

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISAŁ

D-r JAN SĘDZIAK

(Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na konkursie międzynarodowym Amerykańskiego Towarzystwa laryngologicznego w r. 1905).

(*Dalszy ciąg*).

Stosownie do powszechnie obecnie przyjętego poglądu (B. Fraenkel, Bagiński, Gottstein, Beverley Robinson, Krieg, Grosskopf) — pod nazwą przewlekły nieżyt nosa zanikowy, którą to sprawę chorobową dzielić będą na: rhinitis chr. atrophicans simplex et foetida s. ozaena, uważając je za jedną i tą samą sprawę chorobową, rozumieć będą przewlekły nieżyt nosa, nie mający charakteru wrzodziejącego, niszczącego, a który może się rozszerzać na gardziel i krtań; różni on się od zwykłego przewlekłego nieżyty nosa mniejszą, lub większą ilością gęstej, szybko zasychającej, wydzieliny, mającej skłonność do tworzenia strupów — znamiennych przez swój silny, specyficzny, w wysokim stopniu nieprzyjemny, za-

pach (w przypadkach ozeny), jakoteż zanik błony śluzowej, oraz kości nosa.

Nieżyt nosa zanikowy należy do niezwykle częstych postaci przewlekłego nieżytu nosa, przynajmniej w mojej praktyce (prywatnej, jakoteż poliklinicznej) na ogólną cyfrę około 20,000 chorych spostrzegalem to cierpienie 1142 razy, tj. więcej, aniżeli $5\frac{1}{2}\%$ (Jurasz 215 przyp. na ogólną cyfrę 4000 chorych poliklinicznych, co stanowi około 5%).

Z powyższej cyfry 1142—782 było przypadków rhinitidis atrophicantis simplicis i 360 foetidae tj. ozaenae, co stanowi stosunek, więcej, niż 2 : 1.

Krieg ze Stuttgartu przeciwnie utrzymuje, że o wiele częściej spotykamy rhinitis atrophicans foetida, co naturalnie należy położyć na karb pewnych, miejscowych właściwości w Niemczech, gdyż i Jurasz z Heidelbergu spostrzegał o wiele częściej ozaenam, aniżeli rhinitis atrophicans simplex (170:45 tj. prawie 4 razy więcej). Że w biednej tj. ambulatoryjnej praktyce spotykamy się częściej z tem cierpieniem, zwłaszcza z odmianą „ozaena,” dowodzą moje cyfry: mniej więcej na 10000 chorych, zarówno w praktyce prywatnej, jakoteż lecznicowej, w tej ostatniej spostrzegalem 642, gdy w prywatnej tylko 500, tj. $6,5\%$ i 5%.

Co się tyczy stosunku zanikowego nieżytu nosa do przewlekłego, zwykłego, oraz przerostowego, to cyfry moje przedstawiają się w sposób następujący: na ogólną cyfrę 1616 przypadków rhinitidis chronicae było 1142 przyp. rhinitidis atrophicantis, a 1048 rhinitidis hypertrophicae tj. prawie jednakowo.

Cyfry Jurasza nieco się różnią od powyższych: na 200 przypadków przewlekłego nieżytu nosa, autor ten spostrzegał w 215 przyp. odmianę zanikową, oraz w 400 tj. prawie dwa razy więcej przerostową.

W ogóle uderzającym jest, że Jurasz przeważnie spotykał przerostową postać przewlekłego nieżytu nosa, gdy ja najrzadziej. Wszystko to prawdopodobnie zależy od miejscowych

warunków (różnorodne miejscowości, z których pochodzą spostrzeżenia).

Co się tyczy płci chorych, dotkniętych zanikowym nieżytem nosa, to wszyscy autorowie zgadzają się na jedno, mianowicie, że cierpienie to występuje o wiele częściej u kobiet, aniżeli mężczyzn (Hamilton, Bresgen, Grosskopf).

Według Schaeffer'a zdarzać się to ma $1\frac{1}{2}$ raza, według Michel'a 2 razy częściej. Gerber podaje stosunek u kobiet 71%. Jeszcze większą odsetkę podaje Krieg (94:44) i Höffler, oraz Wyss (4:1). Voltolini nawet utrzymuje, że cierpienie to jest patognomiczne dla kobiet, co jednak nie wytrzymuje krytyki.

Moje cyfry różnią się zasadniczo od powyższych, jakkolwiek bowiem spostrzegalem to cierpienie częściej u kobiet, aniżeli mężczyzn, to jednakże różnica ta nie jest tak uderzająca—mianowicie na 574 przypadków u kobiet—568 u mężczyzn, a więc mało co częściej u pierwszych.

Jeden tylko Schmiegelow z Kopenhagi podaje analogiczne do pewnego stopnia z mojami cyfry, tj. równie często u mężczyzn, jak i kobiet.

W każdym razie te znaczne różnice w cyfrach odnośnie do płci chorych, dotkniętych sprawą zanikową w nosie, muszą zależeć od miejscowych, nieznanych bliżej, warunków.

Na ogólną cyfrę 574 kobiet w mojej statystyce było 330 zamężnych, 204 niezamężnych, wreszcie 40 wdów, co przemawiałoby za tem, że mężatki szczególnie są usposobione do tego rodzaju cierpienia, co prawdopodobnie znajduje się w związku z cierpieniami narządów płciowych—tak częstych u zamężnych.

Uderzającym jest, przynajmniej w moich spostrzeżeniach, że zanikowy nieżyt nosa — zwłaszcza jego odmiana „ozaena“ niezwykle często występuje u żydów (na ogólną cyfrę 1142 przyp. — 232 razy, tj. około $\frac{1}{5}$ wszystkich przypadków), co dowodziłoby, że mają oni specjalne usposobienie do tego

rodzaju cierpienia, a co znowu jest w związku z wysoce niehygienicznymi warunkami, w jakich rasa ta żyje.

Odnosnie do tego ciekawego faktu nie znajduję nigdzie wzmianki u autorów, specjalnie zajmujących się tą kwestyą.

A jednak zasługuje to na specjalną uwagę.

Co się tyczy *wieku* chorych, dotkniętych nieżytem zanikowym nosa — cyfry w mojej statystyce przedstawiają się w sposób następujący:

poniżej 5 lat	spozrzegałem 6 chorych,
między 5 i 10 rokiem życia	— 58 chorych,
„ 10 — 20	„ „ 272 „
„ 20 — 30	„ „ 314 „
„ 30 — 40	„ „ 230 „
„ 40 — 50	„ „ 134 „
„ 50 — 60	„ „ 78 „
„ 60 — 70	„ „ 38 „
„ 70 — 80	„ „ 12 „

Razem 1142

Z powyższej statystyki widać, że cierpienie to (rhinitis chr. atrophicans simplex et foetida s. ozaena) po większej części występuje w okresie dojrzałości płciowej, tj. między 20 a 30 rokiem (314 przyp.), oraz między 10—20 (272 przyp.).

Fakt ten potwierdza Jurasz, który spozrzegał te same stosunki z tą różnicą, że częściej między 10 — 20 rokiem, rzadziej zaś nieco między 20—30 rokiem życia.

Autor słusznie czyni to zależnem od różnorodnych zaburzeń, jakie zwykle w tym okresie występują—zwłaszcza gra tu wielką rolę błędnic a u dziewcząt.

Najmłodszy z moich chorych miał 9 miesięcy, co dowodziłoby, że cierpienie to może być dziedzicznem (Valentin i Kayser przyjmują tylko ten rodzaj pochodzenia nieżytu zanikowego nosa, z którym to jednak poglądem nie zgadza się Schmiegelow, który spozrzegał 2 przypadki ozeny z początkiem tej sprawy dopiero w 34 i 28 latach życia).

Roe spostrzegał cierpienie to zawsze u dzieci, zaś Rivière w 10%.

W każdym razie statystyka moja dowodzi, że żaden wiek nie jest wolny od tego cierpienia, nawet najbardziej posunięty (między 70 a 80 było 12 przyp. rhinitidis atroph.).

Oдноśnie do *zajęcia* chorych cierpiących na nieżyt przewlekły zanikowy nosa to słusznie Krieg, jakoteż Grosskopf utrzymują, że cierpienie to zdarzać się może zarówno w bogatej, jakoteż i biednej klasie—nie ulega jednak wątpliwości, że w tej ostatniej o wiele częściej, wbrew twierdzeniu Voltolini'ego.

Przedewszystkiem co się tyczy kobiet, to nieżyt zanikowy nosa po większej części występuje u uczennic (52 przypadki w mojej statystyce), oraz służących (32), jakoteż nauczycielek (16) i szwaczek (12).

Krieg również przeważnie spostrzegał ozenę u córek stróży, służących, uczennic, oraz szwaczek, rzadziej u praczek, baletniczek, telefonistek itp.

U mężczyzn cyfry moje odnośnie do *zajęcia* przedstawiają się jak następuje:

Kupców było 70, uczniów 68, rolników resp. obywateli 66, urzędników 56, księży 34, studentów 28, oficerów 24, lekarzy 22, nauczycieli 20, buchalterów 12, subjektów 12, administratorów 10, aptekarzy 10, ślusarzy 10, emerytów 8, cukierników 6, inżynierów 6, fabrykantów 6, adwokatów 6, szewców 6, garbarzy 5, węglarzy 4, kapeluszników 4, rejentów 4, mechaników 3, techników 4, introligatorów 4, dyrektorów 4, stolarzy 4, rzeźników 4, literatów 4, mularzy 4, piwowarów 2, zegarmistrzów 2, malarzy 2, policyantów 2, kasyerów 2, muzyków 2, ogrodników 2, rysowników 2, telegrafistów 2, piekarzy 2, dorożkarzy 2, leśników 2, maszynistów 2, żołnierzy 2, sędziów 2, robotników 2, geometrów 2, restauratorów 2, dozorców 2 i krawców 2—razem 568.

