

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 16.

Warszawa d. 22 kwietnia 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
{ półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEN. Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcji i Administracji, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. — Niedomoga gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. „Niedostateczność wielogruczołowa“. — „Insuffisance pluriglandulaire“ (Claude i Gougerot), podał Stanisław Pechkranc. O wewnątrzpęcherzowej metodzie operowania guzów pęcherza, przez D-ra Aleksandra Fryszmana (C. d.) — STRESZCZENIA. — *Choroby układu nerwowego*. 69. Herman Eichhorst. O płasawicy starczej. 70. Schottin. Brak fosforu w ośrodkach korowych, jako przyczyna migreny. 71. J. Babiński i J. Jarkowski. O możliwości określania wysokości uszkodzenia w porażeniach poprzecznych rdzeniowych na podstawie pewnych zaburzeń odruchowych. 72. J. Babiński. O zmniejszeniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego za pomocą kraniektomii. 73. J. Babiński i A. Barré. Przyczynek do sprawy przymiotu rodzinnego. 74. J. Jeleńska—Macieszyna. Przypadek obustronnego porażenia nerwu odwodzącego oka po znieczuleniu łądźwiowym tropakokamą. — WIADOMOŚCI DROBNE. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO — Z TOWARZYSTW LEKARSKICH ZAGRANICZNYCH. — OD-CINEK. — W sprawie stosunku chorego lekarza i jego rodziny do lekarza ordynującego, przez J. Zawadzkiego — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z 6-go oddziału Warszawskiego Szpitala Żydowskiego.

Niedomoga

gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. „Niedostateczność wielogruczołowa“ — „Insuffisance pluriglandulaire“ (Claude i Gougerot. 1)

Podał

Stanisław Pechkranc.

Ordynator oddziału.

Fizjologia i patologia gruczołów z wydzieliną wewnętrzną stanowią poważny przed-

miot badań zaledwie od paru dziesiątków lat. Nic też dziwnego, że dziedziny te w wielu punktach mało są opracowane. Nie można jednak zaprzeczyć, że nauka o gruczołach z wydzieliną wewnętrzną w ostatnich latach znaczne zrobiła postępy. Przyczyniły się do tego nie tylko poszukiwania doświadczalne na zwierzętach, lecz także badania kliniczne. Można nawet stanowczo powiedzieć, że w wielu razach na różne zagadnienia z zakresu fizjologii i patologii gruczołów więcej światła rzuciła klinika, niż patologia doświadczalna, że dla przykładu przytoczymy tu akro-

1) Demonstr. na posiedzeniu neurologicznem Warsz. Tow. Lek. d. 19 lutego 1910 r.

megalię i chorobę BASEDOWA. Przekonano się wkrótce, że w wielu chorobach dystroficznych cierpi nie jeden jakiś gruczoł, lecz cały ich szereg. W ostatnich czasach wyodrębniono kilka zespołów chorobowych, uwarunkowanych cierpieniem gruczołów z wydzielaną wewnętrzną. Jeden taki zespół stanowi „niedomoga wielogruczołowa” („*Insuffisance pluriglandulaire*”), opisana 2 lata temu przez francuskich autorów, CLAUDEA i GOUGEROTA. Do tej właśnie kategorii zaliczam spostrzegany przezemnie niedawno i poniżej opisany przypadek, który pod wielu względami zasługuje, jak to zobaczymy, na uwagę.

Chory I. G. (Nr. księgi głównej 8073), lat 50, gdy przybył do mego oddziału, robił wrażenie cierpiącego na chorobę BRIGHTA: twarz obrzmiała, oczy zapuchnięte, obrzęki znaczne na dolnych kończynach i w dolnej części tułowia, puchlina brzuszna, przesięki w jamach opłucny, przeważnie z lewej strony, brak wszelkich zmian ze strony serca i naczyń, brak duszności, kaszlu, sinicy,—wszystko to kazało myśleć o sprawie zapalnej w nerkach. Z tem też rozpoznaniem leżał u nas pewien czas, pomimo że przy kilkakrotnem badaniu (*ac. nitricum, ac. sulfo-salicylicum.*) białkomoczu ani razu nie udało się stwierdzić. Brak białkomoczu w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek do nadzwyczajnych rzadkości nie należy. Gdy jednak ten ujemny objaw stale, przy każdym badaniu moczu, się powtarzał, gdy nadto mocz po odwirowaniu nie dawał często żadnego osadu, albo też otrzymany skąpy osad nie zawierał przy badaniu drobnowidzowem nic charakterystycznego dla zapalenia nerek, gdy wreszcie ze strony serca i naczyń nie można było stwierdzić żadnych objawów, które zwykle rozwijają się w następstwie przewlekłej sprawy zapalnej w nerkach, rozpoznanie powyższe zostało zachwiane. Należało poszukać innego źródła obrzęków. Dodać tu jeszcze należy,

że żadnych objawów charłactwa lub wodnistości krwi nie było, tak, że i z tej strony żadnego wyjaśnienia patogenezy obrzęków nie mieliśmy. Przy bliższem jednak badaniu chorego natrafiliśmy na cały szereg objawów dystroficznych, których obecność rzuciła inne światło na źródło jego obrzęków. Przedtem jednak kilka danych z wywiadów.

Choroba trwa przeszło 3 lata. W kilka tygodni po zachorowaniu zapisał się do jednego z oddziałów wewnętrznych, gdzie przeleżał około 6 tygodni. Wówczas również miał obrzęki kończyn i tułowia, cierpiał na mrowienie i palenie w skórze, czyli, jak on sam się wyraża, pod skórą, oraz uskarżał się na ogólne osłabienie. Pewnej nocy,—a było to w pierwszych tygodniach ówczesnego jego pobytu w szpitalu,—zaszedł wypadek, o którym chory w następujący sposób opowiada: „budzę się nad ranem i widzę ze zdziwieniem, że moja broda leży zupełnie oddzielnie pod kołdrą obok mnie”. Posługacz oddziałowy, który obecnie czynny jest w moim oddziale, w zupełności potwierdza ten fakt, utrzymując, że prawie cała broda przez jedną noc choremu wypadła, i że pozostały tylko dość rzadkie kępki włosów. Chory stanowczo utrzymuje, że poprzednio miał bardzo długą brodę i tak gęstą, że z trudnością mógł ją grzebieniem rozczesać. Później broda po części odrosła, ale jeszcze obecnie jest znacznie krótsza i rzadsza, aniżeli przed ową katastrofą. Nie mogłem się dowiedzieć, z jakim rozpoznaniem leżał wtedy chory w szpitalu. Po 6 tygodniowym pobycie w oddziale chory wówczas wypisał się z mniejszymi obrzękami i nanowo zabrał się do pracy. Jest on zatrudniony przy wyrobach mosiężnych, a praca jego polega na piłowaniu, szlifowaniu i t. d. Praca ta jest, jak chory utrzymuje, dość ciężka. Prawie przez cały czas chory, nie zważając na pozostałe obrzęki, dość ciężko pracował, w ostatnim roku jednak o wiele

mniej. W październiku 1909 r. obrzęki zaczęły stopniowo znów się powiększać, wystąpiło nanowo osłabienie, apatya i niechęć do pracy, i chory zapisał się do mojego oddziału. Chorób zakaźnych nie przechodził. Nadużyć *in Baccho et Venere* nie było. Przymiotu nie miał. Pochodzi z rodziny zdrowej, w której choroby podobne do istniejącej u niego nie zdarzały się.

St. praesens (4. I. 1910 r.). Chory średniego wzrostu, dobrej budowy, o kościecu średnio rozwiniętym. Rzucają się w oczy obrzęki, które obecnie są już o wiele mniejsze, niż w pierwszym czasie pobytu chorego w oddziale, nie mniej jednak i obecnie są wyraźne na dolnych kończynach, na których ucisk palcem pozostawia wyraźną jamkę. Gdy kilka tygodni temu obrzęki były b. silne, chory doznawał w dolnych kończynach bólu samoistnego, który przy uciskaniu palcem zwiększał się. Na twarzy obrzęk obecnie jest nieznaczny, ale po obudzeniu się ze snu opuchnięcie powiek jest jeszcze obecnie b. wyraźne. Puchlina brzuszna, płyn w opłucnie i obrzęk tułowia już od paru tygodni znikły. W skórze, jej przydatkach oraz tkance podskórnej spostrzegamy wydatne zmiany. Na stopach i gołeniach, na których chory parę lat temu miał obfite uwłosienie, skóra zupełnie pozbawiona jest włosów. Jest ona gładka, lśniąca, chłodna na dotyk, zgrubiała, sucha, silnie przylega do głębiej leżących tkanek i b. mało przesuwalna. W okolicy stawów skokowych znajduje się dość silnie rozwinięta sieć rozszerzonych żył. Na udach skóra nie różni się od zdrowej, a włosy są rzadkie i robią takie wrażenie, jak gdyby były odłamane lub jak gdyby po zgoleniu nanowo odrosły. Na brzuchu, w okolicy pośladków, lędźwi i grzbietu, gdzie dawniej również było gęste uwłosienie, obecnie prawie nie znajdujemy włosów. Na wzgórku łonowym uwłosienie niezmiernie skąpe, na piersiach jest ono trochę lepiej roz-

winięte. Włosy na brodzie są dość długie ale b. rzadkie (poprzednio była b. gęsta i o wiele dłuższa broda). Przy lekkim pociąganiu z łatwością udaje się wyrwać z brody całe pęki włosów, co też chory sam często demonstruje. Wąsy ucierpiały, ale stosunkowo mało. Pod pachami uwłosienie skąpe. Na głowie duża łysina od kilku lat. Na tyłogłowi włosy są cienkie, rzadkie, wypadają obficie. Brwi i rzęsy ucierpiały także, zwłaszcza zewnętrzna część brwi. Znajdujemy dalej zaburzenia odżywcze i w paznogciach. Są one miększe, niż normalnie, na co chory także sam zwraca uwagę, przy wyrastaniu zaginają się ku powierzchni grzbietowej ręki, i chory je odrywa. Przyglądając się paznogciom, widzimy na nich kilka poprzecznych prążków białych i żywo czerwonych. Paznogcie u stóp łatwo się kruszą. Tkanka tłuszczowa podskórna nie wszędzie jednakowo się przedstawia. Spostrzegamy mianowicie silniejszy jej rozwój na wzgórku łonowym, w dolnej części brzucha i grzbietu oraz na tylnej powierzchni szyi pod potylicą, gdzie chory jeszcze parę lat temu miał zagłębienie; obecnie tam widać wyraźne wypuklenie. We wszystkich tych okolicach tkanka podskórna robi wrażenie tłuszczowej, a przy uciskaniu nie daje jamki. W okolicy lędźwiowej i dolnej części grzbietowej skóra jest jakby zgrubiała i mało przesuwalna, a próba ujęcia jej w fałdę lub naciskanie palcem wywołuje ból. Charakterystyczne jest zdanie chorego, który twierdzi, że to nie jest jego ciało, że czuje to, jako coś obcego. Chory doznaje stale uczucia ziębienia, trudno mu się rozgrzać. Nie poci się, jak utrzymuje, nigdy; nawet w czasie uajwiększych upałów, gdy się przykryje kilkoma kołdrami, skóra pozostaje zupełnie sucha.

Ze strony układu kostnego żadnych zmian niema. Mięśnie zmian odżywczych i zaburzeń ruchowych nie okazują. Gru-

czoły chłonne obwodowe nie są powiększone.

Gruczoł tarczowy wyczuwa się, ale nie jest powiększony. Gruczoły piersiowe nie są powiększone.

W dziedzinie płciowej zaburzenia są wybitne. W ciągu ostatnich paru lat osłabienie siły płciowej, a od roku przeszło zupełna niemoc z brakiem pobudzeń płciowych. Chory ma 5-ro zdrowych dzieci. Prócz niezmiernie skąpego uwłosienia na wżgórku łonowym i silnego rozwoju tamże tkanki tłuszczowej, spostrzegamy zanik jąder, zwłaszcza prawego. Jądra są małe, miękkie, a najądrza stwardniałe. Żadnych chorób wenerycznych nie przechodził.

Narządy oddechowe nie szczególnego nie przedstawiają.

W narządach krążenia również zmian niema. Tętno 74—88—92 na minutę, miarowe, umiarkowanie napięte. Ciśnienie krwi, mierzone za pomocą sfigmomanometru SAHLIEGO z rękawką RECKLINGHAUSENA, daje cyfry: w skurczu 130—135, w rozkurczu 80—85. Objawów stwardnienia tętnic nie znajdujemy.

