



Nº 33.

Warszawa, d. 16 Sierpnia 1919.

Rok LIV.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru N° 2801.

SANTALOL
SALOL
UROtropINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI
GLUTENOWE

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY

MOCZOPĘDNY

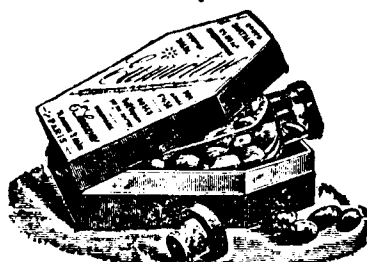
KOJĄCY

PRZECIWGNILNY

RZEŻĄCZKA

ZAPALENIE PĘCHERZA,
MOCZOWEGO

ZAPALENIE NEREK



ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE
MIEDNICZEK I NEREK

ROPOMOCZ

LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Otrzymałszy znaczny transport z zagranicy, jesteśmy w możności
obniżyć cenę znanego powszechnie naszego przetworu

PHYTINY

 w kapsułkach,

wskutek czego cena jej detaliczna pod żadnym pozorem nie powinna
przenosić

Mk. 8 za pudełko.

PABJANICKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE
PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO
w Pabjanicach.

Próby dla pp. lekarzy gratis i franco.




 Najmniej trujący ze wszystkich równej skuteczności środków miejscowo
 znieczulających

STOWAINA

NIE POWODUJE BÓLÓW GŁOWY, MDŁOŚCI, ZAWROTÓW GŁOWY CZY OMDLEŃ

Sposób użycia taki sam jak kokainy

UŻYWANIE JEJ NIE ZAGRAŻA PRZEJŚCIEM W NAŁÓG

KILKA PRZEPISÓW UŻYWANIA STOWAINY

Proszki przeciw gastralgi: Rp. Stovaini 0,02 Magnes. ustaie 0,60 Cretae praep. 0,40 Natrii bicarb. 0,40 M. f. p. d. t. d. n° 12 S. — 3 razy dziennie po jednym proszku po każdym jedzeniu. (Huchard)	Balsam przeciw nadżarciu brodawek: Rp. Stovaini 0,40 Acidi borici 0,20 Bism. subgall. 3,00 Bals. peruv. 11 kropli Lanolini Vaselini aa 10,0	Maść przeciwko hemoroidom i fissurze ani (pęknięciu) кишки): Rp. Stovaini 0,25 Adrenalinu 1/1000 3 kropli Lanolini Vaselini aa 5 gr. (Huchard)
---	---	---

Les Établissements POULENC Frères, PARIS
 Główny skład: WARSZAWA, Foksal, 13

APARAT ROENTGENA Dr DESSANERA

kompletny I-a wykonanie

wraz z dokładnym sposobem użycia

dla prądu stałego 110 Volt!!

tanio do nabycia!

DOSTAWCA KLINIK U. J., SZPITALI KRAJ., WOJSK POLSKICH i t. p.

STANISŁAW BARAN i S-ka

FABRYKA INSTRUMENTÓW CHIRURGICZNYCH I WETERYNARYJNYCH
Kraków, Sławkowska 6.

SILV-OZON „MOTOR“

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

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

SALMET- „MOTOR“

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

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od 1819 r.

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

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i po-
moce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.





Wiadomości Lekarskie

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

Pięćdziesiąt
Polecie długie-

Warszawa, d. 16 sierpnia 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2801.

Znaczenie kliniczne migotania przedsionków ¹⁾.

Podał

Dr Mściwój Semerau (Warszawa).

Zaburzenia czynnościowe pojedynczych części serca, spowodowane drżeniem włókienkowem a zwane na ogół, zależnie od intensywności zjawiska, migotaniem ²⁾ lub trzepotaniem, zajmowały do niedawna tylko uwagę fizjologów i eksperymentatorów. Dla patologii ludzkiej zdawały się nie mieć większego praktycznego znaczenia, gdyż wedle obowiązujących pojęć udaremniały wszelką normalną pracę skurczową mięśnia, a tem samem niezgodne były z życiem. Mniemanie to w stosunku do migotania komór i do dziś zachowało swoją ważność, choć, jak tego dowodzi przypadek, zaobserwowany przez A. Hoffmanna (1), włókienkowe drżenie komór, byle trwało nie dłużej, jak kilka sekund, może przeminąć bez widocznej szkody dla organizmu i ustąpić miejsca prawidłowemu rytmowi.

Zupełnie wszakże mylnemi okazały się dawniejsze teorie o ile to zaburzenie dotyczy przedsionków. W roku 1909 bowiem dwaj ba-

dacze wiedeńscy Rothberger i Winterberg (2) a prawie równocześnie angielski klinicysta Lewis (3) stwierdzili niezbicie, że migotanie przedsionków stanowi przyczynę znanej od dłuższego czasu niemiaryowości, której niemieccy autorowie nadawali miano „*pulsus irregularis perp.*“ (Hering), względnie „*arythmia perpetua*“ (D. Gerhardt), a którą Mackenzie, z innego wychodząc założenia, przezwiał „*nodal rhythm*“, t. j. „rytm węzłowy“. Dziś wiemy, że wyrażone przez wyżej wymienionych badaczy poglądy zgadzają się zupełnie z rzeczywistością i że istotnie t. zw. niemiarywość ciągła tętna z wyjątkiem przypadków, o których niżej jeszcze będzie mowa, wywołana jest włókienkowem drżeniem mięśnia przedsionków.

Tak więc mówić obecnie o migotaniu przedsionków znaczy prawie tyle, co rozwinąć z innego, więcej biologicznego punktu widzenia sprawę niemiarywości ciągłej. Stawia to odrazu całą kwestyę na szerokim gruncie i nadaje zjawisku o wiele donioślejsze znaczenie, odbierając mu zarazem cechy jakiejś czysto teoretycznej, rzadko urzeczywistnionej koncepcji. Bo nie wszystkim zapewne wśród Panów wiadomo, że *arhythmia perpetua* zalicza się do jednej z najzwyczajniejszych odmian nieregularności tętna. Jako dowód tego twierdzenia niechaj służyć następujące cyfry, zestawione w ostatnich 2½ latach mojej czynności jako asystenta przy klinice chorób wewnętrznych uniwersytetu strasburskiego. Z pośród 274 osób z niemiarywościami, badanych

¹⁾ Rzecz wygłoszona na Posiedzeniu Warszawskiego Tow. Lekarskiego dnia 1 kwietnia 1919 r.

²⁾ Pozostaję przy tej nazwie mimo cennych rad, udzielonych mi ze strony bardzo życzliwej; uważam bowiem, że mimo biologicznego pokrewieństwa migotanie i trzepotanie tak silnie klinicznie różnią się od siebie, że niestosownem byłoby określać je jednako-
wem mianem, choćby z dodatkiem jakiego przymiotnika. Inne narody czynią tak samo; Anglicy rozróżniają wyraźnie „*fibrillation*“ (migotanie) i „*flutter*“ (trzepotanie), Niemcy „*Flimmern*“ i „*Flattern*“. Słowo „migotanie“, choć stanowi pojęcie więcej optyczne, odpowiada zresztą dokładnie niemieckiemu „*Flimmern*“.

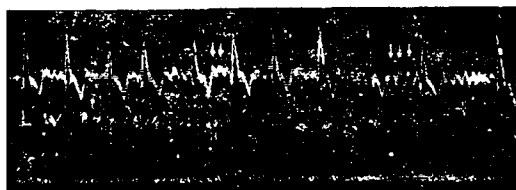
elektrograficznie, 111, t. j. 40,5% wykazywały zupełny bezład rytmu, spowodowany migotaniem przedsionków. Dopiero na drugim miejscu co do częstości stały ekstrakurcze w liczbie 109, t. zn. 39,8%, a po nich dopiero następowały niemiarywości typu *arhythmia respiratoria*, zaburzenia w przewodzeniu i inne. Stosunek ilościowy tych rodzajów arytmii jeszcze bardziej przesunął się na korzyść niemiarywości ciągłej po usunięciu ze statystyki osób, przynależnych do wojska, które jako młode i rzadziej obciążone organicznymi zmianami, silniej skłaniały się do ekstrakurczów.