(c. d. n.)

II. Przymiot pozapłciowy

PODAŁ

D-r WALERY GIEDGOWD

lekarz fabryczny w Józówce.

(*Ciąg dalszy*).

Spotykamy jednak często objawy zakażenia przymiotowego, nie poprzedzone stwardnieniem pierwotnym, a mianowicie wówczas, gdy tego stwardnienia należałoby oczekiwać w jamie ustnej lub też w paszczy. Niekiedy ono, pomimo swej obecności, nie jest dostrzegalne, ani dla chorego ani dla lekarza. Podług Fournier'a objaw pierwotny w nosie (*chancre erosif*) nieraz bywa przeoczony z powodu braku bolesności.

Gracjanowski rzadkie występowanie objawów pierwotnych w jamie ustnej tłumaczy tem, że niektóre nadżarcia pierwotne znikają tam po 6—10 dniach. Barthélemy wskazuje na możliwość wtargnięcia zarazka bezpośrednio do krwi; w przypadkach takich objawy pierwotne nie rozwijają się wcale. Przypadków przymiotu bez objawów pierwotnych, w których zarazek przedostał się do organizmu zapewne przez jamę ustną lub też paszczę, obserwowałem 39.

1) Chłopczyk, 6 lat, gruczolki podżuchwowe wielkości śliwki, *roseola cutis*.

2) Dziewczynka, lat 3, gruczolki podżuchwowe wielkości śliwki, *condylomata circa anum*.

3) Dziewczynka, lat 6, gruczolki podżuchwowe znacznie powiększone; *roseola*. Ojciec choruje na przymiot, nabyty poza domem.

4) Chłopiec, lat 17. Gruczolki podżuchwowe obrzmiałe w znacznym stopniu. Brat—dotknięty przymiotem.

Ażeby nie nużyć czytelników wyliczaniem wszystkich

przypadków, wspomnę ogólnie tylko o pozostałych 35 przypadkach. Otóż z tej liczby dzieci obserwowałem 25, dorosłych zaś—10-ciu. U wszystkich gruczolki podżuchwowe były obrzmiałe znacznie więcej niż inne; oprócz tego u wszystkich skonstatowałem swoiste objawy skórne. W 21 przypadkach ktoś z rodziny chorował na przymiot, w pozostałych zaś 14—rodzina była zdrowa, albo też informacyi co do stanu zdrowia nie można było otrzymać. We wszystkich niemal 39 przypadkach przebieg przymiotu był dosyć łagodny.

Stwardnienia pierwotne krtani. W literaturze znalazłem tylko jeden taki przypadek. Sarremone¹⁾ obserwował u pracownika kolejowego, lat 45, pierwotny przymiotowy proces w krtani. Owrzodzenie znajdowało się na prawej fałdzie nalewkowo-nagłośniowej i posunęło się ztąd nieco nazewnątrz i naprzód ku podstawie języka. Wyjaśnić źródło zakażenia autorowi nie udało się. Chory cierpienie swe przypisywał temu, że całował kobietę, u której, jak się dowiedział później, były plaques muqueuses w jamie ustnej.

Stwardnienia pierwotne szyi spotyka się dosyć rzadko. Obserwowałem je pomiędzy innymi na miejscu postawionych baniek (Poletajew²⁾, Czystiakow³⁾). Czystiakow w miejscu dotkniętem pryszczycą skóry widział owrzodzenie okrągłe, średnicy 5 ctm. i otoczone twardym, chrzęstnej konsystencyi, wálkiem.

Stwardnienia pierwotne ramienia i przedramienia występują często wskutek zaszczepienia ospy limfą z pęcherzyka ospowego, pochodzącą nawet od dzieci napozór zupełnie zdrowych dalej występują w następstwie ukąszeń w bójce (Ashner⁴⁾ przy tatuowaniu (Hervieut⁵⁾, Zieleniew⁶⁾), Zechmei-

1) Sarremone. Revue hebdomadaire de laryngologie. 1899, Mai 6.

2) Poletajew. Wraczk. 1889, XL, 373.

3) Czystiakow. Wraczk. 1889, V, 133.

4) Ashner. Ungarische medicinische Presse. 1897, Oct. 3.

5) Hervieut. Le bulletin médical. 1889, August 7.

6) Zieleniew. Wraczk. 1890, XXXII, 735.

ster¹⁾; w przypadku Maffet'a²⁾ zarazili się ci, którym dokonywający tatuowania zmywał własną śliną krew, powstającą w miejscach ukłuć. Na przedramieniu stwardnienie pierwotne wystąpiło również z powodu trzymania na ręce dziecka z objawami papulae ad anum (Neumann³⁾). Zannotować jeszcze winniśmy przypadek stwardnienia pierwotnego na przedramieniu u chorego, który, po oparzeniu przedramienia, miał stosunek z syfilyczką (Saaleld⁴⁾.

Stwardnienia pierwotne rąk (pięści) są zwykle koloru miedziano-brunatnego i chrzęstnej konsystencji. Obserwowano je na tylnej stronie ręki (Eckstein⁵⁾), na zewnętrznym jej brzegu (Krefting⁶⁾), w okolicy 5-ej kości śródreżca (metacarpus) u akuszerki; dalej — widziano na dłoni u sanitaryusza, który rozcierał grzbiet choremu (Burcew⁷⁾). Biedermann swój przypadek opisuje w sposób następujący: brunatno-czerwony stwardniały guz obok obrzmienia gruczołów łokciowych i pachowych. Z początku rozpoznawano scrophuloderma.

Stwardnienia pierwotne palców rąk (8—16) — uprzywilejowane miejsce zarażenia lekarzy, felczerów i akuszerek, w szczególności na wskaźcielnach i średnich palcach. Zakażenie występowało podczas rozmaitych rękoczynów przy pacjentach, dotkniętych przymiotem: przy rozcieraniu grzbietu zarażonemu

¹⁾ Zechmeister. Monatsschr. f. prakt. Derm. 1901, März.

²⁾ Maffet. Deutsche Medic. Zeit. 1888, Juni 8.

³⁾ Neumann. Deutsche med. Woch. 1902, XV, 266.

⁴⁾ Saaleld. Deutsche med. Woch. 1902, Ver. Beil. X, 74.

⁵⁾ Eckstein. Berlin. klin. Woch. 1900, XLVI, 1039.

⁶⁾ Krefting. Arch. f. Derm. u. Syph. Januar, 1894.

⁷⁾ Burcew. Wracz. 1889, XL, 887.

⁸⁾ Lesser. Berlin. Woch. 1900, XXVIII.

⁹⁾ Samuel Rom. Intern. klin. Rundsch. 1891, Febr. 22.

¹⁰⁾ Grzybowski. Wracz. 1890, IX, 218.

¹¹⁾ Krefting. Arch. f. Derm. u. Syph. Januar, 1894.

¹²⁾ Czysliakow. Wracz. 1895, V, 141.

¹³⁾ Derville. Lyon médicale. 1899, Febr. 19.

¹⁴⁾ Tomaszewski. Wracz. 1890, XX, 468.

¹⁵⁾ Burcew. Wracz. 1889, XL, 887.

¹⁶⁾ Zydłowicz. Przegląd Lekarski, 1900, N-r 50.

palaczowi (Burcew ¹⁵), przy badaniu położnic; dalej — przy operacjach akuszerskich, przyczem, jak wykazuje przypadek Tomaszewskiego ¹⁴), największe nawet środki ostrożności nie zdołały zabezpieczyć operatora od zakażenia. Otóż, lekarz zmuszony był wykonać obrót u położnicy, dotkniętej lepieżami na wargach sromnych. Podczas operacji narządy rodne zwilżone były karbolem, ręce operatora wysmarowane zostały oliwą karbolową, a po operacji umyte były jaknajskrupulatniej. Mimo te wszystkie środki ostrożności po 3 tygodniach wystąpiły u tego operatora stwardnienia na obu wskazicielach. Podczas sekcji lekarze zarażali się od trupów syfilityków (Lang ¹), Pratsch ²).

Stwardnienia palców występowały prócz tego wskutek ukąszeń w bójce (Peterson ³), od uderzenia syfilityka w zęby (Wond ⁴), od obmacywania lubieżnego części rodnych kobiety (Sperański), u starej babuni wskutek wyjmowania śluzu z ust wnukowi (Kopliński ⁵). U dzieci wystąpić mogą od całowania im rąk przez obcych (Ielcina ⁶).

Ja obserwowałem 2 przypadki pierwotnego stwardnienia palców wyłącznie wśród personelu lekarskiego.

1) Felczer, lat 30. W 1897 r. zadrasnął wskaziciel igłą Pravatz'a podczas dokonywania syfilitykowi zastrzyknięcia podskórnego. W 3 tygodnie potem na końcu palca wystąpiło brunatne, okrągłe, twarde owrzodzenie, wielkości grochu, okrążone wązką czerwoną obwódką zapalnej skóry i wydzielające z pod strupa nieco płynu. Gruczolki pachowe obrzmiały; wreszcie po miesiącu wystąpiły objawy wtórne. (d. c. n.).