Krew przedstawia cechy patologiczne. Okazuje ona wzmogoną krzepliwość. Hb. 85%. Wskaźnik 0,89. Liczba czerwonych krążków 4,770,000. Wyraźna anizocytoza. Co się tyczy białych ciałek, to mamy wyraźną leukopenię: 2650 leukocytów w 1 mm.³. Wielojądrowych neutrofilowych 71%, wielojądrowych eozynofilowych 1,5%, limfocytów małych 7%, limfocytów większych 6,5% komórek z jednym dużym jądrem i bazofilową ziarnistością 6%, dużych jednojądrowych 8%.

Mocz chory oddaje w ilości od kilkuset do 1200 ctm. sz. i więcej. Raz zanotowano 1³/₄ litra. C. wł. waha się od 1010—1017. Odczyn kwaśny. Białka, cukru niema. Odczyn na adrenalinę VULPIANA (z nalewką jodową i eterem) wypada ujemnie. Osadu czę-

sto przy wirowaniu nie otrzymuje się wcale, niekiedy osad jest skąpy i nie zawiera żadnych elementów morfotycznych.

Przewód pokarmowy przedstawia cały szereg zaburzeń. Łaknienie jest umiarkowane, chory jednak od czasu do czasu traci apetyt zupełnie. Mięsa nie znosi i od kilku miesięcy zupełnie przestał je jadać. Gdy przedtem próbował jeść mięso, nie czuł w w niem żadnego smaku. Pożywienie chorego składa się przeważnie z mleka, bułek, masła, kaszki, jaj, jarzyn. Przy jedzeniu chorego doznaje uczucia ściskania w dołku, przeszkody w gardle na wysokości chrząstki tarczowej.

W ciągu ostatniego lata przez kilka tygodni codziennie, przeważnie po jedzeniu, chory wydzielał przez usta płyn wodnisty bez barwy i smaku, czuł przytem, że ów płyn wychodzi z żołądka. Uderzającym objawem jest prawie zupełny brak pragnienia. Trwa to już przeszło rok. Nawet podczas największych upałów i po zjedzeniu kilku śledzi chory nie uczuwa pragnienia. Nudności, odbijań, wymiotów, bólów brzucha prawie wcale nie doznaje. Od kilku miesięcy cierpi na rozwolnienie — po 10 — 12 i więcej razy na dzień. Nie towarzyszą tej bieguncie żadne bóle, przeciwnie, chory twierdzi, że, gdy ma mniej wypróżnień, czuje się gorzej. Zęby, zwłaszcza w górnej szczęce, prawie wszystkie powypadały, prócz 3-ch, które się chwieją. Zęby wypadają bez bólu. W szczęce dolnej zęby siedzą dość mocno. Język, strop jamy ustnej i gardziel nie szczególnego nie przedstawiają. Przy badaniu zawartości żołądka nie udało się naczno nic wydobyć, a dopiero po dolaniu wody wyciągnięto płyn z domieszką śluzu, bez resztek pokarmowych, odczynu zasadowego. Po próbnem śniadaniu wydobyto niewielką ilość miazgi, źle przetrawionej, z domieszką niewielkiej ilości śluzu, bez wolnego kwasu solne-

go, odczynu alkalicznego. Mieliśmy zatem do czynienia z brakiem soku żołądkowego.

Wątroba i śledziona nie wyczuwają się

Układ nerwowy. Nastój chorego przeważnie apatyczny. Chory skarży się często na osłabienie ogólne, na bóle w kończynach dolnych przy chodzeniu, niekiedy na bóle w klatce piersiowej. Bóle głowy nawiedzają chorego niezbyt często i nie dosięgają znacznego natężenia. Nie towarzyszą im wymioty. Niema wogóle żadnych objawów powiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Ze strony nerwów czaszki zaburzeń niema. Żrenice jednakowej, umiarkowanej wielkości, dobrze reagują na światło i przystosowanie. Zmian czuciowych ani na głowie, ani na tułowiu lub kończynach nie znajdujemy. Istnieją jednak czucia rzekome: mrowienie i palenie w skórze dość silne. Mięśnie nie okazują żadnych zmian odżywczych. Gruba siła mięśni dość dobra. Odruchy skórne i ścięgnowe są dość żywe. Odruch jądrowy jest leniwy. O uczuciu ziębienia, braku pragnienia i potu była już mowa wyżej. Siła widzenia od roku przeszła zmniejszona. Istnieje niedomoga nastawcza wskutek dalekowzroczności starczej. Na dnie oka żadnych zmian nie znaleziono. Niema ani śladu ograniczenia pola widzenia (kol. SZWARC). Słuch z lewej strony przytępiony znacznie. Smak, węch bez zmian. Radiografia czaszki nic nieprawidłowego nie wykryła (kol. BREGMAN i kol. JUDT).

Chory b. mało sypia: zaledwie 3 — 4 godziny na dobę. Pamięć ma, jak to sam zauważył, znacznie osłabioną. Fakty dawniejsze pamięta dobrze, świeże zaś zapomina: często nie pamięta, co robił przed kilku minutami, co jadł zrana, jaki jest dzień (musi sobie przypominać długo). Poza tem orientuje się dobrze, i inteligencya jego braków nie przedstawia. Wyraz twarzy sztywny, mimika słabo wyrażona; dużo poprzecznych

brózd na czole. Mowa powolna, głos nieco głuchy.

Streszczając powyższe spostrzeżenie, możemy powiedzieć, że u chorego od 3 — 4 lat występują i stopniowo rozwijają się zaburzenia dystroficzne, które dotyczą głównie skóry i jej pochodnych (włosów, paznogi) oraz tkanki tłuszczowej podskórnej. Przeważają w obrazie chorobowym: wypadanie włosów w rozmaitych okolicach ciała, suchość, pewne zgrubienie i połysk skóry, jej mała przesuwalność (na dolnych kończynach), uczucie chłodu, mrowienie i palenie w skórze, powracające parokrotnie obrzęki kończyn i tułowia, nierównomierne odkładanie się tłuszczu. Poza tem widzimy stopniowe wygasanie czynności płciowych oraz zanik jąder.

(D. n.)

O wewnątrzpecherzowej metodzie operowania guzów pecherza.

Praca, przygotowana na Zjazd chirurgów polskich w Warszawie, wygłoszona na posiedzeniu chirurgicznym Tow. Lek. Warsz. w grudniu 1910 r.

przez

D-ra Aleksandra Fryszmana.

(C. d.)

Moje osobiste doświadczenie rozciąga się na 6 przypadków guzów pecherza, które poniżej przytaczam.

Porównajmy teraz dodatnie i ujemne strony wewnątrzpecherzowej metody operowania z takimiż stronami metody krwawej.

Jednym z ważniejszych bezwątpienia następstw ujemnych po wewnątrzpecherzowym sposobie operowania są krwotoki. W większości przypadków krwawienia nie są duże.

Chorzy, którzy bezpośrednio po operacyi oddają krwawy mocz, w kilka godzin później już krwi nie oddają.

Niekiedy jednak krwawienia występują obficie. Według zdania NITZEGO, dopóki chory po operacji oddaje sam mocz, choćby krwawy, obawiać się nie należy, nawet, jeśli krwawienie trwa długo.

Inaczej rzecz się przedstawia, jeśli tworzą się skrzepy w pęcherzu, i występuje zatrzymanie moczu. Skrzepy te powodują skurcze pęcherza i podtrzymują krwawienie. W takich razach starać się winniśmy opróżnić pęcherz i uwolnić go od skrzepów.

NITZE w takich razach nie radzi robić aspiracji skrzepów i posługuje się jedynie grubymi cewnikami i strzykawką. Środki hemostatyczne, jak adrenalina, ergotyna etc., niewiele w danym przypadku pomagają.

O ileby, pomimo wszelkich wysiłków, nie udało się skrzepów usunąć i pęcherza opróżnić, nie pozostaje nic innego, jak dokonać cięcia nadłonowego i wytamponować pęcherz.

NITZE, który rozporządza tak obfitym materiałem operacyjnym, sięgającym 150 przypadków, twierdzi, że ani razu nie był zmuszony z powodu krwawienia uciekać się do tej ostateczności; jakkolwiek przyznaje się, że kilkakrotnie miał bardzo obfite krwawienia po operacji. CASPER na 65 operacji w jednym tylko przypadku musiał dokonać cięcia nadłonowego i tamponować pęcherz.

Co się tyczy moich przypadków, to ani razu większego krwotoku nie miałem.

Dla uniknięcia tworzenia się skrzepów w pęcherzu radzi NITZE podawać chorym po operacji ogromne ilości płynów.

Wogóle zauważyć muszę, że obawy o krwotoki, które często wysuwają, jako argument przeciw wewnątrzpęcherzowej metodzie operowania, w większości przypadków są przesadzone. CASPER uważa większe krwotoki pooperacyjne za wyjątek i twierdzi, że na kilkaset posiedzeń operacyjnych miał ich

zaledwie 4 (str. 419 Zeitschrift f. Urologie, III Heft. 1909).

Niezależnie od operacji samej może wystąpić większe krwawienie u chorego skutkiem oddzielenia się strupa. Zdarza się to bardzo rzadko. Raz jeden podobne krwawienie miałem sposobność obserwować.

Ujemną stroną omawianej metody jest też możność zakażenia. Przyrząd jest tak zbudowany, że o wyjałowieniu go przez gotowanie mowy być nie może. Przez zachowanie jednak pewnych środków ostrożności możemy uniknąć zakażenia. Ja ani razu go nie miałem.

Muszę też wspomnieć o dużych trudnościach technicznych, z jakimi związana jest ta metoda.

Małe pole widzenia, zmienność obrazu, mała swoboda ruchów przy manewrowaniu przyrządem ogromnie utrudniają operację. Wymagana też tu jest skutkiem tego ogromna wprawa. Tem się też tłumaczy, dlaczego metoda ta, jakkolwiek już przed 15 laty przez NITZEGO zainicyowana, dotąd mało przez kogo jest uprawiana.

Przyjrzyjmy się teraz dodatnim stronom omawianej metody.

A więc nie mamy tu potrzeby uciekania się do narkozy. Samo operowanie, jak to już wyżej zazaczyłem, nie sprawia choremu więcej dolegliwości, niż zwykle prześwietlanie pęcherza. Co najwyżej, w chwili obcinania guza choroby doznają wrażenia klucia w pęcherzu, ale zazwyczaj się nie skarżą. Pooperacyjne leczenie, tak długie i uciążliwe po cięciu nadłonowym, tu odpada zupełnie. Chorzy zwykle po operacji wracają do swych zajęć. W moich przypadkach ani razu nie byłem zmuszony trzymać chorych w łóżku. NITZE wszystkich chorych operował ambulatoryjnie.

W przypadkach małych guzów łagodnych uważać należy krwawą operację w

Ichthalbina



Tannalbina

Do stosowania wewnętrznego ichtyolu
Pobudza apetyt, a przy enteritach usuwa roz-
kład w kiszkaach.

Dawka: 0.5 — 1.0 g. 3 — 4 razy dziennie w po-
staci proszków lub w tabletkach.

Oryginalne pudełka z 30 tabl. Rbl. — 50

Środek ściągający i nie drażniący kiszeki

Dawka: dla dorosłych 1 g. 3 — 5 razy dziennie
w proszkach lub tabletkach.

Oryginalne pudełka z 20 tabl. Rbl. — 25.

" dawki z 40 " " — 50.

Próby i Literaturę darmo.

KNOLL & Co., LUDWIGSHAFEN am RHEIN. |

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
NIESTRAWNOŚĆ
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA).
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
ZAPALENIE OKRĘŻNICY
LECZENIE GRUŻLICY
LECZENIE CHOROÓB UMYŚLOWYCH
I T. D.

DAWKA: 1—2 łyżeczek od kawy przed
każdym posiłkiem; lek rozpuszcza się
w wodzie.

GLYCÉRO-DALLOZ GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIGUŁKACH.
KRZYWICA,
PRÓCHNIENIE KOŚCI
PIERWSZE OKRESY GRUŻLICY
GRUŻLICA PŁUC I KOŚCI
NIEDOMOGA NERWOWA
OKRES ZDROWIENIA
I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1—2 łyżeczek od
kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżecz-
ka przed każdym posiłkiem. Lek roz-
puszcza się w wodzie

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—War-
szawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odes-
sa. Z. Lerme i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—
Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Z. Lerme i Cie.—
Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: DALLOZ & C^{ie} 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS

PRÓBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

Dragées

ATOXYL à 0,01

BLAUDI cum ATOXYL à 0,01

Atoxyl — organiczny arsenowy związek, zawie-
rający około 37,7% arsenu mocno związanego w
swej budowie, środek względnie mało toksycz-
ny o wybitnym odżywcem i wzmacniającem dzia-
łaniu na organizm. Połączenie żelaza z atoksy-
lem w postaci pigułek stosowane bywa z powo-
dzeniem przez najwybitniejsze powagi lekarskie,
jako środek wytwarzający czerwone ciała krwi
(chloroza, anemia), w ogólnem osłabieniu —spe-
cjalnie przy osłabieniu systematu nerwowego.
Sposób użycia: 2—3 razy dziennie po 1—2 pigu-
łek po jedzeniu.

poleca

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

Jerozolimska 27 róg Kruczej.