Stwierdziwszy przy pomocy tych danych względną częstość migotania przedsionków, postaram się teraz kilku słowami scharakteryzować jego istotę. Mówiliśmy już poprzednio, że stan ten polega na bardzo prędkim i nierównomiernym drżeniu pojedynczych włókienek przedsionków. Liczba tych poruszeń waha się u człowieka około 400—600 i więcej na minutę. W doświadczeniach na zwierzętach dochodzi ona w pewnych warunkach, jak to wykazali Rothberger i Winterberg (4) specjalnym sposobem badania, do wprost fenomenalnej częstości 3500 poruszeń na minutę. Wobec takich cyfr skurcze przedsionków zaledwie, rzecz jasna, dają się zauważyć, a przedsionki pozostają w stanie prawie całkowitego rozkurczu. To też przez czas długi niepodobna było z całą pewnością rozstrzygnąć, czy całe to zjawisko jest wynikiem nadmiernego podrażnienia, czy też paraliżu mięśnia sercowego; patrząc bowiem na porażone odcinki, ma się wrażenie, że są one nieruchome¹⁾ i tylko drobne refleksy świetlne, podobne do tych, jakie wywołuje lekkie falowanie toni wodnej, poruszanej wiatrem przeczy temu mniemaniu. To właśnie podobieństwo optyczne nadało zjawisku obecną nazwę, tem się też ono różni w doświadczeniu od innych podobnych zaburzeń, jak na przykład t. zw. trzepotanie, przy którym przedsionki biją wprawdzie też bardzo prędko (jednakże tylko około 280 — 300 na min.), ale równo i zupełnie wyraźnie.

Już więc zewnętrzne oględziny wskazują przy bliższej analizie, że się ma przy włókiennym drżeniu przedsionków do czynienia z wzmożonym pobudzeniem mięśnia. Rozstrzyga ten problemat badanie zapomocą elektrokardiografu, który jak Panom wiadomo, przedstawia przebieg prądów czynnościowych w pojedynczych okresach rewolucji serca. Jeśli prądy te odprowadzać będziemy z dwóch bar-

dzo do siebie zbliżonych punktów przedsionków, jak to czynili Rothberger i Winterberg (4) zapomocą różniczkowych elektrod Clement-Gartena, wtedy otrzymamy krzywą z bardzo licznymi drobnymi załamkami o dosyć równym wyglądzie. Przy odprowadzeniu bezpośrednich, na przykład z kończyn, odbytnicy lub przełyku te odchylenia zmniejszają i zniekształcają się nieco, zato występuje w elektrokardiogramie inny typowy objaw migotania przedsionków, mianowicie jego szkodziły wpływ na akcję komór, które tracą zupełnie pierwotny swój rytm. Krzywa więc taka tem jest scharakteryzowana, że nie widać w niej odpowiednika skurczu prawidłowego przedsionków w postaci załamków P, w zamian zato wśród bezładnie rozrzuconych grup załamków, odbijających skurcze komór, spostrzec można drżenie struny galwanometru, wywołane włókiennym poruszeniem przedsionków (patrz rys. 1). Identyeczność takiej w

Rys. 1.



Elektrokardiogram chorego z migotaniem przedsionków. Przy 1 charakterystyczne drżenie struny galwanometrycznej.

doświadczeniu otrzymanej krzywej z wynikiem elektrograficznego badania u ludzi, wykazujących jako najznamienniejszy symptomat niemiarywości ciągłą, skłoniło właśnie Rothbergera i Wintemberga do przekonania, że i tutaj zaburzenia rytmu występują w przeważającej liczbie przypadków na tle migotania przedsionków.

Istnieje wszelako wyraźna różnica między doświadczeniem a klinicznymi spostrzeżeniami. U człowieka migotanie przedsionków, jeśli się już ustaliło, zwykło trwać aż do śmierci. W przeciwieństwie do tego u zwierzęcia poruszenia włókiennkowe, które wywoływać można mechanicznem, chemicznem lub elektrycznem podrażnieniem przedsionków ustają natychmiast lub prawie natychmiast po ustąpieniu drażniącego czynnika. Jeśli trwać mają dłużej, to trzeba na to wyjątkowych wpływów, które się osiągnąć dają tylko w ten sposób, że albo stosuje się bardzo silny uraz w postaci prądu faradycznego o wysokiem napięciu albo też kombinuje pobudzenie mięśnia sercowego z energicznem podrażnieniem układu nerwu błędnego przez podawanie pewnych

¹⁾ Jakże do takiego stanu stosować określenie, wyrażające tak zdecydowany ruch, jak „trzepotanie“?

truczyn, jak fizostygmina lub muskaryna. Wynika z tego, że u człowieka grać muszą rolę jakieś specjalne warunki, kiedy to migotanie, tak jak już wspominałem, naogół nie daje się już usunąć.

Przyczyn takiego zachorzenia doszukiwało się dawniej w anatomopatologicznych zmianach ścian przedsionka, jak rozszerzenie i rozdęcie lub też w sprawach zapalnych w ośrodkach tworzących i przewodzących podniety, zwłaszcza zaś w węźle wpustowym. Badania (Schoenberg, Freund, Falconer i Dean, Berger, Jarisch i inni) nie doprowadziły tu do żadnego wyraźnego wyniku; okazało się bowiem, że obrażenia takie znajdowały się po śmierci i u osobników, u których za życia rytm serca był zupełnie prawidłowy i na odwrót, brakło ich zupełnie w nieulegających wątpliwości przypadkach migotania. Do tej ostatniej kategorii należą też konie, badane przez Lewisa i Cohna (5). Inni autorzy, jak Hering (6) podkreślają ważność takich czynników, jak przesunięcie składu krwi co do soli i innych substancji, a zwłaszcza niedostateczną wentylację dwutlenku węgla z tkanek i współdziałające z nią wpływy nerwu błędnego. Zasadniczo podobnego zdania jest i Rzętkowski (7), który na mocy doświadczeń przeprowadzonych wspólnie z Stan. Mutermilchem na odcinkach serca zarodkowego, przechowywanego w osoczu, tłómaczy sprawę ekstrasystolii i migotania zaburzeniami w odżywianiu mięśnia sercowego lub nienależytym uwalnianiem go od produktów metabolizmu zużytych. W ostatnich czasach i klinicyści zaczynają przejmować te pojęcia; pojawiają się już bowiem głosy coraz bardziej akcentujące rolę momentu czynnościowego, zwłaszcza wpływu nerwu błędnego. Między innymi i mnie (8) udało się na całym szeregu przypadków działania te wykazywać.

Tak na przykład w jednej obserwacji u 63-letniego osobnika, zresztą zdrowego i fizycznie sprawnego, z wyraźnymi objawami wago-tonii, wyrażającymi się w stałe zwolnionej tętnie około 60 na minutę, silnej reakcji mechanicznego ucisku na nerw błędny i spastycznym zaparciu stolca, ataki migotania wyprzedzały zawsze zaburzenia żołądkowo-jelitowe, a niekiedy towarzyszyła mu krótkotrwała napadowa moczówka. Ta okoliczność jako też i fakt skrócenia lub wstrzymania ataku lekami, jak atropina, względnie belladonna wskazywały na energiczne współdziałanie nerwu błędnego. W dwóch innych przypadkach przejściowe napady migotania przedsionków następowały w niewątpliwym związku z podrażnieniem opłucnej wskutek zawału płuc, względnie nagłego wytworzenia się *pneumothorax'u*, a więc silnego pobudzenia nerwu błędnego. U innego wreszcie chorego z niewyrównanym zwężeniem mitralnym przejście z nor-

malnego rytmu w stan niemiaryowości ciągłej, pojawiło się krótko po stosowaniu nadmiernych dawek naparstnicy. Wobec tego, że zaburzenia te poprzedziły coraz liczniejsze skurcze dodatkowe i chorobliwe zwolnienie tętna, należy przypisać ostateczne powstanie migotania trującemu działaniu naparstnicy na nerw błędny.

Na podstawie tych danych możnaby moim zdaniem mechanizm powstawania migotania ująć w następujący sposób: włóknikowe drżenie przedsionków jest wypływem najróżniejszych momentów współdziałających, między którymi stoją na pierwszym planie następujące. Najprzód wzmożona pobudliwość mięśnia przedsionków wskutek wszelkich zmian anatomopatologicznych, wadliwej irygacji, złego odżywiania, psychicznych wpływów i t. p. Powtórne wzmożone działanie nerwu błędnego na serce, czy to pośrednio przez zwiększenie się wrażliwości serca na fizjologiczne podniety tego nerwu, jak przy zwykłej odmianie niemiaryowości ciągłej, czy też wskutek istotnego pobudzenia układu nerwu błędnego, jak przy przejściowej odmianie niemiaryowości ciągłej. Nasilenie obu tych czynników stoi zwykle w odwrotnym do siebie stosunku. Zwiększenie się jednego momentu dozwala na zmniejszenie się drugiego przy takim samym ostatecznym skutku, i na odwrót. Gdy więc przy napadowym i krótkotrwałym migotaniu przedsionków wobec niezmiennego lub nieznacznie chorobliwie zmienionego mięśnia, akcja nerwu błędnego tak jak i w doświadczeniu musi być bardzo silna, schodzi ona przy trwałej odmianie na drugi plan. Organiczne zmiany w przedsionkach powodują tu bowiem, zdaje się, taki stan podrażnienia mięśnia sercowego, że wystarczy już małe stosunkowo wzmożenie napięcia w układzie nerwu błędnego do wywołania i podtrzymania zaburzenia. To wzmożenie napięcia nie należy tu wszakże pojmować jako centralne działanie, lecz jako obwodowe i lokalne pobudzenie układu nerwu błędnego spowodowane uczuleniem jego ostatecznych zakończeń w sercu przez panującą niedomogę i idącą z nią w parze asfikcyę tkanek (Hering). Stąd jest rzeczą zrozumiałą, że jeśli się przy nieznanym wielkich organicznych zmianach wyjątkowo uda niedomogę serca na jakiś czas zupełnie usunąć np. przez energiczną kuracyę naparstnicową (Edens, Semerau), to równocześnie zniknąć może i migotanie.

