prątków duru dał wynik dodatni w rozcieńczeniu 1 : 60; przemawiało to poniekąd za słusznością powyższego przypuszczenia.

W dalszym przebiegu stan stale ciężki, ciepota 39—40°; stolce wolne; objawy ze strony jamy brzusznej wzmagają się: wyraźna bolesność, wzdęcie, zwłaszcza powyżej pępka; w prawym dole biodrowym, jak wyżej; odbijanie się, brak wymiotów.

Wszelka niepewność i trudności rozpoznawcze zostały zupełnie usunięte przez wynik odczynu Widala, wykonanego powtórnie po 8 dniach —

surowica chorej zlepiła prątki duru w rozcieńczeniu 1 : 1050.

Wobec tego wyraźnego wzmożenia się miana aglutynacyjnego surowicy rozpoznano w tym przypadku: *Typhus abdominalis; peritonitis e perforatione*. Wynik posiewu krwi z serca w 2 godziny po zejściu śmiertelnym potwierdził również to rozpoznanie — otrzymano czystą hodowlę prątków Ebertha.

Tymczasem na sekcji stwierdzono, że ropne zapalenie otrzewnej było skutkiem przedziurawienia wyrostka robaczkowego; poza to w jelitach nie stwierdzono żadnych owrzodzeń; pigmentacja blaszek Payera wskazywała niedawno przebyty dur brzuszny.

Widzimy więc w tym przypadku znaczne nasilenie zdolności aglutynacyjnej, które wystąpiło w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego u chorej, która niedawno musiała przechodzić dur brzuszny.

Wobec dużego znaczenia zarówno teoretycznego, jak i praktycznego, jakie posiada niewątpliwie to zachowanie się surowicy w przypadku powyższym, należało się upewnić, czy da się ono uogólnić, czy jest zjawiskiem, stałym, wreszcie, czy występuje również wtedy, gdy od przebycia duru brzuszego upłynęło lat kilka lub kilkanaście.

Materiał taki zbieram już od początku 1915 roku (z przerwami)—przypadki te potrzebne mi były w opracowywaniu „aglutynacji prątków duru w gruźlicy“.

Zebranie większej liczby przypadków napotyka tutaj na pewne trudności; to też dla powiększenia materiału dołączam również obserwacje, w których chorzy przechodzili dawniej biegunkę krwawą i dur plamisty; w tych razach badałem zachowanie się zlepników względem prątków Shiga-Kruse, Flexnera oraz odmienia (*bac. proteus*—X19).

Z zestawienia tego widać, że ujemny wynik odczynu Widala u chorych, którzy przechodzili dawniej dur brzuszny, otrzymywaliśmy tylko w niewielu przypadkach—odsetek wyników dodatnich jest znacznie większy, niż w zestawieniach podobnych z piśmiennictwa. Kruse ⁴⁾ np., na 71 badanych surowic spostrzegł aglutynację tylko w 36 przypadkach.

Musimy też ustalić przyczynę tej znacznej różnicy; możemy to skutecznie tylko przez ustalenie tych warunków, które wpływają na ten skład surowicy, t. j. na obecność w niej lub brak zlepników swoistych po przednio przebytej chorobie zakaźnej.

¹⁾ M. m. W. 1915, № 38.

²⁾ M. m. W. 1916, № 35 i 36.

⁴⁾ Ctbl. f. Bakt. 1904 — 36.

T A B L I C A I.

