

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 30.

Warszawa d. 29 lipca 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE: Ropne rozlane zapalenie otrzewny, wywołane zapaleniem wyrostka robaczkowego; powikłanie ropnym zapaleniem stawu kolanowego; operacja — wyzdrowienie, podał Maurycy Lubelski. Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza praktyka, napisał Cz. Czerwiński (Lublin) (Dokończenie). — STRESZCZENIA. *Choroby układu nerwowego*. 129. L. M. Pussep. Leczenie guzów opon rdzeniowych za pomocą operacji. 130. S. Gura. Objaw brzuszny rwy kulszowej. 131. Grabower. Znaczenie rozpoznawcze porażenia krtani. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — XI-szy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie dnia 21 lipca r. b. — I-szy Zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi, dnia 4-go i 5-go czerwca 1911 roku (Dokończenie). — ODCINEK. W kwestyi organizacyi pomocy lekarskiej dla ludu, podał K. Lidmanowski (z Zagórowa). — WIADOMOSCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Ze szpitala żydowskiego w Warszawie.

Ropne rozlane zapalenie otrzewny, wywołane zapaleniem wyrostka robaczkowego; powikłanie ropnym zapaleniem stawu kolanowego; operacja — wyzdrowienie.

Podał

Maurycy Lubelski.

Pomimo ulepszonych sposobów operacyjnych ropnego zapalenia otrzewny śmier-

telność w tem cierpieniu jest jeszcze bardzo wysoka. SPRENGEL np. dla tych przypadków podaje 48% śmiertelności, KÖRTE 60%, NORDMANN 48%, EISELSBERG 50%. KÜMMEL, który w roku 1907 miał jeszcze 59,5% śmiertelności, w ostatnich latach miał wyniki lepsze, tak, że w roku 1909 wykazał dla tych przypadków tylko 16,6% śmiertelności; zależne to było nie tyle od lepszej metody operacyjnej, ile od wczesnej operacji, gdyż wiadomo, że chorzy, operowani przed upływem 36 godzin od chwi-

li przedziurawienia wyrostka robaczkowego, dają daleko większą odsetkę wyzdrowień, niż operowani później.

Co się tyczy sposobów operowania, to różni chirurdzy różnie się zachowują odnośnie do cięcia, do postępowania podczas operacji i leczenia pooperacyjnego.

Podczas gdy jedni ograniczają się do cięcia na linii środkowej, inni dodają jeszcze jedno lub dwa cięcia nad więzem pachwinowym i dwa wzdłuż brzegów żeber rzekomych.

Jedni zalecają cięcia bardzo długie, nawet poprzeczne (ROSE), dla lepszego opróżnienia jamy otrzewny z ropy, drudzy, przeciwnie, utrzymują, że przy dużych cięciach zmniejsza się ciśnienie wewnątrz jamy otrzewny, i dlatego wysięk przez sączki z najgłębszych miejsc jamy otrzewny nie tak łatwo wydostaje się na zewnątrz. Duże więc cięcia częściowo zaszywają (REHN, KOTZEBURG, NÖTZEL), po przemyciu jamy otrzewny rozczynek fizyologicznym soli albo też odrazu robią cięcia małe (nie dłuższe nad 6—7 cm.), przez które wprowadzają sączki gumowe (KÖRTE) albo szklane, owinięte gazą wioformową (KOTZENBURG).

Po otwarciu jamy otrzewny jedni usuwają wyrostek, inni zaś ze względu na ciężki stan chorego tego nie robią; są bowiem zdania, że w wyrostku następują takie głębokie zmiany patologiczne, że po zagojeniu się rany nie grozi on już więcej nowym napadem (TREVES).

Wysięk, względnie ropę usuwa się z jamy otrzewny za pomocą przemywania jamy rozczynek fizyologicznym soli—aseptyka wilgotna (REHN, BODE, NÖTZEL, KOTZENBURG, NORDMANN, EISELSBERG), przy czem albo kiszki zostają na miejscu, albo wyprowadzamy je na zewnątrz i płyn przepuszczamy tak długo przez wprowadzone do jamy otrzewny sączki gumowe, póki nie wypływa zupełnie czysty.

BODE unosi cienkie kiszki ku górze, wprowadza grube sączki gumowe przez otwór, w tym celu zrobiony w krezce, i po obu stronach kręgosłupa przeprowadza je ponad kiszką wstępującą z prawej i zstępującą z lewej strony do bocznych cięć w ścianie brzucha; przez te sączki gumowe BODE przemywa otrzewną w przeciągu pierwszych dni, 2—3 razy dziennie.

Po przemyciu jamy otrzewny rozczynek fizyologicznym soli wlewają niektórzy od 50,0—100,0 oliwy wyjałowionej (BORCHARD) albo od 100,0—300,0 wyjałowionego olejku kamforowego 1% (HIRSZEL). Zmniejsza to, jak pokazały doświadczenia na zwierzętach, dokonane przez GLIMMA, zdolności wysysania otrzewny, dzięki czemu zmniejsza się ilość wessanej ropy, względnie drobnoustrojów.

Dobre wyniki mieli również ci, którzy jamy otrzewny zupełnie nie przemywali, lecz wygarniali wysięk, względnie ropę paskami gazy wyjałowionej, a po możliwym oczyszczeniu jamy otrzewny wprowadzali do niej sączki gumowe—albo paski gazy na stałe (metoda sucha MIKULICZ, SPRENGEL, ALI-KROGIUS). Odsetka śmiertelności przy stosowaniu jednej lub drugiej metody jest jednakowa: NORDMANN, zwolennik aseptyki wilgotnej, miał 48% śmierci na 69 operowanych przypadków, zaś SPRENGEL, zwolennik suchej metody, również 48% śmierci na 143 przyp.

Aby zapobiedz groźnym objawom zatrucia i zmniejszyć wzdęcie kiszek zależne od niedrożności porażonych jelit, jedni robią nakłucie albo nawet przetokę jelitową wzdętej pętli kiszek (KOCHER, HEIDENHAIN, ALAPY) inni, nie widząc dobrych wyników z utworzenia przetoki jelit, nie zalecają jej (BORCHARD). Leczenie pooperacyjne zasadza się na podniesieniu działalności serca (wlewanie pod skórę rozczynek soli z dodatkiem 5—8 kropel adrenaliny 1:1000+digalen) i na podtrzymaniu sprawności kiszek.

NOETZEL już po 12 godzinach radzi robić lawatywę ze soli, wstrzyknąć fizostygmine pod skórę (3 mlg. w 6 dawkach); niektórzy już podczas operacji zastrzykują przez cienką igłę do kiszki siarkan magnezyi w ilości 30,0 albo olej rącznikowy w ilości 15,0 (HEILE). KÖRTE i FRIEDREICH z obawy wywołania biegunki i zapaści nie radzą tego robić.

Przypadek, niżej podany, należy do tych, które wobec spóźnionej pomocy chirurgicznej dają tak małą odsetkę wyzdrowień, że przez niektórych chirurgów nie są zupełnie operowane.

Chory G., lat 15, przybył do szpitala dn. 23/VIII 1909 r. w stanie silnej zapaści. Tętno 150, ledwo wyczuwalne, ciepłota 39, twarz blada, wargi sine (*facies abdominalis*), kończyny zimne. Brzuch wzdęty i na całej przestrzeni bolesny na dotyk; napięcie mięśni brzucha.

Przed czterema dniami dostał pierwszego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego z wymiotami, gorączką, bólami w dolnej części brzucha i zaparciem stolca. Od wczoraj stan się znacznie pogorszył, dlatego przywieźli chorego do szpitala. Choremu zastrzyknięto kamforę (0,2), kofeinę (0,1) i 500,0 roztworu fizyologicznego pod skórę z dodaniem 6 kropeł 1‰ roztworu adrenaliny.

W kwadrans po zastrzyknięciu roztworu soli wykonałem operację w uśpieniu eterowem. Zrobiłem trzy cięcia: jedno na linii środkowej, pod pępkiem, długości 6–7 ctm. i dwa boczne, skośne, długości 8 ctm., na wewnątrz i w odległości dwóch i pół ctm. od kolca biodrowego przedniego górnego. Po otwarciu jamy otrzewny zrostów między kiszkami nie znalazłem. Jelita były czerwone i pływały w ropie, która wypełniała jamę otrzewny i miednicy małej. Wobec ciężkiego stanu chorego wyrostka nie szukałem. Jamy otrzewny nie płukałem. Część ropy na sucho usunąłem paskami gazy; póź-

niej przez wszystkie trzy cięcia brzucha wprowadziłem po parę pasków gazy wyjałowionej, kierując je tylko do jamy miednicy małej; pod brzegi cięcia naokoło podłożyłem małe paski gazy wyjałowionej, a na brzuch suchy opatrunek.

Po operacji zastrzyknięto choremu pod skórę dwa razy po 500,0 roztworu fizyologicznego soli z dodaniem 6 kropeł adrenaliny (1:1000); codwie godziny zastrzykiwano kamforę (0,2) i kofeinę (0,2) pod skórę.

Nazajutrz po operacji chory na bóle się nie skarżył; ciepłota — 37, T.140. Wobec szybkiego i drobnego tętna chory w przeciągu pierwszych czterech dni dostawał trzy razy dziennie, a później, w przeciągu jeszcze 10 dni, raz dziennie wlewania podskórne z 500,0 płynu fizyologicznego z dodaniem adrenaliny.

Chory nazajutrz po operacji miał stolec, a po dwóch dniach dostał biegunki, która jednak wkrótce ustała.

Nazajutrz po operacji zrobiłem opatrunek powierzchowny. Takie same opatrunki robiłem w przeciągu pierwszych 14 dni, poczem usunąłem wszystkie paski i przez wszystkie cięcia brzucha wstawiłem sączki gumowe, kierując je tylko do miednicy małej. Przy następnych opatrunkach przemywałem sączki gumowe roztworem nadmanganianu potasu (1:3000); w ten sposób opatrywałem chorego do końca, t.j. do czasu zupełnego zabliznienia się ran. Sączki gumowe usunąłem po 7 tygodniach, a po 10 tygodniach od czasu wykonania operacji rany brzucha zupełnie się zagoiły.