CACODYLATE DE SOUDE POMMIER

W AMPULKACH STERYLIZOWANYCH

CENA PUDEŁKA 21 AMP. 1R 75. 10 AMP. 1.R 100 AMP. 5R 50.

PIPERAZYL LERAT

Dozwolony za Nr. 278

Cena Rub. 2.25

W pastylkach
flakon 60 pastylek.

Gościec. Dna. Piasek Moczowy. Artrytyzm.

Główna Ajentura G. POMMIER

Petersburg, Pantelejmonowska 24.

Próby wysyła się panom lekarzom na żądanie.

z Paryża
8 godzin

AIX-LES-BAINS

z Genewy
2 godziny

w Sabaudyi (Francya)

Gorące wody siarczane o 47-o C. najobfitsze na świecie; specjalne leczenie zewnętrzne za pomocą douche-massage czyli masażu pod duszem, kąpiele naturalne patowe (Bertollet) analogiczne z kąpielami błotnymi. Leczenie wewnętrzne zapomocą łagodnej wody alkalicznej — Eau des deux Reines, działającej silnie moczopędnie.

Główne wskazania:

Podagra, reumatyzm, artrytyzm, ischias, lumbago, choroby stawów — neuralgie, syfilis. Kuracye dopełniająca: Physioterapia — Kuracye powietrzem górskim: M-t Revard, les Corbières Marlicz.

Ceny bardzo umiarkowane w zakładach kąpielowych i w hotelach, Droga do Aix-les — Bains przez Frankfurt Bazylee, Genewę. Cudowna okolica, lae du Bourget. Grande Chartreuse. Kasino, teatr, koncerty, Sporty.

Sezon od 1 Kwietnia do 1 Listopada.

Informacyi udziela mer miejscowy.

Zakład Lecznicy Gorbio pod Mentoną (Riviera)
250 m. n. p. morza położony.



Dla chorych wewnętrznych, nerwowych i rekonwalescentów, w najpiękniejszej i najzdrowszej okolicy południowej Francyi w pobliżu lasu i wolnej od kurzu. Kuchnia dyetyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Ogrzewanie wodą gorącą we wszystkich pokojach.

stosunku do objawów, jakie guzy te dają, za nieproporcjonalnie ciężki zabieg.

Co się tyczy niebezpieczeństwa operacji, to bez porównania mniejsze jest ono przy wewnątrzpęcherzowej, aniżeli przy krwawej metodzie.

Tak więc według statystyki RAFINA śmiertelność po cięciu nadłonowem w guzach łagodnych w dawniejszych operacjach wynosi 13,7%, a w nowszych czasach 3,8%. ZUCKERKANDL na 50 przypadków, operowanych drogą krwawą, określa liczbę śmiertelnych przyp. na 8%, CASPER na 33%, FRISCH, który rozporządza największym materiałem, podaje liczbę zejść śmiertelnych na 9%, ALBARRAN notuje koło 4%. Tymczasem śmiertelność przy wewnątrzpęcherzowej metodzie operowania wynosi prawie 0. NITZE na 150 przypadków notuje jedno śmiertelne zejście (nie podając przyczyny), CASPER na 76 przypadków — ani jednego.

Sądzę, że cyfry te dość wymownie świadczą, która metoda mniej jest dla chorego niebezpieczna.

A teraz przejdźmy do rozstrzygnięcia najważniejszej kwestyi, mianowicie, która z obu metod bardziej jest radykalna.

ZUCKERKANDL na 50 operacji krwawych z powodu brodawczaków pęcherza, z których 4 skończyły się śmiercią, notuje 10 nawrotów, czyli więcej, niż 20%. Sam przyznaje się do tego, że dane te nie są ścisłe, gdyż nie wszyscy chorzy byli kontrolowani. LEGUEU określa liczbę nawrotów w 115 przypadkach, zebranych z piśmiennictwa i operowanych metodą krwawą, na 33 czyli 28%. RAFIN, który zbiorowo referował na zebraniu urologów francuskich w r. 1905 o guzach pęcherza, określa liczbę nawrotów guzów łagodnych na 26%. FRISCH na 103 przypadki miał możliwość tylko 53 przez dłuższy czas obserwować, przyczem w 21 przypadkach stwierdził nawroty.

Jak widzimy, trudno tu określić odsetkę nawrotów, w każdym razie jest ona dość wysoka.

Liczba nawrotów przy wewnątrzpęcherzowym sposobie operowania w cyfrach tak się przedstawia: NITZE na 101 guzów, operowanych do r. 1902, miał wyzdowień 71, nawrotów 18, 12 chorych po operacji więcej nie widział. CASPER miał na 65 operacji 16 nawrotów.

Jak widzimy z powyższego, i przy jednej i przy drugiej metodzie operowania mamy częste nawroty, częstsze jednak przy krwawej metodzie.

Ale, jak słusznie powiada CASPER, nie o cyfry w danym wypadku idzie. Statystyki, które rozporządzamy, są niedokładne, gdyż bardzo wielu chorych po operacji z oczu tracimy.

Weźmy chociażby statystykę FRISCHA.

Na 103 operowanych miał on możliwość obserwowania przez dłuższy czas tylko 53 chorych. O dokładnem wyciąganiu ztąd wniosków mowy być nie może.

Ważniejszą natomiast rzeczą jest rodzaj nawrotów, jakie po jednej i drugiej metodzie oparowania spotykamy.

W roku 1908 wygłosił CASPER w Berlińskim Tow. lekarskiem bardzo ważne spostrzeżenie co do nawrotów po usunięciu guzów brodawkowatych drogą krwawą.

Przytoczył on 9 przypadków, operowanych przez wybitnych chirurgów z powodu brodawczaków, gdzie wkrótce po operacji wykryć mógł bardzo liczne guzy w pęcherzu. Do tych 9 przypadków dodaje CASPER w 1½ roku później w komunikacie na drugim zjeździe urologów niemieckich nowych 8 podobnych spostrzeżeń.

Ja osobiście obserwowałem 3 przypadki, gdzie wkrótce po operacji krwawej wystąpiły nawroty w postaci licznych guzów

na linii cięcia i na reszcie błony śluzowej pęcherza.

Ten rodzaj nawrotów nazywa CASPER „zwyrodnieniem brodawkowym pęcherza” (*degeneratio papillomatosa vesicae*) i uzależnia je od operacji.

Faktem dla niego jest, że po krwawej operacji nowe guzy wyrastają w większej liczbie na przedtem zdrowej lub zdrowo wyglądającej błonie śluzowej, i że w większości przypadków według wszelkiego prawdopodobieństwa operacja jest przyczyną generalizacji guzów.

Podczas operacji odrywają się od guza cząsteczki jego, które implantują się w linii cięcia i na błonie śluzowej, pozbawionej nabłonka skutkiem maltretowania tejże podczas operacji, a następnie wyrastają w nowe guzy.

W innych znowu przypadkach skłon-

ność błony śluzowej do tworzenia brodawczaków, owa „*villous disease*”, jak ją nazywa HOUBSON, tak zostaje przez operację spotęgowana, że daje bodźca do tworzenia się większych i liczniejszych, niż poprzednio, guzów.

I po wewnątrzpęcherzowych operacjach występują nawroty; i NITZE i CASPER je obserwowali.

Ale zazwyczaj występują one w postaci pojedynczego guza niewielkiego, wyrastającego na miejscu usuniętego. Ani razu nie spotykano tego zwyrodnienia brodawkowego, jak to ma miejsce po operacjach krwawych.

Widzimy z tego, że te argumenty, jakie najbardziej były wysuwane przez przeciwników metody wewnątrzpęcherzowej, obecnie stają w jej obronie.

(Dok. nast.)

STRESZCZENIA

Choroby układu nerwowego.

69. Hermann Eichhorst. O płasawicy starczej.

Opierając się na badaniu pośmiertnym 80-letniego starca, zmarłego na płasawicę, autor doszedł do wniosku, że niepodobieństwem jest w chwili obecnej określić podkład anatomiczny omawianego cierpienia.

Miażdżyca tętnic mózgowych, którą autor znalazł w swoim przypadku, jest rzeczą zwykłą w tym wieku; nie może ona oczywiście być brana w rachubę, tembardziej, że była obustronna, płasawica zaś w danym razie była połowicza. To samo da się powiedzieć o obrzęku opony miękkiej rozlanym na obu półkulach. Autor również nie zauważył wynaczynienia we wzgórku wzrokowym przeciwległej strony, jakie zazwyczaj miewa

miejsce w płasawicy, poprzedzającej porażenie połowicze lub po niem następujące.

Wszystko to przemawia za utartem twierdzeniem, że w płasawicy zmian makroskopowych niema.

Co się tyczy zmian mikroskopowych, to przede wszystkim zaznaczyć należy, że autor nie znalazł owych słynnych „ciałek płasawicznych”, które niektórzy autorzy, a pomiędzy nimi FLECHSIG, uważają za nieodłączny w płasawicy składnik obrazu anatomopatologicznego. A i WOLLENBERG wykazał, że ciałek tych często brak w płasawicy, natomiast znajdują się one w innych cierpieniach.

Autor badał również korę mózgową w okolicy psychomotorycznej i nie dostrzegł zmian żadnych, które mogłyby cechować płasawicę. Poza tem stwierdził autor wrzecionowate rozszerzenie naczyń kory mózgowej wraz ze znacznym przekrwieniem; zmiany te jednak

że autor poczytuje za następstwo zaburzeń krążenia, wywołanych przez silne drgawki płasawicze. Była badana również neuroglia, ale zmian żadnych nie znaleziono.

Rdzeń zmian chorobowych nie przedstawiał.

Ponieważ w ostatnich czasach dużo mówiono o zakaźnej naturze płasawicy, autor szukał drobnoustrojów w mózgu i rdzeniu, wyniki jednakże wypadły ujemnie.

Płasawica starcza, jak wykazuje statystyka, jest cierpieniem rzadkiem. Na 412 przypadków płasawicy (MACKENZIE) u osobników do lat 20 i 14 przyp. od lat 20—40 przypada 6 na wiek późniejszy. Na 386 przyp. (OSLER) do lat 20, a 5 przyp. od 20—40 roku 1 przypadek zanotowano u osobnika starego. Ze statystyki, przytoczonej przez Hildegardę BISCHOFF, widać, że piśmiennictwo obejmuje wszystkiego 70 przyp. płasawicy starczej, z tych 53 przypada na wiek od 50—90 roku. Kobiety zapadają częściej, niż mężczyźni. Na 22 mężczyzn przypada 31 kobieta. Stosunek ten jeszcze jaskrawiej występuje w płasawicy wczesnej (31 proc. mężczyzn i 69 proc. kobiet — MACKENZIE). Jako czynnik, sprzyjający powstawaniu cierpienia, podkreślają często autorzy zaburzenia psychiczne.

Nawroty, jakie często miewają miejsce u osobników młodych, w płasawicy starczej zdarzają się wyjątkowo.

Połowicza postać płasawicy starczej miewa miejsce w czwartej części przypadków.

W zakończeniu autor dochodzi do wniosku, że pomimo pewnej różnicy w obrazie klinicznym płasawicy starczej i wczesnej, niema żadnej podstawy do poczytywania tych postaci za odmienne jednostki chorobowe.

(Mediz. Klin. 1911 Nr. 8).

70. Schottin. Brak fosforu w ośrodkach korowych, jako przyczyna migreny.

Autor wychodzi z założenia, że w migrenie miewa miejsce silne podrażnienie psychosensoryalnych ośrodków kory mózgowej, wywołane przez zsumowanie podnieć wskutek np. samozatrucia. Aura odpowiada wzmożeniu podrażnienia, które, potęgując się dalej, wywołuje napad migreny. Podobnie

jak w usposobieniu do kurczów (*spasmophilia*) u dzieci. cierpiących na krzywicę, również, zdaniem autora, i w migrenie brak fosforu jest główną przyczyną podrażnienia kory mózgowej, wywołującego napad migreny.

Autor przeto stosował w kilku przypadkach fosfor w postaci preparatu, znanego pod nazwą oleju fosforolecytynowego (Lezinorol). (Med. Klin. 1911 Nr. 9)

Henryk Jakubowicz.

71. J. Babiński i J. Jarkowski. O możliwości określania wysokości uszkodzenia w porażeniach poprzecznych rdzeniowych na podstawie pewnych zaburzeń odruchowych.