1) Lang. Berlin. klin. Woch. 1900, XXV, 40.

2) Pratsch. Dermat. Centralblatt. 1900, Oct. 1.

3) Peterson. Wracz. 1889, XLIV, 980.

4) Wond. Le bulletin médical. 1888, Avril 8.

5) Kopliński. The Lancet. 1899, Dec. 9.

6) Ielcina. Wracz. 1889, V, 155.

III. ODCINEK.

ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(*Ciąg dalszy*).

Janikowice; szpital wystawiła Jakubowska Anna († 1638), żona Ligezy, podskarbiego koronnego.

Janiszki (daw. pow. szawelski); w r. 1623 Zygmunt III nadał szpitalowi włókę roli i po 120 zł. rocznie z ekonomii szawelskiej na utrzymanie 12 ubogich.

Janów (ziemia lwowska); szpital dla ubogich z funduszem 4000 złp. założył tu w r. 1789 Wojciech Rozejowski, pleban miejscowy.

Jaraczewo (mtko, dekan. koźmiński); w r. 1684 pozostał tylko plac pusty, na którym stał niegdyś szpital.

Jarocin; szpital założony w r. 1434; w r. 1610 wystawiony nowy; uposażenie miał w roli, sumach i wiatraku.

Jaśliska (pow. sanocki); szpital wystawił i uposażył Maciej Pstrokoński, biskup kujawski.

Jasło (wojew. krakowskie); w r. 1502 Marcin, wikary miejscowy, oddał dom swój pod szpital (*Zapis. 33*).

Jazłowiec (wojew. podol.); szpital dla dwóch mężczyzn miał dwie izby z komorą.

Jeziorsko (pow. łowicki); szpital przy kościele istniał już w XVI w.

Jezno (pow. trocki); w r. 1645 przeznaczony na utrzymanie ubogich w szpitalu 5000 złp. Krzysztof Pac, kanclerz litewski.

Johaniszkiele (pow. upicki); szpital stary drewniany groził ruiną, w roku więc 1821 zaczęto budować nowy.

Jutrosin (mtko, dekan. krobski); w r. 1667 był tu szpital drewniany; utrzymywał ośmiu ubogich, był pod zarządem magistratu.

Kalisz; szpital pod wezwaniem św. Ducha fundował Przemysław II w r. 1283 i zarząd nad nim oddał kanonikom de Saxia, Duchniakami u nas zwanym. — Kościół św. Trójcy ze szpitalem ufundowali w końcu XVI w. mieszczanie kalisy dla podupadłych współobywateli swoich (*Zapis. 35*).

Kamieniec Pod. Ormianie własnym kosztem szpital tu wymurowali, a król Zygmunt III w r. 1614 nakazał, aby każdy ormianin, prowadzący handel, za wyjazdem lub powrotem z Tureczyny płacił po 3 gr. od konia, rzeźnicy ormiańscy po 2 gr. od większej sztuki, a po 1 gr. od mniejszej, wreszcie, aby od każdej fury drew, przez Ruską bramę wiezionej, dawano po polanie na fundusz szpitala. — Szpital św. Łazarza dla chorych i okaleczonych żołnierzy z załogi miejscowej przeznaczony, miał bogate uposażenie; po roku 1700 szybko szedł do upadku. — Przytulisko przy kościele św. Katarzyny w r. 1741 składało się z 4 izb, po 2 łóżka w każdej (dla 4 mężczyzn i 4 kobiet). — Panny Dominikanki utrzymywały stale po 7 z rodzin szlacheckich rezydentek ubogich, dotkniętych kalectwem, chorobą nieuleczalną lub wiekiem zgębnionych.

Kamieniec Lit. Na fundusz szpitala złożyły się zapisy: króla Zygmunta I z r. 1543, przeznaczający 100 złp. rocznie z dóbr Raśny, Koźuchowskiego z r. 1638, Puzynów z r. 1727 i Piotrowickich z r. 1737.

Kamionna (mtko, dek. lwowecki); o szpitalu mówi wizyta Libowicza z r. 1725: „Szpital w Kamionnie nie ma żadnego funduszu prócz trzech małych ogródków, leżących ku lasowi, zwanemu Modla.“

Kaszczor (wieś, dek. wschowski); szpital wystawił Jan Grochowski, rolę mu darował Krzysztof Karśnicki, opat przemęcki. W r. 1610 miał szpital ósmiu ubogich. W r. 1685 na miejsce zrujnowanego skutkiem starości był postawiony nowy budynek szpitalny.

Kazuń (wieś, dekan. błoński); w końcu XVI w. kupił tu płac i wystawił na nim szpital ks. Maciej Czerwinus.

Kąkolewo (wieś, dek. śmigieński); szpital o jednej izbie ogrzewanej miał z zapisu Stanisława Kąkolewskiego z r. 1628 rolę, ogród i co tydzień miarę mąki żytniej z wiatraka miejscowego.

Kcynia (pow. szubiński); akt erekcyi kaplicy św. Barbary i szpitala, wydany przez arcybiskupa Jana Wężyka, nosi datę 15 stycznia 1637 r.

Kęty (m., powiat bialski); ma szpital na 24 ubogich od niepamiętnych czasów.

Kiejdany (Żmujdź); Bogusław Radziwiłł wydał ordynacyą

dla miasta, w której—obok innych zarządzeń—nakazał oczyszczanie ulic co sobota pod karą 6 groszy lit. na szpital.

Kielce; przy kościele św. Trójcy w r. 1725 wybudował Szaniawski szpital dla 12 ubogich.

Kisielin (pow. włodzimierski); Maryanna Gołuchowska, *secundo voto* Grotuzowa, kasztelanowa żmujdzka, zapisała w r. 1691 na szpital 12000 zł. Testament jej „nie wziął żadnego skutku“ i szpitala nie wybudowano.

Kleck (pow. nowogródzki); szpital założył Wojciech Radziwiłł, marszałek W. L. († 1593).

Klecko (pow. gnieźnieński); kościół ze szpitalem św. Ducha istniał już w pierwszej połowie XV w.

Kleczew (wojew. kaliskie); tutejszy szpital miejski miał w XVII w. dostatnie uposażenie.

Klembowo (z. nurska); szpital fundowany w roku 1705 (*Zapis. 36*).

Klewań (pow. rowieński); szpital fundacji ks. Czartoryskich miał fundusze z zapisów: proboszcza klewańskiego ks. Misiukiewicza 300 zł. z roku 1631, Marcina Kościńskiego 2500 zł. z r. 1667, ks. Kazimierza Wesołowskiego 100 zł. z r. 1680, Michała Bieniowskiego 150 zł. z r. 1729.

Klimontów (wojew. sandomierskie); szpital założył tu w połowie XVII w. Jerzy Ossoliński, kanclerz koronny i na utrzymanie ubogich przeznaczył dochód z pieczęci mniejszej.

Kłębów (mtko, wojew. poznańskie); szpital drewniany o jednej wielkiej izbie ogrzewanej i czterech komorach miał w początkach XVIII w. ośmiu ubogich.

Kłoda (wieś, dek. krobowski); przy kościele filialnym w Kłodzie znajdował się szpital na 24 ubogich; miał rolę, łąki, wiatrak i sumy pewne—wszystko z łaski dziedziców Rydzyny. Łukasz Rydzyński (r. 1610) dawał nadto każdemu ubogiemu w szpitalu po groszu jałmużny codziennie, a co sobotę i niedzielę po bułce chleba wartości pięciu groszy.—Szpital ten w środku XVII w. spłonął w pożarze miasta; wybudowano nowy, który się składał z obszernej wspólnej izby i siedmiu izdebek; uposażenie miał bardzo dostatnie.

Knyszyn (pow. białostocki); szpital miał główne uposażenie w roli, w kawałkach, w różnych czasach przez mieszczan legowanej.

Kobryń; w r. 1519 był już tu szpital przy kościele św. Hieronima.

Kobylin (miasto, wojew. kaliskie); kościół i szpital fundacyi z r. 1434 dziedziców miejscowych Wincentego, Andrzeja i Mikołaja braci Kobylińskich.

Kock; w Konstytucyi z r. 1791 czytamy „.....Niemniej W. Xiężnie Annie Jabłonowskiej, Woiewodzinie Braclawskiej Panny Miłosierne w Dobrach Jey dziedzicznych Kocku y Siemiatyczach fundować dozwalamy.”

Kolbiel (mtko, dekan. garwoliński); w roku 1639 Andrzej Szołdrski, biskup poznański, uposaża szpital dziesięcinami, należącemi do stołu biskupów poznańskich, z dóbr Nowej Grabianki czyli Góry, Borkowa i Pogorzeli.

Kolno; w r. 1639 grunt na fundacyę szpitala zwolniony od podatków.

Kołaczkowice (wieś, dekan. krobki); wizyta Wolskiego z r. 1667 tak opisuje szpital tutejszy: „W tej samej wsi Kołaczkowice znajduje się szpital, w nim żyją dwaj mężczyźni i dwie kobiety. Szpital posiada rolę, na trzy pola podzieloną, trzy krowy, jałowicę jedną, ogród i łąki pod rolę.” (d. c. n.).

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Choroby wewnętrzne i dzieci.