Koncepcja taka nie jest tylko hipotezą, ale opiera się przede wszystkim na wyniku licznych doświadczeń na zwierzętach, podejmowanych przez Winterberga, Rothbergera i Winterberga, Heringa, Lewisa i innych,

następnie na całym szeregu spostrzeżeń klinicznych. Tłumaczy ona, czemu migotanie przedsionków napotyka się najczęściej w sprawach niedomogowych z powodu wady mitralnej lub wobec zmian w mięśniu sercowym, wywołanych arteriosklerozą. Obadwa stany doprowadzają bowiem stopniowo do mniej lub więcej wyraźnego rozszerzenia przedsionków i przez to stwarzają z jednej strony korzystne warunki do powstawania wzmożonej pobudliwości skutkiem nadmiernego przeciągnięcia włókienek, z drugiej — do silnego oddziaływania nerwu błędnego wskutek gorszego wydalania dwutlenku węgla z tkanek. Podobnie, choć mniej wybitnie i mniej wyraźnie, wpływać mogą inne zmiany anatomiczno-patologiczne, np. stwardnienie, tłuszczowate zwyrodnienie i zanik węzła wpustowego, dające możność chorobliwym t. zw. „heterotopowym” podnieciom do wzięcia góry nad prawidłowymi „nomotopowymi”. W przypadkach, w których badania kliniczne wyłączają sprawy zapalne, sklerotyczne lub jakiegokolwiek inne i w których powiększenia całego serca lub pojedynczych jego odcinków nawet zapomocą rentgenografii nie udało się stwierdzić, należy przypuszczać, że w mechanizmie powstawania włókiennkowego drżenia przedsionków przeważają momenty więcej czynnościowe, doprowadzające w sumie do tego samego wyniku. Dotyczy to przede wszystkim tych obserwacji, w których niemiarkowość ciągła występowała napadowo lub przechodziła po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu.

W powyższych rozważaniach nad patogenезą migotania przedsionków poruszyliśmy mimochodem czynniki etiologiczne. Wynika z tego, że gośćcowi stawowemu i miażdżycy tętnic w powstawaniu zjawiska przypisywać należy znaczenie pierwszorzędne. Przegląd następujących tablic, zapożyczonych z mającej niedługo ukazać się monografii (9) o migotaniu przedsionków, w których z pewnych punktów widzenia ujęte i zestawione są wyjątki z badań różnych autorów i moich własnych, daje nam pod tym względem dalsze szczegóły (patrz tabl. Nr 1).

Prócz tedy wymienionych spraw chorobnych wchodzi tu w grę z ogólnych czynników zachorzenia nerek, płuc przemiany materii, przymiot, choroby zakaźne, zaburzenia gruczołów wkrwennych i t. p.

Co do przyczyn więcej szczegółowych, odnoszących się do samego narządu, to widzimy z tabliczki drugiej, że najpierwsze wśród nich miejsce zajmuje zwę-

Nazwiska autorów	Lewis	Frej	Semeran
Gościec stawowy	66,3	31	26,1
Przyrodzone wady serca	—	—	2,7
Przymiot	0,7	—	6,3
Choroby zakaźne.	0,7	4	3,6
Miażdżycy tętnic	17,7	32	36,1
Zachorzenia nerek	8,5	9	4,5
Zachorzenia płuc	1,4	—	1,8
Choroba Basedowa	1,4	5	0,9
Zaburzenia w przemianie materii	—	2	1,8
Zaburzenia nerwowe	—	1	4,5
Przemęczenie	—	—	6,3
Pozostałość	4,7	16	5,1

TABLICA Nr 1.
Zależność powstawania migotania przedsionków od ogólnych czynników etiologicznych (w odsetkach).

zenie ujścia żylnego lewego, potem dopiero niedomoga zastawki dwudzielnej i inne wady serca (patrz tabl. Nr 2).

Ze zmian mięśnia sercowego najczęstsze są te, które powstały na tle chronicznego zapalenia mięśnia sercowego, rzadsze już procesy rozmiękczenia mięśnia sercowego skutkiem zaburzeń w krążeniu. Sprawy zapalne osierdzia zaznaczają się wyraźniej tylko wtedy, jeśli rozwijają się na zagięciu obu łaszek, w okolicy węzła wpustowego. Liczby odsetkowe poszczególnych autorów, jeśli się pominie różnice uzależnione innem środowiskiem i przypadkowością materiału, na ogół są dosyć zgodne ze sobą. Pewne rozbieżności liczb Lewisa (10) w stosunku do innych w osądzeniu ważności spraw gośćcowych polegają zdaje się, na tem, że wybitny angielski klinicysta w sposób niepraktykowany u nas łączy do kategorii reumatyzmu stawowego przypadki, w których zachodzi najmniejsze podejrzenie tego zachorzenia, a nawet takie, w których jedynie wśród członków rodziny udało się je stwierdzić przez wywiady.

O D C I N E K.

W sprawie niektórych uzupełnień, potrzebnych na Polskich Wydziałach Lekarskich.

Podał

Władysław Janowski (Warszawa).

Z kilku stron słyszę, że Wszechnice Polskie znajdują się w okresie układania swoich ustaw. Wiadomo, że po przeprowadzeniu podobnej ustawy przez wszystkie ciała prawodawcze wprowadzenie w niej zmian wymaga ponownie znacznego nakładu pracy i również znacznej straty czasu dla jej przejścia przez wszystkie odnośne instancje. Dlatego jest rzeczą ważną zestawienie w obecnej właśnie chwili tych pragnień i wymagań, które społeczeństwo nasze wyrażało w roku 1915 w różnych komisjach, obmyślających urządzenie wyższych uczelni w Polsce. Na tem miejscu interesować nas mogą bliżej sprawy tylko wydziału lekarskiego. Nie ulega dla mnie wątpliwości, że przy układaniu odpowiedniej części ustawy wydziały lekarskie wezmą pod uwagę materiały, znajdujący się w znanej monografii ś. p. Brudzińskiego, jako zawierający poglądy nie tylko jego własne, lecz i całego szeregu działaczy lekarskich, którzy wchodzili w Warszawie w roku 1915-ym w skład komisji, szczegółowo omawiającej i opracowującej niezbędne reformy w dawnych programach uniwersyteckich przy urządzeniu wydziałów lekarskich w Polsce. Na reformach tych niezmiennie nam zależało, gdyż przy ich proponowaniu opieraliśmy się na doświadczeniu życiowym. Osobiście sprawą uzupełnienia studiów lekarskich zajmowałem się w ciągu ostatnich lat kilku, opracowując odnośny memoriał. Przytaczam tu z niego to, co w chwili obecnej wydaje mi się z wymienionych na wstępie powodów praktycznie pilnem. Przemawia przytem przeze mnie doświadczenie, wynikłe z 22 lat pracy nad kształceniem młodszych kolegów na mym oddziale szpitalnym. Mając przy sobie zwykle kilkunastu kolegów i wkładając w sprawę ich fachowego wydoskonalenia dużo uwagi, mimowoli poznawałem te braki ich wykształcenia, które leżały poza ich winą. Do roku 1905-go odnośne moje doświadczenie dotyczyło prawie wyłącznie wychowanców byłego uniwersytetu Warszawskiego. Gdy po tym czasie młodzież tutejsza zmuszona była kształcić się w różnych zakątkach Europy, w osobach moich uczniów poznałem blisko w ciągu następnych lat czternastu wychowanców z górną 20 uniwersytetów (Kraków, Lwów, Wrocław, Berlin, Wiedeń, Lipsk, Monachium, Erlangen, Heidelberg, Fryburg, Zurich, Bern, Bazylea, Genewa, Paryż, Piotrogród, Moskwa, Kazań, Odessa, Kijów, i Dorpat). W ten sposób wyrobiłem w sobie silne przekonanie, że, pomimo wielkich różnic umysłowych poszczególnych osobników, piętno stałe i trudno poddające się dalszemu wpływom kładzie na młodego lekarza ten lub inny sposób jego kształcenia w