Doświadczenia na zwierzętach (królikach i świnkach morskich) doprowadziły autorów do wniosku, że zniszczenie rdzenia na pewnej przestrzeni wywołuje znieczulenie i wystąpienie pewnych ruchów odruchowych na różnych poziomach, przytem znieczulenie odpowiada granicy górnej, a ruchy odruchowe — granicy dolnej uszkodzenia. Owe ruchy odruchowe występują nawet i po uszkodzeniach częściowych, które nie pociągają za sobą zupełnego porażenia i znieczulenia.

W trzech przypadkach porażenia poprzecznego dolnego autorzy oznaczali granicę dolną uszkodzenia rdzenia na zasadzie obecności ruchów odruchowych. Ruchy odruchowe występowały po podrażnieniu skóry na kończynach dolnych i brzuchu przez ukłucie szpilką, przyłożenie przedmiotu zimnego lub elektryzacyę i polegały na energicznym zgięciu kończyny dolnej w stawach kolanowym i biodrowym.

We wszystkich trzech przypadkach oględziny pośmiertne albo operacja wykazały uszkodzenie rdzenia. Granica górna uszkodzenia odpowiadała granicy górnej znieczulenia, granica dolna była do pewnego stopnia w związku z granicą górną obrębu, w którym podrażnienie skóry wywoływało ruchy odruchowe. Autorzy przypuszczają, że nawet w przypadkach porażenia poprzecznego kurczowego bez znieczulenia ruchy odruchowe mogą określić wysokość uszkodzenia. Ostrzegają natomiast przed błędami, o które nie trudno z tego powodu, że natężenie tych ruchów odruchowych jest bardzo zmienne,

a z drugiej strony za odruchy można łatwo wziąć ruchy kurczowe samoistne lub współ-ruchy. Pamiętać należy również i o tem, że skóra na kończynach dolnych jest znacznie pobudliwsza, niż na tułowiu.

Autorzy dlatego radzą, aby w sprawie określenia wysokości uszkodzenia w rdzeniu brać pod uwagę tylko te przypadki, w których ruchy odruchowe występują nie tylko w obrębie kończyn dolnych, ale i tułowia.

(Neurologia Polska T. I Z. 1).

72. J. Babiński. O zmniejszeniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego za pomocą kraniektomii.

Lekarze praktycy zwykle nie doceniają znaczenia kraniektomii w leczeniu nowotworów wewnątrzczaszkowych. Jest to zabieg wprawdzie poważny, często niebezpieczny, ale należyćie i we właściwym czasie wykonany, oddaje usługi nieocenione. W przypadkach, gdy usunięcie guza, względnie całkowite wyleczenie jest już niemożliwe, otwierając czaszkę, zmniejszamy ciśnienie wewnątrzczaszkowe; przynosi to choremu znaczną ulgę, a nieraz zupełnie usuwa bóle głowy, wymioty i zaburzenia psychiczne. Główne jednak znaczenie zabiegu polega na tem, że zmniejszając we właściwym czasie ciśnienie, zabezpieczamy chorego od ślepoty, wstrzymujemy bowiem rozwój brodawki zastoinowej. W przypadkach beznadziejnych przedłużamy życie o miesiące, czasem o rok i dłużej.

Należy mieć na uwadze dwie zasady: 1) nie operować zbyt wcześnie, 2) nie zwlekać z operowaniem, gdy są do tego wskazania. Wskazaniem do operacji jest upośledzenie siły wzroku. Jeżeli ta ostatnia nie jest naruszona, należy próbować prostszych sposobów leczenia, jak leczenie rtęcią i jodem; w celu zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego można z powodzeniem posługiwać się przekłuciem łądźwiowem. Jeżeli leczenie pomaga, siła wzroku nie słabnie, odkładamy zabieg, sprawdzając często siłę wzroku, i w razie, gdyby się zaczęła obniżać, przystępujemy do operacji. Jeżeli mamy do czynienia z chorym o silnie upośledzonym wzroku, to, zważywszy, że zwlekanie w tych razach naraża na utratę wzroku zupełną, przystępujemy niezwłocznie do kraniektomii.

Autor jest zdania, że, o ile nie znamy miejsca nowotworu (znając, operujemy w jego obrębie), należy operować w prawej okolicy skroniowej (o ile operowany nie jest mańkutom). Operacja w tej okolicy jest względnie łatwa do wykonania, chorzy dobrze ją znoszą, a tak przykrego powikłania, jak duża przepuklina mózgową, po części uniknąć można, zasłaniając otwór w czaszce mięśniem skroniowym. Operację autor proponuje wykonywać w dwóch terminach z przerwą kilkunastodniową; za pierwszym razem otwiera czaszkę, za drugim przecina oponę twardą. Często już po pierwszym zabiegu znika brodawka zastoinowa i inne zaburzenia w przeciągu 10—15 dni. W przeciwnym razie po upływie tego czasu przecina oponę twardą, co zabezpiecza od grożącego choremu obrzęku mózgu.

(Neur. polska T. I Z. 1)

73. J. Babiński i A. Barré. Przyczynok do sprawy przymiotu rodzinnego. (Badanie na podstawie metody WASSERMANN).

Stwierdzenie przymiotu dziedzicznego i małżeńskiego jest niekiedy bardzo trudne wobec przeoczenia objawów pierwszo- i drugorzędnych, zwłaszcza u kobiet, a także wobec chęci ukrycia prawdy ze strony osób zainteresowanych. Autorzy, stosując metodę WASSERMANN przy badaniu osób, które wstąpiły w związek małżeński z cierpiącymi na choroby parasyfilityczne, wykazali, że u tych osób przewlekłe zapalenie opon swoiste jest sprawą daleko częstszą, niż myślano dawniej. Ponieważ wymieniona sprawa chorobowa jest wogóle dość rzadka w porównaniu z częstością przymiotu, a tak często występuje u małżonków, możemy przypuścić, że przymiot małżeński jest chorobą bardzo częstą. Twierdzenie to autorowie popierają całym szeregiem spostrzeżeń, które wskazują, że u żon osobników, dotkniętych zaburzeniami parasyfilitycznymi (choć na pozór były one zdrowe), odczyn WASSERMANN bywał dodatni i zniżał po leczeniu przeciwkiłowem.

Do wypowiedzenia ścisłego poglądu na tę sprawę potrzebna jest oczywiście daleko większa liczba spostrzeżeń. Należałoby poddawać probie WASSERMANN każdego z mał-

zonków, jeżeli drugi przedstawia obraz zakażenia lub przyznaje się do niego. Badając przytem, na ile czasu przed ślubem nastąpiło zakażenie pierwotne, możnaby ściślej określić okres trwania zaraźliwości przymiotu.

(Neur. polska T. I Z. 2)

74. J. Jeleńska—Macieszyna. Przypadek obustronnego porażenia nerwu odwodzącego oka po znieczuleniu łądźwiowem tropakokainą.

Opisany przez autorkę przypadek zasługuje na uwagę z tego powodu, że porażenie n. odwodzącego było obustronne, co po raz pierwszy spotyka się po znieczuleniu tropakokainą. Wogóle jest to zjawisko rzadkie, opisane tylko w dwóch przypadkach po znieczuleniu łądźwiowem nowokainą.

Chorej lat 40 przy operowaniu włókni-

ka podsurowiczego wstrzyknięto 0,09 tropakokainy (2 proc.) i skopolaminy 0,00075. Na 9 dzień po operacyi wystąpił ból w oku lewym, a potem podwójne widzenie; badanie oczu stwierdziło porażenie prawego i niedowład lewego n. odwodzącego. Po paru miesiącach zaczęła się poprawa, która postępowała stopniowo, tak, że po upływie 9 miesięcy zaburzenia oczne wyrównały się zupełnie. Powikłanie opisane zależy od wielkiej wrażliwości komórek nerwów ruchowych na zatrucie takimi związkami, jak tropakokaina, stowaina i nowokaina, częstość zaś zajęcia n. odwodzącego zależy od warunków anatomicznych, w jakich się ten nerw i jego jądro znajdują.

(Neur. polska T. I Z. 1)

Fr. Wichert.

Wiadomości drobne.

+ RENAULT na pos. Soc. méd. des hôp. podaje przypadek *poliomyelitis acutae* u kobiety ciężarnej w V miesiącu. Choroba wystąpiła ostro, po dreszczach i wymiotach nastąpiło porażenie wszystkich kończyn z zaburzeniami w oddychaniu i krążeniu. Cięża szczęśliwie dobiegła kresu, dziecko urodziło się zdrowe, matka również wyzdrowiała zupełnie. W dyskusyi NETTER opisał 3 przypadki śmiertelne wśród objawów opuszkowych, w jednym u kobiety ciężarnej, dziecko ocalało również. Przypadki u dorosłych przebiegały, jak u dzieci. SICARD spostrzegł 2 przypadki u dorosłych, zakończone śmiercią, w obu przypadkach stwierdzono obfitą limfopolinukleozę w płynie mózgowordzeniowym, którą uważa za objaw źle rokujący.

(Sem. méd. 1911).

+ COURMONT i ROCHAIX od lat 3 prowadzą badania nad uodparnianiem ustroju przez kiszkę w zględem I. EBERTHA. Szczepionkę wielowartościową las. EBERTHA 8 dniową zabijali przy 53° C. i wprowadzali przez jamę ustną lub odbyt, autorzy jednak wolą ostatnią dro-

gę. Początkowych doświadczeń dokonywali na królikach i kozach. U ludzi stosują 3 lawatywy co 5 dni po 40 ctm.sz. z dodatkiem 10 kr. *trae opii*. Po 10 dniach własności aglutynacyjne wzrastają do $\frac{1}{30}$, bakteryolityczne do $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{20}$, bakteryobójcze $\frac{1}{500}$ — $\frac{1}{1000}$.

(Acad. de Med. 20. III. 1911).

+ Badania BIEDLA i KÖNIGSTEINA, przeprowadzone w instyt patologii ogólnej w Wiedniu, dowiodły, iż hormon sutkowy, pobudzający wydzielanie mleka i przerost sutek u ciężarnych, nie pochodzi ani z jajników, ani z łożyska, ale z płodu, gdzie szukać go w dalszych badaniach należy.

(Z. f. exp. Path. VIII, 2.).

+ D-r DIESING stosował w kilkunastu przypadkach raka żołądka wyciąg tarczycowy i jest z wyników zadowolony; między innymi w przypadku raka ściany przedniej otrzymał wyniki trwalsze, u chorej jednej w ciągu 15 miesięcy trwało znaczne polepszenie, w przypadku zwężenia rako-wego odźwiernika polepszenie trwało 4 miesiące. Wyciąg stosował w postaci zastrzyków śródmięśniowych. Objawów ubocz-

nych nie widział, chorzy odżywiali się prawidłowo, zaburzenia żołądkowe ustawały na 3 m. do 12 m. Autor zachęca do próbowania tego środka.

(Sem. méd. 1911. 13).

+ Przed 9 laty BOUCHARD zalecał w gościcu stawowym stosowanie podskórne 5% roztworu salicylanu sodu miejscowo, sprawę tę w rozprawie bliżej omówiła pani ROSENTHAL, obecnie zaś A. SEIBERT z Nowego Yorku zaleca stosowanie salicylanu sodu podskórnie, wszakże nie miejscowo. Pierwszy przypadek dotyczył 40-letniego mężczyzny z gościcem stawu kolanowego i napiętkowego, u którego zawiodły wszelkie metody lecznicze, a dawka salicylanu sodu po 10,8 grm. była bez rezultatu. Wtedy autor zastrzyknął 12 ctm. sz. 20% roztworu salicylanu sodu pod skórę i po 2 tygodniach otrzymał wyleczenie. W drugim przypadku gościca stawowego, trwającego od 2 miesięcy, również uzyskał wyleczenie po stosowaniu dwukrotnem codziennie dawki powyższej w ciągu 3 tygodni. Również w 3 przypadkach płasawicy już po 4 zastrzyknięciu uzyskał poprawę, a po 12 wyleczenie zupełne. Ponieważ zastrzykiwanie jest bolesne, dr S. dodaje kokainy, która nie o wiele jednak zmniejszała bolesność, o ile była zastrzykiwana równocześnie, natomiast zastrzyknięcie 0,0075 gr. kokainy w 30 kroplach i następne (po 15 m.) zastrzyknięcie salicylu było bezbolesne. W ostrem zapaleniu S. zastrzykuje 20% roztwór po 10 ctm.³ na 100 funtów wagi chorego, powtarzając zastrzykiwanie

co 12 godzin, w przypadkach ostrych wielostawowych podnosi dawkę do 15 ctm. sz. na 100 funtów wagi, w przypadkach przewlekłych stosuje roztwór 10 grm. kwasu salicylowego na 80 grm. *ol. sesami* i 5 grm. wysokiu oraz kamfory; w tych razach kwas salicylowy działa lepiej od soli sodowej. Oczywiście, przy zastrzykiwaniu zachować należy jaknajwiększą ostrożność co do czystości.

