

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis)

górnego odcinka dróg oddechowych.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(Praca nagrodzona na konkursie Amerykańskiego Towarzystwa Laryngologicznego i odcytana na zjeździe dorocznym tegoż Towarzystwa w Bostonie w dniu 6-ym czerwca r. b.).

W górnym odcinku dróg oddechowych spotykamy następujące główne rodzaje grzybic (mycoses);

1. mycosis leptothricia — grzybicę włoskowcową, wywołaną grzybkami leptothrix buccalis;
2. mycosis sarcinica — grzybicę czworniakową, zależną od obecności t. zw. sarcina;
3. actinomycosis — promienicę, warunkowaną grzybkami: actinomyces; wreszcie
4. grzybice: pleśniowe i drożdżowe, wywołane różnego rodzaju grzybkami pleśniowymi, jako to: aspergillus, penicillum, mucor, wreszcie oidium, oraz drożdżami (blastosacharomycetes), przyczem pewna odmiana oidium (albicans) warunkuje t. zw. pleśniawki (soor), zaś mucor niger według niektórych autorów (Ciągliński i Hewelke, Sędziak, oraz prof. Schmiegelow z Kopenhagi) stanowi istotę t. zw. czarnego języka (lingua nigra).

I. *Mycosis leptothricia* — grzybica włoskowcowa znaną jest pod najrozmaitszemi nazwami: mycosis tonsillaris benigna (B. Fraenkel), pharyngomycosis leptothricia (Heryng), algosis (phycosis) faucium leptothricia (Jacobson), wreszcie hyperkeratosis lacunaris (Siebenmann).

W roku 1873 B. Fraenkel, znany specjalista, prof. laryngologii w Berlinie po raz pierwszy zwrócił uwagę na nieznaną dotąd sprawę chorobową, polegającą na tworzeniu się na migdalkach podniebiennych (w kryptach), oraz na podstawie języka białych i szarych, wystających i ściśle przylegających czopków, które po zdjęciu, trudno dajacem się wykonać, szybko powracają.

Składają się one pod drobnowidzem z nabłonka i drobnoustrojów (laseczek i kokków). W 2-im przypadku tego cierpienia, jaki tenże autor spostrzegał w r. 1880, składały się one przeważnie z leptothrix buccalis; natomiast E. Fraenkel w badanym przez siebie przypadku znajdował bacillus fasciculatus. Przebieg cierpienia tego, któremu autor dał nazwę: mycosis tonsillaris benigna jest bezgorączkowy i przewlekły.

Następnie w r. 1883 Heryng na podstawie 6-iu dokładnie przez siebie pod względem histologicznym i bakteryologicznym zbadanych przypadków, podał obszerny opis tego cierpienia, które ze względu na stałą obecność w czopkach grzybka t. zw. leptothrix buccalis, nazywa: pharyngomycosis leptothricia. Czopki te mianowicie pod drobnowidzem po większej części składają się ze skorupkowatego płaskiego nabłonka, otoczonego żółtą drobnoziarnistą masą i nitkami «leptothrix», barwiącemi się jodem na niebiesko.

Od tego czasu zwrócono baczną uwagę na tę sprawę chorobową: zaczęły się zjawiać we wszystkich krajach Europy, oraz w drugiej półkuli odnośne publikacye, których liczba dosięgła około 100 — a więc okazałej cyfry. Największe zainteresowanie wzbudziła ta sprawa chorobowa w Ameryce, w której poświęcono jej przeszło  $\frac{1}{3}$  wszystkich prac, następnie we Francyi; dalej kolejno idą co do ilości odnośnych publikacyj:

Niemcy, Anglia resp. Wielko-Brytania, Belgia, Polska, Austria, Szwajcarya, Australia, wreszcie Rosya, Hollandya i Hiszpania.

W innych krajach, jako to we Włoszech, Danii, Szwecyi i Norwegii, o ile mi wiadomo, rzecz dziwna, w kwestyi powyższej nic nie pisano, co chyba brakiem odnośnego materiału obserwacyjnego objaśnić sobie można.

Do najlepszych prac, oprócz wyżej wymienionych B. Fraenkel'a i Herynga, należą: prof. Siebenmann'a z Bazylei, który na podstawie ścisłych badań histologicznych doszedł do innego, niż wyżej wymienieni autorowie, poglądu, mianowicie, że istota sprawy polega na zrogowaceniu nabłonka lakunarnego, stąd i nazwa przezeń proponowana: hyperkeratosis lacunaris.

Do bardziej wartościowych prac należą również: Kyle'a z Ameryki (sumienna praca bakteryologiczna, oparta na 300 badaniach odnośnych, z których również wynika, że bakterye grają w tem cierpieniu rolę podrzędną), następnie Jacobsona z Petersburga, proponującego nazwę: algosis (phycosis) faucium leptothricia, Kelly'ego z Glasgowa, Krakenberger'a z Würzburga, Gareł'a z Lyonu itp.

*Etyologia* grzybicy włoskowcowej nie jest dotąd stanowczo różstrzygnięta. Istnieją mianowicie 2 główne teorye: 1) pasorzytnicza, mająca najwięcej zwolenników, według której leptothrix buccalis — zwykły mieszkaniec jamy ustnej jest sprawcą tego cierpienia, oraz 2) chemiczna, której twórcą jest prof. Siebenmann z Bazylei, a według której istota cierpienia polega na zrogowaceniu nabłonka lakunarnego, przy czem leptothrix buccalis odgrywa tu rolę podrzędną (saprofit).

Jak już wspomniałem na wstępie B. Fraenkel — twórca grzybicy włoskowcowej, przeważnie znajdował w tem cierpieniu leptothrix buccalis, toż samo następnie Heryng. Również pasorzyt ten sam, lub przeważnie znajdowali w tem cierpieniu Semon, Wingrave, Santalo, Kinney, Gray, Prevost, Ruault, Nabias i Sabrazés, Krakenber-

ger, Chiari, Jacobson, Ferré i inni. Niektórzy autorowie (Hemenway, Raugé), nie zaprzeczając pasorzytniczego pochodzenia grzybicy włoskowcowej — nie koniecznie uważają *leptothrix buccalis* za sprawcę tego cierpienia: mogą tu być i inne zwykłe bakterye jamy ustnej (Parser i Tidswell). Na usprawiedliwienie swojego poglądu autorzy ci przytaczają fakt, że przecież *leptothrix* często bywa na dziąsłach w okolicy zepsutych zębów, w którem to miejscu jednakże nie spotykamy grzybicy włoskowcowej (Hemenway).

Chiari na podstawie faktu, że mamy tu do czynienia jedynie z powiększeniem ilości *leptothrix buccalis* t. j. zwykłego mieszkańca jamy ustnej — nie uważa tego cierpienia za samodzielną sprawę chorobową.

Jeszcze w r. 1891 amerykańnin Kyle na podstawie bardzo sumiennych badań bakteryologicznych doszedł do przekonania, że w cierpieniu tem bakterye grają rolę podrzędną i działanie ich głównie polega na chemicznej reakcyi tkanek wydzielin.

Również Higuuet, a przed nim jeszcze Toeplitz wpadali na myśl innego, nie pasorzytniczego pochodzenia tego cierpienia.

Dopiero jednak w r. 1895 Prof. Siebenmann z Bazylei na podstawie 6 dokładnie pod względem histologicznym zbadanych przez siebie, przypadków, dał podstawę chemicznej teoryi, starając się rolę *leptothrix buccalis* w tem cierpieniu ograniczyć do zwykłego saprofita.

Uważa on natomiast za podstawowe, główne w tem cierpieniu — niezwykle silnie wyrażone zrogowacenie nabłonka lakunarnego.

Pod drobnowidzem konstatował ten autor obecność pozbawionych jąder, zrogowaciałych nabłonków, które wystają pod postacią rogowych kolców (cierni). Kolce te posiadają centralne wgłębienie, wypełnione rozpadem drobnoziarnistym (detritus), bakteryami i śluzem.

Z wystającej z krypt części takich kolców — zewnętrzna powierzchnia częściowo jest pokryta siecią nitek *leptothrix*.

Na podstawie powyższych zmian autor ten proponuje dotychczasową nazwę: *mycosis leptothricia* zmienić na odpowiedniejszą jakoby: *hyperkeratosis lacunaris*, a więc sprawę chorobową, analogiczną do takich, jak *pachydermia laryngis*, *leukoplakia*, a do pewnego stopnia i t. zw. *lingua nigra* (co do tej ostatniej również zdania są podzielone, jak to zresztą w innym miejscu szczegółowo będzie mowa).

Teorya ta jednakże nie zyskała dotąd wielu zwolenników, do których przedewszystkiem zaliczyć należy Kraus'a z Wiednia, Lincoln'a, Friedland'a, oraz Richardson'a (wszystkich z Ameryki), wreszcie Hav. Hall'a z Londynu.

Kelly utrzymuje, że należy odróżniać 2 postaci chorobowe: mianowicie to, co zwykle przyjmujemy za grzybicę włoskowcową, jest po prostu zrogowacenie (*Keratosis*), nie zgadza się jednak z Siebenmann'em co do umiejscowienia tej sprawy chorobowej w kryptach jedynie, stąd też i nazwa *hyperkeratosis «lacunaris»* jest według niego niewłaściwą.

Oprócz tej postaci bywa i typowa grzybica włoskowcowa t. j. cierpienie zależne od obecności *leptothrix buccalis*.

