

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 20.

Warszawa d. 20 maja 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 OGŁOSZEŃ. 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 Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. — O odchyleniu dopełniacza w przypadkach bąblowca, po dał d-r Ryszard Hertz. Moczówka prosta oraz niedorozwój całego ciała jakoteż narządów płciowych (ze- spół przysadkowy), podał Stanisław Pechkranc. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna*. 96 Frugoni C. i Glugni F. Objaw „sznurkowy“ w chorobach z objawami krwotocznymi. 97. Leede C. Krwawienie skór- ne, wywołane przez zastoinę, jako środek rozpoznawczy w płonicy. *Chirurgia*. 98. Okinszewicz. Przy- czynek do leczenia chirurgicznego rozszerzenia podskórnych żył sposobem Madelunga. 99. Diwawin. O leczeniu rozszerzenia żył kończyny dolnej sposobem Scharffa. 100. Monnier. O ostrem krwotocznem zapaleniu trzustki — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — 40-ty zjazd chi- rurgów niemieckich w Berlinie. — ODCINEK. Medycyna i prawo podał Jan Nowodworski (Dokończenie) WIADOMOSCI BIEŻĄCE.—OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej d-ra Sta- nisława Mutermilcha.

O odchyleniu dopełniacza w przypadkach bąblowca.

Podał

D-r Ryszard Hertz.

W r. 1906 Guedini ¹⁾ po raz pierwszy zastosował metodę odchylenia dopełniacza

(komplementu) według BORDET i GENGOU w przypadkach bąblowca wątroby. Myśl, któ- rą się ten autor kierował, była bardzo prosta i opierała się na rozumowaniu, że obecność w ustroju pasorzytów, wydzielających pe- wne ciała trujące, wywoływać musi, jako od- czyn, powstawanie niweczników, które w obecności swoistych antygenów wiążą do- pełniacz czyli hamują hemolizę.

We Francji, gdzie przypadki bąblowca są dość częste, metoda ta znalazła szerokie zastosowanie, dzięki starannym badaniom

¹⁾ G u e d i n i. (Gaz. degli Ospedali et delle Cliniche Nr. 153 1906, Nr. 6 i Nr. 45 1907) cyt. według Weinberga.

nemi ciałkami krwi barana — sposób M. STERN, lub też sposobem BAUERA również z nieogrzaną surowicą i bez hemolitycznego dwuchwytnika (amboceptora). Rozumie się, że i tu najpewniejszy jest sposób klasyczny. WEINBERG wprowadza do niego pewną modyfikację, a mianowicie, wobec tego, że surowica chorych zawiera niekiedy tylko nieznaczne ilości swoistego niwecznika, radzi brać dopełniacz w rozcieńczeniu 1 : 3 lub 1 : 4 i wzrastające dawki surowicy chorego, od 0.1 do 0.4. I tu również przez kontrolę należy uprzednio się przekonać, czy antygen sam lub też surowica chorego nie dają odchylenia komplementu, co niekiedy zachodzić może w przypadkach żółtaczk (surowica chorych, dotkniętych żółtaczką daje często odchylenie dopełniacza również z antygenem kilowym).

Z odnośnego piśmiennictwa pozwalam sobie wynotować tu jeszcze kilka punktów, mianowicie, że:

1) odczyn WEINBERGA jest swoisty i nie występuje w obecności antygenów, przygotowanych z innych narządów, np. z wątroby płodu, dotkniętego kiłą, i odwrotnie, surowica chorego, dotkniętego kiłą, nie daje odchylenia dopełniacza w obecności antygeny, przygotowanego w sposób powyższy;

2) ilość niweczników we krwi chorych, dotkniętych bąblowcem, nie jest zależna od wielkości torbieli, lecz raczej od jej umiejscowienia i własności jej ściany, która łatwiej lub trudniej przepuszcza płyn torbieli do krwiobiegu;

3) zropienie torbieli lub też zamieranie bąblowca nie wpływają ujemnie na powstawanie w ustroju swoistych niweczników;

4) dodatni odczyn utrzymuje się niekiedy przez kilka miesięcy, a nawet kilka lat po operacji i to u takich chorych, którzy się czują zupełnie zdrowi, i u których nie

wskazuje, żeby ponownie byli dotknięci bąblowcem;

5) niweczniki przeciwbąblowcowe nie przechodzą do płynu mózgowodzeniowego;

6) niweczniki przeciwbąblowcowe nie przedostają się do krwiobiegu płodu;

7) dodatni odczyn występuje niekiedy dopiero po operacji lub nakłuciu torbieli;

8) odczyn WEINBERGA nie idzie w parze z eozynofilią krwi.

Punkt VII i VIII pozwolę sobie w krótkości omówić. Fakt, że odchylenie dopełniacza otrzymujemy niekiedy dopiero po operacji, obniża znacznie wartość praktyczną omawianej metody. WEINBERG tłumaczy fakt ten w ten sposób, że wytwarzanie się niweczników nie może mieć miejsca, o ile warunki, może wskutek grubości ściany torbieli, nie sprzyjają przedostawaniu się płynu bąblowcowego do krwiobiegu; i następuje dopiero wówczas, o ile całość tej ściany zostaje naruszona, i większe ilości płynu ulegają wchłanianiu. Za słusznością takiego tłumaczenia przemawia fakt występowania niekiedy po operacji lub nawet nakłuciu objawów anafilaktycznych (gorączka, wymioty, drgawki i t. d.); z drugiej strony doświadczenie paucza, że, jeżeli bąblowiec umiejscowiony jest w dostępnym miejscu, pod skórą, w mięśniach i może być wyluszczone ze ścianą, w takim razie niweczniki szybko znikają z krwiobiegu, w przeciwnym zaś razie utrzymują się nadal, o ile były już przed operacją lub też dopiero po operacji zostają wytworzone. LAUBRY i PARVU sądzą, że niektóre płyny torbielowe zawierają antygen bardzo rozcieńczony, co pociąga za sobą wytwarzanie się małych ilości niweczników.

Ponieważ identycznie to samo dotyczy eozynofilii, objawu dziś już klasycznego, który to objaw zwykle szybko znika po operacji, w kilka godzin nawet, w wyjątkowych natomiast przypadkach występuje dopiero

po operacji, i to zupełnie niezależnie od reakcyi WEINBERGA, przeto CHAUFFARD i VINCENT⁹⁾ zaproponowali podział przypadków bąblowca z punktu widzenia biologicznego na III grupy: I-a obejmuje postaci całkowite (*formes complètes*) z eozynofilią i dodatnim odczynem WEINBERGA, II-a — postaci częściowe (*formes dissociées*), w których obecny jest tylko jeden odczyn, wreszcie III-a — postaci ukryte (*formes latentes*), w których odczyny biologiczne występują dopiero później, t. j. po operacji.

Który z tych objawów, to jest czy odczyn GUEDINI-WEINBERGA, czy też eozynofilia krwi, jest pewniejszy, trudno orzec z całą stanowczością, tembardziej, że badania, przeprowadzone w tym kierunku, są jeszcze bardzo nieliczne, i odnośne piśmiennictwo obejmuje, jak dotychczas, co najwyżej kilkadziesiąt przypadków. W każdym razie z zestawienia prac zarówno autorów francuskich, jak i innych (APPHATIE i LORENTZ, ECKENSTEIN, WELSCH

CHAPMANN, PUTZU JIANU, BAUZA, BETTENCOURT, KREUTER, LIPPMANN, K. MEYER, A. ISRAEL, SCHULTZ, DOBROTIN, MICHAJŁOW) wynika, że odczyn GUEDINI-WEINBERGA daje wyniki bardzo zadawalające i zasługuje najzupełniej na szerokie zastosowanie. Według LEJARSA należy dokonywać tego odczynu we wszystkich przypadkach guzów jamy brzusznej, których rozpoznanie natrafia na trudności. W ostatniej swej pracy (Sem. Médicale Nr. 12. 1911) LEJARS ponownie stwierdza wybitną wartość praktyczną omawianej metody, która w kilku przypadkach zropiałej torbieli wątroby pozwoliła mu zrobić właściwe rozpoznanie.

⁹⁾ Chauffard et Vincent. De l'apparition tardive des réactions biologiques provoquées par les kystes hydatiques. Gaz. des Hôp. 1910 p 343. Un nouveau cas de kyste hydatique avec éosinophilie sans réaction de fixation. Soc. méd. des Hôp. 23/VI 1910.

Należy pamiętać, że odczyn GUEDINI-WEINBERGA jest zupełnie swoisty, gdy tymczasem eozynofilia występuje we krwi również w innych cierpieniach. Specjalnie pragnę zwrócić uwagę na to, że eozynofilię krwi spotyka się niekiedy w złośliwych nowotworach, o czym lekarz przy rozpoznaniu np. guza wątroby powinien pamiętać.

Korzystając z uprzejmości d-ra F. KIJEWSKIEGO, w którego oddziale leżał chory, dotknięty bąblowcem gruczolu krokowego, dokonałem w tym przypadku¹⁰⁾ kilku badań serologicznych, które pozwolę sobie poniżej skreślić. Po raz pierwszy dokonałem badania dn. 14/I, kiedy chory leżał na stole operacyjnym, następnie w 4 dni później, wreszcie po raz trzeci d. 8 II. Krew brałem z żyły środkowej ramienia (*v. mediana cubiti*). Jako antygenem posługiwałem się zarówno płynem bąblowcowym, jak wyciągiem alkoholowym z płynu bąblowcowego, przygotowanym według PARVU; dla kontroli użyłem surowicy osobnika zdrowego.

Wyniki badań moich zestawilem w następującej tablicy:

(patrz tabl. I strona następna).

Jednocześnie miałem okazję zbadania jeszcze jednej surowicy, pochodzącej od chorego, dotkniętego bąblowcem; surowicę tę łaskawie nam nadesłał kol. PARVU z Paryża. I tu otrzymałem dodatni wynik, tj. odchylenie dopełniacza, z tymi samymi antygenami, z którymi przeprowadziłem badania w naszym przypadku.

Badanie morfologiczne krwi w przypadku naszym wykazało, co następuje:

(patrz tabl. II strona następna).

¹⁰⁾ Przypadek ten, demoostrowany przez kol. d-ra F. Kijewskiego na posiedzeniu chirurgicznym Tow. Lek., ogłoszony będzie na innem miejscu.

Tablica I.

8 ^o / ₁₀₀ rozc. NaCl	Surowica	Antygen	Dopelniacz 1:3	Dwuchwyt barani	Krew barana 5 ^o / ₁₀ rozc. czyn	W y n i k i		
						dn. 14. I.	dn. 18. I.	dn. 8. II.
1.5	0.2 chorego	0.1	0.1	0.1	1.0	Hemoliza zupeł.	Zatrzymanie zupeł.	Zatrzymanie zupeł.
1.3	0.4 " "	0.1	0.1	0.1	1.0	"	"	"
1.4	0.2 " "	0.2	0.1	0.1	1.0	"	"	Zatrz. częściowe
1.2	0.4 " "	0.2	0.1	0.1	1.0	"	"	Zatrzym. zupełne
1.4	0.4 " "	0	0.1	0.1	1.0	"	Hemoliza zupeł.	Hemoliza zupeł.
1.5	0.2 zdrow.	0.1	0.1	0.1	1.0	"	"	"
1.3	0.4 " "	0.1	0.1	0.1	1.0	"	"	"
1.4	0.2 " "	0.2	0.1	0.1	1.0	"	"	"
1.2	0.4 " "	0.2	0.1	0.1	1.0	"	"	"
1.4	0.4 " "	0	0.1	0.1	1.0	"	"	"
1.6	0	0.2	0.1	0.1	1.0	"	"	"
1.4	0	0.4	0.1	0.1	1.0	"	"	"
1.8	0	0	0.1	0.1	1.0	"	"	"
2.0	0	0	0	0	1.0	ciałka nie rozpuszczają się	"	"

Tablica II.

	Wielojadr. neutrof. biał. ciał. krwi	Wielojadr. eozynof. biał. ciał. krwi	Wielojadr. bazofil. biał. ciał. krwi	Zwykłych limfocytów	Dużych komórek „mono“ Ehrlicha i form przejściowych
dn. 14. I.	82 ^o / ₁₀₀	1.5 ^o / ₁₀₀	0	13 ^o / ₁₀₀	35 ^o / ₁₀₀
dn. 18. I.	78.5 ^o / ₁₀₀	1.5 ^o / ₁₀₀	0	16 ^o / ₁₀₀	4 ^o / ₁₀₀
dn. 8. II	82 ^o / ₁₀₀	1.5 ^o / ₁₀₀	0.5 ^o / ₁₀₀	12 ^o / ₁₀₀	4 ^o / ₁₀₀

Z powyższych dwóch tablic wynika, że w danym przypadku odczyn GUEDINI-WEINBERGA wystąpił dopiero po operacji, t. j. po nacięciu torbieli, a liczba wielojądrowych białych ciałek krwi eozynofilowych utrzymywała się stale w granicach normy. Tę rozbieżność pomiędzy obydwoma odczynami krwi w jednym i tym samym przypadku chętnie tłumaczyłbym sobie w ten sposób, że, o ile odczyn WEINBERGA jest wyrazem oddziaływania ustrojowego na obecność w krwiobiegu pewnych ciał swoistych, o tyle eozynofilia krwi jest tylko wyrazem odczynu miejscowego; prowadzącego do wytwarzania się komórek

eozynofilowych w samym uszkodzonym narządzie. Co się zaś tyczy przedostawania się tych elementów do krwiobiegu, to obecność ich we krwi jest już objawem (zasadniczo) podrzędnym, niestałym i zależnym prawdopodobnie od warunków miejscowego ukrwienia. To samo zresztą dotyczy przypadków dychawicy oskrzelowej i eozynofilii opłucnowej, w cierpieniach tych zwiększenia liczby komórek eozynofilowych we krwi często brak.