58. G. Soberheim i E. Tomaszewski. **Spirochaete pallida.** (Münch. Med. Woch. Nr. 39. 1905).

Od czasu, jak Schaudinn i Hoffman ogłosili o stałym znajdowaniu się w wytworach i wydzielinach przymiotowych swoistych drobnoustrojów (spirochaete), wielu bardzo badaczy zwróciło swe poszukiwania w tym samym kierunku. Autorzy przeprowadzili również cały szereg bakteryologicznych badań i wyniki swe podają obecnie do wiadomości ogółu.

Na wstępie opisują metody swych badań: materiał, przeznaczony do badań był zawsze świeżym, poddawano go badaniu drobnowidzowemu w 1 — 2 godzin po zebraniu.

Początkowo wycinali autorowie chore części (stwardnienie pierwotne, papulae i t. d.) i zwykle znajdowali spirochety, acz w nieznacznej liczbie; ponieważ jednakże z biegiem czasu

przekonano się, że w powierzchownych częściach tkanek chorobowo-zmienionych znajduje się większa ilość drobnoustrojów, więc w następnych badaniach zeszkrobywano jedynie szpatlem platynowym z wykwitów przymiotowych materyał do badań.

Autorzy badali preparaty bądź niebarwione w kropli wiszącej, bądź też barwione metodą Giemsa; barwili jednak preparaty dłużej, aniżeli przepis nakazuje $1\frac{1}{2}$ — 2 godzin. Barwienie preparatów mocnymi barwnikami: fuksyną karbolową, karbol — gentiana — violetem nie daje dobrych wyników, szczególnie, gdy chodzi o różniczkowanie spirochetów.

Materyał swój kliniczny podzielili autorowie na 3 grupy: przypadki pierwotnego i wtórnego przymiotu (50 spostrzeżeń), przypadki trzeciorzędnego okresu (8 spostrzeżeń), wreszcie doświadczenia kontrolujące: wrzód miękki weneryczny, condylomata acuminata, carcinoma recti, cervicis i. t. d. (28).

We wszystkich przypadkach pierwszej grupy znaleziono spirochety, natomiast badanie wytworów trzeciorzędnego okresu dało wynik ujemny, również w żadnym z przypadków trzeciej grupy owych drobnoustrojów nie spotkano.

Co do własności morfologicznych *spirochaete pallida*, to autorowie w zupełności potwierdzają obraz, podany przez Schaudinn'a i Hoffman'a. *Spirochaete pallida* przedstawia się w kropli wiszącej, jako twór nadzwyczaj delikatny, który dopiero po wyteżeniu wzroku uwagę swą zwraca. Postać, jak już sama nazwa wskazuje jest spiralną, łuki są bardzo równomierne, liczba ich waha się od 6 — 30. Obok bardzo krótkich spotykamy i bardzo długie w jednym i tym samym preparacie. Średnica łuków stopniowo zmniejsza się ku końcom spirochety, wskutek czego cały drobnoustrój cienieje ku końcom. Ruchów samoistnych *spirochaete pallida* nie wykonywa, zauważono jednakże pewne drżenie, co od ruchu cząsteczkowego zależeć może.

Wyniki badania drobnowidzowego odpowiadają w zupełności danym klinicznym. Wiadomo powszechnie, że przymiot przenosi się prawie wyłącznie przez wytwory pierwotne, i lepiej płaskie, w których to wykwitach znaleziono owe spirochety. Podkreślał autorowie ten fakt, że we wszystkich tych przypadkach, które nosiły cechy zakaźnej, wczesnej postaci przymiotu znaleziono bez wyjątku spirochety, nawet wtedy, gdy objawy te występowały w wiele lat po zarażeniu. Natomiast nieudało się nigdy wykryć wspomnianych

drobnoustrojów w tak zw. późnych okresach przymiotu, nawet wtedy, gdy występowały one względnie wcześniej. Odpowiada to w zupełności staremu, znanemu spostrzeżeniu, że owe produkty przymiotu są niezaraźliwe.

Nie otrzymano dotąd czystych hodowli owych drobnoustrojów, wobec czego na tej drodze nie można jeszcze wypowiedzieć się o etyologicznem ich znaczeniu dla przymiotu; autorowie utrzymują jednakże, że na podstawie swych badań i spostrzeżeń mają prawo uważać *Spirochaeta pallida* jako przyczynę przymiotu i przypisują mu wybitne znaczenie rozpoznawcze.

H. Kucharzewski.

59. Kutscher. **Kilka nowych pytań w kwestyi epidemiologii tyfusu brzuszego.** (Berliner klin. Wochenschr. N-r 52, 1905).

Najnowsze badania coraz jaśniej pokazują, że człowiek zakażony jest nigdy nie wysychającym źródłem wszystkich nowych zakażeń. Bardzo ważne znaczenie ma fakt, że istnieją tak zwani przewlekli nosiciele drobnoustrojów, to jest ludzie, którzy są zupełnie zdrowymi, a pomimo to wydzielają w swoim kale drobnoustroje tyfusowe, często pod postacią czystej hodowli. Takie wydzieliny mogą być w przeciągu lat kilku, nawet kilkunastu. Środka leczniczego, któryby takich ludzi na zawsze uwolnił od tych drobnoustrojów, jeszcze nie wynaleziono.

Zdaje się, że przechowują się te drobnoustroje w organizmie, w pęcherzyku żółciowym. Między nosicielami drobnoustrojów spotykamy więcej kobiet, niż mężczyzn. Według najnowszych mniemań, jako sposób zakażenia, występuje na pierwszym miejscu zakażenie za pomocą dotyku. Aby uniknąć zakażenia tyfusowego, należy zupełnie tak postępować, jak w cholery i malaryi. Należy zatem przewlekłych nosicieli takich drobnoustrojów trzymać zdaleka od wszelkich okazji zakażenia, tak naprzykład od pewnych rzemiosł, jak to sprzedaż trunków i mleka — to będzie najlepszym sposobem dla zapobieżenia rozprzestrzenianiu tyfusu brzuszego zupełnie tak, jak to radził Koch.

W. Biehler.

60. Blum. **Promienie Röntgen'a w nauce o moczu** (Zeitschrift f. Heilkunde. Tom 26. Zeszyt 12).

Autor daje nam pogląd na teraźniejszy stan badania

promieniami Röntgen'a kamieni moczowych. W ogólności autor przychodzi do tych samych wniosków, co i inni autorowie, a mianowicie:

1) Odnalezienie za pomocą promieni rentgenowskich kamienia w nerkach jest jedynym, pewnym, przedmiotowym objawem kamicy nerkowej, ma się rozumieć, z wyjątkiem tych, tak rzadkich przypadków, w których można kamień ręką wymacać.

2) Odnalezienie kamieni nerkowych promieniami Rentgen'a prawie zawsze jest możebne; nie odnalezienie kamienia tym sposobem jeszcze nie wyklucza obecności takowego.

3) Nieodzownym warunkiem użyteczności jakichkolwiek bądź wyników fotografii Rentgen'a jest świetna technika.

4) Przy objawach jednostronnej kamicy nerkowej nie wystarcza rentgenizować tylko tę nerkę, gdyż, jak wiadomo, wszystkie objawy kamicy nerkowej z jednej strony mogą być wywołane przez kamień w miedniczce drugiej nerki, jako odruch nerkonerwowy.

5) Przez zastosowanie fotografii Rentgen'a, która jest zupełnie bezpiecznym i pewnym sposobem badania, można prawie zawsze wcześniej rozpoznać kamicy nerkową, co nam pozwala przy małych kamieniach stosować leczenie wewnętrzne i śledzić za jego skutkiem.

6) Przy większych kamieniach fotografia wskazuje nam, czy można się spodziewać tego, aby kamień odszedł drogą naturalną, czy też należy przystąpić do operacji; jest to jedyny sposób, aby przekonać lekarza i chorego o konieczności operacji w czasie wolnym od napadu.

7) Przy obustronnej kamicy nerkowej za pomocą rentgenografii dowiadujemy się, którą nerkę należy najpierw operować.

8) W przypadkach bezmoczności tylko rentgenografia wskazuje nam obecność kamienia.

Co się zaś tyczy badania moczowodów i pęcherza, to można po wprowadzeniu sączków metalowych przez pęcherz i moczowody do miedniczki nerki rozpoznać położenie ostatnich i nerek. Przy odnalezieniu kamieni w pęcherzu rentgenografia oddaje dobre usługi wtedy, gdy badanie cewnikiem lub cystoskopem okazuje się niemożliwym lub nie doprowadza do celu. W trudnych przypadkach można pęcherz nadać po-

wietrzem, lub też wprowadzić wężkie płytki metalowe do pochwy lub odbytnicy.

Co się zaś tyczy stosowania promieni Röntgen'a w celach leczniczych, to osiągnięto dobre wyniki przy próbach zmniejszenia powiększonego gruczołu krokowego.

W. Biehler.

61. E. Tobias. Leczenie fizykalne nawykowego zaparcia stolca. (B. kl. W. N-r 6).

Przedewszystkiem nie każdy przypadek nadaje się do fizykalnego leczenia. Następnie z pośród tych zaburzeń funkcyjonalnych należy rozróżniać dwa typy: obstrukcja atoniczna i spastyczna (hypertoniczna). Pierwsza polega na osłabieniu perystaltyki, druga na spastycznym skurczu mięśni kiszkiowych (podłużnych i poprzecznych), przez co również posuwanie się treści zostaje wstrzymywane. W pierwszym razie brzuch bywa wzdęty, a stolce grubsze, w drugim — brzuch wciągnięty, stolce — małego kalibru (około 25% przypadków).