Dziewiątego dnia po operacji zjawił się wysięk w lewym stawie kolanowym. Nakłucie próbne wykazało ropę. Brak gorączki z jednej strony, ciężki stan chorego z drugiej zmusiły mnie początkowo do zachowawczego traktowania tego cierpienia. Kilka razy wyciągałem ropę ze stawu kolanowego i przemywa-

łem go 5 proc. rozczyłem karbolu. Ropa jednak wciąż wracała, i dlatego w trzy tygodnie po operacji, kiedy stan chorego się znacznie poprawił, otworzyłem staw; zrobiłem 3 cięcia: dwa z boku od rzepki i jedno nad rzepką; do wszystkich otworów wprowadziłem sączki gumowe. Staw przemywałem rozczyłem sublimatu (1 : 1000). Po 6 tygodniach sączki usunąłem zupełnie, a dnia 12/I 1910 r. chory wypisał się zdrowym.

Chory, którego widziałem przed miesiącem (wpółtora roku po operacji), chodzi dobrze, zesztynienia w stawie kolanowym nie ma; chory nie skarży się na żadne dolegliwości. Ma zamiar wkrótce poddać się operacji przepukliny, która utworzyła się w bliźnie, powstałej po bocznym cięciu.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Appendicitis von Prof. D-r Otto Spengel 1906.
- 2) Handbuch der praktischen Chirurgie, von Prof. D-r von Bergmann, Prof. D-r P. von Bruns und Prof. D-r J. von Mikulicz.
- 3) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 38 Congress 1909 Jahr.
- 4) Uczeńje o peritiffitie, prof. M. I. Rostofceff. Russkaja Chirurgia, 1909.
- 5) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 39 Congress, 1910 Jahr.

Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza-praktyka.

napisał.

Cz. Czerwiński (Lublin).

Rzecz odczytana na Zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Łodzi.

(Dokończenie).

Nie wspominałem dotąd nic o różnych sposobach wyjąławiania narzędzi, materya-

łów opatrunkowych i tak dalej, jako o zabiegach, dobrze znanych każdemu lekarzowi praktykowi, nie mogę jednak pominąć milczeniem sprawy wyboru materyału do szycia i podwiązywań. Katgut (struna) i silkwormgut całkowicie usunęły dziś z użycia w położnictwie jedwab, a więc: nakładamy strunowe szwy na błonę śluzową i strunowe podwiązki na naczynia krwionośne, a silk na skórę krocza (może być zastąpiony klamerkami MICHELA). Silk wyjąławia się przez gotowanie razem z narzędziami i matopierwszeństwo przed jedwabiem, że nie sączkuje rany krocza, nie jest tym knotem, po którym zarazki przenikają w głąb rany. Z wyjąławieniem struny sprawa jest trudniejsza; z wielu używanych w tym celu sposobów, jako najpraktyczniejszy, można polecić następujący: nitkę katgutu, zwiniętą w krążek, wkłada się do koperty z bibuły szwedzkiej i następnie trzyma zanurzoną w przeciągu 8 dni w zwykłym rozczyłnie jodowym (1% jodu w 1% *kali jodat*); po 8 dniach koperty wyjmuję się ze słoika i suszy na rozłożonych arkuszach bibuły; po wysuszeniu struny bardzo długo można przechowywać w stanie wyjąławionym, przy czem zachowują one całkowicie swoje zalety fizyczne i w tej postaci są bardzo łatwo przenośne. Jak wielkiem udogodnieniem dla lekarza prowincjonalnego jest możność założenia szwów, których potem nie potrzeba wyjmować, oceni każdy, komu wypadło wyjmować nitki jedwabne w ciemnej stancyjce bez pomocy asystenta. A ileż to razy ten na pozór niewinny zabieg był przyczyną zakażenia następczego!

O nowszych operacyach położniczych, jak szybkie rozszerzenie szyi macicznej za pomocą przyrządu BOSSIEGO, jak cięcie cesarskie pochwowe w celu przyspieszenia porodu podczas eklampsyi, cięcie cesarskie pozao-trzewnowe, dekapulacya nerek w drgawkach porodowych, rozmaite rodzaje przecięcia ko-

ści łożowej i t. d., wspomnę tylko mimochodem, jako o nowych zdobyczach chirurgii położniczej, które jednak, niestety, nie mogą być wykorzystane w warunkach pracy przeciętnego lekarza - praktyka, nie rozporządzającego ani odpowiednio urządzonym oddziałem szpitalnym, ani też odpowiednią liczbą wyszkolonych pomocników. Przejdę do okresu wydalania łożyska. Tutaj, jak i w przebiegu całego porodu, stanowisko lekarza wyczekujące jest prawidłem; wszelkie przedwczesne rękoczyny zewnętrzne, a w szczególności przedwczesne mięsienie macicy w celu przyspieszenia wydalania łożyska (powtarzam starą prawdę) bezwarunkowo powinny być zaniechane; w razie krwotoku w tych razach postępujemy wedle ogólnie przyjętych zasad: naprzód próbujemy zabiegu CREDÉ, a jeżeli to nie prowadzi do celu, wyjmujemy łożysko ręką; zwykle potem macica kurczy się odrazu, i krwotok ustaje. W niektórych jednak przypadkach, kiedy nie udaje się nam wywołać skurczu macicy, następuje groźny dla życia położnicy krwotok atoniczny: mięsienie i zastrzyknięcie podskórne ergotyny pozostają bez skutku. Mamy tu do zanotowania nowe sposoby: 1) śródmięśniowe zastrzyknięcie 0,0001 adrenaliny (co równa się 2 kroplom płynu, znajdującego się w handlu, lub z gotowej rurki GESSNERA); działa ona nie tylko dzięki niedokrwieniu macicy, ale jednocześnie wywołuje jej skurcze i 2) sposób MOMBURGA, wprowadzony przed 2 laty do położnictwa przez SIEGWARTA; drenem gumowym grubości palca 2—3 razy okręcamy położnicę na wysokości między dolnym łukiem żebrowym i grzebieniem kości biodrowej, silnie zaciągając ten pierścień gumowy dotąd, dopóki nie zginie tętno w tętnicy biodrowej; pas gumowy można bezkarnie zostawić na 2 godziny. Przeciwwskazaniem do użycia tego sposobu są choroby serca i arterioskleroza. Wlewań podskórnych roztworu fizyologiczne-

go nie należy stosować w czasie trwania krwotoku, lecz dopiero po jego zatrzymaniu, gdyż, wzmacniając działalność serca, zmniejszają one zarazem krzepliwość krwi i zwiększają w ten sposób jej utratę.

W poglądach na dyetetykę okresu połogowego zaszły bardzo poważne zmiany. Już w 1894 roku KÜSTNER zaczął zalecać wczesne (na trzeci dzień) wstawanie położnic, a w ostatnich latach szkoła KRÖNIGA poszła jeszcze dalej, pozwalając wstawać położnicom już pierwszego dnia. Próby i badania kliniczne, podjęte w tym kierunku przez te dwie szkoły, wykazały, że wczesne wstawanie po porodzie znacznie zmniejsza liczbę zachorowań w ogólności, narządy płciowe szybko wracają do stanu normalnego, liczbę przypadków zakrzepów w żyłach i tyłozgięć macicy zmniejsza się, a ogólne samopoczucie bywa bardzo dobre. Wiele zajmowano się tą sprawą w ostatnich czasach, dotąd jednakże nie ma w tym względzie absolutnej zgody; dlatego też lekarz-praktyk powinien zachować się wyczekująco wobec dalszych prób w tym kierunku, tembardziej, że doświadczenia te, dokonywane w warunkach idealnej aseptyki klinicznej, nie mogą być przeniesione do życia codziennego, gdzie najczęściej wzywani bywamy do przypadków już zakażonych lub podejrzanych o zakażenie.

Walka z t. zw. gorączką połogową jest codziennym udziałem lekarza-praktyka, a w walce tej mamy do wypełnienia następujące zadania: zapobieganie zakażeniu, zabicie zarazków, jakie przeniknęły do ustroju, lub też tylko osłabienie ich siły, neutralizowanie jądów, jakie wytworzyły się we krwi pod wpływem drobnoustrojów, wzmocnienie odporności ustroju, podtrzymanie sił jego w czasie trwania zakażenia i, na koniec, zwalczanie poszczególnych objawów chorobowych.