Z 6-go Oddziału Warszawskiego Szpitala Żydowskiego

Moczówka prosta oraz niedorozwój całego ciała jakoteż narządów płciowych (zespół przysadkowy).

Demonstr. na posiedzeniu i neurologicznem W. T. L. 2 kwietnia 1910 r.

Podał

Stanisław Pechkranc.

Ordynator oddziału.

Chłopcu, którego cierpienie stanowi przedmiot niniejszego artykułu, można z wyglądu dać najwyżej lat 10—11, a tymczasem ma on już rok 17-ty. Jeżeli zajrzemy do tablic QUETELETA, to zobaczymy, że przeciętna długość ciała chłopca 17 letniego wynosi 159,4 ctm., podczas gdy wzrost naszego chorego równa się 133 ctm. Wzrost ten odpowiada, podług tychże tablic, u chłopców wiekowi lat 11. Jeżeli porównamy obecnie wagę naszego chorego z wagą normalną chłopców tegoż wieku, to dowiemy się, że średnia waga 17 letniego chłopca = 49,7 kilo, waga zaś naszego chorego = 30 kilo, co odpowiada mniej więcej wiekowi lat 11. Widzimy ztąd, że osobnik ten jest znacznie cofnięty w rozwoju.

Prócz niedorozwoju całego ciała dostrzegamy, że i narządy płciowe są również niedorozwinięte, odpowiadają one wiekowi za ledwie 7—8 lat. Upośledzone jest także uwłosienie na tułowiu: wzgórek łonowy i pachy nie są wcale pokryte włosami. Zresztą budowa całego ciała jest zupełnie symetryczna i proporcjonalna.

Niedorozwój ogarnął tylko dziedzinę cielesną, pozostawiając umysłową zupełnie nietkniętą: chory odznacza się dobrze rozwiniętą inteligencją i bystrym umysłem, ma nadto wybitne zdolności do rysunku.

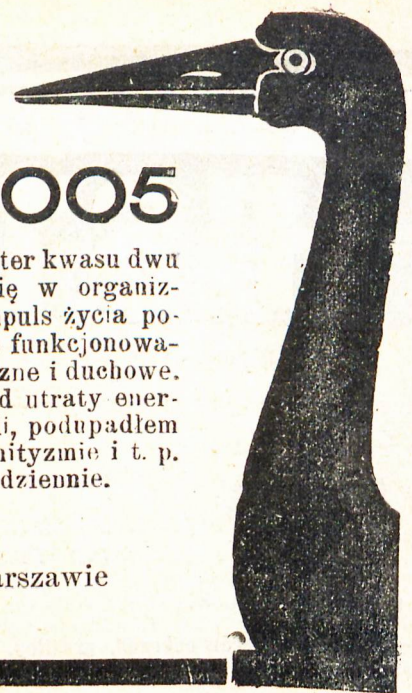
Prócz tych zboczeń, dotyczących rozwoju całego ciała i narządu płciowego, chory

dotknięty jest moczówką prostą (*diabetes insipidus*): dobową ilość moczu wynosi u niego 4—5 litrów, wypija dziennie tyleż i więcej płynów. Jest to, jak później zobaczymy, moczówka prawdziwa, t. j. pierwotny wielomocz, nie zaś pierwotne wzmożenie pragnienia z wielomoczem wtórnym.

Nadto istnieje u chorego niezmiernie rozciągnięcie pęcherza moczowego, który w stanie napełnionym sięga na 2 poprzeczne palce powyżej pępka, po opróżnieniu zaś moczu przez chorego—na 2 palce poniżej pępka. Bez przeszkód anatomicznych w szyi pęcherza i cewce moczowej, jak to wykazało badanie za pomocą cewnika (przez kol. SPIELREINA), istnieje zatrzymanie moczu niezupełne, a obok tego częściowe i przepuszczające nietrzymanie moczu, zwłaszcza nocami. Z powodu tego właśnie ostatniego zaburzenia chory zgłosił się do szpitala (do oddziału kol. SPIELREINA), gdyż inne zaburzenia na razie mniej go obchodzą. Nie znalazłszy żadnych przeszkód anatomicznych w drogach moczowych, kol. SPIELREIN przeprowadził chorego do naszego oddziału. Wspomnieć tu należy jeszcze o jednym zaburzeniu w obrębie dróg moczowych, a mianowicie o występującem od czasu do czasu obfitem krwawieniu, mającym miejsce, jak sądzę, w drogach moczowych wyprowadzających, nie zaś w nerkach, o czem później jeszcze będzie mowa.

W czasie tych krwawień występuje zatrzymanie moczu zupełne, czemu towarzyszy b. silny ból w okolicy pęcherza, i dopiero wówczas, gdy matka wyciągnie mu palcami z cewki pałaczkowate skrzepy krwi, powraca możność oddawania moczu, a ból znika.

Rzecz b. charakterystyczna i zasługująca na uwagę: obydwie główne zaburzenia, t. j. zahamowanie rozwoju fizycznego i moczówka, wystąpiły u naszego chorego w następstwie duru brzuszego, poprzedzonego



Dragées
LECITHINI-ovo à ,005

Leeytyna — organiczy związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwu stearinoglicerinfosforowego) łatwo asymilujący się w organizmie bez wpływu na narządy trawienia. Dając impuls życia poszczególnym komórkom, wywołuje energiczniejsze funkcjonowanie całych organów. Wzbudza utracone siły fizyczne i duchowe. Stosowana we wszelkich cierpieniach, zależnych od utraty energii komórkowej: przy anemii, chlorozie, neurastenii, podupadłem odżywianiu, wycieńczeniu, rekonwalescencji, rachityzmie i t. p.
Flakon 40 sztuk — 1 rs. Dozow.: od 1 — 4 dziennie.

POLECA

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie
Jerozolimska 27 róg Kruczej.

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ
PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
NIESTRAWNOŚĆ
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA)
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
ZAPALENIE OKRĘŻNICY
LECZENIE GRUŻLICY
LECZENIE CHOROÓB UMYSŁOWYCH
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 PIGULKACH.
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: łyżeczka przed każdym posiłkiem. Lek rozpuszcza się w wodzie.

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—Warszawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odesa. Z. Lerme i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Z. Lerme i Cie.—Tyflis. Kaukazkie Stowarzyszenie Farmaceutów.

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

Amylodiaslase
THÉPÉNIER

Zawierająca wszystkie diastazy porośniętych zbóż.

Zaleca się do trawienia krochmalu, do leczenia chorób żołądka, dla neurasteników, krzywicowych, gruźliczych, ozdowieńców, do przygotowania kaszek słodowych dla ssawców.

Spóżywać po dwie tabletki amylo-diaslasy po każdym jedzeniu

Thépénier. 2 Bd des filles du Calvaire, Paris.

Główny agent na Rosyę.
Gabriel POMMIER w Petersburgu.
ul. Pantelejmonowska Nr. 27.

NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

HISTOGENOL

Naline

Histogénole Naline otrzymał najlepsze świadectwa i jest jedynym środkiem tego rodzaju o którym zdawano sprawę

w **Paryzkiej Akademii Nauk,**

w **Paryzkim Towarzystwie Terapeutycznym,**

w **Paryzkim Towarzystwie Biologicznym**

i w rozprawach, przedstawionych kompetentnemu sądowi Paryzkiego Fakultetu Lekarskiego.

HISTOGENOL NALINE stosuje się z doskonałym wynikiem w ciągu kilku lat w szpitalach, sanatoriach, lecznicach i klinikach całego świata. Przepisuje się do leczenia i wyleczenia:

przewlekłych katarów oskrzeli, gruźlicy, małopokrwistości, neurastenii, cukrzycy, żółtów, limfatyizmu i zimnicy i w wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego.

HISTOGENOL NALINE należy podawać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie dorosłym i 2 łyżek deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptekach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celu uniknięcia zafalszowań należy wyraźnie przepisywać.

HISTOGENOL NALINE w postaci „ELIKSIRU“ lub **HISTOGENOL NALINE** w postaci „ZIARENEK“ i sprawdzić czy rzeczywiście podpis A. Naline znajduje się na szyjce butelki.

Histogénol Naline znajduje się w sprzedaży we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

HURTOWA SPRZEDAŻ U FABRYKANTA

A. Naline, Pharmacien de 1-re Classe à Villeneuve-La-Garenne, près Paris-St-Denis (Seine)

Składy **HISTOGENOLU** we wszystkich aptekach Rosyji i w Rosyjskim Towarzystwie Handlu Aptecznymi Towarami, Kazanskaja 12 w Petersburgu, w Charkowie i Jekaterynburgu, w Towarzystwie Lemme i C-o w Rostowie nad Donem i Odessie, w Towarzystwie Jurotat w Kijowie, w Kaukazkiem Towarzystwie Handlu Towarami Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumi, w aptece W. K. Ferrejna w Moskwie.

CACODYLATE DE SOUDE POMMIER

W AMPUŁKACH STERYLIZOWANYCH

CENA PUDEŁKA 21 AMP. 1R 75. 10 AMP. 1R 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 27.

Próby wysyła się panom lekarzom na żądanie.

ciężką, jak rodzice utrzymują, odra. Te choroby zakaźne, jedna wkrótce po drugiej, nawiedziły chorego 9 lat temu, a więc gdy miał około 8 lat.

Chory jest ostatniem dzieckiem rodziców w, będących obecnie w wieku lat około 50. Pochodzi ze zdrowej rodziny, w której niski wzrost, jak również inne jakiegokolwiek zbożenia fizyczne są zupełnie nieznane. Ma kilku braci słusznego, ale nie nadmiernego wzrostu. Przymiot dziedziczny można wyłączyć. Matka chorego nie ronila nigdy. Odczyn WASSERMANN'a u naszego chorego wypadł ujemnie (kol. SPRINGER). Urazu nie było.

Urodził się chory normalnie, bez kleszczy ząbkował prawidłowo, zaczął chodzić, mając około roku, rozwijał się fizycznie i umysłowo zupełnie normalnie i aż do owych chorób zakaźnych przedstawiał okaz tęgiego i zdrowego chłopca. Po przebyciu duru brzuszego, który trwał przez kilka tygodni, a jak matka utrzymuje, już pod koniec choroby chłopiec zaczął dużo pić i dużo oddawać moczu, co trwa bez przerwy aż do chwili obecnej. Najchętniej pija zwyczajną wodę, lubi także wódkę i piwo, do których, zdaje się, przyzwyczał się w czasie duru i które pija 3—4 razy na tydzień po jednym kieliszku. Słonnych i pieprzonych potraw nie znosi i nie jada, nie pija także słodkich napojów, a herbatę stale pija bez cukru. Kwaśne rzeczy bardzo lubi. Łaknienie jest bardzo małe. Zdarzają się dni, kiedy chory prawie nic nie je.

Oddaje mocz co $\frac{1}{2}$ —1 godz., ale może wstrzymać się i dłużej, przy oddawaniu moczu nie czuje żadnego bólu, ani palenia. W ciągu ostatnich 2 lat parę razy zdarzyło się, że oddawał mocz ze krwią, czego w szpitalu nie zauważono, a zesłej zimy przez kilka dni z rządu cewka zatykała się skrzepłą krwią, którą matka, jak już mówiłem, wyciągała mu palcami w postaci cienkich pałeczek, nitek, poczem chory znów mógł oddawać

-mocz. Nietrzymanie moczu, w nocy i we dni^e podczas snu zdarzało się w początku choroby 1—2 razy na tydzień, a w ostatnich latach co noc. Sen ma mocny, nie budzi się nigdy do oddawania moczu i po oddaniu, a dopiero nad ranem dostrzega, że prześcieradło jest mokre. Od 3 lat mocz ścieka mu niekiedy kroplami i na jawie. Wypróżnienia niezbyt suche oddaje raz na 1—2 dni.

Chorego od paru lat już trapią bóle głowy o wyraźnym charakterze migrenowym. Zjawiają się one raz na tydzień lub 2 tygodnie, są b. silne, zwykle połowiczne, przeważnie lewostronne, trwają zwykle przez cały dzień, a po przespaniu się przechodzą. Niekiedy towarzyszą im nudności i wymioty, po których ból głowy także często ustaje. Podczas napadu bólu widzi iskry, zygzaki świetlne. Ból przechodzi także na gałkę oczną przyczem oko czerwieni się i łzawi. Niekiedy podczas napadu migreny bywają zawroty głowy.