Przy atonii dietyta winna być nieskapa i pobudzająca: zimna woda, pierniki, kefir, kwaśne mleko, czarny chleb, owoce, sałata, kapusta i t. d. Hydroterapia, najprzód ogólna (półkąpiele, nacierania), następnie miejscowa (nasiadówki, szwedzkie tusze), wszystko z uwzględnieniem indywidualizacji i stopniowania. Przed zimną procedurą należy przegrzać pacjenta. Dalej idzie masaż *ręczny* (10—20 min.) i gimnastyka, którą należy szczegółowo przepisać z uwzględnieniem mięśni brzusznych, wreszcie sport (pieszy, konny, wioślarski etc). Po za tem mamy jeszcze ewent. galwano-faradyzację.

Autor ostrzega przed wodami mineralnemi i przed zbyt bezwzględnem i długim leczeniem.

W obstrukcji spastycznej należy przedewszystkiem leczyć ogólną neurastenję (hysteryę), dawać dyetę posilną i nie drażniącą (tłuszcze, mleko i t. d.); ciepłe kąpiele z oblewaniem, mokre zawijania ($\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ godz.). Gimnastyka, sport, a zwłaszcza wszelkie procedury lokalne są przeciwwskazane.

Z początku trzeba choremu pomagać gorącemi ławatywami i przyuczać go, aby co rano udawał się na stolec. Nie przerywać leczenia, dopóki skutek się nie okaże. Zresztą w różnych (zwłaszcza skomplikowanych) przypadkach różne środki wiodą do celu.

J. P.

62. V. Petitti. **O zużytkowaniu różnych rodzajów cukru przez dyabetyków.** (Berl. kl. Woch. 1906, N-r 6).

Metoda badania polegała na podawaniu dyabetykom, u których za pomocą diety wydzielanie cukru sprowadzono do 0, po 50 g. tej substancji przez dwa dni z rzędu, przyczem jednego dnia per os, drugiego — per rectum. Urynę, zbieraną co 2 godziny, badano polarymetrycznie i podług Fehling'a. Wypróznienia, zagotowane, przefiltrowane i odbarwione, poddawano również badaniu metodą Fehling'a. Okazało się, że cukier per os wchłaniał się całkowicie, natomiast per rectum—z pewną stratą (średnio przeszło 7%).

W ten sposób autor podawał kolejno swym chorym: dekstrozę, lewulozę, cukier trzcinowy i mleczny, i wyniki swych doświadczeń zestawiał szczegółowo w tabelach. W moczu zawsze występowała tylko dekstroza. Co do zużytkowania danego cukru nie da się powiedzieć nic pewnego: u jednego lepiej spożytkowywa się cukier per os, u drugiego — per rectum, u jednego taki rodzaj cukru, u drugiego inny; przeważnie jednak (jeśli odliczyć wzmiankowaną stratę) lepiej per rectum, przyczem cukier mleczny ma niejaką wyższość, zwłaszcza nad trzcinowym.

J. P.

63. M. Meyerhoff. **Rozpoznawanie tyfusu zapomocą „typhus-diagnosticum” Ficker'a.** (Berl. kl. Woch. 1906, N-r 6).

Metoda Ficker'a (uproszczony Gruber-Vidal) dała autorowi dodatnie wyniki we wszystkich przypadkach tyfusu brzuszego, z wyjątkiem jednego, gdzie otrzymał aglutynację z „paratyphus - diagnosticum.” Reakcja jednak ujawnia się dopiero w końcu drugiego tygodnia choroby.

J. P.

64. Schmidt i Meyer. **Śródtrzewnowe wlewanie i odżywanie.** (Deutsches Archiv. f. klin. Med. Tom 75. Zeszyt 1—2).

Aby wyzyskać dla leczenia, już dawno znaną, znaczną siłę wchłaniania otrzewny, autorowie obmyślili trójgranic, który wyklucza zranienie jelit, lub też innych narządów w jamie brzusznej; w każdym bądź razie takie wlewanie do jamy otrzewny zawiera w sobie te same niebezpieczeństwa zakażenia, jakie ma każda laparotomia. Wlewanie izotonicznego roztworu soli kuchennej do jamy brzusznej nie jest więcej bolesne, niż

podskórne wstrzykiwanie; można przytem wprowadzić 2 litry i więcej na raz — wsysa się to wszystko ogromnie szybko. Co się zaś tyczy możebności śródtrzewnowego odżywiania, to wlewania oliwy są najzupełniej dozwolone, notabene, jeżeli ta jest zupełnie jałową; takie wlewania są zupełnie nie bolesne, nie drażnią otrzewny i prędko wsysają się. Wlewania zaś roztworów cukru lub białka jeszcze do tychczas nie są zupełnie wypróbowane — w każdym razie mocniejsze roztwory nie są dozwolone, gdyż zanadto drażnią otrzewną. Przygotowawcze śródtrzewnowe wlewanie izotonicznego roztworu soli kuchennej z dodaniem lub nie surowicy końskiej dla podwyższenia naturalnej odporności otrzewny, nie są niebezpieczne i prawie że nie bolesne. Wstrzykiwania O_2 do otrzewny nie są zupełnie niewinne i w niektórych razach wpłynęły ujemnie na wessanie się puchliny gruzliczej brzusznej. Przy wlewaniach środków silnie działających (jakoto 2-procentowy roztwór soli ze śladami kokainy) nie otrzymano żadnego wyniku, prócz objawów silnego podrażnienia otrzewny. *W. Biehler.*

65. Sutherland. **Biegunka dziecięca.** (Practitioner. Paźdz. 1905).

Po szczegółowem umówieniu wszelkich środków zapobiegawczych przeciwko biegunce dziecięcej, autor poleca następujące leczenie. Należy w tej chwili przestać dawać mleko. Zamiast mleka daje się w przeciągu 24—48 godzin często, lecz w małych ilościach wodę ryżową albo jęczmienną. Gdy są częste i obfite wymioty, daje się choremu co 20 minut łyżeczkę lub dwie od herbaty wody, do której dodano trochę koniaku w takiej ilości, aby dziecko dostało dwie łyżeczki od herbaty koniaku w przeciągu 24 godzin. Po upływie 48 godzin można zacząć dawać choremu wodę białkową lub słaby rosół z cieleciny lub kury. Daje się jeść we dnie co dwie godziny, a w nocy co cztery godziny, zaczynając od drugiego dnia choroby. Po upływie kilku dni można zacząć znowu dawać dziecku mleko, ale z wielką ostrożnością; najlepiej dawać mleko w postaci mleka peptonizowanego, lub serwatki, lub też mleka zgęszczonego. Powoli daje się potem mleko krowie, rozcieńczone wodą wapienną. W przerwach należy zawsze dawać wodę w wielkiej ilości. Na samym początku choroby należy oczyścić jelita za pomocą małych, często stosowanych dawek olejku rycynowego. Gdy ostrzejsze objawy ustąpią,

można spróbować dawać natrium sulphocarbohcicum z bizmutem. Przy silnych wymiotach należy przemyć żołądek słabym roztworem sody lub nadmanganianem potasu i na brzuszku położyć gorące okłady. Należy się wystrzegać opium lub też stosować z wielką ostrożnością. Przy upadku sił należy nie zwlekać ze stosowaniem wlewań roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Dobre usługi bardzo często oddają też podskórne zastrzykiwania strychniny. Można dziecko leczyć i dniem i nocą na świeżem powietrzu, co ogromnie przyspiesza wyzdrowienie.

Matylda Biehler.

66. Carrière i Lhote. **O długotrwałych zwolnieniach przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych w wieku dziecięcym.** (Revue de médecine. 1905, czerwiec).

Gruźlicze zapalenie opon mózgowych nie jest bezwarunkowo śmiertelną chorobą, jak to autorowie już dawniej opisali i w trzech przypadkach sami stwierdzili, może ono mieć krócej lub dłużej trwale zwolnienia. Takie zwolnienia zauważono bardzo rzadko, gdyż takie przypadki na początku swego wystąpienia przebiegają zupełnie, jak klasyczne gruźlicze zapalenie opon mózgowych; zwolnienie jest tylko dalszym ciągiem tych krótkich przerw, które można zauważyć prawie przy każdym gruźliczem zapaleniu opon mózgowych. Podczas tych zwolnień są zawsze pewne objawy, które wskazują na to, że skłonność gruźlicza tylko drzemie i że należy się obawiać ponowienia sprawy; są to mianowicie zaburzenia w trawieniu, nierówność i przyspieszenie tętna, niska ciepłota, objawy niektóre ze strony narządów nerwowych, jakość płynu mózgowego i t. d. W trzech przypadkach, obserwowanych przez autorów, sprawy się ponowiły po upływie $4\frac{1}{2}$, 5 i 9 miesięcy; ostatni, zwykle śmiertelny, napad pojawia się raptownie i bardzo szybko przebiega. Anatomia patologiczna objaśnia tako przebieg gruźliczego zapalenia opon mózgowych wraz ze zwolnieniami—pierwsze, wywołujące wszystkie objawy, uszkodzenie jest zwykle miejscowem i potem stopniowo zamienia się w tkankę włóknikową; pomimo to zostaje zawsze niebezpieczne ognisko dla dalszych podrażnień i zapaleń. Z tego wszystkiego wypływa potrzeba energicznego leczenia podczas okresu zwolnień, należy chorego głównie leczyć dyetą i higieną, jakto: spokój, przebywanie na świeżem powietrzu i t. d., dalej należy dawać od czasu do czasu kalomel przeciwko obstrukcyi

i codziennie jodek potasu w małych dawkach, aby tym sposobem przyspieszyć wessanie się ogniska gruzliczego, można dawać i kreozot, najlepiej per anum.