różnych uniwersytetach. Na każdym z nich odbijają się zalety i wady odnośnych poszczególnych profesorów, o czem będzie mowa gdzieindziej, na wszystkich zaś było widać stałe wady, wynikające z pewnych podstawowych braków w planie wykładania nauk lekarskich wogóle. Z tego powodu podczas udziału swego w odpowiednich naradach w r. 1915 byłem gorącym rzecznikiem rozszerzenia programu wykładów lekarskich, zgodnie z poglądami odnośnych komisji w Anglii, Francji, Szwajcaryi, Niemczech oraz w innych krajach. Poza zadaniami, wypływającymi z samego leczenia, życie nasuwa wciąż lekarzom rolę doradców i ekspertów we wszystkich dziedzinach życia wojskowego, przemysłowego, handlowego, społecznego, sądowego oraz w sprawach, dotyczących weterynaryi i nauk farmaceutycznych. Wszystkie potrzebne im przytem wiadomości lekarze czerpią naprędce z odpowiednich podręczników. Nie wyniósłszy należytych podstaw z ławy uniwersyteckiej, koledzy nie mogą jednak zachować się z należytem stopniem krytycyzmu względem tego, co słyszą i czytają, i nie mają dość motywów, a więc i siły, do przeprowadzenia swych poglądów w należytem miejscu i czasie. Wskutek tego przegrywają nieraz sprawę z wielką krzywdą dla jej istoty. Jedynym sposobem usunięcia tego rodzaju braków w wykształceniu lekarzy jest wprowadzenie do programu wykładów na wszechnicach tych przedmiotów, których znajomość jest dla lekarzy niezbędną w ich tak wielostronnym przyszłym zakresie działania. Do analogicznych wniosków dochodzono w ciągu ostatnich lat kilkunastu w różnych krajach Europy. W związku z tem proponowano tam przedłużenie terminu studiów lekarskich co najmniej do lat sześciu. Nasza komisja z roku 1915-go w Warszawie uznała jednogłośnie 6½ roku za minimalny termin studiów lekarskich, uważając, że w ten tylko sposób można będzie dać lekarzowi niezbędne podstawy wykształcenia teoretycznego oraz praktycznego, na które kładliśmy wielki nacisk. Pogląd ten podzielał i dziś w zupełności, uważając, że dotychczasowy program wykładów na wydziałach lekarskich wymaga koniecznie uzupełnień, i to dość ważnych.

Nie wymieniając tu rzeczy bezspornych, należałoby, według mego przekonania, wprowadzić już teraz, przy układaniu ustaw, do programu wykładów na wydziale lekarskim następujące uzupełnienia w działach teoretycznych i praktycznych.

A. Co do nauk teoretycznych.

1) Potrzeba wprowadzenia kursu biologii ogólnej, na wzór Wszechnicy Jagiellońskiej, jest tak jasna, że motywowania nie wymaga.

2) Należy koniecznie wprowadzić do działu nauk przyrodniczych odpowiednio dostosowany wykład geologii. Bez znajomości podstaw tej nauki lekarze nigdy nie będą w stanie oryentować się należycie w pracach organizacyjnych, dotyczących balneologii, w których jednak wszędzie i zawsze biorą udział z urzędu.

3) Należy rozszerzyć zakres wykładania anatomi porównawczej. Dotychczasowy, że tak powiem, przelotny wykład tego przedmiotu przy embriologii jest bardzo niedostateczny i utrudnia wykładanie na wyższych kursach medycyny weterynaryi, której zupełnie nieznaną jest zawstydza lekarzy na każdym kroku ich działalności, zwłaszcza społecznej i państwowej.

4) 5) 6) Należyte zrozumienie chorób umysłowych i różnych spraw psychicznych, w których rozpatrywaniu i rozstrzyganiu sądownie lekarze udział brać muszą, wymaga wprowadzenia do zakresu wykładów kursu logiki, psychologii i antropologii.

7) Niezbędne jest dla przyszłych lekarzy wysłuchanie podstaw rachunku całkowego i różniczkowego. Właściwie mówiąc, wydziały lekarskie i przyrodnicze powinny domagać się, by te przedmioty wykładano w ostatniej klasie szkół średnich. Dopóki jednak wprowadzenie tego w czyn nie nastąpi, wykłady te winny być koniecznie wprowadzone, jako wstęp do nauk lekarskich. Bez znajomości tych przedmiotów lekarze są pozbawieni możliwości należytego pojmowania i samodzielnego rozwijania radiologii, rentgenologii oraz elektroterapii, grających dziś tak ważną rolę w medycynie. Nadto oszczędzi im to wielu przykrości podczas omawiania niektórych rozdziałów z hydrodynamiki, których należyte zrozumienie jest często niezbędnym warunkiem pojmowania niektórych ważnych szczegółów w dziedzinie krążenia.

8) 9) Za zbyt wiele prawie uważam przypomnienie, że kurs propedeutyki lekarskiej oraz historii medycyny powinien wejść w program stałych wykładów na Wydziałach Lekarskich, gdyż częściowo ma to już miejsce. Propedeutika lekarska ma ważne zadanie wczesnego zorientowania przyszłych lekarzy w wielu sprawach ogólnych, o których nieraz dowiadują się bez niej znacznie zapóźno ze szkodą dla społeczeństwa. Wysłuchanie jej pozwoli niepowołanym cofnąć się w porę, w duszy zaś „wybranych” stworzy należyty nastrój już we właściwym czasie. Znajomość zaś historii medycyny, wykładanej należycie, bez zbytniego rozkoszowania się w starożytnościach i z dokładnem uwzględnieniem postępów ostatniego stulecia ułatwi lekarzom zrozumienie i wyrozumienie wielu rzeczy dawnych oraz rozszerzyć może horyzonty na zakres niezbędnego postępu w medycynie przyszłości.

10) 11) Oddzielne katedry farmacji i farmakognozyi, które mamy dotąd tylko na Wszechnicy Warszawskiej, powinny być przewidziane ustawą dla wszystkich wszechnic polskich. Dalsze ich wykładanie lekarzom do-

datkowe przy farmakologii należy uważać za niedopuszczalne.

12) Wykład toksykologii powinienby, zdaniem mojem, być przewidziany, jako przedmiot specjalny przy katedrze farmacji, a jeszcze lepiej farmakologii, ze względów aż nadto zrozumiałych. Przypinanie tego ważnego przedmiotu do katedry medycyny sądowej, które ma miejsce w wielu uniwersytetach europejskich, należy uważać za szkodliwe dla postępu sprawy, gdyż, z natury swej specjalności, profesorowie medycyny sądowej nie są powołani do rozwijania w toksykologii postępu, którego niezbędnym warunkiem jest baczne śledzenie rozwoju nowoczesnej farmakologii, chemii lekarskiej i fizjologii.

13) Należałoby przewidzieć ustawą oddzielną katedrę medycyny społecznej i polityki lekarskiej. Przy dzisiejszem pojmowaniu stanowiska i zadań katedry medycyny społecznej nie wydaje mi się możliwem łączenie jej z katedrą higieny.

14) Wreszcie rzeczą absolutnie niezbędną wydaje mi się wprowadzenie do ustawy wydziałów lekarskich polskich samodzielnej katedry bakteriologii. Dalsze traktowanie tego przedmiotu, jako rzeczy dodatkowej przy katedrze higieny, jak to się dzieje na uniwersytetach niemieckich, wydaje mi się niemożliwem, gdyż znakomity profesor higieny może, ze szkodą dla sprawy, być jednocześnie zbyt powierzchownym bakteriologiem. Postęp w dziedzinie pogłębiania etyologii chorób zakaźnych i naukowego ugruntowania ich racjonalnego leczenia wymaga, by katedra bakteriologii była zupełnie samodzielną i bogato zaopatrzoną. Ze względu na wielkie znaczenie tej katedry nie tylko teoretyczne, lecz i praktyczne (leczenie szczepionkami, uodpornianie, leczenie surowicą i t. d.) należy dążyć do obsadzenia tej katedry przez fachowego bakteriologa, mającego jednocześnie poważne doświadczenie kliniczne. W ten sposób katedra bakteriologii zajmować winna miejsce na pograniczu nauk teoretycznych i praktycznych.

15) Ta sama uwaga dotyczy katedry patologii ogólnej. Niezmiernie ważny ten dział medycyny powinien mieć wszędzie ustawowo przewidzianą samodzielną katedrę patologii ogólnej i doświadczalnej, wbrew temu, co widzimy w Niemczech i w Szwajcaryi. Jeżeli jednak katedra ta ma przynosić należyty pożytek, trzeba by pomyśleć o przewidzeniu w ustawie, że może być obsadzona tylko przez takich specjalistów, którzy, oprócz fachowego wyrobienia teoretycznego, posiadają też i znaczny stopień wyrobienia klinicznego. Żadna bowiem z katedr teoretycznych nie jest w tak wysokim stopniu powołaną do wykazywania wielkiej wagi praktycznej prawidłowego myślenia teoretycznego. Dlatego wydaje mi się szczególnie słuszną myśl, przewidziana w niektórych ustawach uniwersytetów, że katedra patologii ogólnej winna mieć nie tylko swą pracownię, ale i swój oddział kliniczny. Niestety, tylko katedrę pato-

logii ogólnej w Pradze obsadzono podług tych zasad. Największa zaś jej żywotność (Hering i cała jego rola w patologii krążenia) dowodzi, że tylko takie postępowanie leży w interesie wiedzy, i że należy je ustawą zagwarantować.