Wzwoody prącia zjawiają się niekiedy, polucyi nie było.

Stan obecny. Budowa ciała prawidłowa. Zmian w układzie kostnym niema. Istnieje zupełna proporcjonalność między głową, tułowiem i kończynami. Odżywianie umiarkowane. Nieprawidłowego odkładania się tłuszczu w jakiegokolwiek okolicy ciała nie dostrzegamy, tylko na wzgórku łonowym podkład tłuszczu wydaje się powiększony. Skóra normalna, nie łuszczy się. Na skórze brzucha b. duża plama brunatna, miejscami rozrzucone są znamiona (*naevi*). Paznokcie bez zmian. Włosy na głowie prawidłowo rozwinięte; pod pachami i na wzgórku łonowym włosów niema. Gruczoły chłonne nie powiększone.

Stan bezgorączkowy. Granice płuc prawidłowe. Oddech pęcherzykowy, bez rżężeń. Ze strony serca i naczyń również nic nieprawidłowego. Ciśnienie krwi skurczo-

we = 105 mm. Dostępne tętnice są słabo rozwinięte. Rozszerzenia żył niema. Badanie krwi zmian morfologicznych nie wykazało.

Język czysty, wilgotny. Wygląd zębów prawidłowy. Uzębienie dolnej szczęki normalne, w górnej zaś spostrzegamy anomalię: istnieje 5 siekaczy, ustawionych prawidłowo; prawy kieł bierze początek wyżej i nieco ku przodowi i na zewnątrz; lewy kieł znajduje się w tyle od lewych zewnętrznych siekaczy. Obydwa kły są słabo rozwinięte. Z obu stron po 4 zęby trzonowe normalnie rozwinięte. Twarde i miękkie podniebienie bez zmian.

Brzuch wystaje, co uwarunkowane jest zarówno silnie wyrażoną lordozą lędźwiową jakoteż znacznym powiększeniem pęcherza, którego chory nigdy całkowicie nie opróżnia. Badanie mechanizmu i chemizmu żołądka nie wykazało stosunków nieprawidłowych. Stolce raz na 1—2 dni. Rozwolnienie rzadko bywa. Wątroba i śledziona nie wyczuwają się. Nerki również nie są dostępne dla palpacji.

Narządy płciowe są niedorozwinięte i odpowiadają zaledwie wiekowi 8 lat.

Gruczoł tarczowy wyczuwa się wyraźnie, ale nie jest powiększony.

Czynność gruczołów potowych jest znacznie upośledzona: w kąpieli elektryczno-żarowej pot nie występuje jeszcze wówczas, gdy inni chorzy obłani są potem. Czynność gruczołów ślinowych zdaje się nie być upośledzoną.

Ze strony nerwów głowy, tułowia i kończyn nic nieprawidłowego nie znaleziono. Dno oka normalne, jak również pole widzenia. Rentgenografia czaszki nie dała nic nieprawidłowego: rozmiary siodła tureckiego normalne. Czucie skórne prawidłowe we wszystkich postaciach. Odruchy skórne, ścięgnowe i okostnowe dość żywe. Napię-

cie, objętość i siła mięśni prawidłowe. Psychika nie przedstawia żadnych zбочeń.

Najważniejsze zбочenia znajdujemy ze strony moczu i narządu moczowego. Dobra ilość moczu wynosi około 4—5 litrów. Mocz jest przezroczysty. Ciężar właściwy waha się 1002—1004, najczęściej jednak nie przekracza 1002. Barwa moczu biała, odczyn słabo-kwaśny. Rozbiór ilościowy, wykonany przez kol. MUTERMILCHA, wykazał: W 1 litrze moczu—części stałych 9,3 grm., mocznika—4,5 grm. kw. moczowego—ślady, chlorków — 1,2, fosforanów 0,20. Niema białka, cukru, acetonu, urobiliny, indykanu, barwników żółciowych, hemoglobiny. Dyazoodczyn ujemny. W osadzie: b. nieliczne leukocyty, pojedyncze płaskie komórki nabłonkowe, ślady śluzu.

Moczówka, którą od lat 9 dotknięty jest nasz chory, jest moczówką prawdziwą, t. j. pierwotnem zaburzeniem jest tu wielomocz, wtórnem zaś—wzmózone pragnienie. Chory wypija dziennie 3 i więcej litrów płynu, i ani razu w pierwszych tygodniach pobytu chorego w szpitalu nie udało się nam, przy szczerem współdziałaniu i najlepszych chęciach ze strony chorego, ograniczyć dowozu płynów więcej, niż do 2250 ctm.sz., gdyż chory już przy tej ilości czuł się b. niedobrze. Przy tym ograniczonym dowozie wody zarówno ilość moczu, jak i ciężar właściwy pozostawały prawie bez zmiany. Nie chcieliśmy w sposób nagły znacznie ograniczyć dowozu płynów po pierwsze dlatego, że toby nam nie udało się, gdyż w naszych warunkach szpitalnych niepodobna rozciągnąć bacznej kontroli nad chorym w ciągu dnia i nocy, a po wtóre dlatego, że obawialiśmy się wystąpienia ciężkich objawów. Wiadomo, że przy nagłym i znacznym ograniczeniu dowozu płynów w moczówce prostej ilość moczu z początku nie zmniejsza się, gdy zaś po paru

dniach dochodzi do zmniejszenia, towarzyszą temu takie objawy, jak znaczne osłabienie, przyspieszenie tętna, omamy, zapaść, a nawet objawy mocznicy: ból głowy,

nudności, silne pragnienie, osłabienie ogólne, przyczem N i NaCl zostają wydalane w mniejszej ilości.

(D. n.)

STRESZCZENIA

Medycyna wewnętrzna.

96. Frugoni C. i Giugni F. Objaw „sznurkowy“ w chorobach z objawami krwotocznymi.

Objaw „sznurkowy“ (*signe du lacet*) polega na tem, iż w chorobach, zdradzających skłonność krwotoczną, po niezbyt silnem podwiązaniu jakiegoś członka, nap. ramienia, w części obwodowej danego członka powinny ukazać się mniej lub bardziej liczne wylewy krwotoczne, zupełnie analogiczne do tych, jakie występują samoistnie. Objaw ten najdobitniej występuje na szczycie choroby, wraz z jej zanikaniem stale się zmniejsza, znika zaś wraz ze zniknięciem skłonności krwotocznej, posiada zatem, zdaniem autorów, doniosłe znaczenie pod względem rokowania. Zjawisko to było znane już dawniej, a BIERA dowiódł, że nawet u osobników normalnych po silnem podwiązaniu ramienia po upływie 7-iu minut zauważyć można w części obwodowej kończyny liczne drobne punkciki czerwone; ale różnica między obserwacją BIERA a FR. i G. polega na tem, iż ci ostatni nakładają opaskę niezbyt silnie, że powstałe zatem wylewy zależą głównie od skłonności krwotocznej. Autorzy stosowali objaw „sznurkowy“ w bardzo wielu przypadkach *purpurae simp.*, *haemorrh.*, *peliosis rheumat.*, w różnych postaciach symptomatycznych krwotocznych niedokrwistości, białaczki, krwawiaczki i t. p. Ażeby przekonać się, czy objaw sznurkowy, jak również pewne inne zjawiska, naprz. ukazywanie się czerwonych ciałek w moczu po wygięciu ciała w pałąk, zależne są od zmian, powstałych we krwi, czy też w ścianach naczyń krwionośnych, badacze przedsięwzięli dokładne badania krwi i po wielokrotnem

sprawdzeniu barwy surowicy, kurczliwości skrzepu, izotonii, własności hemolitycznych i t. d. dochodzą oni do wniosku, że zmian specjalnych, któreby pozwoliły objaśnić objaw „sznurkowy“, dostrzedz nie można, trzeba zatem szukać wyjaśnienia w zmianie ścian naczyńiowych. Bliższych szczegółów w tej ostatniej sprawie nie podają, krytykują tylko na podstawie swoich badań pogląd LELOIRA, jakoby trzeba było odróżniać *purpura* wskutek zmian naczyńiowych od *purpura* wskutek zmian we krwi.

(I. a Sem. Méd. Nr. 3. 1911).

97. Leede C. Krwawienia skórne, wywołane przez zastoinę, jako środek rozpoznawczy w płonicy.

Nowy środek rozpoznawczy, który autor podaje, oparty jest na tem samem zjawisku, które opisują poprzedni badacze, jako objaw „sznurkowy“: nakłada się szeroką taśmę gumową na ramię, w ten sposób miernie ją zaciskając, iż żyły występują wyraźnie, ręka staje się sina, lecz tętno wyczuwa się przytem dobrze; po 10 — 15 min. zdejmuje się taśmę i dokładnie bada się delikatną skórę na łokciu, rozciągając ją znacznie, dzięki czemu wyraźniej występują wybroczyny. W płonicy, ponieważ naczynia włosowate uszkodzają się niezwykle łatwo, objaw wymieniony występuje, zdaniem autora, zawsze, może więc służyć jako środek rozpoznawczy; w 200 przypadkach, badanych przez L., zawiódł on tylko u jednej kobiety, chorej na przymiot. W przypadkach innych chorób występuje tylko wyjątkowo, jedynie podczas odrzy otrzymuje się podobny

wynik. Jak długo zachowuje się ów objaw po płonicy, orzec trudno; w pewnej liczbie przypadków już w 21 dni po chorobie pod ciśnieniem 50 — 60 mm. i po 15 min. krwawień nie było, w większości przypadków jednak po 42 dniach można je było zauważyć, niekiedy jeszcze dłużej, wyjątkowo — aż po 104 dniach. Podczas odry również można, jak zaznaczono, wywołać krwawienia, lecz nie zawsze; zdaniem autora, naczynia włosowate podczas odry są, zdaje się, mniej zmienione, niż w szkarlatynie. W każdym razie ujemny wynik objawu przemawia stanowczo przeciw płonicy, dodatni zaś wraz z innymi objawami służyć powinien jako środek rozpoznawczy.

(Münch. Med. Wochenschr. Nr. 1. 1911).

Stefan Sterling.

Chirurgia.

98. Okinszewicz. Przyczynek do leczenia chirurgicznego rozszerzenia podskórnych żył kończyn dolnych sposobem Madelunga.

Dwa są główne sposoby leczenia chirurgicznego rozszerzenia żył kończyn dolnych: wycięcie dużej żyły podskórnej na udzie sposobem **TRENDELENBURGA** i całkowite usunięcie owej żyły na całej przestrzeni kończyny dolnej sposobem **MADLUNGA**. Wszystkie inne sposoby są tylko modyfikacją powyższych i nie znalazły dostatecznego rozpowszechnienia. Największem rozpowszechnieniem cieszy się sposób **TRENDELENBURGA** już to z powodu łatwości wykonania, już to z powodu dobrych wyników, jakie daje bezpośrednio po operacji, chociaż po dłuższym czasie w większości przypadków daje nawroty. Wogóle dobrego wyniku i trwałego operacja **TREND.** nie daje w przypadkach, w których nietylko główny pień żyły jest rozszerzony, lecz też i mniejsze rozgałęzienia; w tych przypadkach tylko sposób **MADLUNGA** jest racjonalny i prowadzi prędzej do celu. Autor zastosował sposób **MADL.** w 31 przypadkach. Rana w 30 przypadkach zagoiła się zupełnie dobrze, w jednym przypadku rana na goleni ropiała. Wynik operacji nie zawsze był trwały, i dość często występowały nawroty.

Z przypadków, przez siebie spostrzeczanych i operowanych, oraz z danych, zaczerpniętych z literatury, O. dochodzi do następujących wniosków:

1) Operacja sposobem **MADLUNGA**, teoretycznie usprawiedliwiona, daje w praktyce w większości przypadków dobre wyniki.

2) Jest do życzenia, aby we wszystkich przypadkach rozszerzenia żył na kończynach dolnych sposób ten był stosowany.

3) Zważywszy, że długie blizny mogą wywołać różne powikłania: bóle ciągnące przy chodzeniu, owrzodzenia w bliźnie, można zastosować sposób, podany przez **NARATHA** lub **MAMOURIANA**, polegający na wycinaniu, względnie wyciąganiu żyły przez małe poprzeczne cięcia po uprzednim podwiązaniu rozgałęzień.

4) Niezupełnie dobre wyniki, jakie O. otrzymał u swoich chorych, nie zależały od samej metody, lecz od sposobu życia robotników. Chorzy, skłonni do tej choroby, zamiast odpoczywać po operacji, natychmiast zabierają się do ciężkiej roboty, co musiało ujemnie wpłynąć na trwałość wyleczenia.