Zapobieganie zakażeniu całkowicie mie-

ści się w pojęciu dzisiejszej aseptyki. Co się tyczy zakażeń w ogólności, to dziś wiadomo, że wszystkie lżejsze postaci zakażeń, a z ciężkich większość leczy się sama przez się, jedynie przy udziale sił ochronnych ustroju; ztąd wniossek, że trzeba być możliwie ostrożnym w stosowaniu różnych zabiegów, mających na celu osłabienie siły zarazka. W każdym zakażeniu położowym możemy rozróżnić 3 stopnie rozwoju: 1-o zarazki gnieżdżą się w wydzielinie pochwowej, w skrzepach krwi, resztkach błon i t. d., 2-o zarazki wywołały zapalenie błony śluzowej macicy, i 3-o zakażenie przeszło poza granice pierwotnego ogniska. W pierwszych 2 przypadkach jako środek zapobiegawczy, a jednocześnie i leczniczy zalecić możemy spokojne leżenie w łóżku, szczególnie, jeżeli sprawy zapalne mają skłonność do umiejscowienia się, zimne lub ciepłe okłady, sporysz lub ergotyne w razie złego kurczenia się macicy. Wskutek pozostania resztek błon prawie nigdy nie bywa ciężkich postaci zakażenia, dlatego też należy je usuwać tylko wtedy, jeżeli widzimy, że uda się nam to z łatwością—sięgać po nie do macicy nie mamy prawa. Kawalki łożyska z macicy usuwać należy tylko w razie, jeżeli są one przyczyną krwotoku, lub jeżeli z ich powodu występują ciężkie objawy zakażenia; uciekamy się wtedy do pomocy ręki lub palca, unikając użycia łyżeczki, która łatwo kaleczy ścianę macicy, a nie daje pewności, żeśmy wszystko usunęli. Przeciwwskazaniem do usunięcia resztek łożyska będą objawy zakażenia samej tkanki macicznej lub też fakt, że zakażenie umiejscowiło się już dalej poza nią. Przemycania pochwy stosować można tylko w razie zatrzymania się wydzieliny w samej pochwie. Ponieważ dziś już jest dowiedzione, że wyleczenie chorej błony śluzowej macicy w okresie położowym nie może nastąpić ani na skutek przemywań przeciwnilnych, ani na skutek

mechanicznego usunięcia jej za pomocą łyżeczki, należy zupełnie zaniechać tych zabiegów w całej masie przypadków, gdzie dotąd były one bezkrytycznie, a z ogromną szkodą dla chorej stosowane; jedynym wskazaniem do przemycia macicy jest dziś *lochimetra*, t. j. mechaniczne zatrzymanie się wydzieliny w samej jamie macicy. Wszelkie wprowadzanie do jamy macicy i pochwy rozmaitych galek ze środkami antyseptycznymi, tamponów, wprowadzanie wzierników „dla wypendzlowania jamy macicy jodyną” i tym podobne zabiegi są uważane wprost za karygodne, a, niestety, tak często spotykamy je w naszej praktyce prowincjonalnej. Jeżeli zakażenie przeszło poza granice macicy, wówczas zjawia się myśl o konieczności wprowadzenia środka, któryby te zarazki zabił lub przynajmniej osłabił. Zdawało się chwilowo, że w leczeniu zakażeń położowych za pomocą wstrzykiwań najróżnorodniejszych surowic — znaleźliśmy długo poszukiwany w tym celu środek. Nadzieje jednak zawiodły: ani w znaczeniu zapobiegawczem, ani leczniczem surowice dotąd nie posunęły naprzód wyników naszego wykonawstwa leczniczego. Stosowane zapobiegawczo, są one często wprost szkodliwe, dając skłonność do krwotoków atonicznych; stosowane w celach leczniczych, przy już istniejącem zakażeniu, działają dodatnio tylko w samym początku choroby, kiedy zarazków krąży we krwi niewiele, jeżeli przytem udało się nam szczęśliwie trafić na odpowiedni gatunek surowicy. Nie działają one zupełnie przy umiejscowieniu się zakażenia, a w późniejszych okresach choroby są wprost niebezpieczne, bo, zabijając częściowo zarazki, uwalniają tą drogą dużo jądów (endotoksyn). Gatunek surowicy, rzeczywiście zabijający w danym przypadku zarazki, może nawet przyspieszyć śmierć chorej przez uwolnienie i wprowadzenie do krwi odrazu wielkiej ilości tego

jadu. Słusznie też ktoś powiedział, że nie należy mówić: „chora wyzdrowiała po wstrzyknięciu surowicy”, lecz „chora wyzdrowiała pomimo zastosowania surowicy”. Gatunki surowic, jak MARMORKA, TAVELA, ARONSONA, i wogóle wszystkie tak zwane wieloważne, zabijając zarazki, nie mają żadnego wpływu na wytworzone przez nie we krwi trucizny, przeciwnie, nawet, jak było powiedziane wyżej, same one wytwarzają pośrednio te jady. Starano się więc wynaleźć inne surowice, któreby, jak, na przykład, przeciwbłonicza lub przeciwteżcowa, neutralizowały te trucizny—zabiegi jednak w tym kierunku nie doprowadziły dotąd do żadnych wyników dodatnich. Zawiodło nas również przechwalone działanie w sprawach zakaźnych położowych kollargolu. Środek ten działa tylko przy bezpośrednim zetknięciu się z drobnoustrojami, wywołuje on wprawdzie hyperleukocytozę, ale na bardzo krótko, wprowadzony zaś w większych ilościach do krwi, zmniejsza znacznie liczbę ciałek czerwonych, a co zatem idzie, osłabia tak ważne sprawy utleniania. Wcześniej zastosowany 2% roztwór, wstrzyknięty wprost do żyły w ilości 5—15 ctm. sz. okazuje wpływ dodatni w zapaleniu wsierdza, a stosowany wewnątrznie w 1%—2% roztworze niekiedy bardzo szybko leczy uporczywe rozwołnienia septyczne. Ulubiona w prowincjonalnej praktyce maść CREDE jest niepewna w skutkach i działa nadzwyczaj powolnie, drażni przytem skórę, a bezwarunkowo szkodzi w zapaleniu błony brzusznej i zakrzepie żył w kończynach dolnych.

Punkt ciężkości w leczeniu gorączek położowych spada na odpowiednie odżywianie, podtrzymanie sił ustroju i na wczesne stosowanie środków podniecających, aby tą drogą nie dopuścić do wystąpienia objawów niedomogi sercowej; w tym względzie duże usługi oddają w ostatnich czasach systematycznie stosowane podskórne wlewania fizyologicznego roztworu soli kuchennej, dawniej

zaś stosowane duże dawki wysokoku—dziś ogólnie zarzucono, gdyż osłabia on siły ustroju w walce z drobnoustrojami i ujemnie wpływa na ogólne samopoczucie chorych.

O środkach aptecznych, łagodzących pojedyncze przykre objawy zakażenia, mówić nie będę, jako o rzeczach znanych, pozwolę sobie tylko podkreślić, że w leczeniu zapaleń otrzewny strychnina i atropina zajęły dziś miejsce makowca, który działa szkodliwie, zwiększając i tak już silnie w tych razach wyrażony bezwład kiszek, zmniejsza przytem fagocytozę.

Streszczając się, powiedzieć można, że postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza-praktyka dadzą się w ogólnej swej charakterystyce sprowadzić do starej zasady: „*primum non nocere*”. Zasada ta dziś niewzruszenie opiera się z jednej strony na fakcie, że poród jest czynnością fizyologiczną, która, o ile możliwości, powinna się odbywać li tylko przy współdziałaniu sił samej natury, a z drugiej strony znajduje poparcie we wspaniałych zdobyczach dzisiejszej bakterjologii. Jeżeli zaś, pisząc o postępie, tu i owdzie pozwoliłem sobie zająć uwagę panów podkreślaniami ustalonych już dawniej poglądów, to powodowała mną chęć zwrócenia uwagi zebranych na dwa zasadnicze błędy, stale spostrzegane w naszej praktyce prowincjonalnej. Są to: zbyt pochopność w wykonywaniu różnorodnych środków położniczych i zbyt szafowanie nowymi lekami, a niedoceniające przepisów higieny i dietytyki. Bez świadomego wyrzeczenia się tych błędów, bez głębokiej wiary w skuteczność dzisiejszej aseptyki i bez wytrwałych zabiegów w sprawie pomnożenia liczby odpowiednich i odpowiednio wyszkolonych babek miejskich nie może być mowy o postępie w naszym położnictwie prowincjonalnym.

Przekonanie słuchaczy o prawdziwości tej tezy było przewodnią myślą i celem niniejszego odczytu.

S T R E S Z C Z E N I A

Choroby układu nerwowego.

129. L. M. Pussep. Leczenie guzów opon rdzeniowych za pomocą operacji.

Nie tak dawno minęły czasy, kiedy guzy rdzenia niechętnie poddawano interwencji chirurgicznej. Na niechęć tę składały się dwie przyczyny, mianowicie: pewna chwiejność podstaw anatomii topograficznej oraz niedostatecznie rozwinięta technika operacyjna. Z biegiem czasu ulepszenie tej ostatniej oraz coraz dokładniejsze dane, dotyczące czynności rozmaitych odcinków rdzenia, wpłynęły dodatnio na wzrost liczby przypadków operowanych. Do wyników zadawalających przyczynia się tu okoliczność, że każda operacja w dziedzinie układu nerwowego, poza głównym swym celem, jest niejako doświadczeniem naukowym; w następstwie powstają coraz dokładniejsze tablice rozprzestrzeniania się czucia oraz unerwienia mięśni. Liczba szczęśliwie dokonanych operacji wciąż wzrasta; według BRUNSA, zabiegi te dają lepsze wyniki, niż na mózgowiu, autor też nie waha się uznać za wskazane zabiegi nawet w celu rozpoznawczym.

Pomimo występowania przed operacją objawów zajęcia poprzecznego rdzenia wskutek ucisku, który niekiedy bywa tak znaczny, że średnica rdzenia na miejscu nowotworu wynosi $\frac{1}{2}$ ctm., pomimo trwania tego ucisku przez czas dłuższy, — po operacji wszystkie niemal czynności z czasem powracają do normy, o ile sam rdzeń nie uległ zniszczeniu przez wrastanie nowotworu. Fakt ten, stwierdzony przez wielu autorów, dowodzi dużej odporności rdzenia wobec ucisku. Oczywiście, aby zapobiedz bezpośredniemu zniszczeniu tkanki rdzeniowej, należy operować guzy opon jaknajwcześniej, co przy postępkach techniki i anatomii topograficznej, dającej możliwość wczesnego i dokładnego rozpoznania, staje się coraz możliwszem.

Rozmaite zniesione czynności rdzenia po operacji wracają w pewnym określonym

porządku. Przedewszystkiem poprawia się czucie, co stwierdzić można już na 2-gi—3-ci dzień; nie wszystkie jednak rodzaje czucia wracają jednocześnie do normy. Nieraz czucie dotykowe wraca wcześniej, niż bólowe. Jednocześnie chorzy uskarżają się, zwłaszcza w pierwszych okresach, na rozmaite parestezye. Ruchy w kończynach również wracają stopniowo, naprzód w dużych stawach, następnie w mniejszych. Ruchy złożone występują dopiero po 3—4 tygodniach. Dowlone oddawanie moczu zjawia się dopiero 5—6 dnia.