Tegoż samego zdania jest i Kyle t. j. że są przypadki *pharyngomycosis* bez udziału *leptothrix*, w wielu zaś razach i w przypadkach typowej «*keratosis*» bywa ten pasorzyt.

Jak już jednak wspomniałem, większość autorów, do których i ja się zaliczam, jest zdania, że mamy tu do czynienia z typową grzybicą, zależną od obecności grzybka «*leptothrix buccalis*» zwanego.

Oдноśnie do tego ostatniego, muszę tu zauważyć, że pod ogólnem mianem «*leptothrix buccalis*», które pierwszy wprowadził do nauki Robin, należy według Miller'a—autora znakomitej pracy o drobnoustrojach w jamie ustnej (1889 r.), rozumieć następujące bakterye—stałe mieszkańcy jamy ustnej: *leptothrix innominata*, *bacillus maximus buccalis*, *jodococcus vaginatus*, *spirillum sputigenum*, *spirochaete dentium*.

Z nich najważniejszym jest *bacillus maximus buccalis*, który Kraus np. identyfikuje z *leptothrix buccalis* Robina.

Występuje on w postaci pęczków, składających się z równoległych nitek szerokości 1 — 1,3 m. które roztwór jodu w jodku potasu barwi na kolor niebiesko-fioletowy.

*Leptothrix innominata*, znajdujący się w białym miękkim osadzie zębowym, oraz najbardziej zbliżony do *bacillus maximus buccalis-leptothrix maxima buccalis* — dają od jodu żółte zabarwienie, podczas gdy *jodococcus vaginatus*, występujący w postaci łańcuszków, złożonych z 4 — 6 komórek, tkwiących w pochewce, daje przy tej metodzie mieszane zabarwienie t. j. komórki barwią się niebieskawo-fioletowo, zaś pochewki — słabo-żółto.

W czystej hodowli nie udało się otrzymać *leptothrix buccalis*, gdyż tak pasorzyt ten w dalszym ciągu nazywać będziemy, jakkolwiek *Jacobson* twierdzi, że w  $\frac{3}{4}$  przypadków z czopków, w kryptach migdałków zawartych, miał je jakoby otrzymać.

Nadmiernemu rozwojowi tego stałego mieszkańca jamy ustnej sprzyjać ma fermentacya w ustach i kwaśność śliny (*B. Fraenkel*), jako też próchnienie (*caries*) zębów (*Kyle*), oraz zaburzenia żołądkowe (*Donellan*). (*d. c. n.*)

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby wewnętrzne.

202. *O. Brehm*. **Nieprawidłowości i powikłania w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*St. Petersb. Medic. Wochen. Nr. 48, 1904 r.*)

«Przebieg zapalenia wyrostka jest zawsze nieprawidłowym» — wygłosił *Weir*, i na ten paradoks musi się zgodzić każdy lekarz, mający do czynienia z tą chorobą, obfitującą w niespodzianki. Mimo to autor stara się dać określenie prawidłowości tego cierpienia: a więc do prawidłowych zapaleń wyrostka należą te przypadki, które od początku do końca

są zupełnie wyraźne pod względem rozpoznawczym, t. j. które i klinicznie i anatomopatologicznie ściśle ograniczają się okolicą kątniczą. Wszystkie zaś przypadki, nie mieszczące się w tych ciasnych ramkach, można podzielić na 3 kategorie:

- 1) zapalenia wyrostka, ukrywające się poza innymi cierpieniami, które naśladują aż do złudzenia;
- 2) zapalenia wyrostka, przebiegające zupełnie skrycie przy ogólnych tylko objawach;
- 3) przypadki z powikłaniami, odsuwającymi cierpienie podstawowe na dalszy plan.

Do przypadków pierwszej kategorii należy odnieść zapalenie wyrostka, występujące wraz z mechaniczną niedrożnością kiszek, której objawy pierwiej rzucają się w oczy i zakrywają zapalenie wyrostka; dalej idą przypadki zapalenia wyrostka, znajdującego się w worku przepuklinowym, co pozwala przypuszczać uwięźnięcie; trudno również jest różniczkować cierpienie pęcherzyka żółciowego od zapalenia wyrostka tembardziej, że połączenie tych 2 cierpień nie jest zbyt rzadkie; często znów zapalenie wyrostka zwłaszcza w postaci przewlekłej bywa przyjmowane za ruchomą nerkę lub guz ślepej кишки. Ale najtrudniej odróżnić zapalenie wyrostka od cierpienia kobiecych narządów rodnych; często nawet obydwie te cierpienia spotyka się razem, wtedy trudności się zwiększają; a przecież ściśle rozpoznanie w tym razie jest rzeczą bardzo ważną, gdyż cierpienia przydatków macicznych wielu leczy za pomocą mięsienia, — łatwo tedy można sobie wyobrazić wynik, gdy zamiast leczonego cierpienia okaże się zapalenie wyrostka: mięsienie podziała wtedy, podług autora, jak kulak między oczy. Dlatego też ginekolodzy winni zawsze mieć na uwadze tę okoliczność i nie przeznaczać mięsienia, nie wykluczwszy wprzód możliwości zapalenia wyrostka.

Do drugiej kategorii przypadków zapalenia wyrostka autor zalicza jeden tylko przypadek ze swej praktyki; chora po pomyślnem przejściu obustronnego zapalenia płuc i oplucny nie przestawała gorączkować, skarżyła się na bóle głowy i ucha; zabieg, przedsięwzięty wskutek podejrzanego zapalenia środkowego ucha, wykazał wyniki ujemne; ciepłota w ciągu następnych 7 tygodni wahała się między  $38^{\circ}$  i  $39,5^{\circ}$ ; skarg żadnych nie było. Dopiero wtedy przy szczegółowem badaniu odkrytą została bolesność przy ucisku w okolicy kątniczej; podczas operacyi znaleziono mięki, 10-cio centymetro-

wy wyrostek z krwawą zawartością. — Wreszcie do trzeciej kategorii zalicza się właściwe powikłania zapalenia wyrostka. Do nich należy przedewszystkiem paratyphlitis; jest to postępująca flegmona, nie ograniczająca się najczęściej okolicą kątniczą, ale wędrująca daleko po za jej obręb: a więc pomiędzy fałdami krezki, wzdłuż m. psoatis do przepony, tworząc tutaj ropień podprzeponowy, a nawet do opłucny, wywołując ropne jej zapalenie. Oprócz takiego powikłania, powstającego per continuitatem textus, zdarzają się powikłania, drogą przerzutową powstałe: ropnie wątroby, skrzepy w żyłę wrotnej, a nawet ropnie gruczołów chłonnych okolicy żołądka (jak to raz autor widział). Ciekawe są dwa spostrzeżenia autora, dotyczące się nieprawidłowej działalności serca w zapaleniu wyrostka: tętno przestankowe — w jednym przypadku, bicie serca w drugim — ustąpiły niezwłocznie po usunięciu wyrostka. — Lecząc najcięższemu i, niestety, najczęstszemu powikłaniem jest zapalenie otrzewny, które przy zapaleniu wyrostka po większej części ma skłonność do umiejscowienia się, szczególnie w pierwszej chwili; wtedy można znaleźć w okolicy kątniczej mętny wysięk. Później wysięk staje się bardziej ropnym, a sprawa zapalna bardziej rozprzestrzenia się w jamie brzusznej.

W pierwszym okresie zapalenie otrzewny jest wyleczalnem, dlatego też bardzo ważną rzeczą jest wczesnie rozpoznać. Udaje się to dosyć rzadko, gdyż najważniejsze objawy zawodzą, najmniej pod tym względem polegać można na ciepłocie. Szkoła Sonnenburg'a wiele obiecywała sobie z liczenia białych ciałek krwi, ale obecnie najlepsi chirurdzy zarzucili ten sposób, jako niepewny i zajmujący zbyt wiele czasu. Nawet Federman, uczeń Sonnenburg'a, uznał, że na liczeniu białych ciałek w pierwszych dniach zapalenia otrzewny napewne polegać nie można. A więc, jak widzimy, uchwycić tę chwilę, gdy zapalenie wyrostka zaczyna wikłać się zapaleniem otrzewny, jest rzeczą bardzo trudną, a zbyt często — niemożliwą; dlatego też sprawa wczesnego przystępowania do operacji nabiera pierwszorzędnego znaczenia. — Chirurdzy całego świata pod tym względem nie mogą zgodzić się na jedno: najbardziej radykalną jest Ameryka — ogólnie przyjętą została tam zasada przystępowania do operacji wtedy, gdy cierpienie przejawia się rozmaitymi nieznacznymi objawami przed nadejściem właściwego napadu; wielu też amerykańskich



chirurgów operuje niezwłocznie bez względu, w jakim okresie zjawia się chory; sposób ten daje świetne wyniki: Oeschner na 416 przypadków, w ten sposób operowanych, miał tylko 4% śmiertelności. — We Francyi i Anglii niema takiej jedności, większość jednak trzyma się zdania, wypowiedzianego przez Bornhaupt'a: wczesne operowanie stosuje tylko się do cięższych przypadków, w innych zaś razach lepsze wyniki daje operowanie w przerwie między napadami. W Niemczech jest jeszcze bardzo wielu przeciwników wczesnego operowania (Sonnenburg i jego szkoła), chociaż na tegorocznym zjeździe chirurgów podnosiły się głosy za tym sposobem postępowania.