№	Imię i Wiek	Rozpozn.	Tyfus brzu- szny przed	Data badania	WYNIK AGLUTYNACYI z			U W A G I
					bac. typhi	bac. para typhi B.		
1	Kazio N. lat 10	Sanus	2 tygodn.	10 XI. 16 XI.	+ 1 : 110 + 1 : 110			
2	Bronisław D. l. 7	Laryngitis diphtheritica	niedawno	26 X. 3 XI. 9 XI.	+ 1 : 550 + 1 : 110 + 1 : 210			Objawy błonicy wystąpi- ły w okresie zdrowienia po durze brzuszynym.
3	Piotr K. l. 10	Abscessus cruris	2 mies.		+ 1 : 110			Bez gorączki.
4	Nacia G.	Paraproctit.	5 mies.	27 I.	+ 1 : 1050			25 I. t° 39,4; 27 I. — 37,0
5	Todzia W. l. 11	Angina cat.	½ roku	12 III. 18 III.	+ 1 : 210 ujemny			Ciepłota powróciła do normy dn. 13 III.
6	Ludwik G.	Meningitis tbc.	1 rokiem	3. II.	ujemny			Zejsście śmiertelne dn. 4. II.
7	Stefek P. l. 12	Osteomyel. tibiae chron.	2 laty		+ 1 : 210			Ciepłota stale około 38°.
8	Henio S. l. 7	Sanus	2 laty		ujemny			
9	Maryan O. l. 10	Colitis	4 laty		+ 1 : 110			
10	Maryanna K. l. 9	Chorea min. vitium cordis	6 laty		+ 1 : 210			T° 36,9 — 37,6. Leczenie: salicylan sodu.
11	Władzio D. l. 13	Diathesis haemorrhag.	7 laty	22 X. 30 X. 10 XI. 11 XI.	+ 1 : 40 + 1 : 60 ujemny + 1 : 40 + 1 : 60			Bez temperatury. Od 20. X. — 22. X. wy- broczyny. 5. XI. świeże wybrocz.
12	Irena Sz. l. 17	Ankylosis coxae	13 laty		+ 1 : 60			
13	Władzio Z. l. 7	Tuberculum solitare ce- rebelli	?		+ 1 : 210			T° stale około 38°.
14	T. W.	Scarlatina Nephritis	?	7 I. 12 I.	+ 1 : 210 + 1 : 1050			Na sekcji ślady po da- wniej przeżytym durze brzuszynym.
15	Piotr K. l. 5	Angina di- phtheritica	1½ mies.	12 X. 20 X.	+ 1 : 210 + 1 : 60	+ 1 : 210 + 1 : 110		11. X. 5 flakonów suro- wicy przeciwbłonicyj.
16	Henryk D. l. 10	Typhus ab- dominalis	Typhus e- xanth. przed rokiem	12. IX. 26. X.	+ 1 : 210 + 1 : 210	+ 1 : 1050 + 1 : 1050	Parat. B. + 1 : 210 + 1 : 210	VIII tydzień choroby. Okres obniżania się t°.
17	Miecio P. l. 10	Diphtheria nasi	4 mies.	8 XI. 9 XI. 12 XI. 17 XI.	+ 1 : 60 + 1 : 110 + 1 : 60 + 1 : 60	ujemny + 1 : 60 ujemny + 1 : 43		3 flakony surowicy. T = 37,3 — 38,1. 13. XI. — 15. XI. choro- ba posurowicza; t° do 40°; 17. XI. bez gorączki.
18	Zosia S. l. 6	Typhus ab- dominalis	Dysenteria przed 3 mies.	22 X. 30 X. 7 XI.	+ 1 : 210 + 1 : 60 + 1 : 60	+ 1 : 210 ujemny + 1 : 60	+ 1 : 210 ujemny + 1 : 110	Koniec III tyg.; temp. normalna od 2 dni. Ciepłota normalna 1. XI. — 6. XI. lekki nawrót (38,5); 7. X i XI norma. 25. XI. zejsście śmier- telne.
19	Ignacy T. l. 9	Meningitis tbc.	3 mies.	19 XI. 24 XI.	+ 1 : 110 + 1 : 110	+ 1 : 60 + 1 : 60	+ 1 : 43 ujemny	
20	Polcia R. l. 11	Typhus ab- dominalis	3 mies.	24 X. 2. XI. 9. XI. 16 XI. 23 XI. 28 XI. 3 XII.	+ 1 : 550 + 1 : 110 + 1 : 210 + 1 : 550 + 1 : 110 + 1 : 110 + 1 : 110	+ 1 : 110 + 1 : 60 + 1 : 43 + 1 : 60 + 1 : 43 + 1 : 1050 + 1 : 1050	+ 1 : 210 + 1 : 550 + 1 : 1050 + 1 : 1050 + 1 : 1050 + 1 : 1050	

Omawiając te dane z piśmiennictwa, należy ściśle odróżniać poglądy klinicystów od zapatrywań ba-

daczy doświadczalnych, gdyż różnią się one znacznie.

(Dok. n.)

Z ODDZIAŁU D-RA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA W WARSZAWIE.

ROZSZCZĘPIENIE TĘTNICY GŁÓWNEJ. (*ANEURYSMA DISSECANS AORTAE*).

Podał

Stefan Szymański,
asystent oddziału.

Chory W. Z., l. 49, pracownik w zakładzie dezynfekcyjnym przy ul. Spokojnej, przybył na oddział 4.X. z powodu bólu i kłucia w piersiach i duszności, trwających od 2 tygodni. Poprzednio żadnych chorób nie przeżywał, czuł się zawsze zdrowym i był zdolny do ciężkiej pracy.

Stan ogólny. T. = 38,3°. Wzrost średni, budowa i odżywianie niezłe. Skóra i spojówki blade, z odcieniem żółtawym. Chory oddycha z trudnością. Objaw Olivera (tętnienie *a. a. carotidum* po odchyleniu głowy ku tyłowi). Granice serca prawidłowe. Tętno mocne; II-gi ton na mostku zaakcentowany; wyraźny szmer rozkurczowy. P. = 80, równy, średnio napięty.

Badanie ciśnienia zapomocą oscylometru Pachona wykazało 7 min. — 12 max.

W płucach objawy niezły oskrzelowego przewlekłego.

Jama brzuszna—bez zmian wyraźnych.

Badanie moczu: białka niema; w osadzie nieznaczne moczniki.

5.X. T. = 38,2°.

6 i 7. Chory nie gorączkuje.