(Sem. méd. 13. 1911).

+ GIRARDI, badając wpływ wody utlenionej na wydzielanie kwasu solnego w żołądku, podawał naprzód śniadanie EWALDA (zamiast herbaty wodę), następnego zaś dnia wodę utlenioną w ilości 12 — 20 ctm.³, we wszystkich doświadczeniach ilość HCl wolnego zmniejszała się znacznie, z tego względu GIRARDI zaleca H² O² w nadmiernej kwasności, tembardziej, że na inne czynności żołądka woda utleniona nie działa.

(Gaz. de Hôp. 561 1911).

+ SCHRÖDER podaje w Arch. f. exp. Path. u Pharmak. następujący sposób ilościowego określania urotropiny w moczu. Do 100 ctm.sz. moczu, zabarwionego 10 ctm. sz. 25% roztworu kwasu octowego, dodajemy 80—120 ctm.sz. stężonego roztworu sublimatu. Po osadzeniu się strątu (w ciągu 6 — 12 godzin) i przesączeniu, rozpuszczamy go w 10—15 ctm.sz. stężonego roztworu NaCl, odfiltrowujemy, do przesączu dodajemy 20% roztwór ługu potasowego i określamy azot sposobem KJELDAHLA, z azotu obliczamy ilość urotropiny.

J. Z.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia oto-laryngologiczne.

Posiedzenie z dnia 24 lutego 1910 r.

1) Z. DOBROWOLSKI przedstawił dziewczynkę z zupełnym zarośnięciem nozdrza przedniego lewego i częściowym prawego — po oście.

2) GANTZ przedstawił mężczyznę z owrzodzeniem gruzliczem na dolnej wardze i błonie śluzowej prawego policzka oraz na podniebieniu twardem.

3) CHORAŻYCKI przedstawił chorego z wilkiem bł. śluzowej przegrody nosa.

4) T. HEIMAN przedstawił 2 chorych z cierpieniem uszu.

5) ERBRICH przedstawił chorego z dusznicą oskrzelową.

6) PRZYGODA przedstawił preparat guza gruczołu tarczowego.

Przewodniczący, kol. HEIMAN, w kilku ciepłych wyrazach wspomina o zmarłym członku sekcji ś. p. Aleksym NOWAKOWSKIM, którego pamięć uczczono przez powstanie.

DOBROWOLSKI opisuje przedstawioną chorą z zarośnięciem nozdrzy przednich. Dziewczyna lat 8, przed kilku dniami przybyła do oddziału DORROWOLSKIEGO; 2 lata temu przechodziła b. ciężką ospę, po której pozostało bliznowate zarośnięcie wejścia do lewego nozdrza i zwężenie z prawej strony, ospy chora nie miała szczepionej.

Wnętrza nosa z lewej strony widzieć wcale nie można, z prawej strony — stosunki normalne.

Tylne nozdrza, widziane przy oglądaniu lusterkiem — prawidłowe, wyrosli nie ma, uszy nie zajęte, słuch dobry, powonienie istnieje tylko z prawej strony.

Prócz zmian w nosie ospa spowodowała u chorej utratę prawego oka — jest to *hydrophthalmus* z zapaleniem zanikowym siatkówki, tęczówki i t. d.

Rogówka, znacznie wypukłona, została usunięta 2 dni temu przez D-ra DOBRZAŃSKIEGO.

Wzmiankowane nabyte zarośnięcia nozdrzy przednich powstają wskutek zablźnienia owrzodzeń u wejścia do nozdrzy — w ospie, wilku, przymiocie, oparzeniach, zranieniach i t. p.

Leczenie zarośnięć nosa polega na przecięciu zrostu, wytworzeniu prawidłowego nozdrza, a co najważniejsze, na utrzymaniu wytworzonych otworów nosa.

Utrzymanie otworów nosa w prawidłowych wymiarach skuteczniejsza się przy pomocy rozszerzania.

DOBROWOLSKI w kilku przypadkach stosował tupelo, laminaryę, a w jednym przypadku rozszerzało sprężynowe z lepszym skutkiem, niż inne sposoby.

W dyskusji MEYERSON proponuje transplantację skóry na ranę po przecięciu zarośnięcia, — zaś SREBRNY obszycie brzęgów rany.

ZAMENHOF mówi, że w jednym przypad-

ku zarośnięcia nozdrzy, operowanym, jak radzi SREBRNY, szwy po paru dniach zropiały, i rezultatu nie było.

CHORAŻYCKI operował przedstawioną chorą dwa lata temu, dla rozszerzenia zrostu zakładał gazę, lecz chora nie wytrwała do zagojenia, i wszystko napowrót zarosło.

GANTZ opisuje przedstawionego chorego. Ma on lat 47 i cierpi na owrzodzenie śluzówki prawego policzka, dziąseł i twardego podniebienia. W wierzchołku prawego płuca zgęszczenie, w płwocinie oraz w wydzielinie owrzodzeń laseczników nie znaleziono, próba Moro wypadła dodatnio, a WASSERMANN — ujemnie.

W preparacie drobnowidzowym znajdują się gruzelki i komórki olbrzymie.

SREBRNY rozpoznaje klinicznie gruźlicę, a nie wilka; CHORAŻYCKI spostrzegał dwa przypadki nieco podobne do przedstawionego, gdzie gruźlica rozpoczęła się na dziąsłach, a potem wystąpiła prosówka.

Chora CHORAŻYCKIEGO 50 lat wieku — ma w nosie z prawej strony dużo blizn i wywołane przez nie zwężenie, z lewej strony sprawa przedstawia się podobnie.

Na podstawie badania ogólnego chorej i bezbolesności cierpienia w nosie CHORAŻYCKI rozpoznaje wilka.

DOBROWOLSKI z wyglądu zmienionej błony śluzowej oraz z bezbolesności u powyższej chorej skłania się bardziej do rozpoznania trzeciorzędnego przymiotu.

SREBRNY nie widział blizn i stanowczo wyłącza wilka.

DĘBIŃSKI proponuje odczyny biologiczne: tuberkulinę i WASSERMANN, CHORAŻYCKI obiecuje zrobić te próby i zdać z nich sprawę na następnym posiedzeniu.

T. HEIMAN opisuje swych chorych:

1) chory cierpiał na bardzo silne bóle głowy, w przewodzie słuchowym znajdowała się obfita ziarnina, a głębiej białe masy, słuch mało zmieniony. HEIMAN wycinał ziarninę, lecz ona szybko odrastała, również usuwano białe masy, rękoczynny te były bardzo bolesne dla pacjenta.

Wobec powyższego chorego uspioono i wyskrobano mu dokładnie, acz na ślepo, ziarninę i masy białe. Sprawa ustała, i obec-

nie widać tylko małe suche przedziurawienie w tylnej dolnej części bębena.

2) przypadek — chorej zrobiono kilka miesięcy temu przedmuchiwanie, po którym jakoby wystąpiły silne bóle głowy, wymioty i zawroty głowy, jeden lekarz przypuszczał martwicę poziomego przewodu łukowatego.

HEIMAN rozpoznał przewlekły katar ucha, zaś objawy nerwowe uznał za historię. Po zaleceniu chininy z żelazem oraz zastosowaniu psychoterapii objawy nerwowe przeszły.

PRZYGODA przedstawił preparat raka gruczołu tarczowego, pochodzącego z trupa 29-letniego mężczyzny.

Guz znajdował się na 16 ctm. od zębów przednich, przy bronchoskopii widoczne było zwężenie długości 4-ch ctm.

Z. Dobrowolski.

Posiedzenie z dnia 31 marca 1910 r.

1) W dyskusji nad przypadkiem pierwszym T. HEIMANA, opowiedzianym na posiedzeniu lutowym, SZLEIFSTEIN wyraża zdziwienie z powodu manewrowania na ślepo ostrą łyżeczką w uchu.

SREBRNY wspomina o dwóch analogicznych przypadkach, w których żadnego przedziurawienia błony bębenkowej nie było. Przewód słuchowy wypełniony był masami naskórka, tak mocno przylegającymi do skóry, że odrywanie ich było połączone z krwawieniem.

GURANOWSKI uważa przypadek za niewyraźny. Gdyby cholesteatomat wychodził ze średniego ucha, to przedziurawienie byłoby w okolicy *membr. Schrapneli*. Tu zaś przedziurawienie znajdowało się z tyłu u dołu. Mógł to być zatem tylko cholesteatomat ucha zewnętrznego.

DOBROWOLSKI uważa sprawę za *ot. ext. desquamativa*.

Według CHORAŻYCKIEGO punkt ciężkości przypadku tkwi w śmiałej operacji, skutki jednak takiej operacji nie zawsze mogą być tak szczęśliwe, jak w danym przypadku.

HEIMAN uważa swój przypadek za *otit. ext. desquamativa*. Przy manipulacji łyżeczką kierował się dotykem.

W sprawie drugiego przypadku HEIMANA KOENIGSTEIN zaznacza, że znalazł u chorej defekt błony bębenkowej, pokryty strupem; po usunięciu strupa widać było błonę śluzową jamy bębenkowej. Chora utrzymywała, iż na prowincyi po przedmuchinięciu ucha było jej lepiej. KOENIGSTEIN również ostrożnie ucho przedmuchiwał.

GURANOWSKI widział chorą w stanie następującym: ciepłota 39°, zawroty i bóle głowy oraz wymioty, w okolicy *atticus* ropienie. Na zasadzie objawów powyższych GURANOWSKI rozpoznał: *otit. med. sup. chron. exacerbata* z podrażnieniem labiryntu.

KOENIGSTEIN dodaje, że widział chorą o miesiąc wcześniej, niż GURANOWSKI.

2) ERBRICH na zasadzie doświadczenia NOWOTNEGO, który leczył 8 przypadków astmy bronchoskopią, zastosował ją w trzech przypadkach tegoż cierpienia. Na jednym z tych chorych demonstrował sam zabieg. Chory ten ma napady astmy od lat 4-ch, w ostatnich czasach co 2 tygodnie, nawet co tydzień. ERBRICH wprowadza mu bronchoskop raz na tydzień przyczem kokainizuje błonę śluzową oskrzeli i pendzluje ją adrenaliną. Po 5 posiedzeniach nie było napadów. W ostatnich dwóch tygodniach miał 2 napady. W drugim przypadku — lżejszym — u 23-letniej dziewczyny — po 4-ch seansach bronchoskopii napadu nie było. W trzecim przypadku u mężczyzny 22-letniego, dotkniętego astmą od roku, po trzech posiedzeniach napadu nie było, stan chorego jednak jest ciężki. Wniosków ostatecznych ERBRICH nie wyprowadza.

LUBLINER. Z ogłoszonych przypadków dychawicy, leczonych bronchoskopią, nie pewnego wnosić nie można. Bywają przypadki, w których napady powracają po miesiącach i latach. Wogóle stosowanie bronchoskopii, jako środka leczniczego, nie wytrzymuje krytyki. Sam stosował bronchoskopię w jednym przypadku dychawicy 2 razy bez skutku.

SOKOŁOWSKI Alfred przypomina, że NOWOTNY ogłosił swoje przypadki leczenia astmy bronchoskopią przed 2 laty na Zjeździe we Lwowie. Przypadki te były niewyraźne, najpomyślniejszy robił wrażenie zwężenia podgłośniowego. Sokołowski sądzi, że w poszczególnych wynikach stosowania bronchoskopii

u astmatyków gra główną rolę suggestya, być może, że i ucisk, przytępiający wrażliwość błony śluzowej, nie jest również bez znaczenia.

SZLEIFSTEIN zwraca uwagę, że o stosowaniu bronchoskopu, jako środka leczniczego (wprawdzie nie w astmie), pisał RONTALER; systematyczne leczenie kokainą i adrenaliną uważa za niewłaściwe.

DĘBIŃSKI nadmienia, że przy stosowaniu bronchoskopu u astmatyków wydobywa się dużo płwociny (pół kwarty w przypadku ERBRICHA), co ma też znaczenie terapeutyczne.

SOKOŁOWSKI dziwi się tej obfitości śluzu, w astmie bowiem wydzielina jest mała.

DOBROWOLSKI mniema, że wzmożona wydzielina nie jest objawem astmy, lecz skutkiem podrażnienia błony śluzowej przez bronchoskop.

ERBRICH objaśnia, że chory ma napady od 4-let, obecnie rozwinęła się już rozedma wtórna ze wzmożoną wydzieliną. W drugim przypadku, u dziewczyny 23-letniej, gdzie astma jest świeża, wydzieliny jest mało.

Z. Srebrny.

Posiedzenie z dnia 28 kwietnia 1910 r.