Przeciwnicy wczesnego operowania obawiają się otwarcia jamy brzusznej w stanie podrażnienia przed utworzeniem się trwałych zrostów; okazuje się jednak z doświadczeń (Moszkowicz), że jest to najmniej niebezpieczna pora: otrzewna w stanie podrażnienia wiele znosi, ale tylko w ciągu krótkiego czasu, gdyż już po 3 — 4 dniach tworzą się zrosty, wśród których jest już znacznie trudniej działać. Drugą zaletę wczesnego operowania stanowi to, że chorzy pod wpływem bólów łatwiej zgadzają się na natychmiastowy zabieg, niż na odkładanie go do przerwy między napadami.

Na zakończenie przytacza autor dane statystyczne co do wyników, otrzymanych w 206 przypadkach w ciągu ostatniego 1½ roku na chirurgicznym oddziale i prywatnej klinice d-ra A. Bergmann'a w Rydze:

<i>appendicitis simplex</i>	146	przypadków, z nich
leczonych sposobem wyczekującym	21	bez zejścia śmiert.
wcześnie operowanych	5	„ „ „
późno operowanych	5	„ „ „
w przerwie operowanych	115	„ „ „
<i>perityphlitis resp. paratyphlitis</i>	37	przypadków, z nich
leczonych sposobem wyczekującym	12	„ bez zejścia śmiert.
operowanych	25	„ z 3 zejściami śmier.
<i>peritonitis</i>	23	przypadków, z nich
późno operowanych	20	„ z 16 zejśc. śmiert.
wcześnie operowanych	3	„ bez zejścia śmiert.

„A więc -- nawołuje autor — wcześnie idźmy do brucha na spotkanie wroga, dopóki on jeszcze tam nie zdążył umocnić się, dopóki jeszcze silniejsi jesteśmy od niego.“

K. Mitkiewicz.

203. Wild. **Przyczynki do przebiegu kamicy żółciowej.** (Zeitschr. für Klin. Medicin. Bd. 55).

Z opisanych przez autora przypadków widzimy, jak szybko kamica żółciowa z dotychczas dobrym przebiegiem, a nawet w jednym przypadku nierozpoznana, może doprowadzić do zejścia. U jednej chorej po szeregu lekkich napadów kolki wątrobianej w ciągu kilku lat, nastąpiło przedziurawienie pęcherzyka żółciowego, poprzedzone silnym napadem; na sekcji znaleziono pomiędzy pętlcami kiszek kamień żółciowy wielkości pestki od wiśni; nigdzie więcej kamieni nie spostrzeżono, był to zatem ostatni, gdyż inne odchodziły dawniej po kolkach przez odbytnicę.

Główne oznaki przedziurawienia pęcherzyka żółciowego stanowią: zapaść i zmniejszenie się silnego bólu, umiejscowionego z prawej strony, rozszerzenie się bolesności na cały brzuch, naprężenie mięśni brzusznych, wymioty, a później paraliż jelit ze wzdęciem. Trzeba zaznaczyć, że spowodowana przez szok zapaść może prędko przejść i ustąpić miejsca względnie dobremu samopoczuciu, chociaż w literaturze (I. Kraus) są opisane przypadki kolki wątrobianej, gdzie bóle były tak silne, iż spowodowany przez nie szok i zapaść bez przedziurawienia pęcherzyka żółciowego zakończył się śmiercią.

We wszystkich przypadkach przedziurawienia dróg żółciowych należy jak najprędzej przystąpić do operacji, przy czem rokowanie jest tem lepsze, im mniej jest zakażona żółć.

U innego znów chorego kamica żółciowa zakończyła się ciężką ogólną ropnicą z przerzutami: zapaleniem wsierdzia i gruczołu tarczowego, ropnem zapaleniem opon mózgowych, skrzepem żyły bramnej. Ostatni napad kolki żółciowej nastąpił w trzy kwartaly po dwóch pierwszych bardzo lekkich napadach. Sekcja wykazała obecność czystej ropy (w ropie był lasecznik okrężnicy) w pęcherzyku żółciowym i jego przewodzie; w przewodzie żółciowym znajdował się kamień, który przed napadem musiał leżeć w przewodzie pęcherzykowym, na co wskazywały zmiany w ściankach tego ostatniego. Widocznie ze zmianą miejsca przez kamień, który tworzył jakby korek dla zropiałego pęcherzyka, nastąpiło zakażenie reszty dróg żółciowych, a sprawę tę ułatwił zastój żółci, wywołany przez utknięcie kamienia w przewodzie żółciowym.

Gdy w dopiero co opisanym przypadku czynniki zakażenia doprowadziły do ciężkich zmian ważnych organów, chory w następującym przypadku zmarł wskutek zakażenia umiejscowionego tylko w samym systemie żółciowym i jego najbliższem otoczeniu. Siedemdziesięcioletni mężczyzna, u którego dotychczas nie stwierdzono żadnych objawów kamicy żółciowej, dostaje bólów w okolicy pęcherzyka żółciowego, połączonych z żółtaczką i gorączką; żółtaczką się zwiększa, zjawia się koma i chory ginie w ciągu czterech tygodni. Na sekcji znaleziono duży kamień w przewodzie żółciowym, skrzep w żyłę bramnej, a na cięciu przez powiększoną wątrobę widać ropę w rozszerzonych drogach żółciowych, w ropie lasecznik okrężnicy.

W ostatnim z opisanych przez autora przypadków kamicy żółciowej chorej usunięto kamienie z pęcherzyka żółciowego. Wskutek silnych zrostów, jakie się uwydatniły podczas operacji, sprawa postępowała naprzód, nowe złogi kamienne i świeże zrosty doprowadziły do zastoju w wysokim stopniu w krwiobiegu żyły bramnej, co znów przez krwotoki żołądkowe spowodowało śmierć. Jak stwierdzono na sekcji, złogi kamienne spoczywały w środku wątroby, w prawym jej zrazie przy wyjściu prawego przewodu wątrobianego (duct. hepat. dex.).

Opisane przypadki musimy sobie uświadomić, mając przed sobą świeże zakaźne zapalenie pęcherzyka lub kanałów żółciowych bez powikłań, kiedy chirurgiczny zabieg daje jeszcze najlepsze widoki na wyzdrowienie i usunięcie późniejszych zaburzeń.

*Franciszek Venulet.*

#### 204. F. Klemperer. **O gorączce w przymiocie wątroby.** (Zeitschr. für. klin. Medicin. Bd. 55).

Krótki zarys literatury o gorączce w przymiocie poprzedza pracę autora. Widzimy z niego, że przestankowe i silnie zwalniające podniesienie ciepłoty stanowi w ciemnych przypadkach bardzo cenny punkt oparcia dla dyagnozy przymiotu w trzecim okresie; widzimy dalej, że cały szereg cierpień stawów, płuc, wątroby i t. d. połączonych z gorączką, zaraz ustąpił po zastosowaniu jodu i rtęci.

W dwóch przypadkach autora jedynymi objawami były: ciągła mocno zwalniająca, czasem przystankowa, połączona z dreszczami gorączka, niewielkie powiększenie i lekka bole-

sność wątroby, nieznaczna żółtaczka. W pierwszym przypadku choroba ciągnęła się przeszło rok, przypuszczano zimnicę, gruźlicę i posocnicę skrytego pochodzenia (kryptogenetyczną); odpowiednie leczenie nie dało żadnych wyników. U drugiego chorego gorączka po upływie szóstego tygodnia mniemanego duru brzuszego nie opadła, a pozostała nadal o charakterze zwalniającym; właściwego okresu nasilenia nie było. Obaj chorzy przechodzili przymiot. W obu przypadkach gorączka i inne objawy znikły wkrótce po zastosowaniu specyficznego kuracji.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych wątroby, to należy przypuszczać, iż występują one pod postacią ograniczonych lub też rozlanych guzów; sprawa może jednak dojść do marskości, jak to widzimy w przypadku Ewald'a, gdzie podczas laparotomii stwierdzono zrazowatą wątrobę. W tym ostatnim przypadku wyleczenie też nie nastąpiło tak szybko, gorączka zaś wkrótce znikła. — Nie należy zapominać, że przymiot organów wewnętrznych, jak na przykład płuc, o wiele częściej nie jest połączony z gorączką. *Venulet.*

205. Wołownik. **Zachowanie się komórek szpiku kostnego w różnych sprawach chorobowych** («Ueber das Verhalten der Knochenmarkzellen bei verschiedenen Krankheiten». Zeitschr. f. klin. Med. T. 56, z. 5 i 6).

Przystępując do opisu poszczególnych postaci komórek, znalezionych w szpiku, autor opisuje oddzielnie komórki, zawierające hemoglobinę i pozbawione takowej; na bezjądrowe ciała czerwone autor nie zwraca szczególnej uwagi, wychodząc z założenia, że masa krwi w narządach krwiotwórczych, specjalnie w szpiku, jest zależna od zbyt wielu czynników przypadkowych.

Czerwone ciała krwi, zawierające jądra, autor badał pod względem ich rozmiarów i rodzaju barwienia się zarodzi: co się tyczy pierwszego pytania, to nie przechodziły one wielkości normalnych ciałek czerwonych; co do drugiego — to ogromna ich większość jest polichromatyczną. Należy tu jednak zwrócić uwagę na jedną właściwość omawianych ciałek, którą zazwyczaj można było spostrzegać, a mianowicie zgrubienie chromatyny, jakkolwiek często nie można było rozróżnić jakiejś określonej budowy tej ostatniej.