8. Bóle klatki piersiowej i duszność.

10. Na aorcie szmer skurczowy i rozkurczowy wyraźniejszy.

12. W okolicy aorty lekki szmer, jakby tarcia, jednoczesny ze skurczem serca; stan ogólny chorego niezły.

13. Na aorcie słyszeć rodzaj jakby tarcia; pozatem objawy dawne.

13.X. o g. 2 po południu chory zmarł nagle.

Rozpoznano za życia *Aneurysma aortae ascendentis*.

Badanie pośmiertne, wykonane przez prof. Przewoskiego, dało wyniki następujące:

Worek osierdzia wypełniony masą czarnych skrzepów.

Aorta: nad zastawkami półksiężycowatymi 12 cm., w łuku—9 cm.; aorta zstępująca także 9 cm.; szerokość aorty na połowie wysokości, pomiędzy zastawkami półksiężycowatymi a największą wypukłością łuku—14 cm. Zastawki aorty sznurkowato zgrubiałe na wolnym brzegu, jakkolwiek zgrubienie to nie jest zbyt wielkie. Poczynając od zastawek, aorta rozszerza się bańkowato do samego łuku. Na miejscu największego rozszerzenia ściana aorty jest wyraźnie zcieńczała. Nad zastawkami półksiężycowatymi błona wewnętrzna i środkowa

aorty są przerwane. Poprzeczne to pęknięcie prawie okręźnie obejmuje światło. Przestrzeń pomiędzy brzegami pęknięcia okrężnego na ścianie tylnej wynosi nie więcej, niż 1 cm. Brzeg pękniętej błony wewnętrznej jest wszędzie zupełnie równy, gładki. Błona zewnętrzna (*adventitia*) odluszczone na znacznej przestrzeni, a na dnie worka, wytworzonego pomiędzy bł. wewnętrzną i środkową a zewnętrzną, znajduje się pęknięcie bł. zewnętrznej nad uszkiem prawym, wielkości pióra kurzego, prowadzące do jamy osierdzia; przez szczelinę tę nastąpił wylew krwi do jamy osierdzia. Na całej przestrzeni bł. wewnętrzna jest dosyć gładka i tylko miejscami przedstawia nieznaczne zgrubienia skutkiem arteriosklerozy.

Badanie mikroskopowe wykazało wszędzie na ścianie tętniaka bańkowatego zmiany zanikowe w ścianie aorty z popękaniem włókien sprężystych w b. wielu miejscach. W brzegach pęknięcia nigdzie nie znaleziono zmian szczególnych.

Rozpoznanie anatomopatologiczne brzmiało: *Endocarditis fibrosa. Insufficiencia et stenosis aortae. Aneurysma diffusum aortae ascendentis. Aneurysma dissecans aortae.*

Jak widać więc z badania pośmiertnego, mieliśmy w tym wypadku do czynienia z nader rzadkim przypadkiem rozszczepienia aorty. Rozszczepianie się takie powstaje stopniowo w ciągu dni a nawet tygodni. Dowodziłoby tego w naszym przypadku owo charakterystyczne tarcie w punkcie osłuchwania aorty, jednoczesne ze skurczem serca, słyszalne na parę dni przed śmiercią. Z tarcia tego za życia chorego nie mogliśmy zdać sobie sprawy; prawdopodobnie strumień krwi, odluszczaający bł. wewnętrzną od zewnętrznej i wpadający przy każdym skurczu do tworzącego się w ten sposób worka, wywoływał owo tarcie w chwili rozszczepiania warstw aorty. Przyczyną takiego rozszczepienia może być jakiekolwiek miejsce mniej odporne ściany aorty, np. blaszka arteriosklerotyczna, wrzodzik, u-

szkodzenie aorty wskutek urazu i t. p. Co do wielkości rozszczepienia, to opisane są przypadki (E. Bostroem ¹⁾), w których rozszczepienie (stare) dochodziło aż do tętnicy podkołanowej. Co do zejścia, to nie zawsze bywa ono śmiertelne, mianowicie w tych przypadkach, w których worek otwiera się nie do jamy osierdzia, lecz do właściwego światła aorty.

Szczegółowe zestawienie 177 przypadków rozszczepienia aorty podał wspomniany już wyżej E. Bostroem ²⁾ w większej pracy p. t. „*Das geheilte aneurysma dissecans*“. Z liczby 177 w 146 przypadkach nastąpiła nagła śmierć z powodu pęknięcia worka tętniaka i wylewu krwi do części otaczających, z nich w 90 przypadkach do worka osierdzia (rozszczepienie aorty wstępującej). Takie rozszczepienie ściany worka aneurysmatycznego aorty i pęknięcie do osierdzia (co miało miejsce w naszym przypadku), według Leydena i Jurgensa, należy do nadzwyczajnych rzadkości. Browicz przychylił się do tego zdania. Według Bostroema zaś, nie są to tak dalece rzadkie przypadki. Posner podaje 2 typy rozszczepienia ściany aorty: a) najczęstsze—rozszczepienie podłużne aorty wstępującej i b) znacznie radsze—okrężne. Oba powodują śmierć wskutek pęknięcia i wylewu krwi do osierdzia, z tą różnicą, że pierwsze występuje zazwyczaj nagle, drugie zaś może trwać tygodnie całe, jak to miało prawdopodobnie miejsce w na-