Matylda Biehler.

67. Campe. **Leczenie i zapobieganie płonicy.** (Berliner klinische Wochenschr. N-r 52, 1905).

Autor opisuje badania dziewięciu lekarzy nad surowicą przeciwkoploniczą Marfan'a. Z 67 leczonych przypadków umarło 5. Surowica, okazało się, działa tem skuteczniej, im wcześniej ją stosowano. Najpierw stosowano ją w postaci wstrzykiwań podskórnych, a potem dawano wewnątrznie per os. Dobre działanie wyrażało się tem, że chorzy uspakajali się, bóle głowy prędko ustępowały, objawy ze strony gardła zmniejszały się i następowało polepszenie tętna i ciepłoty. Autor przyznaje tej surowicy tę główną zaletę, że zapobiega ona wybuchowi płonicy, jak to stwierdzono w 200 przypadkach. Aby wykazać nieszkodliwość surowicy, robiono obszernie próby, które najzupełniej to potwierdziły.

Matylda Biehler.

68. Clemens Dunes. **Białkomocz dorostków.** (Brit. Med. Journ. 7 października 1905).

Autor już od 34 lat jest lekarzem jednej z największych publicznych szkół w Anglii. W przeciągu tego czasu obserwował on bardzo często u chłopców białkomocz. Dawniej myślał że w tych przypadkach, w których białkomocz był przez długie miesiące nawet latem, później się rozwinię organiczne cierpienie nerek. Aby się o tem przekonać, autor obserwował swoich byłych pacjentów aż do wieku męskiego i od czasu do czasu badał ich mocz; w żadnym z tych przypadków nie sprawdziło się nie dobre rokowanie, w żadnym nie znaleziono białka w moczu w kilka lat po opuszczeniu szkoły. W większej części u takich chłopców znaleziono podwyższenie ciśnienia tętniczego i podrażnienie nerwów naczyńoruchwowych. Autor przypisuje to nadmiernemu stosowaniu pokarmu mięsnego, niedobrej przemianie materii i skłonności przyrodzonej do skazy dnawej. Najlepszymi środkami leczniczymi są: uregulowanie diety, dobre gryzenie pokarmów, odpoczynek po jedzeniu i od czasu do czasu dawanie środków czyszczących rżęciowych i alkalicznych. W innej grupie takich przypadków

znajdujemy zimne, wilgotne, nabrzmiałe kończyny i słabe tętno, które daje się łatwo ucisnąć. Bardzo często serce powiększone; nie mniej często spotykamy tutaj odmroziny. W takich przypadkach należy dawać obfity pokarm białkowy, strychninę i arsenik.

Reszta przypadków tyczy się neurasteników. Ci powinni prowadzić życie spokojne. Bardzo często wywołuje białkomocz praca i strach przed egzaminami. Preparaty bromowe oddają tutaj świetne usługi. Należy wiedzieć, że istnieje taki białkomocz, gdyż takich chorych chłopców w żadnym przypadku nie należy trzymać zdaleka od zwykłego biegu wychowania i od najrozmaitszych ćwiczeń ciała. W. B.

69. O. Unruch. **O czwartej chorobie (Fiłatowa—Ducke'go).** (Deutsches Archiv f. klinische Medicin. Tom 75. Zeszyt 1—2).

Oprócz płonicy, odry i kuru z ich swoistymi objawami przebiegiem, mamy jeszcze czwartą swoistą ostrą, zakaźną i zaraźliwą wysypkową chorobę, która się charakteryzuje wyiypką, bardzo podobną do płoicznej, ale się różni od płonicy swoim stale lekkim przebiegiem i osobnym zarazkiem. Wysypka składa się z dosyć małych punkcików, stojących blisko seden obok drugiego, które jednak nie tak wydają się nad jpowierzchnię skóry, jak wysypka odrowa lub kurowa; pojedyncze punkciki stoją albo zdaleka jeden od drugiego, albo grupami, albo na większej przestrzeni, połączone rumieniem, tak, że czasami, szczególnie na twarzy i na czole, przedstawiają się, jako duża, nieprawidłowa, z nierównymi brzegami plama, która przypomina zlewającą się odrową plamę, i tylko przy bliższem przypatrzeniu okazuje się, jako zbiorowisko pojedynczych punkcików. Rumień prędzej przechodzi, niż sama wysypka, barwa przypomina kolor wysypki płonicznej, z lekkim odcieniem brązowawym. Wysypka dość gęsto pokrywa szczególnie tułów i kończyny, na twarzy zaś pozostawia dużo wolnego miejsca. Wysypka pojawia się bardzo szybko, najpierw na twarzy, a potem, w przeciągu kilku godzin rozprzestrzenia się po całym ciele. Wysypka blednie po upływie 24—36 godzin; prawie że zawsze zaraz potem zaczyna się łuszczenie skóry, w postaci bardzo drobnych łusek, które odpowiadają wielkością wielkości punkcików wysypki. Łuszczenie kończy się po upływie 1—2 tygodni. Widoczne błony ślu-

zowe są zwykle w stanie nieżytowym. Wystąpienie wysypki wywołuje przez 2 — 3 dni podniesienie ciepłoty; tętno odpowiada wysokości ciepłoty, a nie wielkości wysypki; chorób następczych nie zauważono.

Matylda Biehler.

Wiadomości pomniejszych i terapeutyczne.

70. Jonescu. **Nowy operacyjny sposób przyszycia nerki.** (Revista de chirurgie. Lipiec, 1905).

Autor otrzymał bardzo dobre wyniki, przyszywając nerkę wędrującą następującym sposobem, który to sposób wypróbował na zwierzętach, a potem na ludziach. Aby wykonać operację, kładzie się chorego na zdrową stronę. Cięcie prowadzi się od zewnętrznego brzegu mięśni krzyżowołędźwiowych wzdłuż 12 żebra, przechodząc na takowe, długości 15 — 16 ctm. Po przecięciu poprzecznego ścięgna, odszukuje się nerkę i wydobywa się na zewnątrz; dalej się przecina otoczkę nerkową od jednego końca do drugiego wzdłuż wypukłego brzegu; otoczkę się odreparowuje aż do środka nerki; otrzymanymi płatami przykrywa się druga połowę nerki. Dalej przeprowadza się dwie srebrne nitki niedaleko od górnego i dolnego końca nerki przez skórę, mięśnie, podwójną otoczkę nerkową, nerkę, przez podwójną otoczkę nerkową z drugiej strony i naokoło odpowiadającego żebra, ale tak, aby nie przedziurawić skóry na tem miejscu, dalej nitki obejmują nerkę i wyprowadza się je na powierzchnię skóry, mniej więcej na odległość $1\frac{1}{2}$ ctm. od pierwszego otworu na skórze. Nitki ściąga się miernie i skręca nad walkiem z gazy. Skórę i mięśnie zaszywa się szwem ósemkowych z Crin de Florence. Jedne usuwa się po upływie 6 dni, a ostatnie po upływie 11 dni; nitkę srebrną, przechodzącą przez tkankę nerkową, należy przeciąć przy samej powierzchni skóry i ciągnąć tylko za wystający koniec, przez to zmniejsza się znacznie ból. Wyniki osiągnięte tym sposobem są bardzo zadowalniające.

W. B.

71. Hochenegg. **O wskazaniu do wycięcia wyrostka robaczkowego w bólach krętniczokątnicznych.** (Wiener klin. Wochenschr. N-r 51, 1905).

Autor występuje przeciwko tak rozprzestrzenionemu rozpoznaniu pozornego zapalenia wyrostka, co tak utrudnia chirurgiczne rozpoznanie i postawienie wskazania do operacji. Pozorne zapalenie wyrostka (Pseudoappendicitis) należy rozpoznawać tylko w tych, tak rzadkich, przypadkach, w których przy zupełnie zdrowym wyrostku chory narzeka na straszne bóle w okolicy krętniczokątniczej, które ustępują natychmiast po zastosowaniu elektryzacji silnej — tak radzi Nothnagel. Taki przypadek opisuje autor. Należy jednakże nadmienić, że w wielu przypadkach, w których wielkie zaburzenia wskazują na konieczność operacji, nie zawsze znajduje się zmiany w wyrostku, odpowiadające tym zaburzeniom — czasami wystarcza tylko zmiana formy lub położenia wyrostka, co bywa dość często przyrodzone. Gdy te swoiste napady prawdziwego bólu krętniczokątniczego przy stosowaniu leczenia wewnętrznego nie ustępują, to operacja jest wskazaną ze względów zapobiegawczych. Główną rolę w tych nienormalnych objawach odgrywiają przeważnie: lejkowate ujście wyrostka, wydłużenie takowego lub przyrost albo do kiszki ślepej lub też do ściany brzusznej.

W. Biehler.

72. Ostwalt. **O głębokich zastrzykaniach wysokoku z kokainą lub wysokoku ze stovainą w nerwobólach.** (Berl. klin. Wochenschr. N-r 1, 1906).