Wśród komórek szpiku, pozbawionych hemoglobiny, autor rozróżnia komórki nieziarniste (ungranulirte) i ziarniste, wśród ostatnich zaś — eozynofilowe, bazofilowe i neutrofilowe; z eozynofilowych najwięcej, jak zwykle, było jednojądrowych. Pośród nieziarnistych najłatwiej wpadały pod oko ciała chłonne (Lymphkörperchen), przyczem otrzymywało się wrażenie, jak gdyby te ciała nie zawsze były jednakowe; widziano tutaj duże limfocyty, komórki jednojądrowe (odpowiadające myeloblastom Naegeli'ego), małąjądrowe komórki szpiku kostnego, komórki barwnikowe krwi (Blutpigmentzellen), wreszcie komórki olbrzymie jedno—i wielojądrowe,

Aby mózł porównywać wyniki, otrzymanywane w różnych stanach chorobowych, autor stale brał do badania szpik żeber, czyli czerwony, t. zw. podobny do limfy szpik kostny. Badania obejmują: 19 przypadków gruźlicy, 12 przypadków zapalenia płuc, 7 przypadków posocznicy, ropnicy i ropni rozsianych, 3 przypadki marskości wątroby, 6 przypadków zapalenia nerek, 6 przypadków chorób serca i 7 przypadków nowotworów. Ze względu na liczne trudności techniczne przy liczeniu poszczególnych postaci komórek, autor nie przypisuje podanym przezeń cyfrom pewności bezwzględnej. Ostateczne wyniki swej pracy autor ujmuje w szereg te z następujących:

1. Szpik kostny typu przeważnie myelocytowego został ujawniony w gruźlicy, posocznicy i ropnicy, cierpieniach serca, zapaleniu nerek, raku.
2. Typ limfocytowy w zapaleniu płuc, marskości wątroby i tych stanach chorobowych, które obejmowały gruźlicę chłonne.
2. Wszędzie można było dostrzedz równoległość pomiędzy ilością wielkich limfocytów i myelocytów.
4. Wielojądrowe neutrofile występowały w największej ilości w przypadkach z ropieniem, resp. owrzodzeniami.
5. Eozynofiliów było najwięcej w zapaleniu płuc i nerek. O ile zaś eozynofile były liczniejsze i w innych przypadkach, to zazwyczaj towarzyszącym cierpieniem było zapalenie nerek.
6. W gruźlicy i raku znacznie była zwiększona ilość komórek olbrzymich i normoblastów.
7. Megaloblasty znajdowały się w bardzo nieznacznej ilości w jednym przypadku zapalenia nerek i w kilku przypadkach raka.

Wobec tego, autor czuje się do pewnego stopnia upoważnionym wypowiedzieć zdanie, że skład komórek szpikowych w jednej i tej samej postaci chorobowej często bywa jednakowy lub podobny i że rozmaitym rodzajom chorób często jest właściwy odpowiednio różny skład komórek szpikowych; rozstrzygnięcie jednak pytania, czy pewna, ściśle określona, choroba powoduje pewien określony skład komórek szpikowych, może być dokonane, zdaniem autora, jedynie na zasadzie wielkiej ilości przypadków z czystym przebiegiem klinicznym i szczegółowymi badaniami patologo-anatomicznymi.

*W. Dobrowolski.*

206. E. Rosenberg. **O zakresie przetrawiania białka w żołądku ludzkim w warunkach normalnych i patologicznych** («Ueber den Umfang der Eiweissverdauung im menschlichen Magen unter normalen und pathologischen Verhältnissen»). — Zeitschr. f. klin. Mediz. t. 56, z. 5 i 6).

Za pomocą wielkiej ilości analiz zawartości żołądka autor starał się o wyjaśnienie zakresu przetrawiania białka wogóle, następnie — jaki jest stosunek procentowy poszczególnych produktów trawienia (albumozy, peptony etc.) w rozpuszczonej masie białka, zarówno u osobników zdrowych, jak i z cierpieniami żołądka, przypuszczając, iż tą drogą uda się odkryć ilościowe różnice pomiędzy fizyologiczną i chorobliwą czynnością żołądka, co udoskonaliloby dyagnostykę, w szczególności zaś umożliwialoby zapewne wczesne rozpoznanie raka żołądka, ewentualnie rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zwyyczajnym brakiem soku żołądkowego (achylia gastrica), a zależnym od zaniku śluzówki. Wreszcie autor dążył do otrzymania danych co do wartości odczynu tryptofanowego w zawartości żołądka (Tryptofan jest to skatolamino-kwasooctowy).

Wyniki tej zmuśnej i drobiazgowej pracy doprowadziły autora do szeregu wniosków, które pokrótce postaramy się tutaj streścić.

Plazmon (preparat białkowy, otrzymany przez działanie dwuwęglanu sodu na kazeinę) w ciągu krótkiego czasu ( $\frac{3}{4}$  g.) przechodzi w roztwór, którego ilość jest niejednakową w różnych stanach żołądka i waha się od maximum 61% ogólnej masy wprowadzonego białka w zwykłej niedokwaśności soku żołądkowego do minimum 13% w niezycie żołądka

bezkwasowym (gastritis anacida). Ilości przeciętne siły peptonizacyjnej nie dadzą się dokładnie określić; wyjątek pod tym względem stanowią jedynie zwiotczenie (atonía) i rozszerzenie, gdzie ilość rozpuszczonego białka wynosi średnio 26%, i nadkwaśność — 18%. Cyfry powyższe, jakkolwiek nie posiadają wartości bezwzględnej, pokazują jednak, że w nadmiernej kwaśności znajduje się w zawartości żołądka najmniej rozpuszczonego białka (18%), zaś w niedokwaśności — najwięcej (maximum 61%). Wartości, znalezione dla siły trawiennej w nieżytach żołądka (max. 30%), przy braku soku żołądkowego (max. 40%), w raku (max. 55%) ujawniają stosunkowo dobrą wydolność peptonizacyjną nawet w takim żołądku, gdzie ilość kwasu uległa znacznemu zmniejszeniu, lub nawet brak go zupełnie, zaś w nadmiernej kwaśności różnego stopnia zawsze znajduje się prawie jednakowa stopa procentowa rozpuszczonego białka.

Jest rzeczą niemożliwą opierać rozpoznawanie na ogólnej ilości produktów rozpuszczonych i znalezionych w tej postaci w zawartości żołądka.

Przy jakościowym określaniu produktów rozszczepienia białka autorowi udało się ustalić, że w żołądku normalnym, w niedokwaśności, w zwykłym zwiotczeniu, w nieżytach i rakach 72% rozpuszczonego białka przekracza granicę albumoz.

Cenne oznaki rozpoznawcze dają znajdujące się tutaj pozostałe ilości azotu, które przy raku wynoszą 51% ogólnej ilości rozpuszczonego białka, dalej — przekwaśność 39%, normalny żołądek — 30%, nieżyt przewlekły 28%, brak soku żołądkowego — 27%. Można zatem przyjąć, że ta właściwość żołądka rakowatego — wytwarzanie w krótkim przeciągu czasu z białka tak wielkich resztek azotu — może być wielką pomocą w rozpoznawaniu różniczkowym pomiędzy wspomnianym cierpieniem a żołądkiem, pozbawionym soku i nieżyty.

Dalej, można przyjąć dla żołądka normalnego i zwykłych zaburzeń wydzielania: im większą jest kwaśność, tem dalej idzie rozpad rozpuszczonego białka, tem więcej azot przekracza granicę albumoz.

Dla rozpoznawania różniczkowego pomiędzy zwykłym brakiem soku żołądkowego (achylia simplex) i zanikowym (achylia atrophica) nie otrzymano żadnych pewnych punktów oparcia.

Odczyn z tryptofanem w zawartości żołądka nie posiada żadnej wartości rozpoznawczej. *W. D.*

207. Schieffer. **Nowy przyczynek do leczenia leukemii promieniami Röntgena.** (Münchner Med. Wochenschrift. 1905. Nr. 4.

Zachęcony dodatnimi wynikami stosowania promieni Röntgena w leukemii autor poddał opromienianiu 5 przypadków, dosyć często spotykających się w jego stronach, leukemii. W pierwszym przypadku pacjent po widocznym już polepszeniu wskutek obawy przerwał kurację. Drugi i trzeci przypadek autor uważa za wyleczone, otrzymał bowiem w obydwóch razach znaczne zmniejszenie śledziony, wyrównanie stosunku ciałek białych do czerwonych, wzrost wagi i znakomity stan ogólny. W czwartym, bardzo ciężkim, przypadku leukemii z podwyższoną ciepłotą, biegunką i śledzioną, sięgającą do prawej linii pachowej, po opromienianiu nastąpiło znaczne polepszenie.