(Chirurgija 1911 Nr. 171)

99. Diwawin. O leczeniu rozszerzenia żył kończyn dolnej sposobem Scharffa.

U chorych, pracujących w fabrykach i nie chcących lub nie mogących poddać się operacji z powodu rozszerzenia żył, autor stosował sposób **SCHARFFA**, polegający na wstrzykiwaniu do żył słabego roztworu sublimatu — 1 na 5000 według przepisu: *natri chlorati* 39,0, *hydrargyri subl.* — 1,0, *aq. dest.* 5000,0. Rozczyn ten wstrzykuje się do żyły za pomocą dwugramowej szprycki po uprzednim nałożeniu opaski uciskającej na udo. Podczas wstrzykiwania chory nie powinien doznawać żadnego bólu, co wskazuje, że igła znajduje się w świetle żyły. Ilość roztworu do wstrzyknięcia na pierwszym posiedzeniu nie powinna przewyższać 0,5 na każde z 3 ukłuć; następnie, zależnie od odczynu i wielkości żyły, ilość się powiększa do 1,0—5,0. Wstrzykiwania robi się 2 razy na tydzień. Wynik obiektywny pokazuje się już na 2 lub 3 dzień, żyła staje się bardziej płaską, zmienia

siny kolor na żółto-zielony i w końcu przechodzi w cienki sznurek. Subiektywnie chory już wkrótce po wstrzyknięciu czuje się lepiej. Leczenie kończy się wtedy, kiedy znikają wszystkie rozszerzenia żył.

Powyższy sposób D. stosował u 15 chorych i doszedł do następujących wniosków:

1) Sposób **SCHARFFA** nie może zastąpić leczenia operacyjnego w przypadkach, w których rozszerzenie żył jest bardzo znaczne.

2) Przy rozszerzeniu żył w niedużym stopniu, gdy leczenie operacyjne z powodu jakichkolwiek przyczyn nie może być stosowane, sposób **SCHARFFA** jest zupełnie na miejscu, jako wcale bezpieczny i prowadzący jeżeli nie do zupełnego wyleczenia, to do znacznej poprawy.

3) W przypadkach, w których nastąpił nawrót po dokonanej operacji z powodu rozszerzenia żył, wstrzykiwania sublimatowe sposobem **SCH.** mogą się okazać bardzo skutecznymi.

W okresie początkowym rozszerzenia żył, kiedy chory doznaje czasem silnych bólów, sposób **SCHARFFA** jest zupełnie odpowiedni i daje dobre wyniki.

(Chirurgija 1911. Nr. 171).

100. **Monnier.** O ostrem krwotocznym zapaleniu trzustki.

Autor przytacza cztery spostrzegane przez siebie przypadki ostrego krwotocznego zapalenia trzustki; wszystkie przypadki były operowane i wszystkie zakończyły się śmiercią. W spostrzeganych przypadkach przyczyną, wywołującą zapalenie, było zatrucie wyskokiem, uraz, ostre zaburzenie kiszki, wreszcie kamica żółciowa. Choroba zwykle zaczyna się gwałtownymi bólami w dołku sercowym, bóle bywają nieraz tak silne, że prowadzić mogą do omdlenia lub do zupełnego upadku sił, nieraz chorzy odczuwają ból w okolicy lewego barku lub w dolnej części brzucha ze strony lewej. Jednocześnie występują nudności i wymioty, wzdęcie brzucha, bezwład jelit i zapalenie otrzewny. Objawowi temu zwykle towarzyszą i inne objawy natury ogólnej: zły wygląd, żółto-szare zabarwienie twarzy, przyspieszone tętno, podniesiona ciepłota, niepokój i upadek sił.

Śmierć następuje zwykle przy objawach niedrożności kiszki i zapalenia otrzewny, w ciężkich przypadkach w ciągu 2—3 dni.

Ostre zapalenie trzustki można przeważnie zmieszać z 4 postaciami chorobowymi: 1) z zapaleniem otrzewny z przedziurawienia (wrzód żołądka i dwunastnicy, przedziurawienie pęcherzyka żółciowego), 2) z niedrożnością jelit, 3) z zapaleniem wyrostka robaczkowego, 4) z kamica żółciową.

Przy rozpoznaniu różniczkowym należy zwracać uwagę na niektóre cechy charakterystyczne, przemawiające więcej za tą lub inną chorobą. Napięcie mięśni brzusznych w pierwszym okresie choroby przemawia za zapaleniem otrzewny z przedziurawieniem. Dla odróżnienia zapalenia trzustki od niedrożności jelit pewnym wytycznym punktem być może ciepłota, która zwykle jest wyższa, następnie charakterystyczne zabarwienie żółtawe skóry i bezustanny ból w dołku sercowym. W zapaleniu wyrostka robaczkowego ból prawie nigdy nie jest tak silny i tak długotrwały, jak w zapaleniu trzustki. Kamica żółciowa bardzo często pociąga za sobą zapalenie trzustki. Długotrwały ból, bardzo wybitne objawy niedrożności kiszki, pogorszenie stanu ogólnego chorego są to cechy, które każą przypuszczać cierpienie trzustki.

Co się tyczy zmian, jakie zachodzą w ostrem zapaleniu trzustki, to często zauważyć się daje silne przekrwienie całego organu, prowadzące do wylewów krwawych, obrzmienia trzustki i w końcu do zgorzeli mniej lub więcej obszernej.

W ostatnich czasach udało się niektórym autorom wywołać zapalenie trzustki sposobem doświadczalnym. Tak **CLAUDE-BERNARD** wywołał zgorzel trzustki po wstrzyknięciu oliwy do przewodu trzustkowego, inni (**KÖRTE**, **HILDEBRAND**) otrzymali ten sam wynik po wstrzyknięciu do przewodu hodowli drobnoustrojów. Zdaniem **POLYA**, wstrzykiwania hodowli drobnoustrojów w wyjątkowych tylko razach sprowadzają zgorzel, występuje ona jednak przy jednoczesnym wstrzyknięciu żółci. **POLYA** utrzymuje, że drobnoustroje i ich produkty przeprowadzają nieczynny sok trzustkowy w czynny, i w ten spo

sób odbywa się samostrawianie się organu, wskutek czego powstaje martwica tkanki tłuszczczowej i wylewy krwawe.

Szybka śmierć, a niekiedy nawet piorunująca w ostrem zapaleniu trzustki zależy nie, jak to niektórzy utrzymują, od martwicy tkanki tłuszczczowej, nie od zapalenia otrzewny, nie od krwotoków, ani też od jakiegoś odruchowego działania na spłot trzewny,

lecz zależy od działania trujących produktów chorej trzustki na ustrój.

Leczenie ostrego zapalenia trzustki może być tylko operacyjnie; operację należy wykonać możliwie wcześnie, kiedy zgorzel nie przyjęła jeszcze większych rozmiarów.

(Correspondenz - Blatt f. Schw. Aerz. 1911 Nr.7).

Ludw. Kr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Protokół posiedzenia gastrologicznego z dnia 18 stycznia 1911 r.

W dalszym ciągu dyskusji nad odczytem LORENTOWICZA p. t. „Projekt ułożenia stałych przepisów dyetetycznych dla chorych w Ciechocinku.” GRUNDZACH zaznacza, że na potrzeby racjonalnej diety w zdrojowiskach zwrócił u nas pierwszy uwagę SKŁODOWSKI, potem sprawą tą zajmowali się GRUNDZACH, MALEWSKI, PUŁAWSKI, TOKARSKI i KOZŁOWSKI. Wywieszanie tablic dyetetycznych w zakładach uważaliby za szkodliwe, natomiast dużą korzyść mogłyby one przynieść samym lekarzom: Zwraca uwagę na kilka niedokładności w przepisach dyetetycznych i sądzi, że niezbędne jest oznaczenie ilości pokarmów w każdym poszczególnym cierpieniu.

HALPERN przemawia za zostawianiem grzybów i szparagów w zap. nerek, radzi usunąć zupełnie dietę cukrową, która wymaga ścisłej indywidualizacji i stałej obserwacji lekarskiej, uważa, że w dyecie odchudzającej jest za dużo mięsa, -- wogóle sądzi, że schematy te powinny jeszcze uleść niektórym zmianom, zanim dostaną się do zdrojowisk.

LANDAU sądzi, że nie należy dawać tych schematów publiczności, bo to może wytworzyć kurfuszerów, -- że w skazie moczowej należy zabronić wątróbek i tp. pokarmów, -- że w dyecie w zapaleniu nerek należy wspomnieć o szkodliwości soli i wzgl. solanki Ciechocińskiej, -- wreszcie że w nadkwaśności wskazana jest dieta jarska.

MALEWSKI sądzi, że ilość pokarmów win-

na być wymieniona, w niektórych zaś razach zwiększona ilość posiłków, -- należałoby również podkreślać rzeczy najważniejsze.

POLIKIER dowodzi, że schematy dyet mogą być pożyteczne dla lekarzy, jeśli układ ich da się pogodzić z zasadą indywidualizowania (przez podkreślenie, ew. przekreślenie lub dodanie pewnych potraw), -- oświadcza się przeciw oddawaniu ich w ręce właścicieli jadłodajni lub dworców, powołując się na uwagi swoje na poprzednim posiedzeniu oraz na zdanie, wygłoszone podczas zjazdu balneologicznego w r. z. w Salzburgu przez SCHLESINGERA. Ten ostatni uznaje układ podług chorób za niewłaściwy, podając wszystkiego 3--4 wzory diety (np. płynna, łatwostrawna, obfitująca w białko i tłuszcz).

SIERPIŃSKI wyjaśnia zwyczaj, panujące pod względem dyetetycznym w Vichy i Karlsbadzie.

MAYBAUM jest zasadniczym przeciwnikiem schematów dyetetycznych, które wytwarzają rutynę i nie są celowe.

KNAPPE zwraca uwagę, że obecny stan nauki nie widzi różnicy pomiędzy białem ciemnym mięsem, -- należy zatem w tablicach to podkreślić.

ZAWADZKI zaznacza, że dieta nefrytyczna jest zbyt techniczna w Ciech., wskazuje na brak dyet dla anemicznych i dla zołzów, sądzi, że tablice te winny być nieco inaczej ugrupowane, jest przeciwny dawaniu tych tablic w ręce publiczności, uznaje potrzebę wymieniania ilości pokarmów, lecz uważa, że pensjonaty winny wejść w bezpośrednie porozumienie

z lekarzami,—wreszcie stawia wniosek, że tablice winny ulegć pewnym zmianom.

RÓBIN sądzi, że pożytek schematów dyetycznych został już dostatecznie w praktyce stwierdzony, gdyż od wielu lat lekarze-specjaliści chorób żołąd. schematy takie chorzym rozdają i nie wpłynęły bynajmniej na rozwój kurfuszów, że ilość pokarmów nie powinna być wymieniana w schematach raz na zawsze, gdyż ilość tę winien oznaczać w każdym przypadku lekarz zależnie od indywidualności chorego,—że ogólne higieniczne uwagi, znajdujące się w tablicach, dotyczące sposobu przygotowania pokarmów i jakości produktów, są przeznaczone wyłącznie dla chorych i właścicieli restauracji i dlatego powtarzają się w różnych tablicach,— że do Ciechocinka jeżdżą i nefrytycy i diabetycy, jeśli jednocześnie są dotknięci cierpieniami stawów i tp., zresztą powyższe tablice mogłyby być stosowane w różnych zdrojowiskach,—wreszcie jest zdania, że dyeta jarska w nadkwaśności jest źle znoszona.

MAJEWSKI dodaje, że ważnym zadaniem lekarzy zdrojowych jest wpływanie na właścicieli jadłodajni, aby odpowiednio i sumiennie pokarmy przygotowywali,— że obecnie trudno to osiągnąć,— że próby zawiodły nawet w Nałęczowie, gdzie jadłodajnie były zależne od lekarzy,—wreszcie skłania się do wniosku, że owe tablice bez szkody mogą być w restauracjach wywieszane.

LORENTOWICZ zwraca uwagę na okoliczność, że skoro chory otrzyma schemat z rąk lekarza, restaurator wszak go zobaczy, że zatem niema celu go ukrywać i nie zawieszając,— że podane tablice dyet nie są tworem oryginalnym L., lecz tłumaczeniem schematów, będących w użyciu w Homburgu,— że wreszcie, jeśli są niedokładności, to proponuje utworzenie komisji, któraby jeszcze raz owe tablice rozpatrzyła i opinię swoją na jednym z najbliższych posiedzeń przedstawiła.

Po streszczeniu dyskusji przez przewodniczącego uchwalono utworzyć taką komisję, w skład której weszli: HALPERN, LANDAU, LORENTOWICZ, MAJEWSKI i ZAWADZKI.

W. Róbin.

Posiedzenie kliniczne d. 7 marca 1911 r.

Zdzisław DOBROWOLSKI przedstawił chłopca dziesięcioletniego, wyleczonego z zakrzepu zatoki poprzecznej i ropnico-posocznicy. Rozważając przebieg choroby, DOBROWOLSKI dowodzi, że pacyenta uratowała trepanacja z podwiązaniem żyły szyjowej wewnętrznej; również leczenie surowicami dało dodatni rezultat, gdyż po każdym zastrzyknięciu stan ogólny chorego poprawiał się subiektywnie i obiektywnie.

KRYŃSKI Leon przedstawił chorego, u którego dokonał gastroenterostomii z powodu *ulcus duodeni* z pomyślnym wynikiem.