Wogóle powiedzieć można, że te czynności rdzenia, które znikają pierwsze, wracają ostatnie.

W końcu swej pracy autor zaznacza, że znajduwane często w polu operacyjnym torbiele są niesłusznie przyjmowane za cierpienie podstawowe; jest to zjawisko wtórne zależne od ucisku naczyń przez właściwy nowotwór; czasem też ograniczone zapalenie opon rdzeniowych występuje w postaci torbieli. W przypadkach takich należy dokładnie zbadać okolice torbieli, gdyż samo usunięcie tej ostatniej jest niedostateczne.

Wnioski swe autor formułuje w sposób następujący:

1) Operacje guzów oponowych rdzenia dają znakomite wyniki, o ile całość tkanki nerwowej nie jest naruszona.

2) Nawet duży i długotrwały ucisk rdzenia nie może być przeciwwskazaniem do operacji.

3) Powrót rozmaitych czynności rdzenia podlega pewnemu stałemu prawu.

(Rus. Wr., 1911, Nr. 10).

Henryk Jakubowicz.

130. S. Gura. Objaw brzuszny rwy kulszowej.

Na 124 chorych na rwę kulszową stwierdził GURA swój objaw brzuszny 118 razy, co przemawiałoby za tem, że mamy do czynienia z objawem patognomicznym tego nader

Chcąc uprzystępnąć niską ceną stosowanie w medycynie jednego z najracjonalniejszych nowych związków organicznych fosforu

LECITYNY

której zagraniczne preparaty ze względu na swą wysoką cenę dotąd nie mogły mieć szerszego zastosowania, poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

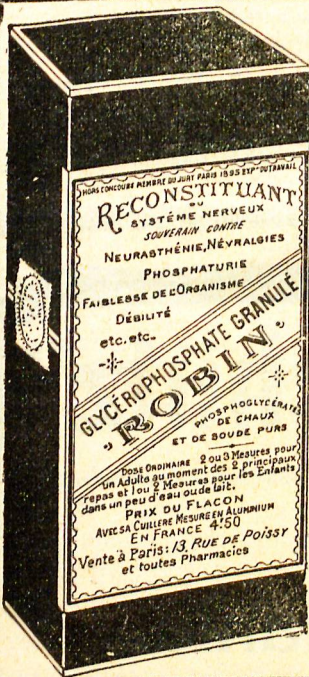
Dragées LECITHINI-owo flakon 40 szt. à 0,05 ceną Rb. 1.

Doza dla dorosłych: od 1—4 pigułek dziennie.

Inject ster. LECITINI-owo à 0,05—0,10—0,50

c. ol- olivar. alcohol preparatum.

Próby na żądanie gratis i franco.



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat Robin'a w ziarenkach

Glicerofosfat wapna i sody

Jedyny przyswajalny preparat fosforu

wzmacniający system nerwowy

Stosowany w szpitalach paryzkich.

Działa skutecznie w neurastenii i przecapowaniu umysłowym, przeciw krzywicy, osłabieniu kości w okresie wzrastania dzieci, w okresie ciąży i podczas karmienia i t. d.

Przyjemny w smaku; przyjmować należy z wodą lub mlekiem.

Dla diabetyków przygotowuje się w postaci pastylek.

Sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

13, rue de Poissy, Paris.

Próby za pośrednictwem W-go W. HOFFMANN et C-o w Warszawie Zielna 46.

Warsz. Tow. Akc.

„MOTOR”

Marszałkowska 23

poleca

własnego wyrobu:

Glicerofosfat

ziarnisty z żelazem,
z lecitiną.

Piperazinę
musującą.

Kola

granulowane.

NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

HISTOGÉNOL

Naline

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

w **Paryżkiej Akademii Nauk,**

w Paryżkim Towarzystwie Terapeutycznym,

w Paryżkim Towarzystwie Biologicznym

i w rozprawach, przedstawionych kompetentnemu sądowi Paryżkiego Fakultetu Lekarskiego.
HISTOGÉNOL 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, małokrwistości, neurastenii, cukrzycy, żółtów, limfatyizmu i zimnicy i we wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego.

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

HISTOGÉNOL NALINE w postaci „ELIKSIRU“ lub **HISTOGÉNOL NALINE** w postaci „ZIARNEK“ 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 Pars-St-Denis (Seine)

Składy **HISTOGÉNOLU** we wszystkich aptekach Rosyi i w Rosyjskiem 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 Juratów w Kijowie, w Kaukazkiem Towarzystwie Handlu Towarami Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferreju w Moskwie.

Chloroform „Anschütz“

Chemicznie czysty

Chloroform do usypiania.

W oryginalnych butelkach po 25 i 50 grammów.

————— Preparat trwały —————
 ————— i niezmienny swego składu. —————

Próby i literaturę na żądanie

Action-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36

częstego i uporczywego cierpienia. Najciekawsze jest, że chodzi tu o objaw, o którym chory nic nie wie i którego przeto lekarzowi nie podaje nigdy sam. Dany objaw polega na tem, że choremu, leżącemu nawznak, naciska się brzuch dłonią (1 — 2 palce niżej i z boku od pępka) w kierunku prostopadłym do kręgosłupa. Ucisk ten wywołuje stale silny, szybko przemijający ból brzucha i dotkniętej kończyny. Ucisk brzucha po stronie zdrowej nie wywołuje żadnego bólu.

Jak wytłumaczyć ten niezwykle ból uciskowy, o którym chory zazwyczaj nic nie wie? Już autor przed laty wskazał objaw częsty w rwie kulszowej, mianowicie bolesność uciskową wyrostka ościstego ostatniego kręgu lędźwiowego. Jeżeli się sprawdza anatomicznie, której części kręgosłupa odpowiada wyżej wzmiankowany ucisk podpępkowy brzucha, to okazuje się, że jest to boczna powierzchnia ostatniego lędźwiowego i pierwszego krzyżowego kręgu. W tem miejscu znajdują się korzenie nerwowe i splot kulszowy, które w rwie znacznie częściej cierpią od samego nerwu kulszowego, za czem zresztą przemawia nie tylko miejscowa bolesność uciskowa, ale i złożony częstokroć obraz kliniczny. Normalnie przy równomiernem ciśnieniu wewnątrzbrzusznem chory nie ma danych do odczuwania uciskowych bólów podpępkowych. Z chwilą jednak, gdy równowaga zostaje naruszona, bóle, z tego miejsca pochodzące, ustalają się. Ztąd też pochodzi ból kończyny przy nagłym uciskaniu dłonią okolicy podpępkowej, ból nogi przy kichaniu i kaszlu, wzmaganie się bólu kulszowego w drugiej połowie ciąży, potęgowanie się bólu — zwłaszcza rwylewostronnej — wskutek zaparcia i zmniejszanie się jego po energicznym przeczyszczeniu (*colon descendens*).

(Deut. med. Woch., Nr. 16, 1911).

H. Higier.

131. Grabower. Znaczenie rozpoznawcze porażen krtani.

W porażeniach krtani w najobszerniejszym znaczeniu tego wyrazu możemy mieć do czynienia: 1) z porażeniem mięśni przywodzących (*adductores*), gdy struna głosowa porażonej strony oddalona jest od środ-

kowej linii, nie dochodząc do niej podczas wydawania głosu, lecz natomiast podczas wdechu biegnie na zewnątrz; 2) z porażeniem rozwieraczy (*m. cricoaryt. post.*) całkowitem lub niezupełnym; w tem ostatniem struna głosowa zajmuje t. zw. położenie trupie, coś pośredniego między położeniem pośrodkowem i wdechowym, nie porusza się na zewnątrz podczas wdechu, lecz za to dąży na wewnątrz przy wydawaniu głosu; w razie zupełnego porażeniu rozwieracza struna głosowa stoi tuż przy linii pośrodkowej, cokolwiek tylko poruszając się przy wydawaniu głosu ku środkowi. Na skutek przewagi zwieraczy nad porażonymi rozwieraczami struna porażona zostaje przeciągnięta na wewnątrz, co jest powodem, że niezupełne porażenie przechodzi nieraz w zupełne; 3) z porażeniem zwieraczy i rozwieraczy, a więc z porażeniem nerwu zwrotnego, gdy struna porażona stoi zupełnie nieruchomo w położeniu trupiem, tj. takim, które odpowiada zupełnemu rozluźnieniu wszystkich mięśni krtaniowych.

Poszczególne postaci tych porażen mogą powodować rozmaite formy zaburzeń głosu, dokładne zaś zbadanie tych ostatnich może wyświetlić często bardzo zawiślane rozpoznanie choroby zasadniczej. Nie należy jednak zapominać i o tem, że niektóre formy porażen mogą nie powodować żadnych zmian w głosie lub oddechu, jak np. jednostronne porażenie całkowite rozwieracza lub dwustronne niezupełne porażenie tego mięśnia.

W roku 1880 ROSENBACH, a niezależnie od niego w r. 1881 SEMON stwierdzili, że we wszelkich postępujących uszkodzeniach organicznych nerwu zwrotnego, o ile tylko nie następuje jego zniszczenie, — naprzód porażeniu ulegają rozwieracze, a później dopiero zwieracze (prawo ROSENBACH-SEMONA). SEMON również zauważył, że, jeżeli porażenie owo ustępuje, pierwszej przychodzą do siebie zwieracze, a następnie dopiero rozwieracz.

Przeprowadzono cały szereg badań, by objaśnić ów dość dziwny, aczkolwiek niezupełnie odosobniony w patologii fakt. Wszelkie badania doprowadzały dotychczas do wyników ujemnych. Jedynie ostatnio udało się GRABOWEROWI zauważyć, że r o z w i e r a c z

posiada spośród wszystkich mięśni krtaniowych najmniej nitek osiowych (około 230, gdy np. *m. vocalis* ma ich około 680).

Porażenia krtani bywają pochodzenia obwodowego i ośrodkowego.