Wreszcie piąty przypadek, przypominający analogiczny przypadek Ahrens'a, bardzo ciężkiej leukemii uległ po 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> miesięcznym opromienianiu znacznej poprawie; w dwa tygodnie jednak po skończonej kuracji przy objawach ostrego obrzęku śledziony, t. 39 — 40° i zapaści nastąpił exitus letalis. Z objawów ubocznych przy opromienianiu autor obserwował: bicie serca, kłujące bóle w okolicy śledziony, uderzenie krwi do głowy, rozdrażnienie nerwowe; u każdego chorego po pewnej ilości codziennie wykonywanych opromienień występowała dermatitis, ograniczająca się do powierzchownych warstw skóry. Autor stosował opromienianie jedynie tylko okolicy śledziony, przerywając je w razie wystąpienia objawów ubocznych. Co się tyczy techniki opromieniania, to używana była cewka z iskrą długości 50 cm., przerywacz Wehnel't'a, rurka twarda Müller'a, siła prądu wynosiła 5 — 10 Amperów, napięcie 110 Volt, odległość rurki 30 cm., trwanie posiedzenia z początku 5 — 6 minut, następnie 10 minut, przyległe do śledziony części ciała zabezpieczano płytą ołowianą. Na zasadzie dotychczasowych spostrzeżeń, według autora, nie można jeszcze uważać promieni Röntgena za specjalny środek leczniczy w leukemii. Gdyby się nawet okazało, że röntgenoterapia ma znaczenie tylko środka symptomatycznego.



to i w takim razie, w braku innych środków byłaby niezbędną, jak naparstnica w cierpieniach serca.

*Kazimierz Włoczewski.*

### III. Wiadomości pomniejsze.

208. Polland. **Pęcherzyca wskutek przyjmowania jodu; powikłania ze strony błony śluzowej żołądka.** (Wien. Kl. Woch. 23/III, 1905).

O tem, że przyjmowanie jodu wywołuje wysypki różnego rodzaju, wszyscy wiedzą; obecnie Neumann, a za nim Polland opisali przypadki, w których wysypka przyjęła charakter zupełnie specjalny (dermatitis tuberosa), zauważono także owrzodzenia błony śluzowej żołądka. Zauważyć należy, że obadwaj chorzy cierpieli na zapalenie nerek i że znajdowali się w ostatnim okresie. Otóż przyjmowali oni w czasie choroby jodek sodu, który wywołał pojawienie się pęcherzyca. Na sekcji znaleziono owrzodzenia żołądka a także jod w moczu, chociaż chory zaprzestał przyjmować ten lek na 12 dni przed śmiercią. Pojawienie się pęcherzyca przypisuje autor złej działalności nerek, co pozwala na dłuższe przebywanie jodu w organizmie, to zaś wywołuje cierpienia skóry. Co się tycze błony śluzowej żołądka, to autor jest tegoż zdania, co i Bielogłowy, mianowicie, że żołądki niektórych chorych zawierają azotyny, które działają na sole jodu w ten sposób, że uwalniają jod w środowisku kwaśnym (nadkwaśność żołądka np.), jod in statu nascendi działa żrąco na błonę śluzową żołądka. Polland radzi też być bardzo ostrożnym przy dawaniu soli jodu (zbadać każe najpierw stan żołądka) u chorych na żołądek i nerki, w szczególności, jeśli ci ostatni zagrożeni są mocznicą. *M. B.*

209. Dr H. Kriege. **Uraz psychiczny i paraliż postępujący.** (Zeitschr. für. Klin. Medicin. Bd. 55).

Krafft-Ebing w swej obszernej monografii o paraliżu postępującym zupełnie nie wspomina o urazie psychicznym jako jednej z przyczyn tej choroby. Tymczasem autor szczegółowo opisuje przypadek, w którym związek ten istnieje niezawodnie: urzędnik kolejowy, który nie przechodził przymiotu i był przedtem zawsze zdrowy, zachorował na postępujące po-

rażenie wkrótce po niezwykle silnym przestraczu. Dwa podobne przypadki autor spotkał w literaturze.

Jeżeli po urazie głowy z niewielkim tylko okaleczeniem wywiązuje się paraliż, to i tutaj, zdaniem autora, bodaj czy nie większą rolę odgrywa uraz psychiczny — przestrach. Należy przypuszczać, że silny przestrach wywołuje podobne zmiany w naczyniach, co i wstrząśnięcie mózgu i rdzenia.

Że przestrach w pewnych przypadkach powoduje nie funkcjonalne cierpienie centralnego systemu nerwowego, a tak ciężką sprawę organiczną, musimy tłumaczyć sobie predyspozycją danego osobnika. *Venulet.*

#### IV. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

210. **Apomorfina przeciw płasawicy.** (La Semaine médicale, Nr. 15, 12 avril, 1905).

D-r Tull z Filadelfii otrzymał znakomity wynik przy zastosowaniu apomorfiny u młodej osoby, cierpiącej na ciężką postać płasawicy Sydenham'a, która opierała się wszelkim znanym dotychczas sposobom leczenia. D-r Tull wpadł na myśl zastrzyknięcia chorej 0,0015 apomorfiny; w trzy minuty po zastrzyknięciu, chora uspokoiła się zupełnie i zasnęła. Następnie przez pewien czas dostawała ona per os 0,003 apomorfiny co 3 godziny; polepszenie stanu jej zdrowia stało się bardzo widocznem tak, iż ciężkie przypadki, obserwowane poprzednio, już się nie powtarzały.

*B. W.*

211. D-r Emil Hirsch. **Solvinum, nowy preparat tymianu.** (Therapeutische Monatshefte. 1904).

„Solvin“ jest wyciągiem cukrowym z tymianu, przygotowanym przez D-ra H. Müller'a. Autor wypróbował nowy preparat w rozmaitych cierpieniach krtani i oskrzeli. Wyraża się o nim jako o doskonałym środku kojącym i wykrztuśnym w kokluszu i nieżyście oskrzeli. Preparat ten stosował autor w kokluszu 6 — 8 razy w nieżyście oskrzeli 3 — 4 razy dziennie po łyżeczce od kawy lub łyżce stołowej względnie do wieku pacjenta. Solwinę podaje się niekiedy z mlekiem, winem, lub też w innym płynie. Ma ona barwę ciemno-brunatną, wpadającą nieco w odcień zielonkawaty, ma konsystencję rzadkiego syropu, smak i zapach tymianu. Pre-

parat ten znoszą dzieci i dorośli bardzo dobrze, nie wywołuje on żadnego podrażnienia przewodu pokarmowego. Jako środek specyficzny występuje w tym preparacie tymol, ciało z grupy związków kamforowych, które działa przeciwpasorzytniczo, przeciwgorączkowo i kojąco. Znakomite działanie lecznicze solwiny w kokluszu występuje najjaskrawiej w tych przypadkach, gdzie znane środki lecznicze, chinina i jej pochodne, antypiryna, środki narkotyczne, brom, morfina, chloralhydrat, pozostają bez skutku. Solwina wskazaną jest zatem w ciężkich przypadkach kokluszu.

W ostrych nieżytach oskrzeli działanie solwiny, jako środka wykrztuśnego, było bardzo dobre. Zwiększa ona wydzielanie śluzu, rzeżenia znikają.

W cierpieniach gardzieli i krtani, również w astmie i rozedmie płuc można się po solwinie wiele spodziewać.

*H. Kucharzewski.*

212. Rodziewicz. **O wpływie argenti colloidalis Credé na krew.** (Rozprawa na stopień doktora medycyny. Petersburg, 1904).

Autor wcierał królikom w skórę brzucha masę Credé, zastrzykiwał pod skórę królikom i morskim świnkom  $\frac{1}{2}\%$  do  $6\%$  roztwór wodny arg. colloidalis, a także wprowadzał królikom do żył  $1\%$  takiż roztwór. Na zasadzie powyższych doświadczeń dochodzi do następujących wniosków: 1) Zawartość hemoglobiny i ilość czerwonych ciałek krwi po tych zabiegach niekiedy się powiększa; 2) po jednokrotnym wprowadzeniu arg. coll. w pierwszej chwili występuje hypoleukocytoza, stopniowo zaś z biegiem czasu ilość białych ciałek powiększa się; odczyn ten znika przeważnie po 24 godzinach. Powiększa się wyłącznie ilość ciałek wielojądrowych. 3) Po wielokrotnym wprowadzeniu arg. colloid. leukocytoza trwa dłużej. 4) Przy wcieraniach odczyn ten występuje zarówno na miejscu wtartem, jak i w innych miejscach.

A więc argentum colloidale szkodliwego wpływu na krew nie wywiera, wywołując zaś leukocytozę, wzmacnia odporność organizmu, a zatem preparat ten powinien znaleźć zastosowanie przy leczeniu spraw septyczno-ropnicowych. Na ogólny stan preparaty argentum colloidale nie wpływają ujemnie; u 2-ch królików wprawdzie wystąpiło argyrosis, lecz objaśnia się to zbyt dużą ilością wprowadzonego srebra.

*M. P.*

213. Sawieljew **Wpływ na krew podskórnych zastrzyków adrenaliny.** (Rozprawa na stopień doktora medycyny. Petersburg, 1904 r.).