szym przypadku. Przyczynę tej różnicy Bostroem upatruje w umiejscowieniu pierwotnego pęknięcia bł. wewnętrznej bliżej lub dalej od nasady aorty, gdyż gra tu rolę siła ciśnienia krwi bliżej lub dalej od serca. Ważną też rolę gra i głębokość pierwotnego pęknięcia i dlatego rozróżniamy: 1) odluszczenie bł. wewnętrznej i środkowej od zewnętrznej, 2) odluszczenie bł. wewnętrznej od środkowej i i zewnętrznej lub też 3) odluszczenie warstw błony zewnętrznej.

Najczęściej rozszczepieniu podlegają warstwy błony środkowej. Pogląd ten wyraził już Rokitański ¹⁾, a później, na podstawie słynnych doświadczeń na materiale sekcyjnym, Peacock ²⁾ i Goddard ³⁾. Mechanizm samowyleczenia (na podstawie badań u zmarłych później na inne choroby) polega na powstaniu otworu na przeciwległym końcu worka do właściwego światła aorty. Bostroem zestawiał 18 takich przypadków; z nich

między 36—40 rokiem — 8 t. j. 44,5%

„ 50—67 „ — 9 „ 50%

po 70 latach — 1 „ 5,5%

w tej liczbie kobiet 50% i mężczyzn 50%.

Za miły obowiązek uważam na tem miejscu złożenie podziękowania szefowi swemu, d-rowsi A. Sokołowskiemu, za cenne wskazówki w opracowaniu niniejszego przypadku i prof. Przewoskiemu za pomoc w wykonaniu i badaniu preparatów drobnowidowych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

5. K. Rzętkowski. Wytwórczość spożywcza Królestwa Polskiego w stosunku do potrzeb jego ludności. Odbitka z Ekonomisty. 1918. Komunikat na posiedzeniu Wydziału III W. Tow. Naukowego dn. 17. I. 1918. str. 20.

Widok nieznanych u nas dotychczas objawów głodu powszechnego pobudził autora do zastanowienia się, czy wytwórczość produktów spożywczych w kraju naszym jest wystarczająca dla ludności, która go zamieszkuje, czy też przeciwnie ludność ta nie może się obyć bez dowozu z zewnątrz.

W literaturze naszej problem ten nie był jeszcze poruszany z punktu widzenia fizjologicznego. Praca autora jest właśnie próbą w tym kierunku. Metodyka autora naogół polega na tem, że sumuje wytwórczość ryczałtową produktów spożywczych u nas i dzieli przez liczbę ludności,

kraj nasz zamieszkującej (1913). W ten sposób otrzymuje ilość białka, tłuszczów i węglowodanów, przypadającą na jednego przeciętnego mieszkańca Królestwa Polskiego. Następnie zestawia tę cyfrę z wyprowadzoną w odpowiedni sposób przeciętną normą pożywienia na jedną osobę i dochodzi do pewnych wniosków.

Autor słusznie zastrzega się, iż w pierwszej części jego pracy rachunki mogą być tylko przybliżone zwłaszcza w stosunkach naszych, gdzie niesłychanie trudno o źródła ścisłe i materiał wiarogodny. Pomimo uzbrojenia się w krytykę, nie możemy uważać wniosków opartych na takim materiale, za bezwzględnie ścisłe, ale na to rady niema.

Dane statystyczne autor czerpie ze „Statystyki Polski“ A. Krzyżanowskiego i K. Kumanieckiego (1915) oraz z Ro-

¹⁾ Virchows Archiv. Bd. 73.

²⁾ Tbc. Edinburgh medical and surgical Journal. Vol. 60.

³⁾ American Journal of Medical science. XXIII

¹⁾ Archiv für Klinische Medizin. T. 42.

²⁾ Tamże.

cznika statystycznego Królestwa Polskiego, gdzie rok 1914 opracowany został pod kierunkiem Wł. Grabskiego. Dla przykładu podajemy sposób obliczania pożywności wyprodukowanych u nas ziemniaków. Całkowity plon ziemniaków w Król. Pol. w r. 1913 przyniósł 637.561.800 pudów. Na potrzeby gorzelniane zużyto 23.010.900 pudów. Przypuszczając, że połowa całej pozostałej ilości ziemniaków została zużyta na pokarm dla zwierząt, sadzenie i t. d., pozostanie do rozporządzenia na pokarm dla ludzi w kilogramach 5.121.257.400 ziemniaków. Przyjmując, iż zawartość substancji pożywnych w ziemniakach wynosi białka 1,5%, tłuszczu 1,1%, wodanów węgla 20%, otrzymamy z całej ilości ziemniaków, zużytych na pokarm dla ludzi białka 76.818.854 klgm., tłuszczu 5.121.257, wodanów węgla — 1.024.251.480.