WIŚNIEWSKI przedstawił chorą z nowotworem złośliwym sutki lewej. Chora będzie poddana leczeniu promieniami ROENTGENA.

BORZĘCKI wygłosił rzecz pod tytułem: O stosowaniu sztucznej odmy piersiowej w gruźlicy.

FORLANINI w roku 1882 wyraził przekonanie, że, jeśli dotknięte gruźlicą płuco postawić w warunkach absolutnego spokoju, to sprawa gruźlicza przestanie w niem się szerzyć, a zmiany chorobowe mogą nawet ulegć zablężnieniu. W tym celu—FORLANINI, a za nim inni autorzy wytwarzają sztuczną odmę aż do zupełnego uciśnięcia chorego płuca. Dla wytworzenia odmy wprowadzają azot do opłucny za pomocą odpowiednich przyrządów. Jeden z takich przyrządów (modyfikacyę FORLANINI—SAUGMAN) prelegent przedstawia wraz z igłą bezpieczeństwa pomysłu SAUGMANA.

Prelegent omawia historię choroby 4 przypadków, w których stosował odmę piersiową.

Opierając się na danych z piśmiennictwa, na przypadkach, spostrzeganych w klinice FORLANINIEGO w Pawii, wreszcie na własnym doświadczeniu, prelegent dochodzi do następującego wniosku: zastosowanie sztucznej odmy piersiowej z zachowaniem odpowiedniej techniki nie przedstawia dla chorego zbyt dużego niebezpieczeństwa, stosować ją należy tymczasem w przypadkach ciężkich postaci gruźlicy płuc, przeważnie jednostronnej, w których rokowanie jest nie-

pomyślne, zabiegu dokonywać należy jedynie w szpitalu lub zakładzie pod ścisłą obserwacją lekarską.

Alfred SOKOŁOWSKI sądzi, że stosowanie sztucznej odmy piersiowej ma wskazania ograniczone tylko do przypadków gruźlicy płuc podostrej i przeważnie jednostronnej. W takich przypadkach stosowanie odmy piersiowej daje niekiedy wyniki dodatnie.

Posiedzenie kliniczne z d. 21 marca 1911 r.

WIŚNIEWSKI przedstawił chorego z *lues serpiginosa ecthymatosa* u 27-letniego chorego.

St. KLEIN wygłosił rzecz pod tytułem „O leukocytach krwi białaczkowej”. Prelegent omawia całą literaturę, dotyczącą danej kwestyi, w końcu uważa, że wobec ważności obrazu patologicznego tkanek należy dzielić białaczkę przede wszystkim nie według obrazu krwi, lecz według zmian anatomicznych dotkniętych niemi układów tkanek. Odczyt illustrowany był pokazem licznych preparatów na epidiaskopie.

Tadeusz Wilczyński.

40-ty zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie.

(Korespondencya własna „Medycyny i Kroniki Lekarskiej”).

Przy otwarciu zjazdu święcono stuletnią rocznicę urodzin v. LANGENBECKA, uczczono obecną na Zjeździe pozostałą po nim rodzinę, poczem rozpoczęły się obrady. Nim przystąpię do treści obrad, pozwolę sobie zwrócić uwagę, że w roku bieżącym licznie stawili się polacy trzech zaborów, czesi i rosyjanie, ogółem w liczbie z górą 100. Bogata wystawa narzędzi chirurgicznych, preparatów farmaceutycznych, środków opatrunkowych oraz przyrządów ROENTGENA świadczy o zabiegliwości zarządu zjazdów, o ruchliwości odpowiednich przemysłowców.

Niewielka natomiast liczba zgłoszonych operacji w szpitalach, wspólnych wycieczek do szpitali czyni zjazd ten mniej pod tym względem ciekawym od zjazdów francuskich. Złą stroną zjazdu stanowi pośpiech i przeładowanie go odczytami. Obrady rozpoczynają się o 9-ej rano, trwają do 1-ej popołudniu. Po godzinnej przerwie trwają znowu do 4-ej pp., trwają zatem po 6 godzin dziennie. Francuskie zjazdy trzymają się innego porządku: ranne godziny od god. 8-ej rano przeznaczone są na zwiedzanie szpitali. Na czas zjazdu paryscy chirurdzy gromadzą materiał operacyjny i wykonywają cały szereg operacji; daje to możliwość porównawczej oceny sposobów operowania oraz urządzeń operacyjnych.

Obrady rozpoczynają się o god. 2 pp., trwają do 6 pp.

Wprawdzie obrady w Paryżu trwają przez dni sześć, w Berlinie tylko cztery, francuskie zjazdy liczą po 500—600 uczestników, niemieckie do 1800. Ta chęć szybkiego załatwienia zjazdu oraz wielka liczba uczestników, których trudno byłoby podzielić na niewielkie grupy, poniekąd usprawiedliwia komitet zarządzający zjazdy. W dodatku, jeżeli chodzi o urządzenia operacyjne, Niemcy przewyższają Francuzów, gdy jednak szukamy techniki, podziw wzbudzają Francuzi.

Obrady swoim rozpoczął wykładem o wyjąławianiu rąk i pola operacyjnego KÜTTNER z Wrocławia. Z otrzymanych 210 odpowiedzi w tej kwestyi można wyciągnąć wnioski następujące: Niemożność dokładnego wyjąławienia nie płynie z umiejscowienia się drobnoustrojów w głębi skóry (w jej zagłębieniach), lecz z braku środków, wyjąławiających skórę w czasie, przez nas pożądanym. Z pomiędzy nowych preparatów rtęciowych żaden nie jest lepszy od sublimatu, postęp w sporządzaniu pochodnych grupy fenolów daje pewne nadzieje na szybkość ich działania. Mechaniczne wyjąławianie spowodowane zostało do uwieżenia drobnoustrojów za pomocą stwardniania skóry

środkami ściągającymi, najlepsze wyniki daje alkohol (klin. BRUNSA), mycie gorącą wodą sposobem AHLFELDA, postęp, zdaje się, stanowi stosowanie spirytusu tetrachlormydlanego (HERR).

Niemожność szybkiego wyjałowienia doprowadziła logicznie do zakrywania skóry rąk gumowemi rękawiczkami, skóry obok pola operacyjnego serwetami, wyjałowioną ceratką i t. p.

Smarowanie przedoperacyjne skóry jodyną uprościło znacznie technikę wyjaławiania, na 210 zapytanych 187 stosuje ten sposób. Dla uniknięcia pryszczycy KÜTTNER proponuje 5 proc. jodynę, tj. rozcieńczanie oficynalnego preparatu do połowy alkoholem, unikanie starej jodyny, usuwanie po operacji resztek jodu za pomocą spirytusu.

NOETZEL doszedł do wniosku że chemiczne leczenie ran zakażonych nie prowadzi do celu, przeciwnie, środki przeciwnilne osłabiają wrodzoną odporność, znacznie lepszych wyników należy oczekiwać od leczenia fizycznego tych ran.

W dyskusyi zabierają głos KOCHER, ISRAEL (E), BLUMBERG, OETTINGEN, HEUSNER, LAUENSTEIN, HEINECKE, THÖLE, DREYER, KÖNIG i REHN. Z dyskusyi wynika, że nie wszyscy są zwolennikami wyjaławiania skóry jodyną (KOCHER), że część chirurgów woli skórę, przygotowaną zwyczajnym sposobem, pokrywać wyjałowioną ceratką, chirozotonom lub mastisolem (OETTINGEN—chloroform, mastyka, olej lniany). THÖLE na zasadzie doświadczeń przeczy, by kwasy jodowe były przyczyną pryszczycy, DREYER wprowadzał przy doświadczeniach do stawów gronkowce, poczem nalewkę jodową, — ropienia nie otrzymywał—u zwierząt, którym wprowadzał tylko gronkowce bez jodyny — obfite ropienie. KÖNIG zastępuje jodynę spirytusem tymolowym. REHN ostrzega, by nie dopuszczać zatknięcia się jelit z nalewką jodową, powstające z tego powodu zrosty dają często ileus.

KOCHER. Choroba BASEDOWA polega na zmianach w gruczole tarczowym, wywołujących nadmierne wydzielanie oraz zwiększenie zawartości jodu w tej wydzielinie. Doświadczalnie można otrzymać chorobę BASEDOWA

za pomocą wstrzykiwań soku tarczycowego lub jodo-tyreoidyny.

Dla tej choroby charakterystyczne są zmiany we krwi — leukopenia (zmniejszona liczba b. ciałek krwi), mononukleozą oraz adrenalinemia. Przemiana materii odbywa się prędzej. Rozmaite objawy zależą od działania wydzieliny na n. współczulny lub błędny. Forma współczulna polega na *exophthalmus*, *tachycardia*, cukromoczu, błędna—na zaburzeniach przewodzenia pokarmowego, zmianach we krwi.

Na powstawanie choroby mają wpływ 1) silne wstrząśnienia moralne, 2) stosowanie jodu w wolu 3) choroby zakaźne, 4) nadmierna wydzielniczość gruczołów płciowych (miesiączkowanie, okres po-porodowy). Ponieważ choroba BASEDOWA polega na *hyperthyreosis*, leczenie jej przeto winno być chirurgiczne, polegać na usuwaniu gruczołu; nawroty zdarzają się w tych przypadkach, w których usunęliśmy zbyt małą ilość gruczołu. KOCHER wykonał 721 zabiegów w 535 przypadkach ze śmiertelnością 3,1%. Przyczyny śmierci: usypianie, zapalenie nerek, *st. thymicus*, zapalenie płuc. Po operacyi obraz krwi zmienia się, operować należy możliwie wcześnie.

KOCHER (syn) mówi o zmianach mikroskopowych gruczołu tarczowego — w ostrych przypadkach znajdował niewiele koloïdu, w przypadkach z *exophthalmus* bujanie nabłonka cylindrowatego.

KLOSE wykonał szereg doświadczeń w pracowni doświadczalnej chirurgicznej we Frankfurcie.

Zastrzykiwał psom małe dawki soku, wyciśniętego z gruczołu tarczowego chorych na chorobę BASEDOWA—otrzymywał typową chorobę BASEDOWA. Po zastrzyknięciu soku z gruczołu, dotkniętego wolem—BASEDOWIE występował. Po zastrzyknięciu jodku potasu 0,03prokilo do żyły występowały typowe objawy kliniczne choroby BASEDOWA. Z tego KLOSE wyciąga następujące wnioski: Choroba ta polega nie na *hyperthyreosis*, lecz na *dysthyreosis* — część gruczołu utraciła możność wiązania jodu w tyreojodynę, krąży w organizmie jod nieorganiczny.

(C. d. n.)

A. Zawadzki

O D C I N E K

Jan Nowodworski.

MEDYCINA I PRAWO.

Odczytane w Warsz. Stow. lek. d. 7/IV 1911 r.

(Dokończenie).

Urzędy lekarskie składały się: z inspektora, akusзера, 2 asesorów, z których jeden farmaceutyczny, drugi weterynaryjny, i z dwóch członków honorowych, zapraszanych do naradzania się w sprawach ważniejszych lub w wypadkach nadzwyczajnych (art. 47 i 48). Atrybucye urzędów lekarskich były rozmaite, mniej więcej te same dla gubernii, co zarządu lekarskiego dla całego Królestwa (art. 53).

Były one organem pośrednim pomiędzy radą lekarską i głównym inspektorem z jednej, a lekarzami obwodowymi i miejskimi z drugiej strony, odbierały polecenia od pierwszych i przekazywały je do wykonania ostatnim (art. 54).

Powyższa organizacja służby zdrowia, zatwierdzona przez Ukaz z dnia 16/28 kwietnia 1840 roku (Dziennik Praw, tom XXV, str. 129), istniała bez zmiany do 1867 r.

Przedstawiona tu została organizacja powyższa nie tylko dlatego, że pewne jej ślady pozostały do dzisiaj, lecz przede wszystkim dlatego, by uprzytomnić, jaki był ustrój służby zdrowia przed usunięciem z Królestwa wszelkich odrębności i pozostałości ustroju autonomicznego.

Gdy po wypadkach 1863 r. z coraz większą konsekwencją i pośpiechem dążono do ujednostajnienia zarządu w Królestwie Polskim z organizacją władz rządowych w Cesarstwie, nie pominięto w tych zamierzeniach i służby zdrowia.