Przebieg nerwu zwrotnego wewnątrz klatki piersiowej sprawia, że cały szereg spraw chorobowych, odbywających się w klatce piersiowej, wywołuje porażenie rozwieraczy lub n. zwrotnego. Do spraw tych należą: powiększenie gruczołów okołoskrzelowych (prawy nerw zwrotny może wcześniej ulegnąć uciśnięciu, gdyż spotyka na swej drodze gruczoły tuż po odejściu od nerwu błędnego), tętniak aorty (porażenie lewego nerwu zwrotnego), tętniak tętnicy podobojczykowej (porażenie prawego nerwu zwrotnego), cierpienia gruczołu tarczowego, guzy przełyku, stare zabliźnione sprawy w szczycie prawego płuca (prawy nerw wskutek nader bliskiego sąsiedztwa z wierzchołkiem prawego płuca może być wciągnięty w bliżnę), zwężenia ujścia żylnego lewego i t. p.

Co się tyczy ośrodkowych porażen, to przedewszystkiem zauważyć trzeba, że w cierpieniach mózgu laryngologia małe bardzo może oddać usługi rozpoznawcze, natomiast w sprawach chorobowych w opuszcze mózgowej lub rdzeniu przedłużonym usługi te są nieraz dość znaczne. Tłumaczy się to tem, że nie udało się dotychczas przenieść ze zwierząt na ludzi zdobyczy, dotyczących ośrodków krtaniowych. Jedynie pewne dotychczas jest zaledwie to, że guz, rosnący w zrazie czołowym mózgu, zwłaszcza u jego podstawy, powoduje ruchy drgawkowe strun głosowych.

Wiadomy jest natomiast ośrodek i dorębie unerwienia ruchowego krtani w rdze-

niu przedłużonym. Dzięki badaniom GRABOWERA i GROSSMANNA ustalono, że jedynie nerw błędny ma do czynienia z unerwieniem krtani, i że ośrodek unerwienia ruchowego znajduje się w jądrze niepewnym *n. ambiguus*).

Tak więc porażenia mięśni krtaniowych spotykamy: 1) w porażeniu opuszkowym postępującem, 2) w porażeniu wargowo-językowo-krtaniowym (*paralysie glossolabiolaryngée* DUCHENNE) w okresach późniejszych, 3) w porażeniu rzekomoopuszkowym — porażenia nerwu zwrotnego lub zwieraczy, 4) w ostrem udarowym porażeniu opuszkowym, w którym objawy ze strony krtani zależą od rozmiarów ognisk rozmiękczenia, zwłaszcza zaś od zakrzepu w tylnej tętnicy mózdkowej dolnej (*a. cerebelli inf. post.*), doprowadzającej krew do bocznych odcinków rdzenia przedłużonego, do jądra niepewnego do korzeni nerwu trójdzielonego i do t. zw. utworu siatkowatego; 5) w syringomyelii (prawie wyłącznie jednostronne porażenie nerwu zwrotnego); 6) w stwardnieniu wieloogn. — najczęściej porażenia zwieraczy, rzadziej rozwieraczy, wreszcie częste drżenie strun głosowych; 7) w wadzie rdzenia (15—26%) — przeważnie dwustronne porażenie rozwieraczy, zazwyczaj całkowite, stanowiące niekiedy pierwszy objaw choroby i zależne najczęściej od zwyrodnienia korzeni nerwu błędnego, nerwów obwodowych i mięśni, niekiedy jednak (2 spostrzeżenia) od zwyrodnienia jąder opuszkowych; te ostatnie spostrzeżenia przemawiają za przypuszczeniem, że w jądrze siatkowatym znajduje się ośrodek rozwieraczy, zaś w jądrze niepewnym — zwieraczy; 8) w przypadkach nowotworów mózdkowych, sięgających do okolicy korzeni nerwu błędnego.

(Berl. klin. Woch. 1911 Nr. 15).

M. Gantz.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie neurologiczno - psychiatryczne z d. 22 kwietnia r. b.

1) ROTHSTADT przedstawił: a) chorego, operowanego pomyślnie z powodu nowotworu rdzenia,

Chory, lat 51, od 8 miesięcy uskarżał się na bóle w prawym boku. Przed 4 miesiącami przecięto nerwy międzyżebrowe po stronie prawej. Po paru tygodniach wystąpił niedowład kończyn dolnych. Przedmiotowo:

bezwład kurczowy kończyn dolnych, zniesienie pobudliwości na ból, na zimno i na ciepło od stóp aż do wysokości mostka. Bóle opasujące na wysokości 6—9 żebra. Przed miesiącem dokonano laminektomii; wykryto i usunięto guz (*angiofibrosarcoma*) na wysokości 5—6 kręgu grzbietowego (kol. KRAUZE). Po operacji czucie i władza w kończynach dolnych stopniowo wracają.

b) Preparat nowotworu rdzenia z drugiego przypadku, pomyślnie operowanego.

Chory, lat 56, od paru miesięcy bóle w boku prawym na poziomie 8—11 żebra, zaburzenia w oddawaniu moczu, osłabienie władzy w kończynach dolnych. Przedmiotowo: niedowład kończyn dolnych kurczowy, zaburzenia czucia od stóp do wysokości XI odcinka grzbietowego. Podczas laminektomii znaleziono nowotwór (mięsak) na wysokości VII—VIII kręgu grzbietowego (kol. KRAUZE). W ciągu miesiąca po zabiegu poprawa, poczem nawrót bólów oraz zupełne porażenie kończyn dolnych.

FLATAU zaleca pozycję TRENDLENBURGA przy operacji nowotworów rdzenia, podnosi, iż pierwszy z chorych jest drugim tego rodzaju operowanym w Królestwie pomyślnie.

HIGIER zastanawia się nad przyczynami niepowodzeń operacji podobnych u nas (zbyt późne zwracanie się do chirurgów, czy zbyt późne rozpoznanie?)

KOPCZYŃSKI St. zastanawia się nad granicą zaburzeń czucia i jej znaczeniem pod względem umiejscowienia nowotworu, powołując się na swe badania nad porażeniami typu BROWN-SÉQUARDA.

2) HIGIER przedstawił: a) kilku chorych, wyleczonych z jąkania. Chorzy najpierw przez tydzień zachowywali bezwzględne milczenie, potem zaczęli wymawiać zgłoski i wyrazy w specjalny sposób — powoli, skandując i przeciągając. Po 3-ch miesiącach nastąpiło trwałe wyleczenie.

b) 5 chorych głuchoniemych, kształconych metodą odczytywania wyrazów z ruchów warg mówiącego. Metoda ta, praktykowana dziś we wszystkich zakładach dla głuchoniemych, o wiele przewyższa metodę porozumiewania się „na migi”, gdyż umożli-

wia rozmowę głuchoniemych nie tylko pomiędzy sobą. Jedna z pacjentek nawet dość daleko posunęła się w kształceniu.

OLTUSZEWSKI uważa stosowaną metodę leczenia jąkania u przedstawionych chorych za przestarzałą.

HIGIER twierdzi, że jednak wyleczenie tą metodą chorych jest trwałe.

3) JAROSZYŃSKI przedstawił przypadek aleksyi.

Chory, lat 48, po udarze mózgowym dostał zaburzeń mowy. Przedmiotowo w miesiąc po udarze: hemianopsya prawostronna jednoimienna. Absolutna niemożność czytania; niemożność kopiowania przy względnie dobrze zachowanej zdolności pisanie pod dyktando i pisanie samoistnego. Rozumienie wyrazów słyszanych nieco utrudnione, np. trudność rozumienia rozkazów złożonych. Mowa samorzutna o niewielkim zasobie słów. Niemożność nazywania przedmiotów, jednak zachowanie zdolności ich rozpoznawania.

Podczas miesięcznego pobytu w szpitalu poprawa co do czytania, pisanie oraz rozumienia, niemożność nazywania przedmiotów widzianych pozostała bez zmiany.

Mówca podnosi znaczenie reedukacji w zaburzeniach mowy, specjalnie aleksyi, rozpatruje różne teorie aleksyi, skłaniając się w stronę teorii MARIEGO (aleksya jest wyrazem zajęcia obrębu tętnicy mózgu tylnej).

Posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne z d. 6 maja r. b.

Maurycy BORNSTEIN wygłosił referat na temat: „O zaburzeniach psychicznych u zwyrodniałych”.

We wstępie mówca scharakteryzował stosunek dawnych szkół i szkoły KRAEPELINA do klasyfikacji psychoz, podał opis szeregu poszczególnych typów zwyrodniałych i dał krótki zarys tych zaburzeń psychicznych, którym typy te podlegać mogą. Kolejno mówił więc o zaburzeniach psychicznych u psychasteników, histeryków, w t. zw. kłamliwości chorobowej (*pseudologia phantastica*), w pieńactwie wrzekomem, w podnieceniu i przynębianiu organicznem. Wreszcie obszernie

scharakteryzował zaburzenia psychiczne o typie paranoidnym. Wnioski mówcy:

1) Niema żadnej określonej wyraźnie psychozy degeneracyjnej, istnieją tylko zaburzenia psychiczne u zwyrodniałych.

2) Wspomniane zaburzenia psychiczne mają swoją odrębną fizyognomię kliniczną zarówno ze względu na objawy, jak i na etiologię, przebieg i zejście.

3) Pod względem objawowym zaburzenia psychiczne u zwyrodniałych nie są niczem innym, jak nasileniem podstawowego

podłoża zwyrodnieniowego u danej jednostki. Pod względem etiologii jest to reakcja zwyrodniałej psychiki na szkodliwość zewnętrzne. Trwają krótko i nie dają otepienia wtórnego.

4) Należy je wyodrębnić zarówno od otepienia wczesnego, jak i od psychoz wewnętrznych, czynnościowych, jak psychoza maniakalno-depresyjna, obłąkanie pierwotne przewlekłe, z którymi zaburzenia te pozostają w związku genetycznym.

Stan. Kopczyński.

XI-ty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Kraków 21 lipca.

Zjazd rozpoczął się obchodem jubileuszowym Przeglądu lekarskiego. Dnia 17 b. m. w sali Towarzystwa lekarskiego zebrało się paruset uczestników zjazdu i kilkudziesięciu delegatów specjalnych.