JANKOWSKI przedstawia chorego po wycięciu krtani, którego demonstrował już w styczniu r. z. Cztery miesiące po operacji stan był dobry. W końcu stycznia chory zgłosił się z recydywą: naokoło otworu w tchawicy owrzodzenie skóry, pod niem rozległy guz, którego granicą dolną ginęła w śródpiersiu. Na środku szyi przetoka, przez którą wychodziły pokarmy. Naokoło przetoki nacieczenie nowotworowe. Na początku lutego operacja powtórna.

JANKOWSKI w tym okresie czasu miał sześć przypadków wycięcia krtani wskutek złośliwych nowotworów, dwa z nich przedstawiały ekstyrpację samej krtani, zaś reszta była powikłana zajęciem gardzieli, przełyku i t. p.

W przypadku przedstawionym okrajano otwór w skórze i w tchawicy i odseparowano guz z otaczającymi go tkankami; usunięto część gardzieli, tchawicy, gruczoł tarczowy i część przełyku, przełyk wszyto z boku tcha-

wicy, gardziel została zaszyta; z przedniej części szyi pozostał choremu tylko kręgosłup, wielkie naczynia i m. sternocleidomastoideus.

Przebieg był bezgorączkowy, powikłany drgawkami, w kilka dni po operacji usunięto jeszcze guzik z lewej strony szyi, chory powrócił do zajęcia.

SZLEIFSTEIN przedstawia 7-letnią dziewczynkę z dwustronną głuchotą. Chora zaczęła przed tygodniem wymiotować; trwało to 3 dni. Po ustąpieniu wymiotów i gorączki zauważono, że coraz gorzej słyszy. Obecnie (po tygodniu), jak to SZLEIFSTEIN stwierdził, chora nie słyszy (ani świstawki GALTONA, ani kamertonów). Oczopląsu nie udało się wywołać ani sposobem kalorycznym, ani elektrycznością, z czego wnioskować należy, że porażone są pnie nerwu słuchowego z obu stron. Ze względu na przebieg cierpienia SZLEIFSTEIN przypuszcza, że chora przeszła zapalenie opon mózgowych nagminne, które zniszczyło nerwy słuchowe.

ERBRICH przedstawia chorą z objawami zupełnego porażenia *n. recurrentis sin* — centralnego pochodzenia, przytem demonstruje faryngoskop SCHMUCKERTA.

PRZYGODA podaje historję choroby osobnika, od którego pochodził preparat guza gruczołu tarczowego, przedstawiony na posiedzeniu marcowem. Chory lat 29 przybył do ambulatoryum z oddechem stenotycznym. Wziernikiem krtaniowym trudno było dobrać się przyczyny duszności. Przy górnej tracheoskopii wykryto zwężenie tchawicy na 4—5 ctm. nad jej rozdwojeniem.

Miano robić dolną tracheotomię, lecz chory umarł.

Prof. PRZEWOSKI rozpoznał na sekcji *carcinoma gland. thyreoid.* z przerzutem w wątrobie, a JANKOWSKI mikroskopowo wykrył mięsak, wychodzący prawdopodobnie ze ściany tchawicy.

SREBRNY zapytuje, czy to był nowotwór gruczołu tarczowego, czy tchawicy.

JANKOWSKI odpowiada, że, badając nowotwór, nie znalazł w nim związku z gruczołem tarczowym i sądzi, że to jest *adenosarcoma*, wychodzący ze ściany tchawicy.

ERBRICH mówi, że guz ścisnął tchawicę

z zewnątrz i z boku, powodując tem znaczne zwięźlenie uciskowe.

W dyskusyi nad przypadkiem JANKOWSKIEGO wycięcia krtani LUBLINER mówi, że na zjeździe w Budapeszcie GLUCK przedstawił podobny przypadek, lecz bliźna inaczej wyglądała, gdyż GLUCK operował na jednym posiedzeniu. GLUCK twierdził, że należy wycinać gruczoły chłonne i jaknajwięcej z tkanek otaczających guz. Chory GLUCKA miał aparat do mówienia. Co do przypadku JANKOWSKIEGO, LUBLINER obawia się, czy przetoka, powstała po operacyi, nie jest dowodem, że jest jeszcze jakiś zwyrodniały gruczoł.

JANKOWSKI objaśnia, że przetoka powstała wskutek puszczenia szwu gardzieli.

Co się tyczy statystyki, to podług GLUCKA śmiertelność ogólna wynosi 13%, zaś po zwykłej laryngektomii 0.

Nie można uważać metody G. za zabezpieczającą absolutnie przed zapaleniem płuc zachłystowem, a to dlatego, że, jeżeli choć jeden szew kikuta tchawicy puści, to już jest komunikacja między gardzielią a tchawicą.

Co się tyczy rozpoznania, to badanie drobnowidzowe wyciętych kawałków nie jest absolutnie pewne.

LUBLINER przypomina znanego wielu tu-tejszym laryngologom chorego BUSSE, który miał gruczolaka krtani, zaś w 3 lata później operowano go w innym oddziale i znaleziono raka.

Również jeden z chorych LUBLINERA miał guz w zatoce gruszkowatej, uważany za raka, tymczasem wykryto laseczniki i typową gruźlicę, a choremu już miała być robiona laryngektomia.

SREBRNY potwierdza, że pomyłki, o jakich wspominał LUBLINER, są częste i ogólnie znane.

Co się tyczy zdania JANKOWSKIEGO, że w przypadkach raka krtani operować należy endolaryngealnie lub całkowicie wycinać krtani, to SREBRNY nie zgadza się z nim, gdyż miał takiego chorego, który po częściowem wycięciu krtani bez recydywy żyje już 5 lat.

MEYERSON przypomina o kilku przypadkach FRAENKLA, w których operowani endolaryngealnie wyzdrowieli, oraz powołuje się na połowiczne wycięcie krtani bez nawrotów.

Czasami zdarzają się pomyłki, to jest, że guz łagodny bywa brany za złośliwy.

JANKOWSKI mówi, że pod wyrazem operacya endolaryngealna rozumiał laryngo fissurę.

Z. Dobrowolski.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

— Na posiedzeniu tow. internistów berlińskich prof. EWALD zabrał głos w sprawie t. zw. „*Crises noires*” (CHARCOT). Przemówienie to było oparte na spostrzeżeniu, dotyczącem 42-letniego chorego, który przed 15 laty przebył kiłę, a od lat 6-ciu cierpi na kurcze żołądka. W ostatnich latach napady rzeczono- ne były bardzo częste, trwały od pięciu do sześciu dni i stały się przyczyną znacznego wyniszczenia chorego. Po raz pierwszy chory zgłosił się do szpitala właśnie po przebyciu takiego napadu, który następnie nie powtórzył się w przeciągu 4-otygodniowego pobytu chorego w szpitalu. Stwierdzono natomiast u chorego obecność objawów, wskazujących wiać rdzenia, jak: nieruchomość

żreńnic, brak odruchów kolanowych i zaburzenia czucia, wobec czego zrodziło się podejrzenie co do tożsamości tych kurczów z t. zw. *crises gastriques*. Po trzech miesiącach chory zgłosił się powtórnie bezpośrednio po napadzie, który trwał około 4-ch dni i był połączony z wymiotami. Krwi nie było ani w wymiocinach, ani w wypróżnieniach. Następny napad zjawiał się po upływie trzech miesięcy; chory wymiotował krwią; napad ten trwał zaledwie parę godzin, lecz już w nocy tego samego dnia powtórzył się, i od tego czasu przez cały tydzień chory codziennie doznawał napadów bólu, połączonych z krwawymi wymiotami. Do samej śmierci chorego, która nastąpiła po 11 dniach, w wypróż-

nieniach zawsze można było wykryć krew. Należało rozstrzygnąć, czy krwawienie znajdowało się w związku z napadami t. zw. *crises gastriques*, czy nie. Wiadomo, że CHARCOT, który pierwszy zwrócił uwagę na podobne napady bólów żołądka, opisał pewną ich odmianę pod nazwą „*crises noires*”, a ich cechą wyróżniającą stanowiły właśnie wymioty krwawe. Pozostawało jednak do rozstrzygnięcia, czy w przypadkach podobnych krwawienie jest mięszkowe, czy też pochodzi z naczynia, którego ściana w ten lub inny sposób uległa uszkodzeniu lub zniszczeniu; dotychczas literatura lekarska nie posiada ani jednego spostrzeżenia odnośnego, popartego badaniem zwłok. W danym przypadku badanie zwłok wykryło obecność rozległych zmian w rdzeniu, właściwych wiałdowi, na dnie zaś żołądka starą płaską bliznę po wrzodzie.

Przez srodek tej blizny przebiegała tętnica, której ściana na niewielkiej przestrzeni uległa nadżarci, a powstały w ten sposób otwór stał się źródłem obfitych krwawień. Ponieważ omawiany chory za życia nie miał zaburzeń, które przemawiałyby za wrzodem żołądka, przeto należy wnosić, że przy gwałtownych ruchach wymiotnych musiało nastąpić pęknięcie naczynia, którego ściana posiada pewne oznaki zwyrodnienia. Przypadek ten zasługuje na baczną uwagę z tego względu, że do pewnego stopnia przeczy twierdzeniu, jakoby krwawienie w t. zw. *crises noires* było pochodzenia mięszkowego; należy raczej przypuszczać, że i w tamtych przypadkach istniały stare wrzody żołądka, co doprowadziło do pęknięcia naczynia.

K. Z.

O D C I N E K

W sprawie stosunku chorego lekarza i jego rodziny do lekarza ordynującego¹⁾.

Sprawa, którą na tem miejscu omówić zamierzam, należy do tej kategorii zagadnień, dotyczących wzajemnego stosunku między lekarzami, które oddawna domagają się uregulowania, stosunki bowiem ciężą obu stronom: lekarzom, szukającym porady dla siebie i swych rodzin, i lekarzom, udzielającym porad. Ze stosunku obecnego są zarówno niezadowolone obie strony, trzeba więc znaleźć drogę wyjścia, któraby mogła sprzecznosci możliwie wyrównać. Od lat paru noszę się z zamiarem postawienia jej na porządku dziennym, sprawa jednak stosunku lekarza do publiczności pochłoneła całą moją uwagę w b. wydziale dla spraw bytu Stow. Lek. polskich i nie pozwoliła zabrać się do naszkicowania zasad stosunku między lekarzami.

Dziś, gdy możemy znów w Warszawskim Stowarzyszeniu lekarzy wrócić do omawiania spraw, ogół lekarski obchodzących, korzystam ze sposobności i stawiam ją na porządku dziennym, pragnąc, by wywołała jaknajżywszą wymianę zdań, wtedy tylko bowiem może być rozstrzygnięta w myśl słuszności zupełnej.

Zawód nasz w historycznym swym rozwoju, dzięki wspólnym pracom lekarzy różnego wieku, różnych narodowości, różnych poglądów, niewątpliwie wytwarza między adeptami spójnię bardzo silną, spójnię, która każe już słuchacza uważać za kolegę i na koleżeństwie opiera życzliwość do stawiających pierwsze kroki. Dzięki równym prawom do wykonawstwa zarówno młodych lekarzy, jak i zasłużonych praktyków, wyrodziło się pojęcie pewnej równości, nieznanne w innych zawodach. Ani wśród prawników, ani wśród nauczycielstwa, ani wśród inżynierów nie znajdujemy tego stosunku koleżeńskiego, który cechuje stosunek między lekarzami. Zawód nasz, na miłości bliźniego oparty, przez tę miłość do ludzkości cierpiącej zadzierzgnął

¹⁾ Odczytane w warszawskim Stowarzyszeniu lekarzy d. 29 marca 1911 r.

węzeł, zda się, nieozerwalny między lekarzami różnych narodowości, różnych przekonań. Na polu bitwy lekarze obu armii pracują wspólnie, ratując zarówno swych rodaków, jak i wrogów, bo wszystkim im przyświeca jeden ideał miłości bliźniego, jeden cel wzniosły, któremu poświęcili życie. I dlatego lekarz bez względu na narodowość czuje w lekarzu obco krajowcu osobę bynajmniej niezupełnie obcą, a cóż mówić o lekarzu tej samej narodowości.

Zdawałoby się wobec tego, że lekarze, tworząc jakby jedną rodzinę, nie mają i mieć nie mogą żadnych spraw, któreby ich dzieliły. że wszystko da się w stosunkach załatwić po domowemu, po bratersku, że nie potrzeba ujmować tego stosunku w jakieś normy ustawy, że wzajemny stosunek, oparty na miłości do zawodu, jak wzajemny stosunek braci, oparty na miłości do rodziców, wyrówna wszystko.