B. Z powodu katedr klinicznych miałbym do zrobienia kilku następujących uwag.

1) Jest rzeczą niezbędną zapewnienie drogą ustawy istnienia na naszych wydziałach lekarskich samodzielnej katedry terapii ogólnej. Dotychczasowy sposób „przyklejania” tego przedmiotu do katedry dyagnostyki jest przesądem zastarzałym i szkodliwym. Wykładanie terapii ogólnej w ramach dotychczasowych, powtarzające często tylko pewne działy z farmakologii, chemii lekarskiej i higieny, i dodające do tego tylko niektóre z niezbędnych zasad ogólnych leczenia, zależy właśnie od tego, że przy dodatkowym traktowaniu tej katedry wykładający jest zmuszony do pomijania lub zupełnie powierzchownego traktowania tak ważnych działów jak wodolecznictwo, leczenie błotem, kąpielami mineralnymi, morskimi, elektrycznością, radem, promieniami X, promieniami Finzena, leczenie klimatyczne, gimnastyka, masaże, mechanoterapia, ortopedia i t. d. Wszystko to stanowi dziś podstawę, a nawet lwia część zadań leczniczych i powinno być ujęte w ramy jednolite obmyślanych wykładów, prowadzonych z należytem ugruntowaniem teoretycznym i, w miarę możliwości, praktycznie. Poszczególne z tych metod stosuje się powszechnie w miastach i licznych miejscach kąpielowych bez dostatecznej znajomości ich podstaw właśnie dlatego, że wszechnice nie posiadają katedr, które wszczepiłyby w młodzież we właściwym czasie podstawy do odnośnych wskazań i odnośnego postępowania. Sprowadza to na wszystkie warstwy społeczeństwa wiele nieobliczalnych strat i słusznych pretensji do świata lekarskiego. Wiem, że w żadnym uniwersytecie niema samodzielnej katedry terapii ogólnej. Ale dlatego też wynikające stąd szkody są tak powszechne, gdyż ma się tu do czynienia z uporczywą obroną rutyny lub tradycji, chociażby one były fałszywe. Budując całe Państwo na nowo, napotykamy nieskończoną liczbę wielkich trudności. Ale też mamy to jedno ułatwienie, że nie potrzebujemy trzymać się złej rutyny i możemy od razu poprawić u siebie zło, podpatrywane tak długo u innych, nie czekając, aż zrobią to inni i nam przykład wskażą. Należałoby więc obecnie wprowadzić do ustawy samodzielną katedrę terapii ogólnej, oczywiście z kliniką specjalnie urządzoną. Wykłady terapii ogólnej należałoby rozpoczynać dopiero w 6-tym lub 7-em półroczu, po przesłuchaniu przez studentów podstaw patologii i farmakologii. Oczywiście, że dobre prowadzenie tej katedry wymagać będzie zawsze kilku specjalnych docentów, specjalnie i starannego doboru chorych. Ale to już jest rzecz przyszłych wykonawców. Naszą zaś jest tylko domagać się ustanowienia takiej katedry.

2 i 3) Powyższe pytanie wiąże się z

drugiem, którego ważność jest zasadniczą dla zapewnienia przyszłym lekarzom najważniejszych podstaw wykształcenia klinicznego. Idzie tu, mianowicie, o liczbę katedr kliniki wewnętrznej oraz chirurgicznej. Tutejsza komisja z roku 1915 była zdania, iż w żadnym uniwersytecie polskim nie należy dopuszczać do wprowadzenia w życie szkodliwej zasady mniejszych uniwersytetów niemieckich i austriackich, podług której była w nich jedna tylko klinika wewnętrzna i chirurgiczna. Podobne stawianie kwestyi oddaje los lekarzy, a więc pośrednio i społeczeństwa, na łaskę przypadkowości. Bywa ona fatalną, jeżeli wybór podobnego jedynego klinicysty jest niefatnym odrazu lub okazuje się nim wskutek szybkiego jego zniechęcenia. Dlatego ustawa powinna trzymać się zasady włoskiej, różniczkującej dokładnie poszczególne katedry chorób wewnętrznych i chirurgicznych. W myśl tej zasady nawet w najmniejszych uniwersytetach każda z tych gałęzi reprezentowana jest conajmniej przez dwie katedry. W ten sposób zapewni się w razach pomysłnych niezbędną emulację, w razach zaś niepomysłnych uchroni się uniwersytet od prawdziwej klęski, jaką jest obsadzenie jednej z tych katedr przez niedoś wyrobionego lub niedoś sumiennego specjalistę. Co do Warszawy, wszyscy członkowie komisji byli początkowo zdania, że katedr wewnętrznych powinno być w Warszawie trzy; po mojem zaś przemówieniu, wskazującym przykład Wiednia, Piotrogradu, Moskwy, Kijowa, Saratowa i t. d., wszyscy zgodzili się, że należy dążyć do istnienia w Warszawie czterech klinik wewnętrznych — dyagnostycznej, propedeutycznej i dwóch ogólnych. Ze względu na przyszły rozwój stolicy i Wszechnicy, jest rzeczą konieczną ustawowe zapewnienie Warszawie tych czterech katedr wewnętrznych i stworzenie przez to od razu możliwości stopniowego ich obsadzenia bez nowych starań w drodze prawodawczej. Należałoby również przewidzieć ustawowo stworzenie w Warszawie trzech klinik chirurgicznych, z których jedna będzie propedeutyczną.

4) Niezbędne też jest ustawowe zapewnienie wszystkim uniwersytetom specjalnej katedry urologii. Pilnem to jest zwłaszcza dla Uniwersytetu Warszawskiego i Lwowskiego.

5) Ustawa przewidzieć powinna również specjalną katedrę ortopedyi. Istniały i przedtem podobne katedry w Piotrogradzie, Berlinie, Wiedniu, Monachium i kilku innych miastach. Niezmierna jej ważność praktyczna po obecnej wojnie wszechświatowej nie potrzebuje bliższego uzasadnienia.

6) Rzeczą niezmierniejszej wagi jest otwarcie przy wszystkich wydziałach lekarskich specjalnej katedry chorób zakaźnych. Bez tego trwać będą dalej wśród lekarzy z wielką krzywdą dla społeczeństwa trudności rozpoznawcze oraz lecznicze w traktowaniach najbardziej rozpowszechnionych u nas cierpień, których umieszczanie na ogólnych klinikach wewnętrznych jest wszak dziś niedopuszczalne.

Nadto jest to niezbędnem ze względu na możliwość częstego u nas występowania chorób zakaźnych podwrotnikowych z powodu przewidywanych stosunków zamorskich.

7) Niezbędnem też jest ustawowe zapewnienie w Warszawie katedry dentystyki czyli stomatologii na wzór istniejących w Krakowie i Lwowie. Przyczyni się to do szybkiego rozwiązania u nas sprawy dentystów, trącej u nas mocno wschodem. Zniknie ona, gdy cała sprawa leczenia zębów, ich plombowanie, stosowania protez i obszerna gałąź ortopedyi zębów znajdują się w rękach odpowiedniego profesora i dobrze dobranych docentów.

8) Wreszcie ważnem jest zapewnienie wszystkim wydziałom lekarskim katedry weterynaryi ze specjalnem uwzględnieniem epizootii z anatomią patologiczną i bakteriologią.

Tyle o potrzebie katedr nowych. Poza tem wszechnice nasze powinny dążyć do oddzielenia od siebie szeregu katedr rzekomo lub istotnie pokrewnych. Pożądanem więc jest bardzo oddzielenie katedry embryologii od histologii, chorób umysłowych od nerwowych, skórnych od wenerycznych, położnictwa od chorób kobiecych oraz chorób uśznych od cierpień gardła i nosa. Im bardziej będziemy się na wszechnicach różniczkować, tem doskonalszych będziemy mieli specjalistów w nauczycielach, nie przepracowanych wykładami, a więc mogących posuwać samodzielnie naukę naprzód i kształcić naszą młodzież należycie.

Przytoczone uwagi nie zawierają właściwie prawie nic nowego. Większość proponowanych przeze mnie katedr istnieje w różnych uniwersytetach. Np. geologia, anatomia porównawcza i klinika chorób zakaźnych stanowią przedmioty obowiązujące w Akademii Wojskowo-Lekarskiej w Piotrogradzie i w Instytucie psychoneurologicznym. Katedry weterynaryi, biologii oraz dentystyki mamy już w uniwersytetach Galicyjskich. Logika, psychologia, podstawy wyższej matematyki oraz urologia weszły do ustawy Instytutu Psychoneurologicznego w Petersburgu, którego 6-letni program, zdaniem mojem, najwięcej odpowiada wymogom dzisiejszego stanu nauk lekarskich. Pozostaje więc zaokrąglenie całości przez niewiele nowych katedr, których potrzeby powyżej przytoczyłem. Wprowadzenie ich na zachodzie jest kwestyą krótkiego czasu, zwłaszcza przy obecnej

skłonności do łamania przestarzałej rutyny. Dumie naszej narodowej powinno by dogadzać, ażebyśmy nie czekali na wiatr z zachodu, lecz wprowadzili u siebie odrazu to, czego potrzeba jest już dziś widoczna.