Posiedzenie zajął prezes Towarzystwa lekarskiego, prof. Cybulski, poczem przemawiali delegaci, podnosząc znaczenie jubileuszu pisma lekarskiego dla kultury narodu. Delegacje wysłała Akademia Umiejętności (prof. Zoll), wydział lekarski U.J. (prof. Kader), Un. lwowskiego (prof. Kady), Tow. naukowe warsz. (J. Janowski), Tow. przyj. nauk w Poznaniu (H. Świącicki), Czasopis lekaru. czeskich (Semarad i Kimla), Sbornik lekarski a Revu (prof. Hlawa), Tow. dzien. polskich (M. Konopiński), izba zachodno-galicyska (Schöngut), Stowarzyszenie lekarzy warszawskie (J. Jaworski), Tow. dor. pom. lek. i red. Medycyny i Kron. lek. (J. Zawadzki), Tow. lek. galicyjskich (prof. Machek), Tow. lek. Lwowskie (prof. Sieradzki), sekcya jarosławska (d-r Z. Meizels), związek lek. rządowych (Bielański), Tow. hig. lwowskie (prof. Obtulowicz), lek. w Łodzi (Sterling), w Radomiu (Fidler), Zagłębia Dąbrowskiego (Czajkowski), redakcye Kosmosu (Tołkoczko), Gaz. lekarskiej (A. Puławski), Tygod. lekar. (Nowicki), Czasu (Staszewski), tow. Balneologiczne, Związek lek. petersburskich (Zaleski), Nowiny lekarskie (Łazarewicz) i w. in. Mowy przeciągnęły się do godz. pół do

dziewiętej wiecz., odpowiedział serdecznie redaktor Przeglądu, prof. Ciechanowski.

Na wyróżnienie zasługuje mowa prof. Bechterewa, który podnosi wartość nauki polskiej dla całego świata, a w szczególności dla słowiańszczyzny.

Po przemówieniach ogłoszono nazwiska członków honorowych Towarzystwa z okazji jubileuszu.

Z Warszawy zaproszono A. Sokołowskiego, W. Gajkiewicza, S. Markiewicza, H. Dobrzyckiego, J. Bielińskiego i Z. Kramsztyka, z Łodzi S. Sterlinga, z Wilna Zahorskiego i Wojnicza, z Petersburga Czeczotta, Ziemiackiego i S. Zaleskiego, z Poznania F. Chłapowskiego, z Torunia Szumana, z Kijowa Rumszewicza, ze Lwowa Jurasza, Kadyiego i Rydygiera, z Paryża Babińskiego, z Pragi Hlawa, Maixner, Chodounsky i Vesely.

Na zakończenie odsłonięto portrety wszystkich b. redaktorów.

Przegląd lekarski wydał numer jubileuszowy obszerny z portretami redaktorów i historią dziennikarstwa lekarskiego. Do oceny tego artykułu wrócimy.

* * *

Otwarcie zjazdu nastąpiło we wtorek 18-go rano po nabożeństwie w kościele Ś-tej Anny.

Przewodniczył zebraniu d-r Świącicki z Poznania.

Prof. Nowak, jako prezes Komitetu gospodarczego, zagaił Zjazd mową powitalną, w której wskazał pożytek zjazdów dla nauki polskiej oraz witał delegatów czechów, chorwatów, rusinów, rosyjan (prof. Bechterew) oraz delegacje Stowarzyszeń i pism polskich, które przybyły na Zjazd.

Przemówienia Delegatów ograniczono słusznie do kilku mów gości obcych i przedstawicieli kraju i państwa, tem słuszniej, że większość przemawiała już przy jubileuszu Przeglądu lekarskiego.

Na prezesa powołano H. Świącickiego, na wiceprezesa W. Gajkiewicza, na sekretarza P. Gantkowskiego i L. Łukowskiego.

Resztę posiedzenia wypełniła rzecz prof. E. Romera „O krajobrazie“. Zaraz po posiedzeniu ogólnem otwarto wystawę balneologiczną i farmaceutyczną.

Od godz. 3 rozpoczęły się obrady sekcyjne. W krótkiej korespondencji nie możemy na razie streszczać prac sekcyjnych, podamy tylko uchwały, jako kwintesencję obrad w tych sekcjach, gdzie wogóle uchwały zapadać mogły. Co do prezydów sekcji, to tylko powiemy, że powoływano prezesów nawet takich, którzy nigdy na zjazdach polskich nie bywali i oczywiście nie byli na tym zjeździe. Na przyszłość należałoby prezydów powoływać w porozumieniu z komitetami miejscowymi. Komunikując na dzisiaj tylko rezolucje zjazdu, omówienie bliższe wyniku zjazdu zastrzegamy sobie na później.

Obrady sekcji trwały przez wtorek, środę, czwartek, w piątek rano nastąpiło zamknięcie zjazdu przemówieniem H. Świącickiego „O estetyce w medycynie“ oraz wyborem delegacji, której powierzono wybór miejsca zjazdu za lat 4, wreszcie odczytaniem rezolucji, które przytaczamy w brzmieniu do słownem.

Rezolucje Zjazdu.

Rezolucja sekcji prasy lekarskiej.

Zjazd wyraża gorące uznanie temu odłamowi prasy codziennej, który przyczynia się do popularyzacji higieny przy pomocy sił fachowych.

Rezolucje połączonych sekcji nauk biologicznych.

Zjazd wyraża przekonanie, że wyniki badań naukowych nie powinny być publikowane w codziennych pismach, czy to w sposób wyraźny, czy—co gorsza—kryptogramami, zanim zostaną przedłożone jakiejś naukowej korporacji do opublikowania w pismach fachowych.

Rezolucje sekcji zdrowotności publicznej.

1) Zjazd, uznając ogromną doniosłość wychowania młodzieży, wyraża przekonanie, że sprawy te powinny być powierzone siłom fachowym, których uzasadnione postulaty wymienione są w rezolucjach sekcji zdrowotności publicznej.

2) Zjazd uznaje ochronę macierzyństwa w najszerszym tego słowa znaczeniu za przykładem krajów zachodnich za konieczny postulat do urzeczywistnienia w najbliższej przyszłości.

3) Zjazd uchwała, by lekarze popierali walkę z alkoholizmem i gruźlicą, uznając ją za ważny postulat higieny społecznej.

Rezolucja sekcji nauk ścisłych.

Zjazd lekarzyi przyr., uważając zbadanie magnetyzmu ziemskiego na ziemiach polskich za jedną ze spraw pierwszorzędного znaczenia, uprasza Akademię Umiejętności o wzięcie w opiekę tej sprawy.

Rezolucje połączonych sekcji botanicznej i rolniczej.

Uprasza się stałą Delegację zjazdów, aby dążyła do a) zabezpieczenia zabytków przyrody od zniszczenia, a nawet uszkodzenia, b) umożliwienia rychłego i dokładnego zbadania i opisanie kraju pod względem przyrodniczym, c) zapoznawania kół ludności młodzieży z zabytkami przyrody w kraju naszym i koniecznością ich ochrony.

Rezolucje sekcji zoologiczno-anatomicznej.

Jedną z nader pilnych potrzeb naukowych jest uzyskanie miejsca do pracy dla biologów narodowości polskiej na stacyi neapolitańskiej.

Rezolucje sekcji mineralo- gicznej.

1) Zjazd, uznając założenie wyższej uczelni naukowej górniczo-hutniczej za bardzo ważną i pilną potrzebę naukową i gospodarczą, zwraca się do czynników miarodajnych z gorącą prośbą o wyjednanie u władz jaknajrychlejszego kreowania Akademii górniczo-hutniczej w kraju, uważając Kraków za jej najodpowiedniejszą siedzibę.

2) Zjazd przypomina konieczność jaknajrychlejszego powołania do życia krajowego zakładu geologicznego w Galicyi.

3) Zjazd uznaje założenie Muzeum przyrodniczego ziem polskich w Krakowie za pilny postulat narodowy i odwołuje się do spo-

łeczeństwa o poparcie materialne i o wspieranie Towarzystwa muzealnego.

Rezolucja sekcji weterynaryi.

Zjazd uważa za konieczne, aby miarodajne czynniki poświęciły więcej uwagi sprawie szerzenia się gruźlicy u zwierząt domowych i obmyśliły jaknajrychlejsze środki, mające na celu ograniczenie i skuteczne zwalczanie tej choroby.

Rezolucja sekcji okulistycznej.

Zjazd uważa za konieczne zakładanie lecznic dla chorych na jaglicę.

O wrażeniach i pracach poszczególnych sekcji napiszę w następnym liście.

J. Zawadzki.

I-szy ZJAZD LEKARZY PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO W ŁODZI dnia 4-go i 5-go czerwea 1911 roku.

Sprawozdanie B. Łuczyckiego i St. Skalskiego.

(Dokończenie).

Dzień drugi.

LIDMAŃOWSKI K. (Zagórowo): „Organizacja pomocy lekarskiej dla ludu”.

Wobec braku celowej organizacji pomocy lekarskiej dla ludu w naszym kraju lekarze prowincjonalni, szczególnie zamieszkali po osadach i mniejszych miastach, gdzie niema szpitali, powinni pomyśleć sami o stworzeniu chociażby w najętym *ad hoc* domu czasowego przytułku dla chorych wieśniaków, nie mających możliwości leczenia się u siebie w domu. Takie zapoczątkowanie ułatwi w przyszłości powstanie małych szpitalików, które jedynie mogą naszym wieśniakowi nieść rzetelną pomoc w jego chorobie.

W dyskusyi kol. Koszurski zapytuje o stronę finansową projektowanych szpitali—mieszkań, obawia się bowiem, że tworzenie ich może wymagać ofiar finansowych ze strony lekarza.