Już na skutek ustawy o zarządzie gubernialnym i powiatowym w Królestwie Polskim z dn. 19/31 grudnia 1866 roku (Dziennik Praw tom LXVI, str. 119) zaszła zmiana w organizacyi pośrednich urzędów służby zdro-

wia. Przez tę bowiem ustawę urzędy lekarskie gubernialne zostały zniesione, na ich zaś miejsce w rządach gubernialnych utworzone zostały wydziały lekarskie (art. 52), zostające pod bezpośrednim zarządem gubernialnego inspektora lekarskiego, mającego prawo głosu na posiedzeniach rządu gubernialnego w przedmiotach, dotyczących jego zarządu (art. 30). Wydział lekarski winien zawiadywać przedmiotami, mającymi na celu zabezpieczenie zdrowia publicznego oraz osobistego składu zarządu lekarskiego, czuwać nad wykonaniem przepisów ustawy lekarskiej, udzielać opinii w kwestyach lekarskich i zarządzać sprawami, dotyczącymi służby weterynaryjnej w gubernii (art. 61). Wydziały lekarskie przy rządach gubernialnych składać się winny z inspektora, asesora farmaceutycznego i asesora weterynaryjnego. Prócz tego dla oceniania i decydowania kwestyi spornych w sprawach lekarskich mogą się zbierać w wydziale lekarskim pod prezydencją inspektora lekarskiego specjalne posiedzenia naradcze, na które, według uznania gubernatora, mogą być wzywani lekarze, nie należący do składu wydziału lekarskiego (art. 31). Członków jednak honorowych stałych, jacy byli w zniesionych urzędach lekarskich, niema na mocy postanowienia Komitetu Urządzącego w Królestwie Polskim z dn. 10/22 marca 1867 r. (Post. Kom. Urz. T. IX, 372).

Niektóre sprawy, dotyczące służby zdrowia, podług ustawy z 1866 r., winny były być rozstrzygane na posiedzeniach rządu gubernialnego pod prezydencją gubernatora, inne zaś na posiedzeniach tegoż rządu gubernialnego pod prezydencją wicegubernatora (art. 34, 35, 74).

Na mocy tejże ustawy lekarze powiatowi mają prawo uczestniczyć w posiedzeniach urzędu powiatowego z głosem stanowczym we wszystkich sprawach, dotyczących zarządu służby zdrowia (art. 102).

Dalsze zmiany wprowadziło postanowienie Komitetu Urządzącego w Królestwie Polskim z d. 11 (23) lipca 1867 r. (T. X, 453) i

mocą tego postanowienia wszystkie miasta gubernialne obowiązane były utrzymywać z funduszków miejskich lekarza miejskiego. Lekarze ci, oprócz wykonywania włożonych przez toż postanowienie na nich obowiązków, byli obowiązani do przyjmowania udziału w zajęciach wydziałów lekarskich rządów gubernialnych, pod bezpośrednim kierunkiem inspektora gubernialnego i do zastępowania ich w razie choroby lub nieobecności.

Powołane wyżej postanowienie nakazało tym miastom powiatowym i innym, które dotychczas utrzymywały lekarzy, felczerów i akuszerki z funduszków miejskich, do utrzymywania ich i nadal, rządowi zaś gubernialnym nadane zostało prawo naznaczania lekarzy, felczerów i akuserek w podlegających ich zarządowi miastach.

Postanowienie Komitetu Urządzającego z d. 14 września (1 października) 1867 r. (T. XI, 45) zniosło posadę akuszera lekarskiego miasta Warszawy, utworzyło natomiast dwie posady lekarzy m. Warszawy, z których jeden obowiązany był brać udział w czynnościach warszawskiego gubernialnego wydziału lekarskiego, drugi zaś obowiązany był pełnić obowiązki lekarza powiatowego w okolicach Warszawy z prawem zastępowania tegoż lekarza.

Jednocześnie niemal z powyższą organizacją na wzór Cesarstwa służby zdrowia w Królestwie usunięte zostały wszelkie pozostałości odrębnego jej dotychczasowego istnienia. Ukaz z d. 20 lipca 1867 r. (Dziennik praw, T. LXVII, str. 227) zniósł wydział lekarski w komisji spraw wewnętrznych i skasował urząd głównego inspektora służby zdrowia i radę lekarską w Królestwie Polskiem, oddając rządy gubernialne w sprawach, dotyczących wydziałów lekarskich, pod bezpośrednią władzę departamentu lekarskiego w ministerium spraw wewnętrznych. Po nieważ zaś nakazano jednocześnie rządowi gubernialnym we wszystkich sprawach lekarskich stosować się do ustawy lekarskiej, obowiązującej w Cesarstwie (zbiór praw, T. XIII, księga 1), przeto od tegoż 1867 roku organizacja służby zdrowia w Królestwie Polskiem niczem już zasadniczym nie różni się od ogólnopolskiej.

W ścisłym związku z organizacją służby zdrowia pozostaje organizacja szpitali. Zbiór przepisów administracyjnych wydziału spraw Wewnętrznych (część I, tom I, 92) zawiera między innymi i ustawę szpitali cywilnych w Królestwie Polskiem z dn. 18 lutego (2 marca) 1842 r. Zbytecznym chyba byłoby tutaj wśród specjalistów lekarzy wykazywać wielkie jej braki i przestarzałe wobec postępów nauki medycznej przepisy, byłoby to ponadto wkroczeniem profana w dziedzinę nieznaną mu wiedzy. Zwrócić należy jedynie tutaj uwagę, iż szpitale pod względem prawnym uważane były za instytucje dobroczynne i, jako takie, zostawały pod kierownictwem Komisji spraw wewnętrznych i duchownych, główny zaś zarząd szpitalami pod względem administracyjnym był powierzony Głównej Radzie opiekuńczej zakładów dobroczynnych, ustanowionej przy tejże Komisji, dozór wreszcie policyjno-lekarski sprawował główny inspektor służby zdrowia.

Gdy w przytoczonym wyżej okresie siódmego dziesięciolecia zeszłego wieku skwapliwie wprowadzano w Królestwie ogólnopolskie urzędy i władze, nie ostała się w poprzedniej postaci i organizacja zarządu dobroczynności publicznej. Ustawa, z małymi późniejszymi zmianami dotychczas obowiązująca, o zarządzie zakładów dobroczynnych (zatwierdzona w dn. 19 czerwca 1870 r., Dziennik Praw T. LXX, str. 195), przekazała zarząd wszystkich zakładów dobroczynnych ministrowi spraw wewnętrznych, dla miejscowego zaś bezpośredniego zarządu wprowadziła t.zw. rady dobroczynności publicznej, gubernialne i powiatowe, których sprawność i działalność w dziedzinie szpitalnictwa dostatecznie jest znana wszystkim, a najlepiej niewątpliwie lekarzom, wobec czego zbytecznymby było szczegółowe o nich podawać informacje.

Zaznaczyć wreszcie należy, że najnowszym w organizacji opieki nad szpitalami zarządzeniem było skasowanie miejskiej rady dobroczynności publicznej w Warszawie i utworzenie specjalnego wydziału dobroczynnego przy Magistracie m. Warszawy, który też obecnie szpitalami warszawskimi zarządza.

Nie mając, rzecz prosta, możliwości w łamach referatu wyczerpać wszystkich przepisów obowiązującego prawodawstwa, które w ten lub inny sposób bądź medycyny wogóle, bądź też lekarzy specjalnie dotyczą, pragnąłbym jednak w pobieżnym chociaż streszczeniu podać tutaj przepisy najbardziej charakterystyczne i najbliższe lekarzy obchodzące.

Prawo cywilne, a mianowicie kodeks Napoleona zawiera dwa artykuły, specjalnie lekarzy dotyczące. Pierwszy z nich art. 909 brzmi: „Doktorowie medycyny lub chirurgii, urzędnicy zdrowia i aptekarze, którzyby leczyli osobę w chorobie, na którą umarła, nie mogą korzystać z rozporządzeń między żyjącymi lub testamentowych, jakieby wspomniana osoba w ciągu tej choroby na ich rzecz poczyniła. Wyłączają się: 1) Rozporządzenia wynagradzające pod tytułem szczególnym uczynione, mając wzgląd na zamożność rozporządzającego i na oddane usługi. 2) Rozporządzenia ogólne, w przypadku pokrewieństwa, aż do czwartego stopnia włącznie, byleby jednak zmarły nie pozostawił następców w linii prostej; chybaży ten, na czyją korzyść rozporządzenie nastąpiło, należał do liczby tych następców”.

Zawód lekarski w Królestwie godnych miał snać przedstawicieli, skoro od chwili wprowadzenia do Królestwa kodeksu Napoleona aż do dni dzisiejszych, a więc lat sto z górą, sądy Królestwa, o ile sprawdzić było można, nie rozstrzygały sporów, na tle tego przepisu wynikłych. Inaczej było w ojczyźnie kodeksu, we Francyi, gdzie sprawy takie wielokrotnie były sądzone. Jako charakterystyczny zacytować tu należy wyrok trybunału w Dax z d. 25 maja 1899 r., w którym sąd wyjaśnił, iż ważny jest testament, sporządzony przez żonę na rzecz męża lekarza, który ją w ostatniej chorobie leczył.

Specjalnie i lekarzy między innymi dotyczy art. 2272 kodeksu Napoleona, który ustala przedawnienie roczne dla pretensyi, wynikających z tytułu niezapłaconego honorarium. Nadmienić jednak należy, że, o ile istnieje dowód piśmienny długu za honorarium, wówczas stosowane być winno przedawnienie ogólne, tj. trzydziestoletnie. ■ ■

Specjalnie wreszcie dotyczy lekarzy punkt trzeci art. 9 ustawy o przywilejach i hipotekach z roku 1825, którego mocą koszty ostatniej choroby posiadają przywilej przed innymi należnościami i ustępują pierwszeństwa jedynie kosztom pogrzebu i kosztom opieczętowania sądowego i spisu inwentarza.

Kodeks kar głównych i poprawczych, w Królestwie obowiązujący, zawiera różne przepisy, dotyczące specjalnie lekarzy. Art. 870 — 876 włącznie dotyczą występków specjalnie zawodowych, jako to: nieumiejętności fachowej (art. 870, 871), nieprzybycia do chorego na wezwanie jego lub jego bliskich (art. 872, 873, 874), przemilczenia o błędach lub nadużyciach aptekarzy, (art. 875), o odpowiedzialności wreszcie lekarzy, zajmujących posady płatne, za wymaganie zapłaty od chorych niezamożnych, znajdujących się w ich rewirze (art. 876).

Art. 1463, w związku z art. 1461 i 1462 Kod. Kar., określa odpowiedzialność karną lekarza lub akuszerza za spędzenie płodu.

Art. 1486 Kod. Kar. w części II-iej określa odpowiedzialność lekarza, który umyślnie wyrządził komukolwiek uszczerbek w zdrowiu przez domieszanie do jedzenia lub napoju albo przez zaordynowanie środków bądź jadowitych, bądź też szkodliwych.

Art. 1522 Kod. Kar. ustala odpowiedzialność lekarza za niestawienie się na wezwanie do chorego lub położnicy.

Lekarzy wojskowych specjalnie dotyczy art. 212, 213, 214, 215 ust. wojsk. o karach (Zbiór postanow. wojskowych 1869 r. tom XXII wyd. 3), które to przepisy mają na względzie przekroczenia służbowe lekarzy wojskowych.

Najobszerniejszą wreszcie dziedzinę, w której medycyna i prawo w ciągłym znajdują się zbliżeniu i najczęstsza ze sobą mają styczność, stanowi udział lekarzy jako biegłych w procesach sądowych karnych i cywilnych. I często konieczność uciekania się w procesach do pomocy lekarzy i wynikająca ztąd potrzeba możliwie dokładnych i ścisłych rezultatów ekspertyzy lekarskiej sądowej stworzyła specjalną nawet naukę, znaną pod nazwą medycyny sądowej, która też obecnie

Od 500 Lat Leczą

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

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 poźnienie Nowy Grand-Hotel!
Dla kuracji domowych wysyłka mułu i wody źródlanej.
Prospekty: Dyrekcya Kąpielowa.

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

SYROPÓW HENRY MURE

1. z bromkiem potasu. 2. z licznymi bromkami (potasu, sodu i amonii) 3. z bromkiem strontu (niezawierającym 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 zawierające składniki, które są w możności zadośćuczynić wymaganiom praktyków, pozwalają na doświadczalne porównanie w identycznych warunkach wartości leczniczej różnych pojedynczych i połączonych soli bromowych.

FLAKON: 3 rb. 90 kop.

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

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

HYDROZON

Kąpiele tlenowe ulepszone.

Nazwa zabezpieczona.

Zmniejszają ciśnienie krwi, wzmacniają energję serca, zwalniają i regulują tętno, uspakajają system nerwowy.

Wyróżniają się od innych podobnych tem, że nie brudzą wody, wydzielają tlen obficie i długo, przeszło 30 m.

Na wsi lub na letniem mieszkaniu można przeprowadzić kurację HYDROZONEM łatwo i niedrogo, często z lepszym skutkiem niż w Nauheimie lub Marjebadzie.

Broszurki na żądanie.

Oddział chem. fabr. „VALETUDO”, Grodzisk, St. D. Ż. W. W.

≡ Peruol ≡

Bezbarwny i niedrażniący, bezwonny

Środek przeciwko świerzbie

Zabija napewno świerzbowce!

Butelki po 100 i 250 grammów.

Maść-Bromokolowa 20%

Wybornie uśmierza swędzenie
w różnorodnych cierpieniach skóry.

Słoiki i tubki po 25 grammów.

Próby i literaturę na żądanie

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36

wykładana bywa w uniwersytetach na wydziałach medycznych i prawnych.