Opierając się na doświadczeniach, dokonywanych na świnkach morskich i królikach z zastrzykiwaniem roztworu chlorku adrenaliny Poehl'a, autor wyprowadza następujące wnioski: 1) przy jednorazowym i wielokrotnym zastrzyknięciu nieśmiertelnych dawek adrenaliny (0,002 — 0,004 na kilo) a także jednorazowym śmiertelnych (od 0,006 na kilo) żadnych zmian we krwi co do ilości hemoglobiny, czerwonych ciałek krwi, ciężaru właściwe goniema; 2) przy jednorazowym zastrzyknięciu nieśmiertelnych dawek ilość leukocytów zmniejsza się, po upływie  $\frac{1}{2}$  god. zaś powiększa się stopniowo i w 3 — 3 $\frac{1}{2}$  godz. dochodzi do maximum; 3) przy wprowadzeniu śmiertelnej dawki ilość leukocytów ciągle się zmniejsza aż do śmierci; 4) po wielokrotnym wprowadzeniu małych, stopniowo zwiększających się, dawek, następuje hyperleukocytoza (powiększa się ilość wielojądrowych ciałek); 5) przez stopniowe wprowadzanie małych dawek wytwarza się odporność względem adrenaliny; surowica uodpornionych zwierząt, wprowadzona do organizmu innego, czyni ten ostatni również odpornym. Po iniekcjach temperatura spada\*), waga ciała też. Na skórze na miejscu zastrzyknięć włosy wychodzą i następuje nekroza. Przy śmierci (od dawek śmiertelnych mamy: przekrwienie i obrzęk płuc, wynaczynienia na opłucny, opłucznej, przepełnienie krwią serca i żył. Przy wielokrotnym wprowadzaniu małych dawek — śmierć następuje przy objawach niedokrwistości i wyczerpania.

M. P.

214. **Radioterapia wola.** Görl z Norymbergi stosował w 8 przypadkach promienie X zawsze z dobrymi wynikami. W jednym przypadku znikły wszystkie zaburzenia oddechowe w przeciągu 2-ch miesięcy, w ciągu 4-ch zaś wole tak się zmniejszyły, że zaledwo można było gruczoł tarczycowy wyczuć. Takież sam wynik otrzymał autor u młodej dziewczyny po upływie 8 tygodni. Wogóle we wszystkich przypadkach nastąpiło zmniejszenie wola. Autor zaleca tylko ostrożne stosowanie radioterapii, a to dlatego, iż skóra pokrywająca wole jest nader delikatna, tak, że nie trudno można wywołać radiodermatitis.

(Sem. méd. Nr. 21, 1905).

M. B.

215. **Smarowanie ichtyolem w szkarlatynie** dało doskonałe wyniki Seibertowi i Nazarovowi (S. méd. 1900 r., str. 102

\*) Po upływie 1 $\frac{1}{2}$  do 2 godz. podnosi się znów; w wypadkach śmierci jednak spada stopniowo aż do końca.

i 1904 r., str. 288), a także Dr Ławrowowi; ten ostatni podczas epidemii szkarlatyny stosował smarowanie całego ciała rano i wieczór następującą mieszanką: Ichtyoli 2,5, Aq. filtr., glycerini ana 25,0 gr.; ilość ta wystarcza na 4 smarowania. Zaraz na drugi dzień angina była daleko słabsza, łuszczenie występowało wcześniej, choroba zaś sama trwała krócej. Jediną złą stroną leczenia jest to, że wywołuje zaparcie stolca z silnymi kolkami, zauważył autor takowe u dwojga dzieci w okresie ozdrowienia.

(Sem. méd. Nr. 21, 1905).

M. B.

216. **Eucainum lacticum** jest to biały proszek, topiący się przy  $155^{\circ}$  C. A. Langgaard stosuje ten preparat do znieczulenia miejscowego, ponieważ nie ma własności drażniących, nie wywołuje przekrwienia i niedokrewności i nie działa ściągająco. Co się tyczy dawkowania, to zaleca się:

w chorobach oczu                      roztwór 2 — 3%

w dentyście                              roztwór 2 — 3%

do znieczulania nacieczeniowego      roztwór 0,12%

do znieczulania powierzchownego      roztwór 2 — 5%

do nosa, gardzieli, ucha              roztwór 10—15%.

Do roztworów poniżej 1% dodaje się 0,8% soli kuchennej, do roztworów 1 — 2% — 0,6% NaCl.

Pierwsze doświadczenia z tym nowym preparatem w dziedzinie oto—rhino-chirurgii przeprowadził Katz (Therapeutische Monatshefte 1904) i otrzymał bardzo dodatnie wyniki. H. K.

217. **Iothionum**. Preparat ten, który w zamian nalewki jodowej i maści jodowych zaproponowany został, przedstawia się pod postacią syropowego płynu. C. Wł. 2,61; jodu zawiera 80%. W wodzie rozpuszcza się ciężko, natomiast lekko w zwykłych, organicznych ośrodkach rozpuszczających, jak również i w tłuszczach. Ponieważ preparat ten wchłania się z łatwością przez nienaruszoną skórę i w godzinę po zastosowaniu można gowykryć, powinien być tam głównie stosowany, gdzie wewnętrzne podawanie preparatów jodu jest przeciwwskazanem. Stosowano go w zapaleniu okostny, przewlekłym zapaleniu stawów, przy objawach zapalnych błon surowicznych, w przewlekłym zapaleniu macicy, przeciwko wolu i obrzękowi gruczołów. Iotion zalecano także jako środek rozpuszczający śluz, stosowano go w tym celu z dobrym skutkiem w gruźlicy płucnej i astmie oskrzelowej.

Stosuje się jotion zewnętrznie per os lub też w połączeniu z oliwą w równych częściach, albo pod postacią maści z lanolinum anhydricum 25 — 75%. Jako dawkę dzienną przyjmuje się 2,0 — 4,0.

H. K.

218. **Rheumasanum.** Jest to przetłuszczone mydło, zawierające 10% wolnego kwasu salicylowego. Preparat ten ma przyjemny zapach, jest bardzo trwały i czysty w zastosowaniu leczniczym. Ponieważ wchłania się przez skórę z łatwością, wskutek tego kwas salicylowy przedostaje się do dróg limfatycznych ustroju i wywołuje skuteczniejsze działanie, aniżeli nawet znacznie większe dawki salicylowe, wprowadzane per os. Przez zewnętrzne zatem zastosowanie otrzymuje się ten sam skutek, co przy podawaniu do wewnątrz, przyczem wszelkie ujemne skutki stosowania wewnętrznego znikają.

Preparat ten został klinicznie zbadany przez T. Zeigau'a (Berl. Kl. Woch.) i F. Kōbisch'a (Dent. Med. Woch.) i zalecony w cierpieniach gośćcowych, jak reumatyzm mięśniowy, stawowy, lumbago, rwa kulszowa. Nawet w niektórych cierpieniach nie gośćcowego pochodzenia okazał się reumazan skutecznym (ból błyskawiczny w wiądzie rdzenia).

Nowy ten środek stosuje się w ten sposób, że 5 — 10 grm. rozsmarowywa się w cienką warstwę na chorych miejscach i następnie pokrywa cienką warstwą waty. Po 12 godzinach zdejmuje się ten opatrunek i po obmyciu nakłada na nowo.

H. K.

219. **Kalomel przeciw ostremu reumatyzmowi stawów.** (La Semaine Médicale Nr. 15, 12 avril 1905).

D-r Manceaux, lekarz wojskowy francuski, zaleca podawanie kalomelu chorym na reumatyzm, stosując jednocześnie preparaty salicylowe. Leczenie prowadzi on w sposób następujący: zaraz po rozpoznaniu ostrego reumatyzmu stawowego, daje choremu 0,5 — 0,6 kalomelu i jednocześnie na porażone stawy kładzie methylum śalicpleum; na drugi dzień pacjent dostaje 3,0 — 4,0 natri salic., na trzeci — 0,3 — 0,4 kalomelu, a w dwa dni potem jeszcze 0,2 kalomelu; następnie stosuje się kurację salicylową aż do wyzdrowienia. Pod wpływem takiego postępowania temperatura zwykle spada na 5 — 6 dzień, jednocześnie bóle powoli ustępują, i już po 18 dniach chory powraca do zdrowia, podczas gdy przy stosowaniu zwykłej metody leczenia, choroba przeciąga się 30 i więcej dni.

W.

220. Simonowicz. **W sprawie działania i stosowania adrenaliny.** (Rozprawa na stopień doktora medycyny, Petersburg, 1903).

Autor robił doświadczenia na psach i królikach; z badań swych wyprowadza następujące wnioski: 1) Ogólne działanie adrenaliny występuje tylko przy bezpośrednim wprowadzeniu do krwi; przy tem dawka 0,0001 podnosi ciśnienie krwi, zmniejsza ilość uderzeń serca i wywołuje bardziej powierzchowny oddech. 2) Przy podskórnem zastrzyknięciu 0,03 ogólne działanie jest niepewne, przy wprowadzeniu per os dawki po 0,03 — 0,06 nie działają wcale. Ten brak działania tłumaczy się: zubożeniem działaniem wątroby, niszczeniem adrenaliny na miejscu wstrzyknięcia i powolnem wssaniu się jej. 4) Miejscowe działanie na śluzówki pod postacią zwężeniem naczyń włosowatych występuje nie wszędzie jednakowo, wyraźniej np. na łącznicy, niż na śluzówce kiszki. 5) Dawka 0,01 u człowieka nie wywołuje objawów toksycznych(?). 6) Zastrzyknięcia adrenaliny do żyły w celu pobudzenia krążenia można stosować, lecz trzeba przytem używać minimalnych dawek i wprowadzać je powoli.

M. P.

## V. Doroczny Kongres Chirurgiczny w Berlinie.

Przewodniczył prof. KRONLEIN z Zurichu.

### Diskusya.

(patrz zeszyt 11).