Kol. ZAWADZKI uważa, iż po pewnym czasie istnienia lecznicy wiejskiej bez legalizacji dla wybróbowania ludności, należy lecznicę zalegalizować. Każdy lekarz ma prawo otworzyć lecznicę i zawiadania o tem władzę gubernialną. Przepisanie następnie lecznicy na gminę lub jednostkę ziemską będzie łatwe. W końcu żąda z naciskiem, aby włączyć tę myśl do postulatów Zjazdu.

Kol. NOWAKOWSKI żąda wyjaśnienia podstawy prawnej zakładania szpitalików, obawia się, że w niektórych powiatach można spotkać trudności ze strony władz powiatowych, powodowanych obawą o los szpitali powiatowych.

Kol. IDZIKOWSKI uważa, że zakładanie lecznic po miasteczkach jest pierwszym etapem do organizacji naszych szpitali i posiada doniosłe znaczenie. Lecznica powinna uwzględniać przeważnie chorych chirurgicznych. Do zakładania takich lecznic nie po-

winny zrażać ani trudności izolacji, aseptyki, ani koszty. Pierwsze zależą całkowicie od lekarza, kierującego lecznicą, drugie znajdują się i opłacą sownie w miarę zdobycia zaufania przez lekarza.

Kol. GODLEWSKI. Szpitaliki prywatne oddają ludności wiejskiej rzetelną usługę. Nadają się do nich chorzy, wymagający zabiegów chirurgicznych, po nagłych wypadkach oraz chorzy nerwowo lub inni, wymagający usunięcia z otoczenia do nowego.

K. OKUSZKO (Praszka): „Zadanie lekarza w przedsiębiorstwach wielkiego przemysłu przy obecnej organizacji pomocy lekarskiej” (wydrukowane w Nr. 22 Medycyny).

W dyskusji Kol. PEŁCZYŃSKI pyta mówcę: ile godzin dziennie ma pracować lekarz fabryczny, gdy ma spełnić to wszystko, czego wymaga odeń kol. OKUSZKO i czy fabrykant zechce odpowiednio wynagrodzić lekarza.

Kol. TOKARSKI jest zdania, że lekarz fabryczny nie może się wdawać w techniczną stronę zabezpieczenia od wypadków przy maszynach. Rady jego mogłyby tylko dyskredytować jego powagę. Kol. SZULC nie podziela zdania prelegenta co do częstości symulacji. Na zasadzie 20 lat obserwacji w Żyrardowie jest on zdania, że daleko częstsza, niż symulacja, jest raczej agrażacja. Kol. DEHNEL potwierdza istnienie braków leczenia ambulatoryjnego, wynikające z przepelnienia ambulatoriów przez ludzi właściwie nie chorych. Lekarz fabryczny, zajęty leczeniem, nie ma wprost czasu na pracę higieniczną. Poprawa stosunków mogłaby nastąpić pod wpływem towarzystw lekarskich.

J. PEŁCZYŃSKI (Radom): „Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincji.” (wydrukowane w Nr. 22 Medycyny).

B. ŁUCZYCKI (Łódź): „Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincji”. (drukowane w Nr. 22 Medycyny).

J. ZAWADZKI (Warszawa): „Rola lekarza biegłego w naszych sądach”.

Rola lekarza biegłego jest utrudniona u

nas wskutek braków postępowania sądowego i braku lekarzy, wyspecjalizowanych w dziedzinie medycyny sądowej. Specjalistą takim nie powinien być lekarz powiatowy lub miejski, obciążony licznymi obowiązkami natury policyjno-zdrowotnej. Wobec braku odpowiedniego przygotowania protokoły oględzin lekarskich są sporządzane przeważnie niedbale. Zwłoki nie są badane dokładnie pod względem anatomopatologicznym, o badaniu mikroskopowym tkanek niema mowy tam, gdzie całe instrumentarium składa się z narzędzi sekcyjnych. Wyjątkowo w Warszawie oględziny odbywają się w gabinecie medycyny sądowej. Morgi niema na całym obszarze Królestwa. Śledztwem pierwiastkowym kieruje sędzia śledczy, mający słabe pojęcie o medycynie sądowej. Rola lekarza biegłego wymaga dużej znajomości medycyny sądowej i procedury. Daje się również odczuwać brak pomieszczeń do badań sądowo-lekarskich oraz pracowni. Wobec tego pożądane jest, aby lekarze, mający styczność z sądami, żądali utworzenia przy każdym sądzie pracowni sądowo-lekarskich, dobrze urządzonej morgi oraz pokoju do badania chorych. Co do nerwic urazowych, to mówca żąda odsyłania chorych na obserwację, i dopiero po wydaniu opinii szpitalnej może być dokonana ekspertyza.

W dyskusji przemawiał kol DEHNEL. Mało jest u nas lekarzy, dostatecznie obeznanych z medycyną sądową, wskutek czego opinie są oparte na rutynie. Wykonywanie wszystkich czynności ekspertów sądowych za darmo nie może zachęcić lekarzy powiatowych do pracy. Co się tyczy nerwic urazowych, powstały one na tle prawa z roku 1903, znikają jednak stopniowo i znikną zapewne zupełnie przy normalnych warunkach; sam termin, „nerwica urazowa” nie wiele mówi. Oznaczanie stopnia odszkodowania przez lekarzy fabrycznych nie jest pożądane. W Zagłębiu już trzy lata istnieją komisje lekarskie, złożone z lekarzy, wybranych przez Tow. Lekarskie. Zadaniem ich jest dawać orzeczenia co do stopnia utraty zdolności do pracy. Kol. Iozikowski zaznacza, że utworzenie gabinetu dyagnostycznego dla ekspertów przy sądach oraz możliwość przeprowadzenia

badania i obserwacji w szpitalu są wprawdzie innowacjami wielce doniosłymi, nie mogą one jednak być uważane za wystarczające. Sprawy wynagradzania za następstwa wypadków będą traktowane przez sądy bezstronnie dopiero wtedy, gdy prawo pozwoli na przysądzenie odszkodowania warunkowego, względnie do możliwości dokonywania powtórnego badania.

Kol. LUKSENBURG stwierdza niezwykłą doniosłość sprawy określania niezdolności do pracy po wypadkach. Zdanie lekarza fabrycznego o stanie zdrowia poszkodowanego robotnika stanowi nieodzowną podstawę do określenia stopnia utraty zdolności do pracy. Przy ostatecznym oskreslaniu stopnia owej utraty w razach spornych lub wątpliwych Tow. Ubezpieczeń winny wzywać na narady lekarzy fabrycznych, płacąc za ich czynności, jak za poradę lekarską. Przed zaopatrzeniem sądów w konieczne urządzenia lekarskie lekarze nie powinni dokonywać ekspertyz sądowych.

St. SKAŁSKI (Łódź): „L e k a r z f a b r y c z n y w r o l i r z e c z o z n a w c y”. (drukowane w Nr. 22 Medycyny).

W dyskusji kol. DEHNEL zaznacza, że przy Tow. lekarskiem Częstochowskiem istnieje od lat trzech biuro ekspertyz lekarskich.

Kol. LUKSENBURG pyta, w jaki sposób można to zrobić, żeby procentu uszkodzenia nie określali i lekarze fabryczni. Tow. ubezpieczeń nie zawsze obniżają przyznany przez lekarza fabrycznego procent, czasem podwyższają go. Kol. TOKARSKI mówi, że wprowadził zwyczaj pobierania honorarium za ekspertyzy, obecnie jednak tow. ubezpieczeń odmawiają płacenia wynagrodzenia, wobec czego kol. TOKARSKI odmawia dawania orzeczeń. Mówca zaznacza, że lekarz fabryczny musi dawać ostateczne orzeczenia dla inspekcji fabrycznej. Kol. PĘLZYŃSKI sądzi, że dla uniknięcia nieporozumień z zarządami fabryk należy zaznaczyć w kontrakcie, że wydawanie ostatecznych orzeczeń nie należy do lekarza fabrycznego. Kol. SKAŁSKI odpowiada LUKSENBURGOWI, że nie zna wypadku podwyższenia odszkodowania przez tow. ubezpieczeń.

St. SKAŁSKI, Łódź. „P r ó b a s t a t y s t y k i z d r o w i a r o b o t n i k ó w f a b r y c z n y c h w c h w i l i p r z y j ę c i a d o p r a c y”.

Mówca uważa, że księgi badania robotników fabrycznych w chwili przyjmowania ich do pracy mogą być bogatym źródłem do sądzenia o stanie zdrowia ludności, pracującej w większych zakładach przemysłowych w kraju. Już w samej Łodzi od roku 1893, gdy było wprowadzone prawo o odszkodowaniach za uszkodzenia przy pracy, badań takich dokonali lekarze do pół miliona. Ponieważ badania te winny być prowadzone według jednego schematu, stanowią więc materiał jednolity. Na zasadzie będących w posiadaniu mówcy 9200 badań, z których pewną część odrzucono z powodu niedokładności, SKAŁSKI wylicza najczęściej spotykane u 5373 osób płci żeńskiej i 3508 osób płci męskiej cierpienia. U kobiet — niedokrwistość zarówno w okresie dojrzewania płciowego, jak po porodach, żylaki stóp i goleni, świerzba, wole, łupież pstry, łuszczyca oraz jaglica. U mężczyzn najdonioślejszym cierpieniem są przepukliny, głównie pachwinowe w różnych okresach ich rozwoju. Mówca przedstawił tablicę, z której widać, że u badanych mężczyzn w wieku od lat 12 do 76 znaleziono: w 184 przypadkach (5,38%) przepuklinę pachwinową lewostronną lub skłonność do niej; prawostronną zaś w 135 przypadkach (3,84%), obustronną wreszcie stwierdzono w 844 przypadkach (20,05%). Ogółem zatem niemal $\frac{1}{3}$ część (33,15%) badanych robotników miała skłonność do przepukliny pachwinowej, co w warunkach pracy fabrycznej mogło dać sporo przypadków uwięzienia. Mówca jest zdania, że sprawa ta domaga się uregulowania, bo przemysłowcy z obawy płacenia odszkodowania niechętnie przyjmują takich robotników. W celu dokładnego wyjaśnienia sprawy przepuklin oraz wielu innych, związanych ze zdrowotnością ludności pracującej w kraju, mówca proponuje uchwalenie następującego wniosku:

Wobec małej liczby danych statystycznych, dotyczących stanu zdrowia ludności w Królestwie, pożądanym jest wyzyskiwanie i opracowywanie takich danych, które są już



PEPTONATE de FER ROBIN

Peptonat żelaza Robin'a

Prawdziwa sól żelazista, łatwa w stosowaniu,
przygotowana przez p. Robin'a

Żelazo Robin'a

działa skutecznie
w niedokrewności, żółtaczce
i wszelkich osłabieniach.