W ten sam sposób autor oblicza pożywność żyta (mąki żytniej), pszenicy, jęczmienia i grochu. Zestawiając powyższe cyfry i dzieląc je przez ludność Królestwa Polskiego (12.776.000) oraz przypuszczając, iż każdy z mieszkańców Królestwa Polskiego w równej części weźmie udział w podziale pokarmów powyższych, otrzymamy na głowę i dobę białka 39,09 grm., tłuszczu 3,3 i wodanów węgla 402,0. Tu autor robi pewne zastrzeżenia. Wobec tego, że z liczby mieszkańców Król. Polskiego $\frac{1}{4}$ przypada na dzieci do lat 9 okaże się, że ta część spożywać będzie mniej, a pozostałe $\frac{3}{4}$ — więcej. Prócz tego do wyżej wymienionych produktów należy dodać jeszcze tatarkę, której w r. 1913 wyprodukowano 74.550.000 klgrm. To jednak podniesie wyżej otrzymane liczby zaledwie o 5 grm. wodanów węgla. Tem mniej należy się spodziewać od owsa (kasza owsiana), prosa (kasza jagłana), wobec małego spożycia tych produktów. Również nisko należy oceniać spożycie jarzyn (kapusta, marchew, brukiew, ogórki), to samo dotyczy owoców. Nie można zresztą znaleźć żadnych danych, dotyczących produkcji tych materiałów pożywczych.

W drugiej części swej pracy autor ustalić pragnie pewną miarę spożycia przez jednego mieszkańca. Pomijając różnice wieku, rasy, stanu zdrowia, autor przyjmuje za podstawę wagę przeciętnego mieszkańca Królestwa Polskiego, mianowicie 50 klg., którą przyjął prof. Rosenfeld za przeciętną wagę ludności niemieckiej, chociaż wagę tę R. uważa dla ludności naszej za wysoką.

Ustalając potrzeby ciepłotkowe ustroju średnio na 40 kalorii na 1 klg. wagi, otrzymujemy zapotrzebowanie dobowe na 2000 ciepłotek.

Dla oznaczenia ilości białka, potrzebnej dla jednego mieszkańca Królestwa Polskiego, R. wybrał drogę kompromisu między wymaganiami klasyków fizjologii odżywiania (Voita, Rubnera) i danemi, stwierdzonemi przez naszych autorów (Biernackiego, Kozłowskiego, Peltyna, Puławskiego, Rzętkowskie-

go), uważając, iż będziemy najbliżsi prawdy, ustalając dla „przeciętnego“ mieszkańca naszego kraju wagi 50 klgm. spożycie (w granicach 2000 ciepłotek) na 15% białka = 62,5 grm. = 300 ciepłotek, tłuszczu 15% = 32,2 grm. = 300 ciepłotek i węglowodanów 70% = 350 grm. = 1400 ciepł. Zestawiając te cyfry z otrzymanymi poprzednio, widzimy, że ziemnioplody pokrywają w zupełności potrzeby „przeciętnego“ mieszkańca Królestwa Polskiego, ale pozostaje dość duży deficyt w białku (—22,5 grm.) i tłuszczach (—28,9 grm.). Deficyt ten musi być pokryty przez spożycie pokarmów, o których będzie mowa dalej.

W rozdziale 3-im R. rozważa produkcję mleka, mięsa i jaj. Co do mleka, autor stwierdza fakt, iż Królestwo w czasie przedwojennym produkowało tyle mleka, iż mogło sobie pozwolić na pewien eksport, to samo można stwierdzić co do masła, którego przywóz z Cesarstwa zdradzał, według Żukowskiego, tendencję ku spadkowi. Co się tyczy jaj, to Król. Pol. jest w Europie jednym z najważniejszych producentów jaj. Według Żukowskiego, Królestwo wywozi rocznie zagranicę 700 tys. pudów jaj i około 10 tys. pudów do Cesarstwa, t. j. że otrzymuje na czysto za jaja około 3 milionów rubli, t. j. nieomal 2 razy tyle, co za pszenicę.

Skierowanie całej tej olbrzymiej ilości bardzo cennego materiału odżywczego, jakim są jaja, tylko na potrzeby spożywców własnych musiałoby poważnie wpłynąć na ilość białka i tłuszczu, spożywanego u nas.