Wkońcu jeszcze jedna uwaga.

Dochodzą mnie wiadomości, iż planowanem jest urządzenie kursów ze skróconym terminem dla młodzieży, która powróci z szeregów wojskowych. W mojej duszy wywołuje to prawdziwy okrzyk przerażenia. Patrzalem na skutki podobnego pomysłu podczas swojego 2^{1/2} letniego pobytu w Piotrogradzie i muszę je nazwać prawdziwą, wielką społeczną katastrofą. Nieświadomość elementarnych rzeczy klinicznych i wielki szkoldliwy dla chorych tupet, cechujący niedouków w każdym zawodzie, stanowiły tam cechy postępowania takich „przyspieszonych” lekarzy. Postępowanie takich lekarzy u nas musiałoby wpędzić rok rocznie do mogiły liczne tysiące ludzi. Straciliśmy ich zbyt wiele wskutek wojny i ciągłych epidemii lat ostatnich, ażebyśmy podobnym nieopatrzny krokami mogli przyczynić się do utrudnienia społeczeństwu szukania pomocy lekarskiej u osobników należycie niewykwalifikowanych. Wierzę, że, jakkolwiek ułożyłyby się okoliczności w naszym kraju, i że jakkolwiek byłby silny nacisk władz administracyjnych na wydziały lekarskie, te jednak nie zgodzą się nigdy na narzucenie sobie „skróconego” sposobu wypuszczania lekarzy i nie dopuszczą w ten sposób do wytworzenia w naszej ojczyźnie tak niebezpiecznego surogatu lekarza, jakim może być osobnik, który studiował medycynę w przyspieszonym czteroletnim tempie. Nasze wydziały lekarskie zdają sobie napełwno sprawę z tego, że los wielu żyć ludzkich zależy bezpośrednio od stopnia wykształcenia lekarzy i nie wezmą chyba nigdy na swoje sumienie czasowych nawet zarządzeń, umożliwiających ludziom niedokształconym mimowolnie lekkomyślne i szkodliwe postępowanie z chorymi współobywatelami. Poza całą szkodliwością, jaka wypływałaby stąd dla szerszych warstw społeczeństwa, dla którego, powtarzam, byłoby to katastrofą, powaga i godność całego naszego stanu lekarskiego zostałyby poważnie podkopane na liczne dziesiątki lat, wskutek czego zamożniejsze warstwy społeczeństwa byłyby zmuszone do szukania porady lekarskiej poza granicami kraju.

Dział sprawozdawczy.

22. H. R. Z powodu debatów w senacie francuskim nad nauczaniem medycyny we Francyi.

W przebiegu tych debatów dały się słyszeć z ust kompetentnych zarzuty, skierowane pod adresem wydziału lekarskiego, a mianowicie, że wydział ten dotychczas nie był

w stanie wykształcić dobrych lekarzy (*faire un bon médecin*). „Mamy wprawdzie doskonałych praktyków we Francyi, mówiono, ale ci wykształcili się poza szkołą (*en marge de l'Ecole*) przez internat i eksternat szpitali paryskich. Nawet anatomii lepiej uczyć w amfiteatrze szpitalnym, niż w szkole prakty-

czej". (*Ecole pratique*). Ten zarzut autor uważa za krzywdzący i niesłuszny. Nauczanie praktyczne anatomii, ugruntowane przez Farabeufa, funkcjonuje jak najlepiej. Nawet podczas wojny nie ustawała tu bardzo planowa i owocna praca, dzięki prof. Brachet'owi z Brukselli, który ofiarował swe usługi fakultetowi paryskiemu. Co do zarzutu, że wykształcenie zawodowe młodzieży zawdzięcza nie ciału profesorskiemu, tylko lekarzom szpitalnym (*corp médical des hôpitaux*), to i ten zarzut nie jest ścisły, mianowicie w czasach ostatnich, gdyż profesorowie wydziału lekarskiego biorą żywy udział w kształceniu praktykantów (*stagiaires*). Słuchacze pierwszego roku obowiązani są uczęszczać na klinikę propedeutyczną, która ułatwia im pierwsze kroki, niegdyś tak przykre w zawodzie lekarskim. W późniejszych okresach studyów w godzinach poobiednich słuchają kursów, urządzanych na klinikach specjalnych, gdzie w krótkim czasie przesuwa się przed ich oczami wielka liczba chorych, gdzie w krótkim czasie wtajemniczać się mogą w nowe metody badań i leczenia.

Od dwóch lat czynna jest ta organizacja i paryski fakultet lekarski może być dumny, że podczas wojny przy środkach ograniczonych wprowadził ten sposób nauczania, który wydał jak najlepsze owoce. Czy profesorowie kliniczni byłiby w stanie wziąć na siebie ciężar wykształcenia w s z y s t k i c h słuchaczy medycyny w Paryżu? Nikt tego nie utrzymuje. Dlatego wydział lekarski jest szczęśliwy, że może powierzać swoją młodzież wybitnym mistrzom ciała lekarskiego w szpitalach. Ci, którzy się tego podejmują, są mianowani „wykładającymi w klinikach dodatkowych” (*chargés de cours de clinique annexée*) i biorą udział w udzielaniu stopni (*collation des grades*), należą do jury w egzaminach klinicznych, narówni z innymi członkami fakultetu. Niezależnie od tego wydział lekarski paryski zainicjował na szeroką skalę nauczanie wolne (*enseignement libre*) przez lekarzy szpitalnych pod patronatem wydziału. Organizacja ta wejdzie w życie od listopada 1919 roku.

Czego we Francji brakuje w tej dziedzinie, to pewnej koordynacji wysiłków. Wzięty indywidualnie, każdy z wykładających przedstawia wielką wartość. Wszyscy cudzoziemcy oddają sprawiedliwość ciału wykładającemu, tak z grona profesorów, jak i lekarzy szpitalnych. Skarżą się tylko, że programy nie są dostatecznie określone (*bien fixes*), wykłady nie są należycie zgrupowane, a godziny tychże niedogodne. Wydział lekarski na przyszłość bierze na siebie uregulowanie tych spraw, ogłaszanie na afiszach i rozsyłanie odpowiednich broszur do wszystkich krajów zaprzyjaźnionych i neutralnych. W ten sposób lekarze szpitalni skorzystają z publikacji urzędowej, a wydział lekarski z uroku (*prestige*), jakim są otoczeni lekarze szpitali paryskich. Ustanie raz na zawsze rzekomy antagonizm, jaki, według niektórych, miał istnieć między wydziałem a szpitalami.

Niektórzy robią zarzut wydziałowi lekarskiemu, że za wiele czasu poświęca na wykłady teoretyczne. Jeden z mówców w senacie wyraził się, że „żaden słuchacz paryski, studyjający na seryo, nie uczęszcza na wykłady teoretyczne”. Przeczą temu fakty, gdyż często audytorya są tak przepelnione, że miejsca znaleźć nie można. Naturalnie, jeżeli profesor zadowala się powtarzaniem tego, co można znaleźć w pierwszym lepszym podręczniku, to wykłady takie są zbędne. Jeżeli słuchacze cisną się na wykłady teoretyczne, to tylko po to, ażeby tam usłyszeć rzeczy nowe, których nie znajdują gdzieindziej. Nauka postępuje tak szybko, że niema podręczników, któreby zawierały ścisły obraz wiedzy obecnej. Zadaniem wykładającego jest przypomnienie w krótkości tego, co jest klasyczne i podawanie wyników nowych, które nie znalazły jeszcze miejsca w rozprawach i podręcznikach. Ileby to potrzeba wieczorów a często i dni całych, ażeby przeczytać i krytycznie ocenić to, co się wyklada w ciągu jednej lekcji! W ciągu jednej godziny słuchacz usłyszy z ust człowieka kompetentnego, przyzwyczajonego do krytyki i badania naukowego, sprawozdania z prac najnowszych, których przeczytanie wymagałoby niemało trudu i czasu.