Autor opisuje sposób stosowania wstrzykiwań wysokoku według Schloesser'a, który to sposób ulepszył tem, że, po pierwsze, dodaje kokainę lub też stovainę, a po drugie, postępuje zupełnie inaczej, mianowicie — wkłówa igłę bardzo głęboko i zastrzykuje do nerwu trójdzielnego w tem miejscu, gdzie ten opuszcza czaszkę przed oddaniem jakichkolwiek białek gałęzi. Miejsce nakłucia autor ściśle objaśnia anatomicznemi danemi. Wyniki nawet w przypadkach przestarzałych są dobre. Należy zastrzykiwać 2—4 razy. Autor leczył tym sposobem 45 przypadków bólów twarzy Fothergilla. Operację można wykonać pod uśpieniem. Sprawy się ponawiają w trzeciej części przypadków. Można je jednak znowu z łatwością usunąć. Przy zastrzykiwaniu autor nic nieprzyjemnego nie zauważył. Rwę kulszową autor też leczył głębokimi wstrzykivaniami z dobrym wynikiem.

W. Biehler.

73. Edwards. **O leczeniu zapalenia skóry, wywołanego promieniami Roentgen'a.** (Medical Electrology. Wrzesień, 1905).

Autor mniema, że u każdego człowieka można promieniami rentgenowskimi wywołać zapalenie skóry i że w pojedynczych

przypadkach wielki wpływ wywiera mniejsza lub większa wrażliwość, szczególnie na promienie. Dalej autor opisuje ostre i przewlekłe zapalenie skóry; ostatnie spotyka się tylko u ludzi, którzy mają wiele do czynienia z promieniami rentgenowskimi. Ostre zapalenie skóry nie powinno więcej występować, gdy idzie tylko o postawienie rozpoznania za pomocą promieni rentgenowskich; wywołać takowe można dla celów leczniczych, jeżeli tego wymaga potrzeba. Najwięcej należy się obawiać zapalenia skóry nad kośćmi, nad owrzodzeniami, a szczególnie nad brzgiem pieszczeli na przykład, gdyż takowe goją się z wielką trudnością. Zapalenie skóry można najlepiej wyleczyć albo wilgotnymi okładami albo pudrowaniem. Gdy się utworzyły pęcherze, należy stosować wilgotne okłady pod ceratką, aby ochronić od dostępu powietrza. Należy unikać stosowania preparatów borowych, gdyż te wywołują podrażnienie bardzo często jeszcze silniejsze. Powierzchnowe owrzodzenia należy przykrywać okładami z kwasu karbolowego; głębokie owrzodzenia należy pod uspieniem wyskrobać i leczyć aseptycznie. Brodawki, które pojawiają się przy przewlekłym zapaleniu skóry, należy odpiłować, pęknięcia i naddarcia skóry pędzluje się silnym roztworem lapisu, skórę naciera się maścią lanolinową. Autor ochrania swoich chorych zapomocą masek z gipsu, które po wyschnięciu pokrywa cienką płytką cynkową lub ołowianą. Miejsce, podlegające oświetleniu, można sobie udostępnić przez wycięcie okienka; takie maski można dać zrobić prędko, tanio i bez trudu do każdej części ciała. Dla lepszego ochronienia wsuwa autor między rurę i maskę parawanik, który się składa z 6—12 listków cynkowych między dwiema płytami tekturowymi i który ma pośrodku otwór, trochę większy, niż okienko w masce. Gdy się robi maskę, należy zwrócić baczną uwagę na to, aby metal nie dochodził do brzegów maski, gdyż w przeciwnym razie metal może się dotknąć skóry — iskra może upaść na skórę i mamy ranke.

W. B.

74. **Masaż brzucha, jako diureticum** poleca Grandi (Riv. intern. di Ter. phys. N-r 3, 1905), który kilka przypadków ascites i pleurit. exsud. w ten sposób w 2—3 tygodnie wyleczył. Przypuszczalnie masaż wpływa na krążenie nerkowe przez pobudzenie n. splanchnici.

J. P.

75. Sztuczne wywołanie abscesów, jako terapię **zapalenia opon mózgowych** zaleca Laffont. Z 4-ch przypadków otrzymał wyle-

czenie w 3-ch (jeden z nich meningitis tuberculosa). Metoda polegała na głębokich wstrzykiwaniach olejku terpentynowego.

(Ctrbl. f. Ther. 1905, str. 636).

J. P.

76. Maść adrenalinowa przeciw bólom hemoroidalnym (Ibidem, str. 659):

Rp. Adrenalini (1⁰/₀₀) gtt. XXX.

Cocaini hydrochl. 0,03

Vaselini 10,5

Mf. ungt.

J. P.

77. Dla zapobieżenia nudnościom i wymiotom po narkozie zaleca się przed operacją wypijać co 1/2 godziny szklanekę świeżej wody, 3—4 razy. (Ibid., str. 663).

J. P.

78. Leczenie **astmy** za pomocą gimnastyki oddechowej Sän-ger'a polega na tem, aby wydech trwał dłużej (bez forsowania) od wdechu. W ten sposób chorzy stają się mniej wrażliwi na zaburzenia wymiany gazowej. (Ibid., str. 661).

J. P.

79. E. Stadelmann i A. Benfey (Berlin).—E. Lewin (Sztokholm). **Wyniki leczenia gruźlicy płuc surowicą Marmorek'a.** (Berlin. klin. Woch. N-r 4, 1906).

Stadelmann i Benfey stosowali surowicę Marmorek'a w 5 przypadkach gruźlicy płuc. Wyniki pod żadnym względem nie były zadowalniające; przeciwnie, notowano wybitne działanie ujemne, zwłaszcza na stan ogólny, we wszystkich prawie przypadkach.

E. Lewin na zjeździe przeciwgruźliczym w Paryżu przedstawił wyniki leczenia tą metodą chorych w szpitalach i uzdrowiskach Szwecyi, Finlandyi i Norwegii. Sprawozdanie dotyczy 156 przypadków, w tej liczbie 26 chirurgicznych. Prawie w połowie przypadków stwierdzono „znaczną poprawę” w stanie ogólnym i w pojedynczych objawach. Z objawów ujemnych notowano rozmaite, aż do ciężkiej zapaści włącznie. Więcej niż 1/3 chorych znajdowała się w trzecim okresie suchot. Z chorych chirurgicznych nieznaczna liczba również się poprawiła.

T. B.

80. Prof. I. Pal. **Zapalenie płuc szczytowe i przyspieszenie tętna** (tachycardia). (Wien. Med. Woch. N-r 1, 1906).

Zapalenie płuc szczytowe zwykle przebiega wśród objawów

cięższych, niż zapalenie, umiejscowione w innym odcinku płuc. Do tych objawów należy przyśpieszenie tętna. Autor tłumaczy je uciskiem, wywieranym na górny odcinek nerwu współczulnego, zawierającego gałązki przyśpieszające (accelerantes), przez produkty zapalne, wzgl. zbrzęknięte gruczoły śródpiersiowe. W jednym przypadku badanie pośmiertne potwierdziło mniemanie autora.

T. B.

81. Siarczan miedzi podawany do wewnątrz w promienicy i grzybicy drożdżowej.

Wychodząc z założenia, że nawet minimalna ilość siarczanu miedzi wystarcza do zniszczenia alg i innych roślin w rezerwuarach wód, prof. Beran radzi podawać sól tę w promienicy i grzybicy drożdżowej. Autor daje na początek po 0,05 dziennie (3 razy), następnie po 0,10, niektórzy pacjenci otrzymywali nawet 0,20 leku pro die. O ile istniały ogniska otwarte ropiejące, autor polewał takowe 1% roztworem siarczanu miedzi.

W 6-ciu przypadkach otrzymał autor b. zachęcające wyniki. Na uwagę zasługuje w szczególności jeden przypadek, w którym promienica zajmowała brzuch w okolicy wyrostka robaczkowego—z zajęciem jamy miednicowej i nacieczeniem mięśni prostych brzusznych. Ani operacja, ani jodek potasu i radioterapia nie dały pożądanых wyników, dopiero użycie siarczanu miedzi wyleczyło chorego w ciągu 6-ciu tygodni. Jestto fakt nadzwyczaj doniosły, zważywszy, że w przypadkach promienicy brzusznej kończy się ona w 65—70% śmiercią.

Autor stosował też z dobrym wynikiem siarczan miedzi w grzybicy drożdżowej (blastomycose).

(Sem. méd. N-r 47, 1905).

M. B.

82. Vargas. Dyspeptyna Heppa przy zaburzeniach w trawieniu u dzieci. (Münch. med. Wochenschr. N-r 44, 1905).

Autor w wielu przypadkach stosował u dzieci dyspeptynę podczas ostrych lub przewlekłych zaburzeń kiszkiowych. We wszystkich tych przypadkach dyspeptyna okazała się niezbędną, oddała najlepsze usługi. Autor uważa stosowanie dyspeptyny za wskazane w zaburzeniach żołądkowych u ssawców i u większych dzieci, u których ona uśmierza bóle i wstrzymuje wymioty, zwiększa apetyt i wagę ciała; za wskazane w przewlekłych rozwołnieniach i w zapaleniach żołądka, wywołanych jakakolwiek bądź trucizną, w okresie wyzdrowienia, w bladaczce i w zaburzeniach w trawieniu u chorych na gruźlicę. Przeciwwskazane jest stosowanie

dyspeptyny w owrzodzeniu żołądka. Dyspeptynę daje się najlepiej dzieciom młodszym niż 5 lat po $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki od herbaty co trzy godziny na $\frac{1}{2}$ godziny przed jedzeniem w wodzie ocukrzonej lub nasyconej kwasem węglowym.

Matylda Biehler.