Roux (Lozanna) zgadza się wogóle z Körbe, robi jednak uwagę, że statystyka wczesnych operacji polepszyła się wskutek operowania mniemanych napadów, które nigdy nie były appendicit'ami. Operuje się te przypadki z obawy, by nie zaszkodzić choremu, operując zapóźno.

Kümmel—Hamburg jest zwolennikiem wczesnego operowania. Wogóle appendicitis daje złe rokowanie. Po 3 dniach operować nie należy; trzeba dopiero później otworzyć sformowany ropień, po 6-ciu lub 8-iu tygodniach usunąć wyrostek.

Rotter—Berlin podaje cyfry — z pośród 25 operowanych 1-go dnia znalazł u 4-ech ropny wysięk, a z pośród 65-ciu — 2-go dnia u 31.

Najlepiej operować w ciągu pierwszych 24-ch godzin.

Federman — Berlin (oddział Sonnenburg'a w Moabie) Sonnenburg nie jest bezwzględny zwolennikiem wczesnego operowania, osobiście w przypadkach lekkich, gdzie dąży zwykle do otrzymania wyleczenia na drodze wessania się wysięku. Ciężkie przypadki należy operować w ciągu pierwszych 48 godzin.

Riedel — Jena prosi Körte'go o wskazanie swojego sposobu operowania.

Cercherelli — Parwa (Riese) podziwia Sonnenburg'a, który widocznie lepiej od innych potrafi różniczkować lekkie przypadki od ciężkich.

Schlange (Hannover) kładzie nacisk na okres appendicit'u, uważany przez praktyków za okres zwiastunowy, — okres, w którym wysięk maskowany jest brakiem objawów ze strony jeszcze niezajętej surowiczej. Przypadki te na 3-ci dzień zmieniają swoją postać i dają wielką śmiertelność.

Rehn (Frankfurt) zgadza się ze zdaniem Körte'go.

Arnsperger (Heidelberg) zgadza się ze zdaniem Rehn'a, nie wycina wyrostka tylko wtedy, gdy ropień jest wielki i podskórny.

Payr — Graz. Zwraca uwagę na wielkie znaczenie napięcia ścian brzusznych — są to stany ciężkie prognostycznie. Po wczesnych operacjach w 9 — 10% pozostają przepukliny.

Hochenegg — Wiedeń, odróżnia trzy okresy choroby, poprzedzające ropień w Douglasie:

1. Wzmoczone ruchy robaczkowe kiszek.
2. Obiektywnie i subiektywnie wyczuwalne ruchy robaczkowe wraz ze wzdęciem kiszek.
3. Porażenie zwieracza.

Sprengel — Braunszweig, odróżnia appendicitis simplex idestructiva. Dopóki lekarze praktycy nie będą w rozpoznawaniu mieli wprawy — należy operować w ciągu pierwszych 48 godzin.

Körte konstatuje, że wszyscy są za wczesnem operowaniem — podkreśla, że liczenie leukocytów zawodzi i opierać się na niem nie można.

Na tem dyskusję zamknięto.

Petersen — Heidelberg: Historia raków błon śluzowych. Raki błon śluzowych np. żołądka rosną wraz z wybujałym rozrostem błony śluzowej bez szczególnego udziału w tem tkanki łącznej. Zarazki raka uważa za iluzję.

Ritter. Za przyczynę obumierania cząstkowego raków uważa substancje, wytwarzane przez organizm w celach walki z rakiem.



Landow, mówiąc o rozpoznaniu osteomyelitis gummosa długich kości, kładzie nacisk na żółte zabarwienie kości, brak ropy, galaretowaty szpik kostny.

Schoffer—Insbruck zwraca uwagę na doskonale wyniki przy leczeniu brudnych ran balsamem peruwiańskim, przyczynę upatruje we wzmożonej leukocytozie.

### III posiedzenie.

#### Chirurgia nerek.

Rovsing—Kopenhaga. Wskazania i wyniki wycięcia nerek specjalnie gruczyliczych.

Nowe sposoby badania, t. zw. próby funkcjonalne — metylenblau i określanie mocznika, florydzynowa próba i kryoskopia krwi ewentualnie moczu dają zawoone wyniki — opierać się na nich nie można. Pomimo małej ilości mocznika mówca przystępował do wycięcia nerki i na 31 przypadków otrzymał tylko jeden raz uremię. W chorobie Brighta i przy guzach nerek mówca otrzymywał normalny punkt marznięcia krwi.

Na 112 wycięć nerek 9 śmierci=8%.

Dobre wyniki mówca zawdzięcza cewnikowaniu moczowodów, starannemu badaniu chemicznemu i bakteryologicznemu otrzymywanego ztąd moczu. Jeżeli druga nerka także zawiera drobnoustroje, ropę i białko — dąży do wyleczenia jej, nim przystąpi do wycięcia pierwszej nerki.

Zawartość białka w moczu nerki bez ropy i drobnoustrojów, mówca uważa za sprawę toksyczną i to od wycięcia chorej nerki nie powstrzymuje go.

Separatory uważa za niedokładne — wprowadzają często w błąd.

Israel—Berlin, krytykuje wszystkie sposoby funkcjonalnego rozpoznawania, więc prawo Kummel'a, cukrową metodę Casper-Richter'a, ja również Kapsammer'a (zjawianie się cukru po wstrzyknięciu florydzyiny w 15—20; 20—25, 25—30 minut). Dawniej mówca do roku 1901 miał 25% śmiertelności, po 1901 roku 10%. Przyczynę tego upatrywać należy w tem, że rozpoznanie postawione zostało wcześniej i operacja zastała chorego jeszcze w dobrych warunkach. Tego samego zdania jest Albarhan i Morris, który stanowczo odrzuca cewnikowanie moczowodów. Mówca nie odrzuca nowych zdobyczy funkcyjonalnego rozpoznawania — uważa je jednak za niedostateczne.

Casper — Berlin twierdzi, że próba cukrowa, dobrze wykonana, daje dobre wyniki.

Pels-Leusden — Berlin, wstrzykiwał zarazek do tętnicy nerkowej i na tej drodze otrzymywał pierwotną gruźlicę nerki.

Diskusya: K ü m m e l twierdzi, że jego statystyka nie pozwala mu podejmować wycięcia nerki, gdy punkt zamarzania krwi daje większą cyfrę, niż 0,6 — dwa razy odstąpił od tego prawidła — 2 razy otrzymał śmierć.

Mówca jest stanowczym zwolennikiem cewnikowania moczowodów — gdy druga nerka chora, a punkt zamarzania krwi daje więcej 0,6, wówczas robi tylko nefrotomię, tamponuje i oczekuje obniżenia punktu zamarzania, dopiero wówczas wycina nerkę, gdy krew mu na to pozwala.

K a p s a m m e r podnosi wartość metod methylenblau i florydzy (130 przypadków).

V ö l c k e r - H e i d e l b e r g mówi o indygo karminie.

C o h n — Królewiec mówi, że należy ściśle określać punkt zamarzania dla uniknięcia omyłek.

F r a n k — Berlin. Podnosi wartość separatora Luys'a.

K o c h e r zaznacza, że separator oddaje dobre usługi i w wielu przypadkach zupełnie zastępuje cewnikowanie.

N i k o l i c h — Tryjest, jest zwolennikiem cewnikowania moczowodów.

B a r t h twierdzi, że funkcjonalne rozpoznawanie daje uczucie większej pewności.

R o r s i n g w końcowem przemówieniu zaznacza, że nie odrzuca dorobku funkcjonalnej dyagnostyki, ale nie przecenia jej danych; jak do tej pory, zabezpiecza ona lepiej statystykę chirurga, niż zdrowie i życie chorych. Wnioski, jakie rozmaici lekarze wyciągają z funkcjonalnej dyagnostyki, dla fizjologa przecież są wprost śmieszne.

L a u e n s t e i n — Hamburg. Przepaja materyał opatrunkowy płynną parafiną.

K ü m m e l — Hamburg, operacyjne leczenie ropnego zapalenia opon mózgowych.

W jednym przypadku po ciężkim urazie kolejowym u robotnika, mówca otworzył szeroko kość potylicową, — w drugim — 12-letniej dziewczynce z nagminnem zapaleniem opon mózgowych otworzył kanał mózgowo rdzeniowy i otrzymał wyzdrowienie.

Gruźlicze zapalenia opon mózgowych nie dają wyzdrowienia na tej drodze.

Friedrich — Greifswald, zaznacza, że nie wszystkie przypadki padaczki, uważane za nieuleczalne, są takimi; wiele przypadków z zaburzeniami inteligencji udało się mówcy, operując sposobem Kocher'a, jeżeli nie wyleczyć, to w każdym razie otrzymać znaczne polepszenie. Otwór w kości 40 — 50 mm. kw., w oponie twardej 10 — 12 mm. kw. Co do twierdzenia o trwałości wyleczeń, trzeba być ostrożnym.

Borchardt — Berlin, pokazuje pacyenta po operacji wyjęcia perlaka czaszki.

#### IV posiedzenie.

Leser — Berlin. Ułatwienie wycięcia trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego na podstawie czaszki.