Zdawałoby się, i takby było, gdyby nie to, że prócz ideałów w życiu codziennem odgrywa rolę ważną i sprawa bytu, a więc konkurencja zawodowa i konieczność zdobycia bytu. Skutkiem tego warunki materialne, w jakich żyjemy, stwarzają setki komplikacji życiowych. Dopóki liczba lekarzy była nieznaczna, w istocie wszyscy znali się osobiście i dzięki tym stosunkom osobistym niejedno tarcie wyrównać się dało. Ale z czasem przy wzroście lekarzy w liczbę, szczególnie w centrach wielkomiejskich, została już tylko tradycja dawnej solidarności zawodowej w postaci tytułu „kolega”, a i to, jak u nas, tylko w obrębie Królestwa, Litwy i Rusi, w Galicyi natomiast widzimy już dodatek „panie kolego”, a czasem zupełny zanik wyrazu „kolega” i traktowanie się wzajemne przez pan: „panie radzco” „panie fizyku” etc. Dobrze tradycje zachowała Francya, mniej korzystnie sprawa przedstawia się w Niemczech, gdzie tytułomania jest większa, niż na ziemiach dawnej Rzeczypospolitej. Dawniej łączność wzajemną podnosiły studia, odbyte w jednej uczelni, dziś przy zwiększonej liczbie uczelni, oczywiście, mniej jest lekarzy, kończących ten sam zakład naukowy.

Upadającej łączności zawodowej za granicą zapobiegają w pewnym stopniu sto-

warzyszenia zawodowe i izby lekarskie, zachowując tę łączność w sprawach ekonomicznych, u nas rolę tę mają ogniska szpitalne, zbiorowe redakcyje pism i Stowarzyszenie. Nie ogarniają one jednak bynajmniej wszystkich lekarzy w jednym mieście, a tembardziej w całym kraju.

Wielu też lekarzy nie poczuwa się do ściślejszej solidarności narodowej i u nas, żyjąc w zupełnem odosobnieniu i nie stykając się z innymi lekarzami — chyba przypadkowo u chorego.

Tych lekarzy łączy z kolegami tylko tytuł, nie poza tem, a jest ich, jak u nas, znaczna większość, niestety. Dość powiedzieć, że b. Stowarzyszenie lekarzy polskich liczyło zaledwo 400 członków na 1000 lekarzy warszawskich, że kasa pożyczkowa lekarska liczy niespełna 200 członków, że najstarsze nasze Towarzystwo naukowe liczy dwustu kilkudziesięciu członków, i że większość tych członków i instytucji to jedni i ciż sami lekarze, rozumiejący konieczność łączenia się dla wspólnych celów, pozostali, a tych znakomita większość, do łączności tej nie poczuwają się zgoła.

Jakże dalecy jesteśmy od tych czasów, gdy lekarze wszyscy, z małymi wyjątkami, znali się osobiście, łączyli się ze sobą i uważali za ściśle związaną korporację. Wtedy wszyscy lekarze mogli tworzyć w istocie jedną rodzinę i zachowywać się względem siebie, jak członkowie rodziny — korporacyi, zaciągając względem siebie obowiązki, które nikomu nie ciążyły, nikogo nie krępowały. Wtedy i sprawa stosunku lekarza, potrzebującego pomocy, do lekarza ordynującego była zupełnie prosta. *Hodie mihi, cras tibi.*

Ale dziś, gdy lekarze nie stanowią już jednej rodziny, gdy, przeciwnie, interesy wielu stały się jeżeli nie sprzeczne, to co najmniej obojętne, gdy liczba specjalności urosła niepomieranie, a liczba lekarzy do niebywałej wysokości, gdy skutkiem tego i liczba członków rodziny lekarzy wzrosła tak, że trudno dziś wśród inteligencyi znaleźć rodzinę, która by nie była związana pokrewieństwem z lekarzem, oczywiście, zasada *hodie mihi, cras tibi* nie może być stosowana z taką, jak dawniej, ścisłością i musi nastąpić pewnego rodza-

ACIDOL

Środek o przyjemnym smaku, w postaci stałej,
zastępujący kwas solny.

W pudełkach po 50 i w rurkach po 10 pastylek
à 0,5 grammów

Do leczenia podagry polecamy

Duże pastylki Acidolu po 2 grammy.

Lecithina „Agfa”

Chemicznie czysta Ovo-Lecithina, w postaci
substancji, pigulek lub wstrzykiwań.

Próby i literaturę na żądanie

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36

MACZKA
NESTLE
MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny
pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.

TLEN W BALONACH

na każde żądanie

w APTECE

M. KUCHARZEWSKIEGO

Miodowa 5. Telefonu 753.

Dla prowincyi całkowite aparaty do wywiązywania tlenu.

Zródło radjoczynne.

OJCÓW

Kuchnia Lahmanowska.

gub.
Kielecka

Zakład leczniczy

pod kierunkiem D-ra Kozłowskiego
otwarty od 1 kwietnia do 1 listopada.

Od 500 Lat Leczą

sławne na całym świecie, naturalnie gorące (36-42°C.)
nie ochładzane, radioczyste

Termy siarczane i kąpiele mułowe
miasta kąpielowego

TRENCSEN-TEPLICZ

Górne Węgry Główna linia kolejowa Berlin-Oderberg-Wiedeń.

DNE, GOŚCIEC, ETC.

Hotel zbudowany razem z kąpielą. Cały rok otwarty.
Znakomite pensjon wiosenne, ceny umiarkowane. Nowe
budowle, na które wyznaczono 1½ milionów.
Nowe Kąpiele! Cudowne położenie Nowy Grand-Hotel!
Dla kuracyi domowych wysyłka mułu i wody źródlanej.
Prospekty: Dyrekcya Kąpielowa.

Największe i najdłużej trwające

działanie lecznicze w katarach żołądka i kiszek,
hemoroidach, zaparciu stolca i otyłości:

Marjenbadzki Kreuzbrunnen, Ferdinandsbrun-

nen, Sól źródłana.

Drobin gub. Płockiej

posiadający zawsze lekarza, obecnie po-
szukuje takowego. Subsydium 700 rb.
Wiadomość w aptece.

Choroby Mózgu
EPILEPSYA, HISTERIA, NEUROZY
Leczą się skutecznie OD LAT 40 zapomocą

SYROPÓW HENRY MURE

1_o z bromkiem potasu. 2_o z licznymi bromkami
(potasu, sodu i amonii) 3_o z bromkiem strontu (nie-
zawierającym barytu).

Ścisłe dozowane. 2 gramy soli chemicznie czystej w łyżce
stołowej i 50 centig. w łyżce od kawy doskonałego syropu ze
skórek gorzkich pomarańczy.

Preparaty te starannie przygotowane i zawie-
rające składniki, które są w możności zadośću-
czynić wymaganiom praktyków, pozwalają na
doświadczalne porównanie w identycznych
warunkach wartości leczniczej różnych poje-
dynczych i połączonych soli bromowych.

FLAKON: 3 rb 90 kop.

Maison HENRY MURE A. GAZAGNE, Phén de 1re cl.,
Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

Dostać można we wszyst. aptekach i składach apt. Rossyi.

Marienbadzkie

źródło Rudolfa jest potężnym środkiem leczniczym

w chorobach nerek i pęcherza, w skazie mocza-

nowej, dnia i goścu.

Jodglidina

Nowy preparat jodowy z białkiem roślinnym do użytku wewnętrznego. Najlepiej zastępuje jodek po-
tasu. Nie posiada działania ubocznego. Jako preparat jodowy o nadzwyczaj wybitnem działaniu
wskazana jest w arteriosklerozie, trzeciorzędnym syfilisie, w astmie oskrzelowej i sercowej, podagrze
przewlekłym goścu stawowym, żoźzach, udarze mózgowym, we wiaździe rdzenia, wysiękach, wolu, w
zmętnieniach ciała szklatego i w krwotokach ciała szklatego, w zapaleniu twardówki ≡ Rp. Tabl. Jod-
glidin. Oryginalne opakowanie. Dawka: 2 — 6 tabletek dziennie ≡ Każda tabletkta zawiera 0,05 g

I. związanego z białkiem roślinnym ≡ Literatura i próby bezpłatnie.

Cena: 1 flakonu oryginalnego zawierającego 20 tabletek Rb. 1.

CHEMICZNA FABRYKA D-r KLOPFER, DREZNO - LEUBNITZ.

Skład główny na Rossyę: Kantor chemicznych preparatów

St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja ul. 10.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie: S. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6.

ju rewizya stosunków wzajemnych lekarzy.

Aby bliżej zorientować się w sprawie, podzielę ją na kilka kwestyi:

a) leczenie lekarza w miejscu zamieszkania lekarza ordynującego.

b) leczenie lekarza nie w miejscu zamieszkania lekarza ordynującego,

c) leczenie lekarza w zakładach leczniczych,

d) leczenie rodzin, utrzymywanych przez lekarza, w miejscu zamieszkania lekarza ordynującego,

e) leczenie rodziny, utrzymywanej przez lekarza, nie w miejscu zamieszkania lekarza ordynującego,

f) leczenie rodzin lekarskich w zakładach leczniczych,

g) leczenie członków rodziny lekarza, nie utrzymywanych przez niego,

h) stosunek lekarza ordynującego u lekarza i jego rodziny do konsultantów.

Rozpatrzmy się w każdej z tych spraw oddzielnie:

Ze słów wstępnych co do rozwoju stosunków wzajemnych między lekarzami wynika zasada, iż solidarność między lekarzami podtrzymywać należy, a zatem lekarz ma prawo do pomocy lekarskiej bezpłatnej wszystkich swoich kolegów, pomimo bowiem rostrzelenia się lekarzy łączy ich dotąd wspólna idea zawodowa — miłość ludzkości cierpiącej i tworzy ze wszystkich lekarzy wielkie bractwo, walczące pod tem hasłem. Skądkolwiek lekarz pochodzi, praktykuje, czy też nie praktykuje, już z tytułu swego powołania, z tytułu nabytego stopnia ma prawo wymagać pomocy bezpłatnej od tego kolegi, do którego czuje zaufanie, i kolega ten czas i wiedzę winien mu poświęcić bezpłatnie, nie uważając tego ani za osobliwość ze swej strony przysługę, ani za łaskę jakowąś, ale za obowiązek, za nieodłączny od sprawowania zawodu warunek. Tu żadnych nie może być wyjątków, i lekarz, któryby tej kardynalnej zasadzie wykonawstwa zawodowego ubliżył, słusznie pomówiony być może o niespełnianie obowiązków zawodowych. Zasada ta jednak stosuje się do czasu i do wiedzy lekarza ordynującego, nie może się natomiast stosować do kosztów,

przez niego poniesionych, a więc za odczynniki, do badań zużyte, za siłę elektryczną, za zużyte narzędzia do leczenia i rozpoznania, za wszelkie, jednym słowem, materiały, za które płacić musi lekarz ordynujący, lekarz korzystający z porady winien zwrócić wyłożoną sumę swemu ordynatorowi w myśl zasady, że ma prawo korzystać z czasu i wiedzy kolegi, ale nie z jego dobroczynności.

Z takiego poglądu na sprawę wynika też zwrot kosztów przejazdu, oczywiście, nie w mieście, gdzie jest on minimalny i nie obciąża zbyt wiele lekarza ordynującego, ale na dalszą odległość. Choć i w mieście pożądanoby było uregulowanie tej sprawy w inny sposób. W Krakowie np. utarł się zwyczaj, iż każdy wzywający lekarza posyła po niego dorożkę lub też płaci za dorożkę niezależnie od honorarium; zwyczaj ten możnaby wprowadzić tam, gdzie odwiedzać lekarza chorego trzeba często, oczywiście, w formie płacenia dorożkarza, a nie wręczania należności za dorożkę lekarzowi.

Nie może być wogóle kwestyi, że zwrot kosztu przejazdu do lekarza koźmi, koleją, czy w inny sposób jest zupełnie słuszny i racjonalny. Rodzi się pytanie, czy lekarz ma prawo wymagać od kolegi, zamieszkałego po za miejscem swego stałego zamieszkania, wynagrodzenia za czas stracony. Sprawa ta dotyczy wprawdzie szczupłego grona lekarzy praktyków, cieszących się wyjątkowym uznaniem, lub specjalistów, ale jest ważna ze względu na lekarzy chorych.