Stanowisko lekarza biegłego w sądzie i stosunek lekarza do sądu i odwrotnie były już nieraz tematem dyskusji i rozpraw. Byłoby bezcelowem przytaczanie rozmaitych w tym względzie poglądów, jako wkraczających w dziedzinę teoretycznych dociekań o celu i znaczeniu postępowania sądowego i oceniania dowodów. Wystarczającym będzie streścić ostatecznie w tym względzie wyniki najnowszych badań, które obecnie za zasadę wytyczną uznają, że: 1-o każdy proces, czy to cywilny, czy karny, ma na celu wykrycie i ustalenie w każdym poszczególnym przypadku istotnej prawdy faktycznej, wyrok zaś jest przystosowaniem przepisów ustawy do owej ustalonej prawdy. 2-o wszelkie dowody w procesie sądowym, a więc i ekspertyza, winny dopomagać sądowi do osiągnięcia pożądanego celu, tj. do wykrycia prawdy. 3-o wszelkie dowody w sprawie, a więc i ekspertyza, stanowią dla sądu materiał, który sąd sam ocenia, sam bada i porównywa, a skutkiem tego, o ile jeden dowód przeczy drugiemu, to sąd ma możność i prawo wyboru jednego ze sprzecznych dowodów lub nawet odrzucenia obydwóch, wyrok bowiem sądowy jest tą skryształizowaną w wewnętrznym przekonaniu sędziego prawdą faktyczną, która skupia w sobie wszystkie logiczne wnioski, z całokształtu wszystkich okoliczności sprawy wynikające. Gdy zaś takie są wskazówki teoretyczne co do procesu sądowego, łatwym jest określić i stanowisko biegłego lekarza w procesie. Orzeczenie jego stanowi jeden z dowodów w sprawie, aby zatem było ono dowodem cennym i przyczyniającym się do wyświelenia sprawy, aby sąd mógł się na tem orzeczeniu opierać i jego zasadności ufać, lekarz biegły i przy dokonywaniu ekspertyzy i przy wygłaszaniu swego orzeczenia winien być bezstronny, ścisły, dokładny, należyście naukowo i fachowo przygotowany.

Poza tymi warunkami jednak lekarz biegły właśnie dlatego, by spełnić należycie obowiązek dokonania ekspertyzy, winien poznać dokładnie przepisy ustawy postępowania

sądowego, które jego prawa i obowiązki określają. Ustawa postępowania cywilnego żadnych specjalnych w tym względzie wskazówek nie daje, brak ten uzupełniają w pewnej mierze prawo z dn. 2 czerwca 1903 r. o odszkodowaniu robotników fabrycznych za uszczerbek w zdrowiu i dodatkowe do tego prawa instrukcje.

Natomiast ustawa postępowania karnego nie tylko zawiera przepisy o ekspertyzie w ogólności, lecz i przepisy specjalne co do ekspertyz lekarsko-sądowych, dokonywanych podczas śledztwa pierwiastkowego (art. 336, 337, 338, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 349, 353, 355, 489, 490 U. P. K.) i podczas śledztwa głównego (art. 690, 691, 692, 693, 694, 695 U. P. K.)

* * *

Kończąc na tem pobieżny przegląd stycznych punktów medycyny i prawa, pragnę jeszcze słów kilka wypowiedzieć co do celowości takich, jak dzisiejsza, konferencji. Gdy wskutek warunków życiowych każdy z nas, niewolników zawodu, codzienny pług ciężkiej pracy po dobrze sobie znanej niwie prowadzi, gdy na tej niwie zna już każdy kamyk, każde gruntu wgłębienie, dobrem jest i pożądanem od czasu do czasu wejść na przydrożną miedzę, na inne pola spojrzeć, innych pracowników poznać i zrozumieć. Tembardziej zaś pożądanem to być powinno dla tych pracowników, którzy wzajemnie spotykać się muszą i którzy wzajemnie dopomagać sobie powinni w zadaniu dla społeczeństwa tak doniosłym, jakim jest należyty wymiar sprawiedliwości.

Niech mi wolno będzie powołać się tutaj na słowa d-ra Józefa ZAWADZKIEGO, który, kończąc referat swój, wygłoszony w Towarzystwie Prawniczym w Warszawie dn. 23 lutego r. b. o roli biegłego w sądzie, wyraził nadzieję, że, podobnie jak Tow. Prawnicze powinno zorganizować dla swych członków szereg odczytów z zakresu medycyny sądowej, tak i Stowarzyszenia lekarskie winny jednocześnie zaznajamiać swych członków z kodeksem i postępowaniem sądowym. Przy takich równoległych usiłowaniach osiągnięty być może cel zamierzony — należyte służeńie sprawiedliwości.

Wiadomości bieżące.

— Komitet organizacyjny I-go Zjazdu lekarzy prowincjonalnych w Łodzi w dniu 4 i 5 czerwca 1911 r. podaje do wiadomości:

I. Wszystkich prelegentów uprasza się o bezzwłoczne nadesłanie parowierszowych streszczeń na ręce sekretarza kol. Tomaszewskiego, Łódź Przejazd 6.

II. Z powodu dużej liczby zgłoszonych odczytów postanowiono utworzyć 3 sekcje: medyc. wewn., medyc. chirurg. i medyc. publicznej.

III. Koledzy, chcący zapewnić sobie mieszkanie w Łodzi, zechcą łaskawie zwrócić się do gospodarza Zjazdu kol. J. Maybaum, Andrzeja 4.

IV. Komitet kwaterunkowy będzie czynny w sobotę dnia 3 czerwca od 5 pp. do 10 wieczór i w niedzielę dnia 4 czerwca od godz. 8 rano do 7 pp. w lokalu zjazdowym, Spacerowa 21.

Dalszy spis zgłoszonych odczytów jest następujący:

54. S. Rotwand (Łódź). Przyczynek do patologii grasicy. 55. J. Brudziński (Warszawa). Współczesne szpitalnictwo dziecięce z demonstracją planów nowego szpitala dla dzieci. 56. C. Stankiewicz (Warsz.). O leczeniu operacyjnym tyłozgięcia macicy. 57. Tenże. W sprawie techniki wycinania wyrostka robaczkowego. 58. J. Zawadzki (Warsz.). Rola lekarza biegłego w naszych sądach. 59. Tenże. W sprawie bytu lekarzy. Kasy przezorności i oszczędności. 60. Wągliński (Ilża). Moja metoda leczenia świeżych przypadków obłądu u ludu. 61. H. Kaczyński (Parczew). Niewystarczająca znajomość oto-laryngologii na prowincyi. 62. H. Jakubowicz (Warsz.). Nawykowe zaparcie stolca w świetle anatomii i fizjologii układu nerwowego. 63. D. Helman (Łódź). Zaburzenia uszne u niemowląt i u dzieci w wieku wczesnym. 64. Tenże. Przyczynek do kazuistyki kamieni nosowych tz. rinolitów. 65. Schwarzwasser (Łódź). O znaczeniu

biologicznem chlorków w stanach zakaźnych 66. Tenże. O potrzebie założenia stacyi biologicznej w Łodzi. 67. Wassermann (Łódź). O znaczeniu szpitalnictwa w pracy naukowej, zwłaszcza lekarza prowincjonalnego. 68. Groszlik (Łódź). Zagadnienia syfilidologii doświadczalnej. 69. Dehnel (Sosnowiec). Rozwój i stan szpitalnictwa w Zagłębiu Dąbrowskiem w przeciągu ostatnich 25 lat oraz uwagi o szpitalach na prowincyi. 70. J. Czajkowski (Sosnowiec). O surowicach leczniczych sztucznych oraz uwagi o ich wartości, jako leku swoistego. 71. M. Cohn (Łódź). Assuan, jako stacya klimatyczna. 72. F. Lange (Łódź). Znaczenie metod rentgenologicznych w dyagnostyce chorób wewnętrznych. 73. J. Löwenstein (Warszawa). Appendicitis perforativa in extremis. 74. Tenże. O doszczętnem operowaniu nowotworów złośliwych sutki. 75. L. Lorentowicz (Warszawa). Etiologia i leczenie wypadnięcia macicy i pochwy w świetle ostatnich badań. 76. J. Donat-Schleifstein (Warsz.). Otyatria i laryngologia w stosunku do higieny szkolnej. 77. Tenże. Stan otyatrii i laryngologii w naszych szpitalach. 78. Tenże. Co lekarz prowincjonalny wie dzieć winien z dziedziny chorób ucha, nosa, gardzieli i krtani. 79. A de Michaelis (Chełm). Kilka słów o intubacji z praktyki własnej. 80. K. Okuszek (Praszka). Zadanie lekarza w przedsiębiorstwach wielkiego przemysłu przy obecnej organizacji pracy lekarskiej fabrycznej. 81. Zaleski (Płock). Niektóre błędy w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. 82. M. Silberstrom (Łódź). O biologicznem zjawisku anafilaksyi i jego znaczeniu.

XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. (18—22 lipca 1911).

Zgłoszone w dalszym ciągu tematy i wykłady:

S e k c y a m e d y c y n y w e w n e t r z n e j:

32. O nerwicach urazowych. Referent prof.

Halban (Lwów). 33. Edward Bruner. (Warsz.). Przyczynki do bakterjoskopii zmian gruźliczych skóry 34. Wanda Szczawińska (Paryż). Badania nad florą jelitową niemowląt. 35. Leon Karwacki (Warszawa) Dyagnostyka gruźlicy na mocy przeciwciał ogniskowych. 36. Prof. Gluziński. Dalsze spostrzeżenia nad moim sposobem wczesnego rozpoznawania dobrotliwego i złośliwego zwężenia odźwiernika (stenosis benigna et maligna pylori). 37. W. Czernecki. Wpływ odkażający dużych dawek węgla bizmutowego (bismuthum carbonicum) na przewod pokarmowy. 38. Doc. Franke (wspólnie z kand. med. H. Schusterówną). Rola migdałków w powstawaniu spraw gośćcowych. 39. Grek. Doświadczalne badania nad wydzielaniem chlorków w moczu pod wpływem przecięcia i drażnienia nerwów trzewnych (nn. splanchnici). 40. Grek. Zachowanie się ciałek białych krwi w chorobie Basedowa. 41. Doc. Marischler i M. Schneider. Wpływ salvarsanu (606) na wymianę materji. 42. Doc. Marischler, Reichenstein i M. Schneider. Wpływ adrenaliny, tyroidyny i t. d. na wymianę materji. 43. Doc. Marischler i Pańczyszyn. Wpływ diety na jakość wydzielanego soku żołądkowego w stanach chorobowych i na wydzielanie chloru w moczu. 44. Mayer. Szczepienie metodą Pirqueta jako środek leczniczy. 45. Sabatowski. Doświadczalne badania nad ruchem robaczkowym jelit. 46. Sochański. Badania nad zachowaniem się stopnia kwasności moczu po dodaniu alkaliów u ludzi zdrowych i chorych. 47. Łaba. Zachowanie się u zwierząt i u ludzi krwi i narządów krwiotwórczych pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny. 48. Pańczyszyn. Wpływ i sposób działania dużych dawek węgla bizmutu (bismuthum carbonicum) na cierpienia żołądka, przebiegające z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego. 49. Tomaszewski. W sprawie zachowania się cukru we krwi w zapaleniach nerek wraz z uwagami nad wpływem nerki na wydzielanie cukru. 50. Tomaszewski i Sohn. Udział trzustki w zjawianiu się indolu w kale. 51. Czesław Barszczewski (Warszawa). Wartość kliniczna radiopalcacji jako metody

dyagnostycznej w chorobach żołądka i jelit. Odczyt z pokazem orto-dyagramów w obrazach niknących. 52. Feliks Malinowski (Warszawa). Znaczenie „606” w leczeniu przymiotu.

S e k c y a m e d y c y n y t e o r e t y c z n e j:

Z zakładu fizjologii Uniw. Jag. w Krakowie:

9. Prof. N. Cybulski. Oznaczenie szybkości przewodzenia w nerwach za pomocą galwanometru strunowego. 10. J. Dunin-Borkowski i H. Wachtel: Chłonięcie cukru w jelicie cienkim. 11. M. Eiger. Kształt zasadniczy krzywej elektrokardiograficznej i wyjaśnienie powstawania wszystkich załamek krzywej. (Praca doświadczalna). 12. S. Woliczko. O wpływie temperatury na pobudliwość mięśni.