84. Braun. **O niektórych środkach miejscowo znieczulających (Stovaina, Alipina i Nowokokaina).** (Deutsche med. Wochenschr. N-r 42, 1905).

Autor wymaga od środków, które dobrze miejscowo znieczulają, następujących własności: 1) środek taki powinien być mniej trującym niż kokaina w stosunku do swej miejscowo znieczulającej siły; 2) powinien się tak wsysać, aby wcale nie podrażniać ani niszczyć tkanek; 3) powinien w wodnym roztworze nadawać się do wyjaławiania; 4) środek taki powinien tak się łączyć z suprareniną, aby nie zmieniać jej własności zężającej naczynia, i 5) powinien prędko przechodzić do błony śluzowej, jeżeli się wogóle nadaje do znieczulenia takowej. Według badań autora, stovaina źle wypełnia warunek drugi, nadaje się poniekąd dobrze do znieczulenia mlecza pacierzowego. Alipina wypełnia bardzo dobrze warunek trzeci, czwarty i piąty, lecz, niestety, silnie podrażnia tkanki. Nowokokaina zaś wcale nie drażni tkanek, jest nie trująca, łatwa w stosowaniu, najlepiej zastępuje kokainę, szczególnie w połączeniu z suprareniną, której działanie nowokokaina jeszcze wzmacnia.

W. B.

85. Singer. **Leczenie mocznicy szkarlatynowej przez upust krwi.**

Przez okres czasu od 1900 do 1904 r. leczono w 19-tu przypadkach mocznicy przy szkarlatynowym zapaleniu nerek za pomocą upuszczenia krwi. Z tych zmarło 4 dzieci, przyczem zaznaczyć należy, że dwoje przywieziono umierających do szpitala. Jeżeli tych dwóch śmierci nie liczyć, to pozostaje 2 śmierci na 17 leczonych przez upuszczenie krwi, co stanowi 12% śmiertelności na 88% wyzdrowień, gdy tymczasem wśród nie leczonych tym sposobem w 1896—1900 r. śmiertelność wynosiła 56% (wyzdrowień było 44%).

Po upuście krwi znikają natychmiast drgawki, temperatura jest niższa, ciśnienie krwi też niższe—moczu dzieci oddają więcej. Obrzęki mniej są wrażliwe na powyższe leczenie, znikają, ale powoli, natomiast ilość białka i krwi w moczu znakomicie się zmniejsza, również ilość komórek oraz ciężar gatunkowy moczu.

Autor jest zdania, że upust krwi dobre daje wyniki w tych przypadkach, w których mocznica zaznacza się podrażnieniem mózgowem—w tych zaś postaciach, w których stan jest śpiączkowy, wcale niema zachęcających rezultatów. Zabieg powyższy może być uskuteczniiony nawet wtedy, gdy chory jest dość wycieńczony, w każdym bądź razie, za skutek autor nie ręczy, jeżeli puls jest b. drobny. Należy upust krwi robić jaknajwcześniej, gdy nastąpił pierwszy napad mocznicy. Ilość krwi, którą można upuścić, zależy od stanu zdrowia i wieku małego pacyenta. W przypadkach b. ciężkich można, jeżeli pierwsza próba nie daje żadnego polepszenia, odważyć się na powtórna, po 24 lub 36 godzinach. *M. B.*

(Jarb. f. Kinderheilk. LXII, 3).

86. Vausteenberghe i Breton. **Trawienna leukocytoza; jej znaczenie dyagnostyczne.** (Echo méd. du Nord. 17/IX 1905).

Wiadomo, że ilość leukocytów wzrasta po jedzeniu, w szczególności ilość jednojądrowych i że jest to objaw zupełnie normalny. Autorowie badali ludzi naczczo o różnych porach dnia, chcąc się przekonać, jak się zachowują białe ciała krwi. W 2-ch przypadkach ilość leukocytów w ciągu dnia przechodziła od 5270 do 7750 i od 4030 do 6200 na milim. kw., z tą różnicą, że u zdrowych osobników badanych naczczo, ilość *wielojądrowych* ciałek zwiększała się, ilość ta wahała się między 15—40% i 30—70%.

Czy na reakcję białych ciałek po spożyciu pokarmów wpływa stan chorobowy danych osobników, na to odpowiadają autorowie na zasadzie 13-tu doświadczeń. 12 razy nie było wcale leukocytozy, raz była niepewna, również nie było jej w 3-ch przypadkach raka pierwotnego lub wtórnego wątroby. Toż samo znaleźli inni autorowie na 163 przypadki raka, tylko w 29 przypadkach ilość leukocytów wzrastała po jedzeniu. Z drugiej znów strony, w 3-ch przypadkach raka oddalonego od żołądka (macicy, kiszki i kości biodrowej), w 8-iu przypadkach nie rakowatej natury (ulcus rotund., gastritis alcoholica itp.), w 10 przypadkach gruźlicy różnych narządów nawet z zaburzeniami żołądkowemi, nakoniec u reumatyków, dyabetyków, chorych na nerki itp. autorowie znaleźli normalną leukocytozę w okresie trawienia. Na tej zasadzie twierdzą autorowie, że brak reakcji ze strony białych ciałek krwi przemawiałby za możliwem istnieniem raka żołądka lub sąsiednich gruczołów (wątroby, głowy trzustki itp.). *M. B.*

Kronika bieżąca.

— W rządzie innych Związek Lekarzy wydał jakąś odezwę w sprawie wyborów, piętnującą tych, którzy biorą udział w wyborach do Dumy. Zaznaczyliśmy już, że Związek Lekarzy składa się ze stu niespełna lekarzy, oczywiście więc, gdy $\frac{1}{8}$ część jakiejś korporacji jest z czegoś niezadowolona, może, co najwyżej, wyrazić swe niezadowolenie z większości, piętnowanie zaś większości zwraca się przedewszystkiem przeciw autorom. Nie tędy droga do zdobycia uznania w sferach, które chciałyby się związać, i fakt ten napewno Związkowi na dobre nie wyjdzie.

— Wyszedł z druku X, XI i XII zeszyt Biblioteki Lekarskiej, zawierający dokończenie podręcznika chorób skóry Jessner'a i szkicu nauki o mowie d-ra Ołtuszewskiego. Dotąd w Bibliotece wyszło 12 tomów dzieł lekarskich o 320 arkuszach druku. Redakcyja zawiadania, że dalsze wychodzenie pisma zależeć będzie od poparcia kolegów, które w ciągu ostatniego roku osłabło znacznie. W 1-szych zeszytach z r. b., które wyjdą w marcu lub kwietniu, będzie drukowany tom II-gi i III-ci Chorób dzieci Comby'ego.

Mamy nadzieję, że lekarze polacy poprą to, pierwsze od lat wielu, systematyczne wydawnictwo dzieł lekarskich polskich, tak nieodzownie potrzebne właśnie w obecnej, przełomowej chwili, kiedy waży się losy istnienia wszechnicy polskiej w kraju.

—z— W Petersburgu zawakowały katedry następujące: oftalmologii przy instytucie W. K. Heleny — termin przesyłania podań 23 marca, oraz anatomii w instytucie kobiecym — termin 30 marca.

—z— Według Rusk. Wracza zaarrestowano w czasach ostatnich 38 lekarzy, liczba lekarzy zaarrestowanych w Królestwie wynosi 10 osób.

—z— Z pism innych dowiadujemy się o wyjściu na świat Tygodnika Lekarskiego Lwowskiego, redakcyja nasza dotąd pisma tego nie otrzymała.

—z— Medical News przestał wychodzić w r. b.; w Bulgaryi rozpoczęto wydawać La Bulgarie méd. p. r. d-ra Doctoroff'a.

Zmarli. D-r Kalikst Pawłowski dnia 5 lutego r. b. w Warszawie, w wieku lat 72. Zmarły pewien czas spędził na wygnaniu na Syberyi po r. 1863-cim.

D-r Antonina Chrzczonowicz dnia 10 lutego r. b. w Warszawie, w wieku lat 37.

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

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

Rok. IV.

Biblioteka Lekarska

MIESIĘCZNIK,

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

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

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

Warszawa, Szkolna 8.

Wyszły z druku i są do nabycia:

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

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

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

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

5) J. COMBY. *Podręcznik chorób dzieci*. T. Iszy Cena rb. 2.

6) Prof. JESSNER *Krótki podręcznik chorób skóry*. Cena rb. 2 kop. 50.

7) Dr. W. OLTUSZEWSKI. *O mowie i jej zboczeniach*. Cena rb. 2 kop. 75

Wkrótce rozpoczęty zostanie
druk dzieł następujących:

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

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

3) Pr. SONNEBURG i dr. R. MÜHSAM. *Technika operacyjnej opatrunków* (z licznymi rysunkami).

4) Dr. W. MORACZEWSKI. *Dycetyka*.

WIELKI WYBÓR Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Istniejący od roku 1890

DOM ZDROWIA

K. Dobrskiego

w Warszawie, Aleja Róż 10.

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych



Bandaży oraz Brzytew oryginalnych
Angielskich, Scyzoryków i Nożyczek

F. BALUKIEWICZA

w WARSZAWIE, Bielańska 9, Hotel Paryski.

Wielki wybór

wszelkich Narzędzi Chirurgicznych, Bandaży,
przytem przyjmuje się reperację w zakres fabryki wchodzące,
po cenach najtańszych.

MATTONIEGO

GISSHÜBLER

najczystsza
woda mineralna

SZCZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy

Dyetetyczny

i Orzeźwiający

Napój