Wykłady teoretyczne są pożyteczne szczególnie gdy idzie o nauki doświadczalne. Anatomii można się jeszcze nauczyć na stole sekcyjnym, ale weźmy taką np. fizjologię—jedną z najważniejszych nauk dla przyszłego lekarza. Czyż może tu być wykład inny, jak teoretyczny, ilustrowany pewną liczbą doświadczeń. Kto utrzymuje inaczej, niema chyba pojęcia, ile wymaga pracy i czasu każde doświadczenie. Czy można wymagać od słuchaczy, ażeby od rana do nocy, w ciągu miesięcy i lat przepędzali czas w pracowni, ażeby przerobić na zwierzętach najważniejsze doświadczenia? Z konieczności trzeba uczyć tej nauki teoretycznie. W ciągu 5 minut przedstawia się doświadczenie, które wymaga kilku godzin a nawet kilku dni. Z pomiędzy pewnej liczby faktów wybiera się takie, które można odtworzyć przed oczami słuchaczy—nie są to często fakty najważniejsze, tylko takie, które się nadają do demonstracji dla licznego audytoryum. Tylko mała liczba studentów medycyny będzie się poświęcała naukom doświadczalnym. Dla znacznej większości sama technika doświadczalna mniejsze ma znaczenie, niż ostateczne wyniki. Wykład teoretyczny, ilustrowany przez pewną liczbę doświadczeń, obrazy zwyczajne lub kinematograficzne, rzucane na ekran—oto wszystko, czego można wymagać od nauczania medycyny doświadczalnej.

Może ktoś powiedzieć, że takie wykłady nie będą przyciągały cudzoziemców. Ci, powiada senator Goy, przyjeżdżają po to, aby się wtajemniczyć w metody badań naszych uczonych, żeby pracować w ich laboratoriach. Na to się można zgodzić zupełnie, ale dla tego rodzaju słuchaczy, a raczej pracowników istnieją wykłady specjalne, urządzone przez

wydział w różnych pracowniach i klinikach dla ograniczonej liczby słuchaczy. Trudno jest wymagać, ażeby wszyscy studenci brali w nich udział — byłoby to połączone z przemęczeniem i przedłużeniem studiów lekarskich.

W końcu autor porusza kwestyę przedłużenia studiów lekarskich, niedawno wprowadzonego we Francji (z 4 lat do 5) — powiększono wskutek tego liczbę wykładów i egzaminów. Senator Goy uważa, iż nie należy chcieć nauczyć wszystkiego, gdyż wtedy nauczanie jest powierzchowne. Uczniowi należy zostawić pewną swobodę poświęcenia tego dodatkowego roku piątego albo na studia medycyny ogólnej, albo na kształcenie się w specjalności (laryngologii, oftalmologii i t. d.). Zdanie to ma wielu zwolenników. Przy obecnym systemie słuchacze medycyny są istotnie bardzo przeciążeni. Cały czas od rana do południa zajmuje im szpital, od 1½ do 5-ej — pracownie, od 5-ej do 6-ej lub 7-ej — wykłady teoretyczne. Wieczorem zaledwie mają czas na uporządkowanie notatek i z trudnością mogą się przygotowywać do konkursów na eksternat i internat.

Pomimo tych krytyk, zresztą słusznych, nowy ten régime daje dotychczas dobre wyniki: odpowiedzi na egzaminach są lepsze, niż dawniej, studenci zdobywają wiele potrzebnych wiadomości, być może, w sposób nieco powierzchowny. Ten system okazał się dobrym dla tych, którzy się chcą poświęcić medycynie praktycznej, złym dla tych, którzy myślą o wyższej karierze naukowej — internacie, ordynaturze, docenturze (*agregation*) i t. d. gdyż system taki przeszkadza rozwijaniu się umysłu i krępuje pracę samodzielną. Liczne komisye, złożone nie tylko z profesorów ale wybitnych lekarzy-praktyków, przy układaniu tego systemu miały na widoku tę

okoliczność, że dyplom doktorski daje prawo na wykonawstwo lekarskie we wszystkich gałęziach medycyny, nakładając przez to obowiązek wystudowania całkowitego medycyny, wszystkich metod i wszelkich specjalności. Praktyka życiowa wykazała, że trzeba będzie ten nowy system nieco zmodyfikować. Już na rok przyszły mają być wprowadzone pewne zmiany — programy będą uproszczone, studenci mniej obciążeni pracą. Pozostaje jeszcze jedno wyjście: dla otrzymania stopnia doktorskiego możnaby wymagać mniejszej liczby świadectw specjalności (*certificats de spécialités*), poprzestając na 2-ch lub 3-ch, podobnie jak to ma miejsce na wydziale filozoficznym (*faculté des sciences*), gdzie trzy świadectwa dają tytuł licencyata (*licencié*).

Powyższe debaty w senacie francuskim świadczą, jak wielką wagę przywiązują tam czynniki miarodajne do nauczania wyższego. „Kraj każdy, powiada senator Goy, ma taką wartość, jaką ma wartość jego nauczanie wyższe, skierowane ku badaniom”. (*„Un pays ne vaut que vaut son enseignement supérieur tourné vers la recherche“*).

Ażeby zapewnić Francji hegemonię naukową, potrzeba wielkich wysiłków. Nie brak nam ludzi, powiada autor, brak nam środków do pracy. Minister zapewnia, że środki się znajdują.

„Spieszmy wydawać miliony, powiada senator Lintilhac, nieodzowne dla ekspansji naszego geniuszu narodowego, który więcej kochany i świetlany, niż kiedykolwiek powinien oblecieć cały świat cywilizowany na skrzydłach wspólnego zwycięstwa, którego jest duszą”¹⁾.

(*Fresse Méd.* 1919, № 28).

A. Puławski.

Wiadomości bieżące.

— Kol. Bronisław Sawicki mianowany został honorowym profesorem chirurgii Uniwersytetu Warszawskiego.

— Istniejące od 21 lat Towarzystwo opieki nad nieuleczalnymi chorymi w Warszawie utrzymywało przytułek, znajdujący się w Królikarni, przeznaczony dla chorych kobiet, cierpiących na nieuleczalnego raka narządów płciowych, jak również i inne nieuleczalne zewnętrzne choroby (50 łóżek, z tych ¾ były stale zajęte przez chorych ze szpitali miejskich). Przytułek ten dnia 20 czerwca r. b. został zamknięty wskutek braku środków na jego utrzymanie. Jak się okazuje ze sprawozdania T-wa za rok 1918, wszystkie fundusze, jakie posiadało T-wo, pomimo największych oszczędności, zostały wyczerpane w czasie wojny, więc T-wo, nie mogąc uzyskać środków na dalsze utrzymanie Przytułku w Królikarni zdecydowało swoją likwidację i zamknięcie zakładu w Królikarni. Szpitale War-

szawskie, a szczególnie oddziały ginekologiczne, które stale pomieszczały w tym zakładzie chore cierpiące na nieuleczalnego raka macicy, piersi i t. p. znalazły się w bardzo trudnym położeniu. Dokąd bowiem będzie można teraz kierować chore, które z różnych względów (cuchnące wydzieliny) nie mogą przebywać na oddziałach razem z innymi choremi? Wobec powyższego Towarzystwo zwróciło się z prośbą o pomoc do Wydziału Szpitalnictwa, aby mieć możliwość ponownego otwarcia przytułku w Królikarni, tak bardzo potrzebnego dla szpitali warszawskich. Właściwie mówiąc, nie

¹⁾ Hâtons nous de dépenser les millions nécessaires à l'expansion de notre génie national qui doit faire plus aimé ou plus rayonnant que jamais, le tour du monde civilisé sur les ailes de victoire commune, dont il fait l'âme.

chodzi tu o zapomogę, tylko o zwrot kosztów za leczenie chorych, przysyłanych ze szpitali miejskich według norm, przyjętych przez Magistrat (10 marek dziennie). Potrzeby tych chorych nie są o wiele mniejsze, niż innych chorych szpitalnych, gdyż i oni, oprócz żywienia, wymagają opatrunków, lekarstw (zwłaszcza narkotyków) i dozoru lekarskiego. Zapomoga, jaką w ostatnich czasach Magistrat udzielał (2000 marek rocznie), wydatków tych nie pokrywa. Trzeba mieć nadzieję, że Wydział Szpitalnictwa, wzgl. Magistrat nie pozwoli upaść tej pożytecznej instytucji chociażby z tego względu, że w razie przeciwnym cały ciężar opieki nad chorymi tej kategorii spadnie na szpitale miejskie i tak już obciążone nadmierną liczbą chorych nieuleczalnych lub nie kwalifikujących się do leczenia w szpitalach ogólnych.

— Dnia 1 lipca r. b. w Paryżu odbyło się inauguracyjne posiedzenie nowej instytucji, Szkoły hodowli dziecka (*L'école de puericulture*). Jest to fundacja francusko-amerykańska, mająca na celu wykształcenie pracowników na polu higieny dziecięcej w najobszerniejszym znaczeniu tego słowa. Posiadając całkowitą autonomię wewnętrzną, szkoła będzie się znajdowała pod kierunkiem naukowym wydziału lekarskiego, który zajmie się układaniem programu wykładów i dostarczaniem ciała profesorskiego. Szkoła obejmie wszystkie działy higieny dziecięcej, opieki nad matką, będzie tworzyła różne

instytucje, jak przytulki, przychodnie i t. d., w których w sposób pogładowy będzie można się kształcić w dziedzinie higieny dziecięcej. Dla zapewnienia trwałości tej instytucji zebrano milion franków — drugi milion ofiarowała Ameryka. Departament Sekwany wyznaczył na ten cel 50.000 fr. rocznej zapomogi.