Interesujące są dane dotyczące produkcji mięsa. Co do mięsa wieprzowego, to autor spotkał niczem nie wytłomaczone, według niego, „błędy“ statystyczne. Mianowicie, statystyka Krzyżanowskiego i Kumanieckiego podaje, iż na 1000 mieszkańców w r. 1911 przypadało tylko 48 świń, podczas gdy w latach poprzednich, np. 1900 przypadało 149,1, w 1890—181,5, podczas gdy w sąsiednich krajach polskich (Galicyi, W. Ks. Poznańskiem i t. d.) hodowla nierogaczyny znacznie wzrosła. To się nie zgadza ze zdaniem Żukowskiego, że świny są wywożone z kraju w znacznych ilościach. R. przyjmuje więc dane co do liczby świń na 1000 mieszkańców w roku 1913 takie, jakie posiadamy z r. 1900, t. j. 149,1. Przyjmując, iż na rzeź idzie tylko 75% i że świnią waży przeciętnie 250—300 funtów (średnio 200 f.), otrzymany 637,769,750 klgm. bitej nierogaczyny. Biorąc z tego na mięso użytkowe 75%, obliczymy, że na jednego mieszkańca przypadnie 163 grm. mięsa wieprzowego, a w tem 14,5 grm. białka i 36,5 tłuszczu. Nie posiadamy danych, ile Królestwo produkuje mięsa gęsiego (używane go przez ludność żydowską zamiast wieprzowiny), a także drobiu, zwierzyny i ryb.

Cielęciny, według obliczeń autora, przypada na mieszkańca zaledwie 8,2 grm., a wołowiny 20,5 grm. Są to ilości tak małe, że w spożyciu ogólnem żadnej prawie roli grać nie mogą! Inne źródła pokarmów z dużym nadmiarem, jak zaraz zobaczymy, pokrywają potrzeby mieszkańców Królestwa Pol-

skiego, „wołowina“ zaś i „cielęcina“ stanowią ten nadmiar, bez którego, zdaniem autora, moglibyśmy się doskonale obejść. A jednak, Cesarstwo, według Żukowskiego, przesyła rocznie do Królestwa 60 — 70 tysięcy pudów mięsa. To świadczy, że aczkolwiek nasze potrzeby białkowe pod względem ilościowym są najzupełniej pokryte bez wołowiny i cielęciny, to jednak względy jakościowe, właściwie smakowe powodują zapotrzebowanie na mięso wołowe, importowane z Rosyi. Te potrzeby jakościowe, czy smakowe na przyszłość powinny być pokrywane wytworem własnym.

W ostatecznym wyniku swoich obliczeń R. dochodzi do wniosku, że produkcja Królestwa Polskiego każdemu „przeciętnemu“ mieszkańcowi może dostarczyć 85,5 grm. białka, 72,3 grm. tłuszczów, 449,0 grm. węglowodanów = 2878,8 ciepłostek, a że potrzeby „przeciętne“ tegoż mieszkańca wynoszą 62,5 grm. białka, 33,2 grm. tłuszczu, 380,0 grm. węglowodanów = 2000 ciepłostek, przeto na każdego „przeciętnego“ mieszkańca wypada nadmiar pożywienia, wynoszący 23,0 grm. białka, 39,1 grm. tłuszczu, 99,0 grm. węglowodanów = 878,8 ciepłostek.

W rzeczywistości przewyżka wytwórczości spożywczej nad spożyciem jest niewątpliwie większa, gdyż w obliczeniach swoich R. brał pod uwagę tylko substancje żywnościowe, dające się jako tako obliczyć ilościowo. Upośledzeni jesteśmy, wraz z całą Europą, pod względem t. zw. używek, tj. herbaty, kawy, kakao, korzeni oraz... soli kuchennej, a także drożdży, które są całkowicie importowane z Litwy (100 tys. pudów rocznie we-

ług Żukowskiego). Za dowożoną sól Królestwo musi płacić około 3 milionów rubli!

Autor na czele swej pracy umieścił, jako godło, słowa Konopnickiej: „Tu rozmnożyła ziemia cudowne swe moce, rozmnożyła gniazda i nasiona. Tu przyszała obfitość rodów i obfitość chleba“.

Słowa te zakrawają na ironię w chwilach głodu i wymierania ludności, ale badania Rzętkowskiego wykazują rzeczywiście, że Konopnicka mówiła prawdę, że ziemia „nasza ma cudowne swe moce“, a przyczyną głodu nie jest brak dowozu żywności z zewnątrz kraju.

Możnaby jeszcze dodać, że na wyjątkowo opłakane warunki żywnościowe tej części kraju, w której znajduje się Warszawa, wpływa ta okoliczność, iż w tej właśnie części znajdują się 2 największe nasze miasta—Warszawa i Łódź, i że ta część jest odcięta od drugiej połowy, daleko bogatszej pod względem produkcji materiałów spożywczych, a nie posiadającej na swym terytorium tak wielkich skupień ludności miejskiej.

Uchylamy się od wszelkiej krytyki materialów, na podstawie których R. buduje swe wnioski, gdyż to uczynił sam autor.

Wnioski te nie mogą być bezwzględnie ścisłe, ale w sprawach odżywiania, jak mówi C. Pirquet w najnowszej swej pracy¹⁾, nie może być mowy o ścisłości.

Idea pracy Rzętkowskiego i spojrzenie pod tym właśnie kątem widzenia na stosunki żywnościowe naszego kraju zasługuje na bezwzględne uznanie.

A. Puławski.

Wiadomości bieżące.

— Wydział lekarski Uniw. Jagiellońskiego powołał kol. St. Orłowskiego na docenta chorób nerwowych i umysłowych. Dnia 24 maja r. b. kol. Orłowski miał wykład habilitacyjny na temat „Związek psychologii z fizjologią; rozwój psychofizjologii“.