Mówca uprościł sposób Kronlein'a. Cięcie poziome po górnym brzegu kości jarzmowej, przecięcie jej, odsunięcie m. skroniowego ku prodowi, okostna na grzebieniu podskroniowym zostaje przecięta, poczem jama *podskroniowa* zostaje uwidoczniiona przy pomocy haka, który odciąga mięśnie skrzydlaste wraz z kością jarzmową ku tyłowi. Operacja przebiega łatwo, wykonana już 2 razy na żywym, udaje się przy niej dosięgnąć i 2-gą gałąź.

Axenfeld — Freburg. Wycięcie Kronlein'owskie oczodołu w celu leczenia pozagałkowych guzów lub zapaleń. Mówca rozpatruje sposób Kronlein'a z punktu widzenia okulisty, jest z niego zadowolony.

Helbron — Berlin. Operacja Kronlein'a. Wykonano ją 140 razy w ocznej Berlińskiej klinice z dobrym wynikiem, cięcie wystarczy w zupełności, przy umiejscowieniu więcej ku nosowi, dodaje się zwalniające cięcie.

Gluck — Berlin. Pokazuje chorych oraz opowiada o sposobie zastąpienia przelyku rurką gumową. Od gardzieli do otworu zespolenia żołądka ze ścianą brzuszną prowadzi gumowa rurka, chora gryzie i łyka normalnie — jedzenie z jamy ustnej przechodzi przez zewnętrzną gumową rurkę do żołądka.

Helferich mówi o plastyce gardzieli z powodu raka gardzieli i krtani. Chorem przed operacją właściwą mówca robi zespolenie żołądka ze ścianą brzuszną.

Rosenbach — Getynga. O czyrakach twarzy.

Kilian — reiberg. O tracheobronchoskopii w znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem.

Mówca zaznacza wartość tego zabiegu przy usuwaniu obcych ciał z dróg oddechowych oraz przy chirurgii płuc. Badanie zwykle robi się w uśpieniu przy zwieszanej głowie.

Hofmeister, Helferich i Sprengel chwala metodę.

(C. d. n.)

A. Zawadzki.

## Kronika bieżąca.

(z) W Instytucie bakteryologicznym d-ra Serkowskiego w Łodzi dnia 1-go lipca r. b. rozpoczynają się praktyczne zajęcia ostatniej, trzeciej grupy lekarzy, farmaceutów i studentów z zakresu bakteryologii cholery. Program zajęć praktycznych: wyosobnienie wibryonów cholerycznych, różniczkowanie ich, serodyagnostyka, aglutynacja, objaw Pfeiffera, przygotowanie wakcyn antycholerycznych i technika szczepień, zasady praktycznej dezynfekcji. Instytut dostarcza wakcyn antycholerycznych i surowicy cholerycznej wysokowartościowej.

(z) Kol. S. Orłowski został przeniesiony jako ordynator do szpitala Jana Bożego.

(z) Kol. Taczanowski został mianowany lekarzem naczelnym szpitala Jana Bożego, a Sabasznikow szpitala w Tworakach.

(z) Prof. Strasburger w Bonn otrzymał od Linnean Society w Londynie złoty medal za prace naukowe z zakresu botaniki.

(d) Na przyszły rok akademicki wybrani w Uniwersytecie Jagiellońskim: rektorem X. D-r Stefan Towlicki, prof. fizjologii, dziekanem Wydziału Lekarskiego D-r Józef Łazarski, profesor farmakologii, w uniwersytecie lwowskim rektorem D-r Antoni Gluziński, profesor Kliniki Lekarskiej, dziekanem Wydz. Lek. D-r Emanuel Machek, profesor okulistyki.

(z) Według statystyki Niemieckiego Cesarskiego Urzędu zdrowia, umiera w Niemczech corocznie 87000 ludzi z suchot płucnych. Liczba suchotników w Niemczech wynosi około 800000. Miejsc dla nich leczniczych jest 72 z 6000 łóżek, w których co rok może leczyć się 24000 osobników. Jeśli dołączyć do tego 24 prywatne zakłady lecznicze z 1500 łózkami, w których może się leczyć rocznie 6000 chorych, to w sumie wypadnie, iż na 800000 suchotników może się leczyć w zakładach tylko 30000.

(z) Kierownikiem zakładu w Czarneckiej Górze został kol. W. Miklaszewski.

(z) Radomskie Tow. Lek. wydało przepisy ochronne przeciw cholerze dla ludności wiejskiej.

(bw) Dnia 30 kwietnia r. b. odbył się w Berlinie kongres Roentgenowski pod przewodnictwem prof. Roentgena i prof. Bergmanna; kongres ten trwał do 3 maja.

(bw) Dnia 8 maja otwarty został w Paryżu pod przewodnictwem d-ra Brouardel'a kongres dla zwalczania nielegalnego lecznictwa.

(hk) Spożywanie musztardy nie jest pozbawione korzyści dla trawienia, gdyż po pierwsze sprzyja zniszczeniu bakterii gnilnych, po drugie olej gorczycowy pobudza wydzielanie soku żołądkowego. (Müncb. Med. Woch.).

(z) „Ruskij Wracz“ w Nr. 21, str. 705, pisze: W Niżnim Nowgorodzie na prywatnem posiedzeniu rady miasta i zaproszonych osób, pod przewodnictwem głowy miasta, rozpatrywano pytanie o przeniesieniu do Niżniego Nowgorodu wydziału lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, jeśli ten ostatni, jak głoszą wieści, ulegnie przeniesieniu do innego miejsca. Na przypadek, gdyby się to stało, rada miasta Niżniego Nowgorodu zdecydowała ubiegać się o to i ofiarować bezpłatnie grunt pod budowę gmachów uniwersyteckich.

(z) Wakuje miejsce lekarza w cukrowni: Udycz, poczta Humań, w gub. Kijowskiej. — Mieszkanie, opał, ogród, pensya 900 rb. Szpital na 8 łózek, wolna praktyka, w okolicy brak lekarzy.

Wiadomość u Dyrektora cukrowni W. Adolfa Łaszkievicza.

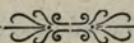
(z) Potrzebny lekarz w miasteczku Peczarze na Podolu. (Hr. Potocki (ordynat) płaci 1000 rb. rocznie i daje mieszkanie, z praktyki można mieć 1000 — 1500 rb. rocznie. Bliższych informacji udzieli miejscowa apteka. Adres: poczta Rachny Lasowe, aptekarz Topolnicki w Peczarze.

(w) *Lekarze na Daleki Wschód.* W d. c. powołany został ponownie, zwolniony poprzednio wskutek słabości zdrowia, kol. Kazimierz Dudrewicz (z Warszawy), współpracownik naszego pisma.

**Zmarli:** W Ojcowie dr Stanisław Niedzielski w 47 roku życia. Zmarły był dyrektorem tamtejszego zakładu wodoleczniczego i cieszył się wielkiem uznaniem wśród kuracuszów.

Dr Borys Bertenson, młodszy lekarz wojskowy, dnia 27 Maja zstąpił wraz z pancernikiem „Cesarz Aleksander III.“

Dr Wernicke, profesor psychiatrii i nauki o chorobach uerwowych w Halli nad Idą, autor wielu cennych rozpraw i dzieł ze swej specjalności zmarł skutkiem przejechania przez ciężki wóz ładowny w 58 roku życia.



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

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

# Ciechociński Zakład kąpielowo-zdrowy

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

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

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

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

---

## Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Bandaży oraz Brzytew oryginalnych Angielskich,  
Scyzoryków i Nożyczek

4—19457

### F. BALUKIEWICZA

Białańska 9, Hotel Paryzki w Warszawie.

Wielki wybór

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

---

### 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.

**MATTONIEGO**

**GISSHÜBLER**

najczystsza  
woda mineralna

**SZCZAWA-ALKALICZNA**

**Najlepszy**  
Dietetyczny  
i Orzeźwiający  
**Napój**

**I Choroby nosa, jego zatok,**  
oraz jamy Nosogardzielowej.

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

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

**D-ra JANA SĘDZIAKA—Erywańska 10.**

**KROWIANKA OSPA OCHRONNA**

w Warszawie, Daniłowiczowska 8. Telef. 528.

**Inst. D-ra Tchórznickiego.**

**BUSKO**

**Dr. Majkowski**  
praktykować będzie =====  
===== przez cały sezon  
(od 20 Maja do 20 Września).

Tegoż do nabycia we wszystkich księgarniach:

„*Busko—wody siarczano-słone.*”

1905 r. kop. 80.

# CIECHOCINEK

**Dr. Biesiekierski**  
chirurgia, mechanoterapia.

---

**Dr. Med. Fr. Jankowski**  
ordynuje jak w latach poprzednich u wód w Nauheim  
od 10-go Maja do końca Września.  
Mieszka w hotelu Europejskim.

---

**Dr. B. POLIKIER**  
z Warszawy  
— (choroby wewnętrzne i dzieci) —  
ordynuje jak lat poprzednich  
**PRZEZ SEZON LETNI w Ciechocinku** (POD KORONĄ)

---

## „ZDROWIE”

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO,  
poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w zeszytach objętości 5—6 arkuszy druku i zawiera:  
1) Artykuły oryginalne z dziedziny postępów higieny publicznej w kraju. 2) Streszczenia zbiorowe. 3) Referaty. 4) Sprawozdania z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa i oddziałów prowincjonalnych. 5) Meteorologię, prowadzoną stale przez p. G. Tołwińskiego. 6) Bibliografię. Wiadomości bieżące.

### WARUNKI PRZEDPŁATY:

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

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

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

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