Zdarza się często konieczność wezwania na poradę czy dla dokonania zabiegów specjalnych lekarza z odległego miasta. Lekarz chory i jego otoczenie znajduje się wtedy w bardzo trudnym położeniu: z jednej strony chcieliby dać choremu najlepszą w swem rozumieniu pomoc, z drugiej zaś krepują się nieustalonym do tej pory zwyczajem nagradzania lekarza wezwanego. Sprawę tę więc należy rozstrzygnąć nie już ze względu na lekarza udzielającego, ale żądającego pomocy. Zdawałoby się, że rzecz jest jasna. Mam obowiązek służyć lekarzowi swą wiedzą bezwzględnie, co do czasu zaś, o tyle, o ile sam straty nie ponoszę. Wyjeżdżając na czas dłuższy, każdy lekarz traci i to traci po-

dwojnie—chorych, których w tym czasie nie odwiedzi, oraz pewien zapas sił, użytych na przejazd. Wobec tego uważałbym za rzecz zupełnie słuszną, prócz zwrotu kosztów, zwrot w pewnej części ceny czasu lekarza, a że trudno ująć to w jakieś normy, każdy z lekarzy bowiem czas swój inaczej oceniać ma prawo, określiłbym w ten sposób stosunek, iż lekarz ordynujący, wezwany do lekarza poza miejsce swego zamieszkania, powinien otrzymać koszty podróży oraz połowę z wykleżądanego przez siebie honorarium. Co do Warszawy np. utarł się już zwyczaj żądania za wyjazd od 100—200 rb. za dobę; stosując się do tej normy, lekarz warszawski, wezwany na powinność do chorego kolegi, powinienby otrzymać w stosunku rb. 25 za ½ doby, 50 za dobę, prócz kosztów podróży. Oczywiście, za wszelkie, wykonane w tym czasie zabiegi, lekarz ordynujący w myśl zasady, iż wiedzę swą oddaje darmo, nic żądać nie może.

Ułożony w ten sposób stosunek byłby dla stron obu wielce korzystny: lekarz, potrzebujący pomocy, wie, czego ma prawo żądać od kolegów, wie, co stanowi przywilej jego zawodu, i stosownie do tego zachować się winien. Lekarz ordynujący wie również, iż jego obowiązkiem jest poświęcić swą wiedzę każdemu koledze, ale nie ma obowiązku ponosić dla każdego kolegi ofiary z czasu i z własnych wydatków. Te muszą mu być zwrócone i wynagrodzone. Przy takim stosunku ustaną skargi wzajemne, i zasada *hodie mihi, cras tibi* będzie pojęta uczciwiej i sprawiedliwiej, nie może bowiem być mowy o wzajemnem skwitowaniu się specjalisty i lekarza ze stron odległych, choćby dla braku ściślejszego między nimi kontaktu. Poza materyalną pozostaje jednak moralno-techniczna strona sprawy, którą poruszyć tu należy. Każdy z nas, będąc chorym, doświadczał wielu niedogodności, płynących ze złe pojętej życzliwości kolegów. W pierwszym, drugim dniu choroby—mówię oczywiście o chorobach cięższych—lekarz ma zwyk-

le wielu odwiedzających kolegów i, oczywiście, każdy nie skąpi mu rad i wskazówek wedle swego zdania i poglądów. Ma w czem wybierać chory—ku szkodzie swego zdrowia—bo, oczywiście, nie brak i wprost sprzecznych poglądów, wypowiedzanych jako do kolegi—szczerze. Ale po kilku dniach zapal odwiedzających słabnie, a przy dłuższej chorobie zdarzyć się może, iż lekarz będzie zupełnie pozbawiony pomocy, jeżeli krępować się będzie t. zw. delikatnością i nie będzie sam wzywał lekarzy. Z taką formą porad lekarskich dla kolegi zerwać stanowczo należy. Lekarz ma prawo być leczony tak, jak każdy chory, a więc planowo i systematycznie. Kierownictwo w leczeniu objąć powinien jeden lekarz, do którego ma zaufanie chory lub jego rodzina, i wzywać pomocy pozostałych kolegów w razie żądania chorego lub własnego uznania. Odwiedzanie zaś chorego przez innych lekarzy jest pożądane, ale tylko w charakterze zwykłych przyjaciół i znajomych, a więc bez wszelkiego wtrącania się do leczenia. Za to lekarz ordynujący ma obowiązek nie opuszczać chorego przed zupełnem wyzdrowieniem. W ten sposób wiadomo będzie, na kim ciąży odpowiedzialność za leczenie, i postawi się lekarza chorego w najlepsze warunki leczenia. Oczywiście, i lekarz chory powinien zapomnieć, iż jest lekarzem, i oddać się całkowicie temu koledze, któremu ufa najwięcej, nie dyskutując z nim i nie psując mu planu własnymi wstawkami i własnymi na rzecz poglądami. Na tę stronę kwestyi, ważniejszą od materyalnej, mało się dotąd zwraca uwagi, a jest ona, moim zdaniem, bardzo poważna, wiadomo bowiem, że najgorszymi pacjentami i najmniej wdzięcznymi są lekarze przez to, że nie chcą zrozumieć, iż człowiek chory, choćby był najlepszym lekarzem dla innych, dla siebie jest zawsze złym dla braku potrzebnego przy badaniu obiektywizmu.

(D. n.)

Józef Zawadzki.

Wiadomości bieżące.

— Miasto przystępuje do budowy nowych pawilonów w szpitalu Ś-go Stanisława dla zakaźnych kosztem 181000 rb., plany i kosztorysy zatwierdziło ministerium.

— Składki na instytut biologiczny, jak donoszą pisma codzienne, wpływają codziennie. Dobry przykład dali koledzy ze szpitala starozakonných w Warszawie, zebrawszy między sobą 1300 rb.; również z inicjatywą zbierania składek wśród członków wystąpiło jedno z Towarzystw lekarskich prowincjonalnych (lubelskie).

— Sprawa budowy wysokich domów koszarowych tak aktualna w Warszawie została rozstrzygnięta w Moskwie przez odnośną komisję samorządową. Najwyższe gmachy mogą dosięgać 12 sążni i mogą być stawiane wyłącznie na placach publicznych, na innych ulicach wysokość domu nie może być wyższa, niż szerokość ulicy + 1 sażen. W ten sposób $\frac{3}{4}$ Moskwy może być zabudowane tylko 1—2 piętrowymi domami. Słuszny ten ze wszechmiar przepis należałoby zastosować do Warszawy, gdzie ulice skutkiem nadmiernej wysokości domów stały się pozbawionemi słońca korytarzami, a podwórza studniami, dokąd promień słońca nie dochodzi nigdy.

— Studenci wydziału lekarskiego w Atenach dowiedli niekulturalności tamtejszej ludności, urządzając na wykładzie wstępnym prywat-docenta Panagiotatu, pierwszej kobiety, dopuszczonej tam do wykładu, skandaliczne zajęcia. Wołano: „idź do pralni”, „idź do pokoju dziecięcego, a nie do wszechnicy”. Profesor-kobieta zachowała spokój przez cały czas wykładu, który mimo okrzyków doprowadziła do końca.

— Budowa przytułku połoźniczego przy zbiegu ul. Żelaznej i Nowolipia jest już na ukończeniu — przytułek będzie oddany do użytku w drugiej połowie r. b.

— Według zestawień statystycznych Wiedeń miał w r. 1910 12,5 wypadków niešťczęśliwych na 10000 ludności, Kraków 60, Lwów 51, Odesa 9,8, Warszawa 16,4. Samo-

bójstw było w Odesie 13 na 10000 ludności, w Krakowie 9, we Lwowie 7,2, w Wiedniu 7, w Warszawie 6. Urazów było w Krakowie 360 na 10,000 ludności, we Lwowie 359, w Warszawie 98, w Wiedniu 70, w Odesie 50.

— Pierwsze ministerium zdrowia wkrótce urządzone będzie w Bułgarii, projektowane w Rosyi ministerium napotkało na opozycję, obecnie rozpatrywany jest projekt urządzenia wydziału międzyministerialnego na wzór komitetów do urzędzeń rolnych.

— W Charlottenburgu utworzono podsiady inspektorów mieszkań, którzy, obchodząc małe mieszkania, wydają odnośne zarządzenia higieniczne. Podobna instytucja istnieje w kilku miastach bawarskich i już wydaje owoce.

— W Wozniesieńsku cały szereg dzieci żydów miejscowych zapadł na przymiot po obrzezaniu przez rytualistę. Poddano go próbie Wassermanna w Odesie.

— 11—13 września odbędzie się w Wiedniu zjazd urologów. Zgłoszenia przyjmuje d-r V. Blum (Wien VIII, Alserstrasse 43).

— Przy tow. lek. we Lwowie powstała sekcja neurologiczno-psychiatryczna pod przewodnictwem prof. Halbana.

— Kol. Zdzisław Dmochowski został przedstawiony przez wydz. Lekarski lwowski na jedyne go kandydata na katedrę po ś.p. prof. Obrzucie.

— Kol. E. Flatau wydał doskonale schematy czucia na oddzielnych kartonach do zdzierania.

Choroby zakaźne w szpitalu Św. Stanisława w Warszawie za czas od 10-go kwietnia r. b. do 17-go kwietnia tegoż roku.

| | Pozostało chorych | Przybyło | Zejścia śmiertelne |
|-----------------|-------------------|----------|--------------------|
| Ospa naturalna | 13 | 2 | — |
| Odra | — | 3 | — |
| Szkarlatyna | 10 | 1 | 1 |
| Tyfus wysypkowy | 12 | 2 | — |
| Tyfus brzuszny | 10 | 3 | 2 |
| Dyfteryt | 2 | 1 | 1 |

URONAL

(Granulae effervescentes e piperazino chinico e Methylglyoxalidino et Hexametylentetramin).

Najlepszy rozpuszczalnik kwasu moczowego i skombinowanych złogów artretycznych, — 5 razy silniej działający jak piperazina, — 30 razy jak lityna.

Wskazania: artretyzm, reumatyzm, zwapnienie naczyń, kamienie nerkowe i żółciowe
Miarka zawiera 0,5 środków działających.

Użycie 3 do 4 miarek dziennie w pół szklanki wody.

Wyrabia **Apteka A. Kozłowskiego i S-ki Boduena № 1** w Warszawie.

Sanatorium dla nerwowo - chorych i kolonia rolnicza dla umysłowo-chorych mężczyzn w Arkadii, poczta Sniłków (gub. Podolskiej)

st. kol. połud. zach. Kopańgród.

Praca na roli (200 morg.) w ogrodzie i sadzie (40 morg.), na folwarku i w pracowniach — stosowana jako główna metoda lecznicza dla neurasteników, hypochondryków, historyków, epileptyków, anemicznych i osłabionych pod bezpośrednim dozorem lekarza-rolnika.

Czytelnia, fortepian, rozmaite gry, wspólna sala jadalna, staranna opieka, wszelkie wygody i towarzyskie życie wśród rodziny (patronage familial).

Dyrektor — założyciel **D-r LEON PEKOSŁAWSKI**, b. ordynator kliniki chorób nerwowych i umysłowych uniwersytetu Warszawskiego.

OOPHORIN (Nazwa zastrzeżona)

Stosowana z dobrym wynikiem przez Prof Landau, Berlin, w dolegliwościach pory przekwitania, jest w stałym użyciu w jego klinice. Tabletki à 0,3 i 0,5 składników stałych pokryte kakao.

Reniform, pierwiastek działający nadnerczy.

Reniform. solut 1:1000 wywołuje zwężenie tętnic obwodowych, miejscową niedokrwistość i podnosi ciśnienie krwi.

Reniform-Cocain do miejscowego znieczulenia. Reniform potęguje i przedłuża działanie kokainy. Gotowe do użytku w jałowych fiolkach i tabletkach.

Reniform boric mixt. 1:1000. Wprowadza się do nosa zapomocą pulweryzatora lub wciągania proszku i wywołuje bardzo szybko zmniejszenie przekrwienia,

obrzimienia i suchości.

Zastępuje w licznych przypadkach tamponadę po operacjach. Wstrzymuje krwawienie z nosa.
Reniform-Proszek na katar nosa (mixtum 1:2000), łagodzi utrudnione oddychanie nosem, leczy objawowo katar nosa, obrzimienie i zwiększoną wydzielinę.

Wszelkie inne organo-preparaty.

Fabryka Berlińska preparatów organo-terapeutycznych.

D-r. Freund & D-r. Redlich, Berlin NW. 6, Luisenstrasse 21.

Próby i literatura za pośrednictwem Ak. Tow. Fr. Karpiński. Apteka — Warszawa.

ASTMA

PAPIEROSY ABISSYŃSKIE EXIBARD CIGARETTES d'ABYSSINIE EXIBARD

Natychmiastowa ulga w astmie, chronicznem bronchitis, katarze, zadyszaniu, kaszlu i wszelkich chorobach kurczowych dróg oddechowych.

Skład główny: Oskar Heting w Moskwie, Pietrowka 22 i w aptece W. Borowski, Warszawa Przejazd i u fabrykantów.

H. Ferré Blottière, et C-ie' dokt. med., pharm. 1-szej klasy rue Dombasle 6 à Paris.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr. Bengué.