— Zarząd niedawno utworzonej przy Warsz. Tow. Hig. fundacji im. dra K. Chełchowskiego ogłasza konkurs na opis zagrody wiejskiej i życia jej mieszkańców pod względem higienicznym. Celem konkursu jest zdobycie jaknajwięcej danych faktycznych o stanie naszych zagród wiejskich pod względem higienicznym oraz zainteresowanie tą sprawą naszego ogółu. Dla ułatwienia opisu załącza się kwestyonaryusz, obejmujący następujące działy: 1) zagroda, 2) dom mieszkalny, 3) czystość osobista, 4) higiena żywienia, 5) przesady i zabobony szkodliwe dla zdrowia. Odpowiednie wskazówki znaleźć można w broszurce dra A. Puławskiego p. t. Jak urządzić zdrowe życie w zagrodzie wiejskiej, nagrodzonej na konkursie Warsz. Tow. Hig., a wydanej nakładem fundacji im. dra K. Chełchowskiego. Za opisy, uznane za najlepsze, wyznacza się nagrodę 1-szą—100 marek, 2-gą—50 i dwie po 25 marek. Termin nadsyłania prac oznacza się na 31 grudnia 1918 r. Prace, opatrzone odpowiedniemi godłami wraz z zapieczętowaną

kopertą, zawierającą godło pracy, nazwisko i adres autora, należy nadsyłać do Zarządu fundacji dra K. Chełchowskiego przy Tow. Hig. (Karowa 31) najlepiej przez okazyję wobec trudności komunikacji pocztowej). Nagrodę otrzymają najlepsze opisy (a więc niekoniecznie opisy najlepszych zagród). Właściciele zagród, uznanych za najlepsze pod względem higienicznym, otrzymają na pamiątkę dyplom uznania oraz komplet dziełek popularnych, traktujących o higienie.

Fundacja zastrzega sobie prawo korzystania w druku z materiałów, zawartych we wszystkich opisach (bez wymienienia miejscowości i osób). Kwestyonaryusz będzie dołączony do najbliższego numeru Zdrowia; można go również otrzymać bezpłatnie w kancelaryi Warsz. Tow. Hig., w biurze Macierzy (Krak.-Przedm. 7), lub w księgarni polskiej (Warecka 15).

— Kol. F. Groer (z Wiednia) zawiadamia nas, że z powodu niemożności znalezienia nakładcy, zaniechał rozpoczętego już przez siebie tłumaczenia Pirqueta „System der Ernährung“.

— Na mocy decyzji Zarządu miasta szpital dla zakazanych przy ul. Pokornej od d. 15 czerwca przestaje funkcjonować.

¹⁾ System der Ernährung. 1917. Streszczenie w Gaz. Lek. № 14—15 r. b.

Dr PIOTR BORSUKIEWICZ.

Wspomnienie pośmiertne.

Długi już poczet ofiar, którymi zawód nasz przypłacił walkę ze złowrogą epidemią tyfusu plamistego, powiększa świeżo śmierć doktora Piotra Borsukiewicza. Jako kolega i przyjaciel zmarłego jeszcze z ławy szkolnej, bardziej, niż ktokolwiek, jestem w stanie ocenić doniosłość straty, jaką poniosła z tą śmiercią nasza medycyna. Gdybym chciał w krótkich słowach scharakteryzować zmarłego, to musiałbym powiedzieć, że był to doskonały typ lekarza prowincjonalnego: doktor z bożej łaski, o umyśle jasnym, o sercu gorącym, rwący się do pracy i czynów społecznych.

Szkolne czasy zmarłego w gimnazjum w Chełmie — to wierna odblask „Syzyfowych prac” Żeromskiego. W atmosferze rusyfikacyjnej ośrodka „Chołmskiej Rusi” szybko dojrzał ś. p. Borsukiewicz i wyrobił się narodowo i społecznie na świadomego i gorącego szermierza polskości. Uniwersytet warszawski skończył w r. 1895. Dziwne zaiste zjawisko! Pokolenie nasze, karmione w *alma mater* surogatami nauki urzędowej, zachowało żywy głód i głębokie poszanowanie dla nauki. Zawdzięczamy to nielicznej garstce profesorów polaków, a bardziej jeszcze zastępowi ordynatorów (Biernacki, Bronowski, Zawadzki, Orłowski, Zieliński, Kijewski, i wielu innych), którzy potrafili wpoić w nas to zamiłowanie. Pedyatria jeszcze na ławach uniwersyteckich pociągająca ś. p. Borsukiewicza. Wskazówki i pomoc znalazł w szpitaliku prywatnym dra Bączkiewicza. Idąc przez życie o własnych siłach, zmuszony był zaraz po uzyskaniu dyplomu wziąć się do pracy zarobkowej i wyjechał do małego miasteczka na Wołyniu. Każdy z nas, którego los wprost z ławy uniwersyteckiej rzucił do miasteczka prowincjonalnego, ma żywo w pamięci gnębiące poczucie bezradności i lęku wobec wielkości zadania swego i bardzo skromnego przygotowania do tych obowiązków. Koleję te przechodził i ś. p. Borsukiewicz. Żywego człowieka jednak nie zabiła w nim rutyna, wypróbowany środek natur miernych i łatwo przystosowujących się do warunków. Obudził się w nim obserwator bystry, krytyczny w sądach, wciąż czujny na swe braki. Wybitny talent lekarski, prawość charakteru, dobroć i troskliwość względem chorych zjednały mu szybko duży rozgłos, powodzenie materialne i dały możliwość wyjazdu zagranicę. W Pradze Czeskiej i w Paryżu u Hutinel'a mógł zaspokoić wreszcie potrzebę dalszego kształcenia się i doskonalenia w pedyatrii. Będąc jeszcze na Wołyniu, ogłosił drukiem dwie prace, które malują