— Wyszedł z druku 1 zeszyt Biuletynu centralnego komitetu pomocy dla dzieci, jako wydawnictwo Minist. Zdrowia Publicznego. Zeszyt ten zawiera: Słowo wstępne, z którego dowiadujemy się iż C. K. P. D. powstał w celu skoordynowania działalności społecznej z pomocą Rządu polskiego i Misji Amerykańskiej. W artykule p. Harry Dunna podano wiadomość o misji amerykańskiej w Belgii i Polsce. Dalej przedstawiono zarys działalności departamentu opieki nad dziećmi i młodzieżą Minist. Zdrowia Publicznego. W osobnej pracy mamy historię powstania Komitetu Centralnego wraz ze sprawozdaniem z dotychczasowej jego działalności, regulamin dla komitetów pomocy dla dzieci, dla delegatów okręgowych wraz z instrukcją i okólnikiem w sprawie norm. W końcu podano spis okręgów działalności C. K. P. D. Wydawnictwo ozdobione jest kilku portretami: Wilsona, p. Padarewskiej, Herberta Hoovera—dyrektora generalnego koalicyjnej misji ratunkowej, ministra Zdrowia Publ. Dr Janiszewskiego i grupy zbiorowej całego komitetu.

Do numeru niniejszego dołącza się Injectiones Triplex I, II, III mag. Jana Gessnera.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Dr Mściwój Semerau. (Warszawa). Znaczenie kliniczne migotania przedsionków.	386	karskich.	390
Odcinek. Władysław Janowski. (Warszawa). W sprawie niektórych uzupełnień potrzebnych na Polskich Wydziałach Le-		Dział sprawozdawczy. 22. H. R. Z powodu debatów w senacie francuskim nad nauczaniem medycyny we Francji.	393
		Wiadomości bieżące	395

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

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2} do 7-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 54, półrocznie Mk. 27; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 60, półrocznie M. 30. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej m. 2.25, na ostatniej M. 2, na stronach wewnętrznych okładki M. 1.75.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy. Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

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



Mag. Farm.

Jan Gessner

dawniej E. Gessner

Apteka i Laboratorium
Farmaceutyczno-Chemiczne.

Injectiones **TRIPLEX I, II, III** Gessner **ARSEN — FOSFÓR — STRYCHNINA.**

Potrzeba stosowania wstrzykiwań podskórnych arsenu, fosforu i strychniny dała impuls do poszukiwań coraz racjonalniejszych związków tych środków lekarskich, jak również i wygodniejszych w stosowaniu połączeń ich i dawkowań.

Wieloletnia w tym kierunku praktyka ma w dziale produkcji sterylizowanych iniekcji, oparta na spostrzeżeniach lekarzy praktyków i klinistów pozwoliła mi osiągnąć pożądany preparat, odpowiadający wyżej wymienionym warunkom. Takowym jest

Inj. TRIPLEX I, II, III Gessner

o składzie następującym:

	Nº I	Nº II	Nº III
Strychnini nitric. . . .	0,001	0,0015	0,002
Natr. Kakodylici	0,05	0,075	0,10
Natr. glycerinophosphoric. . . .	0,10	0,10	0,10

W celu uniknięcia pobocznych objawów, mogących powstać przy stosowaniu od razu wielkiej dawki, kurację należy rozpocząć od zastrzykiwania najslabszej w tym preparacie koncentracji roztworu tych środków t. j. od Nº I, stosując po jednej ampulce takowych przez 8 dni. Następnie można już przejść do następnej wyższej dawki Nº II. Po zastrzyknięciu znowu 8 ampulek w przeciągu następnych 8 dni można już zastosować całe 12 ampulek Nº III, t. j. najsilniejszego.

Ponieważ kończąc kurację na najwyższych dawkach, jakie znajdują się w numerze trzecim, można wywołać ujemną reakcję w organizmie, należy się cofnąć również stopniowo do wyjściowej najslabszej koncentracji, jaka się znajduje w numerze pierwszym. Do tego służą: pozostałe 4 ampulki z numeru drugiego, które zastrzykują się po użyciu 12 iniekcji z numeru trzeciego i następnie ostatnie 4 ampulki z numeru pierwszego. Na nich to zakańcza się kurs kuracji.

Niżej podany szemat uwydatnia to stopniowanie poglądowo:

Dzień kuracji:	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26
Po jednej ampulce z Nº	I-I-I-I-I-I-I-I-II-II-II-II-II-II-II-III-III-III-III-III-III-III-III
	27-28-29-30-31-32-33-34-35-36
	III-III-II-II-II-II-I-I-I-I-I

Cała kuracja odbywa się możliwie bezboleśnie, gdyż Injectiones TRIPLEX Gessner przy zastrzykiwaniu nie sprawiają bólu.



Użycie: Zastrzykiwanie stosuje się co dzień po jednej ampułce. W razie zaś wielkiej wrażliwości organizmu na ukłucie — co drugi dzień.

Injectiones TRIPLEX Gessner wpływa na podniesienie ciśnienia krwi, wzmacnia działanie ośrodków oddechowego i naczynioruchowego, pobudza system nerwowy, zwiększając przy tem łaknienie; przyspiesza procesy przemiany materji i potęguje działalność organów krwiotwórczych.

Zastosowanie: Działając przeto, jako silny odżywczy i wzmacniający środek Injectiones TRIPLEX Gessner są wskazane: przy anemii, blednicy, białaczce, niedomodze nerwowej, przy cierpieniach układu nerwowego, w stanach ogólnego wycieńczenia organizmu z powodu przepracowania, niedostatecznego odżywiania lub po przebytych chorobach.

W rezultacie kuracji Injectiones TRIPLEX Gessner otrzymuje się zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny, unormowanie ilości białych ciałek we krwi, przyrost wagi ciała, dobry sen i apetyt, jak i poprawę samopoczucia pacjenta wskutek wzmocnienia systemu nerwowego i całego organizmu.

Mag. Farm. Jan Gessner.

Dragées **TRIPLEX** Gessner

Dla osobników wrażliwych przy zastrzykiwaniu na ukłucia i z tego powodu nie mogących przejść kuracji iniekcjami „TRIPLEX I, II, III Gessner” — proponuję te środki stosować do wewnętrznego użytku. W tym celu przygotowałem z nich pigułki powleczone cukrem. Dla dogodniejszego użycia takowych, przy stopniowym zwiększaniu i zmniejszaniu dawek, każda pigułka zawiera połowę działających substancji, jakie znajdują się w ampułce numeru pierwszego „Inj. Triplex”. Pudełko zawiera 108 sztuk pigułek odpowiadających ilością i zawartością środków działających całemu cyklowi kuracji „Inj. TRIPLEX I, II, III Gessner”.

Tak, jak przy zastrzykiwaniach „TRIPLEX” i tutaj kurację rozpoczynamy od najmniejszej ilości tych środków t. j. od zażywania 2 pigułek dziennie (rano i wieczór po 1 pigułce) — przez 8 dni. Dalej przez drugie 8 dni używamy po 3 pigułki dziennie (rano w południe i wieczór po 1 pigułce. Następnie przez 12 dni po 4 sztuki (rano jedną, w południe dwie i wieczór jedną). Później przez 4 dni po 3 i na koniec przez ostatnie 4 dni po 2 pigułki. Zażywanie pigułek skutecznia się w czasie jedzenia.

Mag. Farm. Jan Gessner.

Dragées **TRIPLEX** Gessner cum FERRO.

Dla osób, którym jest wskazane również i żelazo, proponuję stosowanie „Dragées TRIPLEX Gessner cum Ferro”, zawierające oprócz wyżej wymienionych składników (arsenu, fosforu i strychniny) — żelazo organicznie związane z kwasem kakodylowym.

Ilość pigułek i substancji działających w takowych, jak i cykl kuracji jest ten sam, jak i przy „Dragées TRIPLEX Gessner”.

Mag. Farm. Jan Gessner.



Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL'A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbama
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 R o m a n a J a s i ń s k i e g o.

Cena m. 7.50.

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

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

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

Do nabycia w Administracyi Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie zniżonej nabywać można tylko w Administracyi.

Dr Reichstein

ordynuje w CIECHOCINKU, willa „ADAMA”.

KRYNICAPensjonat Dra ZARZYCKIEGO
otwarty.

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

„MOTO FER“

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

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

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

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.**Zimnica i komary malaryczne u nas**

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N.

Lekarz szpitala, Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

C e n a m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.**Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,
ponownie przez autorów opracowane.**Cena m. 12.50, z przesyłką m. 13.75.**Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio
w Administracji, cena niższa na **m. 10.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.