Z zakładu patologji doświadczalnej Uniw. Jagiell. w Krakowie:

13. Prof. A. Wrzosek. O zadaniach badania eksperymentalnego nowotworów złośliwych. 14. Adolf Maciesza. W sprawie dziedziczności cech nabytych patologicznych u świnek morskich. (Badania doświadczalne). 15. Tenże. Nowy sposób wywołania stanu padaczkowego u świnek morskich. 16. Doc. J. Hornowski (Lwów). O zmianach w tętnicach królików, występujących pod wpływem przeszczepiania im nadnerczy innych królików (doświadczalne miażdżycowe twardnienie tętnic). 17. Tenże. O stosunku odczynu Ehrmanna do zmian w układzie chromochłonnym. 18. Tenże. Czy istnieje związek pomiędzy zachowaniem się wysepek Langerhansa w trzustce a zmianami w gruczole tarczowym? 19. J. Dunin-Borkowski i M. Gieszczykiewicz. O wiązaniu dwuchwytnika przez czerwone ciała krwi. (Z Zakł. mikrobiologii Uniw. Jagiell.). 20. Prof. Beck. O prądach czynnościowych w układzie nerwowym środkowym. 21. Prof. Beck i prof. Bikeles. Badania nad czynnością mózdzku. 22. L. Zbyszewski. Dalsze spostrzeżenia nad elektrokardiogramem mięśnia serca izolowanego pod wpływem różnych środków sercowych. 23. Tenże. O elektroergogramach mięśni przedra-

mienia u człowieka. 24. L. Bilowicki. Badania nad wpływem rytmu na przebieg ergogramów z uwzględnieniem mięśni żuchwy. 25) H. Nusbaum-Hilarowicz. Wzajemny stosunek podniety minimalnej i maksymalnej w różnych tkankach.

Sekcja położniczo-ginekologiczna ogłasza następujący program obrad:

Posiedzenie I.

Temat główny. Cięcie cesarskie w świetle nowych metod operacyjnych.

1. Mars (Lwów). O cięciu cesarskim w świetle nowych metod operacyjnych. 2. Czyżewicz (Lwów). W sprawie techniki i wyników cięcia cesarskiego zaotrzewnego. 3. Rosner (Kraków). Kilka uwag o wskazaniach i prognozie cięcia cesarskiego zaotrzewnego. 4. Zaborowski (Warszawa). Kilka uwag o cięciu cesarskim na podstawie własnych doświadczeń.

Dyskusya nad tematem głównym:

5. Cykowski (Warszawa). Temat zastrzeżony. 6. Hertz (Rzeszów). Uwagi o leczeniu łożyska przodującego. 7. Czyżewski (Lwów). Zachowanie się krwi u osób dotkniętych rzucawką porodową i niepowściągniętymi wymiotami. 8. Stankiewicz Cz. (Warszawa). O cięciu brzuszem poprzecznym sposobem Pfannenstiela. 9. Schlank (Kraków). Demonstracya potworów.

Posiedzenie II.

Temat główny: O raku macicy z punktu widzenia naukowego i społecznego.

10. Jaworski (Warszawa). Walka z rakiem macicy. 11. Bylicki (Lwów). O potrzebie zwiększonej działalności lekarzy kraju naszego w celu zwiększenia uleczalności raka macicy. 2. Bockeński (Lwów). Lwowskie statystyki raka macicy. 13. Schlank (Kraków). Krakowskie statystyki raka macicy. 14. Falgowski (Poznań). O rozpoznaniu, czy rak macicy da się operować. 15. Wellecki (Kraków). O reakcyi antytrypsynowej w raku macicy.

Dyskusya nad tematem głównym.

16. Radwańska (Kraków). Przyczynek do etiologii raka pochwy. 17. Monsiorski (Warszawa). Spostrzeżenia kliniczne i operacyjne nad nadmiernem przodozgięciem macicy. 18. Stankiewicz Cz. (Warszawa). Przeszczepianie więzów obłych w leczeniu tyłozgięcia macicy. 19. Jakobsohn (Kraków). O operacyjnym leczeniu zmian w położeniu macicy.

Posiedzenie III.

Temat główny: Przerwanie ciąży ze stanowiska lekarskiego, ustawowo kryminalnego i kościelnego.

20. Bylicki (Lwów). Stanowisko lekarza wobec wzniesienia poronienia. 21. Mięśkowicz (Kraków). O wzniesieniu poronienia ze stanowiska medycyny wewnętrznej. 22. Piltz (Kraków). O przerwaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych. 23. Rosenblat (prof. prawa karnego w Uniw. Jagiell.). Przerwanie ciąży wobec ustawy karnej. 24. Wachholz (Kraków). Uwagi sądowo-lekarskie nad sprawą spędzenia płodu. 25. Neugebauer (Warszawa). Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina. 26. Osuchowski (Kraków). Dwa przypadki usiłowanego przerwania ciąży wskutek pomyłki dyagnostycznej. 27. Janczewski Wład. (Warszawa). Z kazuistyki poronień kryminalnych. 28. Rosner (Kraków). Sectio caesarea vaginalis jako metoda przerwania ciąży.

Dyskusya nad tematem głównym.

Posiedzenie IV.

Temat główny. O rozszerzaniu szyi macicznej podczas porodu i poronienia.

29. Sołowij (Lwów). O bezkrwawem rozszerzeniu szyi za pomocą metreuryzy. 30. Dobrowolski (Kraków). Operacyjne rozszerzenie szyi macicznej przy rzucawce porodowej. 31. Kościński (Lwów). Rozszerzenie szyi przy porodzie i poronieniu natępo na drodze bezkrwawej. 32. Czyżewicz (Lwów). Rozszerzenie szyi macicznej spo-

sobem Bossiego. 33. Krzysztoń (Kraków).
O znieczulaniu miejscowym szyi macicznej.

Dyskusja nad tematem głównym.

34. Baczyński (Kraków). O wskazaniach i wynikach operacyjnego leczenia ciąży zewnątrzmacicznej. 35. Schlank (Kraków). O włókniakach więzadła obłego macicy (z okazem preparatu).

Posiedzenie V.

Temat główny. O t. zw. endometritis:

36. Łazarewicz (Poznań). Endometritis i jej leczenie. 37. Lorentowicz (Warszawa). Uwagi nad anatomią patologiczną i leczeniem endometritis.

Dyskusja nad tematem głównym.

38. Dobrowolski (Kraków). O operacyjnym leczeniu przewlekłych ropni przydatków macicznych. 40. Czyżewicz (Lwów). Przypadek prawdziwej ciąży brzusznej. 41. Gruszczyński (Kraków). Przypadek nabłonniaka kosmkowego z równoczesną gruzlicą mięszu macicy. 42. Schlank. (Kraków). Przypadek obojnactwa.

Zjazd zapowiada się coraz pomyślniej. Prace sekcji postępują rażno, tak, iż komitet gospodarczy Zjazdu zapowiada ukazanie się szczegółowego programu obrad sekcji w początkach maja. Niektóre sekcje urządzają specjalne wystawy naukowe; tak np. sekcja mineralogiczna urządza wystawę minerałów polskich, na którą nadesłane będą także okazy z wiedeńskiego Muzeum nadwornego. — Towarzyska strona Zjazdu również nie będzie zaniedbana; prócz zebrań, urządzonych przez komitet gospodarczy i Radę miejską, odbędzie się cały szereg zebrań u członków komitetu i gospodarzy sekcji. Jako pamiątkę pobytu w Krakowie otrzymają uczestnicy tekę autolitografii wybitnych artystów polskich z najpiękniejszymi widokami Krakowa.

— Na zjeździe międzynarodowym chirurgów w Brukselli (26 — 30 września r. b.), jako referaty przyjęto:

1) Chirurgia płuc (Garré, Gaudier, Girard, Lenormaud, Fergusson, van Stockum, Sauerbruch, Friedrich).

2) Zapalenie kiszek grubych (Sonnenburg, Segoud, Gibson, D'Arcy Power).

3) Zapalenie trzustki (Michel, Körte, Giordano).

— Włoski instytut farmakologiczny wydawać będzie co rok medal złoty imienia Baccelliego za prace z dziedziny kliniki i terapii wewnętrznej.

— Według najnowszych danych statystycznych ogólna liczba lekarzy na świecie wynosi 228.254, z tego w Europie 162.236.

— W sądach niemieckich rozpatrywano ciekawą sprawę o honorarium. Z powodztwa lekarza przysądzono mu od fabrykanta *maximum* honorarium zwyczajowego na tej zasadzie, iż fabrykant prowadził wogóle kosztowny tryb życia dowodzeń fabrykanta, iż skala jego życia; była wyższa, niż dochody, sąd nie uwzględnił i zaznaczył, iż wysokość honorarium zależy od skali życia chorego, a nie od jego istotnych dochodów, których lekarz sprawdzać nie ma obowiązku.

Choroby zakaźne w szpitalu Św. Stanisława w Warszawie za czas od 7-go maja r. b. do 14-go maja tegoż roku.

	Pozostało chorych	Przybyło	Zejsčia śmiertelne
Ospa naturalna	19	8	1
Odra	8	7	—
Szkarlatyna	6	1	—
Tyfus wysypkowy	8	1	—
Tyfus brzuszny	17	5	—
Dyzenterya	—	1	—

ZAMIAST ŻELAZA!**ZAMIAST TRANU!**

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Od 21 lat jest w użyciu w świecie lekarskim

Nie zawiera kwasu borowego i salicylowego i innych przymieszek przeciwbakteryjnych, zawiera prócz chemicznie czystej hemoglobiny i inne sole świeżej krwi, głównie zaś ważne związki fosforu (kalium, natrium i lecytynę) i nie mniej ważne białka surowicy w stanie stężonym i czystym bez wszelkiego rozkładu. Posiada wielkie znaczenie jako środek krwiotwórczy i dyetetyczny obfitujący w organiczne związki żelaza, jako środek wzmacniający dla dzieci i dorosłych w osłabieniu ustroju wywołanem różnymi przyczynami.

Nie dający się niczem zastąpić, szczególnie w praktyce dziecięcej.

- Wyjątkowe wyniki w krzywicy, zółtach, niedokrwistości, chorobach kobiecych, neurastenii, osłabieniu serca, w zimnicy, przedwczesnym osłabieniu mężczyzn. W okresie zdrowienia (zapalenie płuc, gryppa i t. d.).
- Wybornie działa jako środek wzmacniający u chorych na płuca. Dzieci wyjątkowo chętnie go przyjmują; znakomicie pobudza apetyt.

Hematogen D-ra Hommela w porównaniu z falsyfikatami odznacza się tem — że nie zmienia się przez czas bardzo długi, co zostało stwierdzone wieloletniem doświadczeniem w okolicach podzwrotnikowych i przy zamrażaniu, jest absolutnie bezpieczny odnośnie gruźlicy, co osiągamy zapomocą wielokrotnie przez nas opisanego sposobu przygotowania przy zastosowaniu najwyższej możliwej temperatury.

Panom lekarzom polecamy pod postacią naszego najnowsz. go, o poprawionym smaku Hematogenu D-ra Hommela, idealny zupełnie czysty, przez czas nieograniczony nie psujący się preparat hemoglobiny.

Dla uniknięcia podrobienia, uprasza się o przepisywanie zawsze: **HEMATOGEN D-RA HOMMELA.**

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych — 2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy **bezpłatnie** i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Fabryka Hematogenu D-ra HOMMELA. Petersburg, ul. Smoleńska № 33.

MUIRACITHIN

Uwaga! Jedynym fabrykantem oryginalnego zagranicznego „Muiracithinu“ jest Ernst Aleksander.

Wybitnie skuteczny środek przeciwko impotencji i wszystkim cierpieniom neurastenicznym,

następuje w praktyce ginekologicznej w przypadkach braku popędu, dyspareunii, amenorrhoe, w hypoplazji

wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthesii sexualis, nerwowych stanach przynębnienia. **WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW.** Cena rub. 3.75 za pudełko

Literatura. Tajn. Rada Lek. Prof. Eulenburger-Berlin, Fürbringer — Berlin, Pawłow — St. Petersburg Weideman — St. Petersburg, Hirsch — St. Petersburg, Holländer — Berlin, Posener — Berlin, Rebougeon — Paryż Goll — Zurich, Popper — Igls bei Senator, Hirsch — Kłodawa. Steinsberg — Franzensbad, Waitz — Paryż, Wright — Londyn, Piliver — Odessa, Fürth — Dervent, Kraus — Wiedeń, Quastler — Wiedeń, Kitaj — Wiedeń.

CASTOREUM BROMID „WEIGERT“

Cena zniżona
1.25. 1/2 flakonu
2.25 cały flakon

Antihystericum, Antiepilepticum, Hypnoticum S. dativum. Specyfik dla wszelkich nerwic systemu krążenia i centralnego systemu nerwowego. Castoreum Bromid stosuje się w przypadłościach neurastenicznych wszelkiego rodzaju, w bólu głowy, w bólach nerwowych umiejscowionych w określonych okolicach, w bezsenności, w funkcjonalnych nerwicach serca i bicia serca, w drgawkach i nerwowych drganiach u dzieci w stanach epileptycznych, epileptoidalnych, i histerycznych.

Środek ten zalecają: Rada dworu Profesor Dr. Binswanger Jena, Tajn. Rad. Lek. Prof. Eulenburger Berlin, Dr. Mierzwiński, Zakład Leczniczy Nerothal Wiesbaden, Dr. Krongold Kraków, Dr. Ketterer Bad Petersthal, Dr. Kühnau Wrocław.

Literatura i próby gratis i franko.

Prawdziwy „Muiracithin i Noridal“ tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez Ministerium Przemysłu i Handlu.

Kantor chemicznych preparatów — St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46.