go doskonale, jako wybornego lekarza-praktyka. W jednej z nich zaleca stosowanie dużych dawek surowicy przeciwbłoniczej jednorazowo. W kilkanaście lat potem ten sam pogląd wypłynął z badań nad anafilaksją, a jeszcze później „*doses massives d'emblée*” stały się naczyniem terapeutycznym serologów francuskich. W drugiej pracy wspólnie z Chocłatowskim (także lekarzem prowincjonalnym) podał metodę własną dokonywania embriotomii. O zaletach tej metody mówić nie mogę, natomiast sam fakt ogłoszenia pracy podobnej przez lekarza prowincjonalnego dowodzi, że był to umysł bystry, oryginalny, nie zaspakajający się szablonem, lecz poszukujący nowych, bardziej celowych sposobów wykonawstwa praktycznego.

Po powrocie z zagranicy ś. p. Borsukiewicz osiadł w Lublinie, gdzie znalazł szeroki teren do pracy zawodowej i społecznej. W roku 1911 został ordynatorem oddziału zakaźnego w szpitalu dla dzieci. Mniej troszcząc się o ogłaszanie drukiem swych spostrzeżeń, ś. p. Borsukiewicz wolał czyn lub żywe słowo i dzielił się swym doświadczeniem z kolegami w szpitalu, na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego i na Zjazdach. („O przebiegu i leczeniu czerwoni”, „O mleku białkowym” — wspólnie z Jasińskim, „O zwyrodnieniu mięśnia sercowego w przebiegu chorób zakaźnych”, „O metodzie odżywiania Pirqueta”, „Przypadek zespołu chorobnego: chorea minor, endocarditis, polyarthritus rheumatica et erythema nodosum”, „O kropli mleka w Lublinie” — Zjazd higienistów we Lwowie). Pomimo wyczerpującej pracy szpitalnej i rozległej praktyki ś. p. Borsukiewicz brał żywy udział w pracy społecznej. „Kropla mleka”, gdzie przez parę lat ostatnich był prezesem, „Towarzystwo walki z gruźlicą” zawdzięczały dużo jego niezmordowanej i owocnej działalności. Nowopowstała rada miejska miasta Lublina obiera go na swego sekretarza.

W roku zeszłym wyjeżdża do Wiednia dla zapoznania się dokładniejszego z organizacją opieki nad dziećmi i przeszczepia tę instytucję na grunt lubelski.

Przed rokiem niespełna widziałem go na Zjeździe higienistów w Warszawie w pełni sił i energii, rozwijającego przedemną projekty prac dalszych i zamierzeń wysoce obywatelskich. I oto teraz przypadło mi w udziale pożegnać słowem serdecznym odchodzącego nazawsze przyjaciela, wybornego lekarza, zacnego obywatela i gorącego patriotę...

Leon Karwacki.

Dr Stefan Cetnarowicz, prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, ordynator oddziału ocznego w domu wychowawczym,

zmarł w Warszawie w d. 2 czerwca r. b.; żył lat 56.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Karol Jonscher. O ponownem występowaniu zlepników we krwi	177	twórczość spożywcza Królestwa Polskiego w stosunku do potrzeb jego ludności.	
Stefan Szymański. Rozszczepienie tętnicy głównej (<i>aneurysma dissecans aortae</i>)	180	Wiadomości bieżące.	183
Dział sprawozdawczy. 5. K. Rzętkowski. Wy-		Nekrologia. Dr Piotr Borsukiewicz	184

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

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL'A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma
z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1'50.

**O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na
rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.**

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Romana Jasińskiego.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena niższa m. 4.

Choroby serca

przez prof. Oskara Widmana.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra Rothego.

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie niższej nabywać można tylko w Administracji.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Swiezo wydany zostal Zeszyt 1. 2. 3. Seryi XXII.
(Ogólnego zbioru zesz. 253, 254, 255).

Dr SEWERYN STERLING.

ZAPALENIE NEREK W ŚWIECIE POGLĄDÓW TEGOCZESNYCH.

Cena 3 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

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 mózgoworodzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglkowe. 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.