Poprawia odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia.

Środek ten nie posiada żadnego smaku

Przyjmować należy dwa razy dziennie po 10 do 30 kropeł podczas je-
dzenia w małej ilości wody lub wina. Flakon starczy na 3 tygodnie
lub na miesiąc. Sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

Żądać marki fabrycznej „LEW” i nazwiska fabrykanta ROBIN.
13 rue de Poissy-Paris. Wystrzegać się bezwartościowych naśladownictw
Próby za pośrednictwem W-go W. Hoffmann et C-o w Warszawie Zielna 46.

SKŁAD GŁÓWNY

Wód Mineralnych Naturalnych

O R A Z

Soli, ługów, szlamów i pastylek
przy APTECE

M. KUCHARZEWSKIEGO

Miodowa 5.

Telefon 753.

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazanej w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany
materji i wzmacnia zasa łowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczauów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,

PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,

ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,

WZMACNIA DIUREZĘ.

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tablecie, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana
na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-
biał. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3-4 razy
dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

Bromglidina

Nowy preparat bromu z białkiem roślinnym, środek kojący o wybitnym działaniu, nie drażniący i wolny od wszelkiego działania ubocznego. Przyjemny w użyciu i zastępujący bromek potasu. Umożliwia przeprowadzanie długich kuracji bromowych, gdyż nie występują objawy uboczne. Wskazania: choroby nerwowe, szczególnie histerya, padaczka, neurastenia, nerwowe stany niepokoju, nerwobóle, płasawica, bóle głowy, bezsenność wywołana neurastenią, słabe objawy neurastenii, jak osłabienie, zawroty. — Rp. Tabl. Bromglidin. Oryginalne opakowanie. — Dawka: kilka razy dziennie 1 — 2 tabl. — Każda tabletką zawiera 0,05 g. Br. związanego z białkiem roślinnym.

Cena: 1 flakon oryginalny, zawierający 25 tabletek Rb. 1.

**Chemiczna Fabryka, D-r Volkmar Klopfer
Drezno-Leubnitz.**

**Skład główny na Rossyę: Kantor chemicznych preparatów
St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.**

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

Muiracithin

Części składowe Muirapuama, Lecithina. Rad. liqu.

Wskazania: Impotentia virilis, neurastenia płciowa i inne choroby układu nerwowego.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

KACEPE * BALSAM *

Części składowe: Octowo-salicylowy-Mentholester, octowo-salicyloaetylowy ester, maść lanolinowa.

Wskazania: Wcieranie uśmierzające bóle i lecznicze w dniu, gościcu, rwie kulszowej, migrenie, newralgii, pleuritis i innych chorobach przebiegających z bólami, doskonały środek do masażu przy przepracowaniu mięśni podczas sportów działa znacznie skuteczniej, niż zwykle używany salicylometylowy ester (gaultheria lub ojek starzęślany) posiadający przykry zapach.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Noridal

Części składowe: Calc chlor., Calc. iod., Bals. peruv.

Wskazania: Hemoroidy, Krwotoki, Pruritus anus, Tenesmus, Nieżyt odbytnicy, bolesne oddawanie stolca, rozpadliny i wyprzenie okolicy odbytu.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

**Skład główny na Rossyę: Kantor chemicznych preparatów w.
St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.
Reprezentant: S. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6, telef. 128.46.**

w rozporządzeniu lekarzy. Do tej kategorii zaliczyć należy obfity materiał co do stanu zdrowia robotników, przyjmowanych do pracy w fabrykach.

Fr. MIECZYŃSKI (Chorzele) „Z z a g a d n i e ń e t y k i z a w o d o w e j”.

Mówca podaje krótki rys literacki sprawy, cytując BIEGAŃSKIĘGO, następnie przechodzi do dwóch palących zagadnień: świadectw i synekur lekarskich. Mówca jest zdania, że stwierdzanie własnym podpisem tego, czego się nie widzi, orzekanie o tem, co nie jest zgodne z rzeczywistością, równa się oszustwu. Krzywda, jaką się tą drogą godności stanu lekarskiego sprawia, jest wielka; wywiera to demoralizujący wpływ na mniej inteligentną publiczność, naraża lekarzy na przykre zajścia, świadectwa właściwe i prawdziwe są przeto niedoceniane.

Druga sprawa paląca—to synekury lekarskie, lichy uposażone, a dobrze opłacające się, gdyż zwykle dobrze bywa wynagradzane uznawanie zdrowych za chorych i odwrotnie. Mówca proponuje uchwalenie następującego wniosku:

W celu utrzymania stanu lekarskiego na wysokim poziomie etycznym towarzystwa lekarskie i prasa lekarska winny poświęcać kwestyom etycznym więcej miejsca i czasu oraz, między innymi, zapobiegać zbyt pochopnemu wydawaniu świadectw, a także potępiać pojedyncze wypadki zarobków nieprawnych, związanych ze świadczeniem i wydawaniem świadectw nieścislej.

J. LUKSENBURG i L. ZEMBRZUSKI (Warszawa): „Uraz w stosunku do niektórych cierpień wewnętrznych i chirurgicznych”.

Prawo ubezpieczeniowe o wypadkach niešťęśliwych i ocenianie skutków urazu wysunęło uraz na plan pierwszy. Przy rozpoznawaniu związku urazu z danym stanem patologicznym należy poznać warunki, w jakich uraz miał miejsce, poznać bezpośrednio skutki urazu i te, które rozwinęły się później, czyli dokładnie zbadać chorego tuż po wypadku, w czasie późniejszym, wreszcie porównać z tem, co wiemy o chorym przed wypadkiem, dopiero na tej podstawie możemy sobie wyrobić sąd etiologiczny o danej

sprawie. Do rzędu pytań, stawianych nam nader często, należy sprawa związku urazu z gruźlicą. Mówcy rozstrzygają ją w sposób następujący: dla związania urazu z następczą gruźlicą płuc trzeba, aby uraz dotknął bezpośrednio klatki piersiowej, aby pierwsze objawy gruźlicy wystąpiły niezbyt późno, ani niezbyt wcześnie—od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Choroby serca wskutek urazu powstają pod wpływem uderzenia w okolicę serca, upadku z wysokości, nadmiernego jednorazowego wysiłku albo nawet wstrząśnienia psychicznego. O ile ostre zapalenie wsierdzia raczej doświadczalnie, niż klinicznie po urazie spostrzegać się daje, o tyle powstanie wad zastawkowych po urazie zdaje się być zupełnie pewnem. Orzeczenie jest pewne, gdy stan serca był badany przed urazem. Nadmierny wysiłek wywołać może ostre rozszerzenie serca, którego przebieg dalszy bywa różny. Co do przepuklin urazowych, mówcy stawiają następujące wnioski:

1) Przepukliny urazowe, powstające nagle u osobników zdrowych, stanowią niezmierną rzadkość 1 na 1000.

2) Przepukliny ściśle urazowe powstają albo wskutek bezpośredniego urazu albo wskutek nadmiernego wysiłku fizycznego. Ostatnie powstają na miejscach wogóle typowych dla przepuklin lub też wypełniają część górną niezupełnie zamkniętego wyrostka pochwowego.

3) W przepuklinach ściśle urazowych możemy często spostrzegać zmiany miejscowe w postaci wynaczynień, podbiegnięć krwawych, powstają przytem nader silne bóle, mdłości, wymioty, niekiedy omdlenia. Nagłe rozciągnięcie normalnej tkanki wywołuje uwięźnięcie przepukliny.

4). Wszystkie przepukliny, pozbawione cech powyższych, ściśle urazowe nie są. Występowanie ich należy sobie tłumaczyć istnieniem u danego osobnika przepukliny w początkach rozwoju.

Co do stosunku urazu do nerwic urazowych, to należy przyznać, że pomimo nader bogatej literatury sprawa nie jest jasna, tembardziej, że wchodzi tutaj czynnik psychiczny. Spotykamy dwie kategorie urazów jako czyn-

nik etiologiczny nerwic. Uraz psychiczny może bezpośrednio wywołać nerwicę. Należy jednak zwrócić uwagę, że u człowieka zupełnie zdrowego trzeba niezwykle mocnego przestraszenia, aby wywołać histeryę. W działaniu urazu fizycznego na pierwszy plan występuje zmiana materyjalna miejscowa. Mówcy twierdzą, że uszkodzenie ośrodków nerwowych bezpośrednio nerwicy nie wywołuje, między natężeniem urazu i jego następstwami niema stosunku prostego, często zaś zachodzi odwrotny. Po małych urazach mogą być bardzo poważne następstwa, po wielkich — może następstw nie być wcale. Istotną przyczyną nerwicy jest usposobienie indywidualne. Rozpoznanie nerwicy urazowej, najczęściej histeryi lub neurastenii — musi być oparte na trwałych podstawach i wtedy jedynie jest uzasadnione, gdy liczba i natężenie objawów przekracza pewną granicę. Prelegenci stawiają następujące wnioski: 1) Należy starać się o poznanie stanu chorego przed wypadkiem. 2) Uwzględnić ewentualny brak innych czynników etiologicznych. 3) Uwzględnić związek w czasie między urazem a początkiem choroby. 4) Uwzględnić wszelkie warunki, świadczące o usposobieniu do danego cierpienia. 6) Uwzględnić bezpośrednio skutki urazu.

W dyskusyi kol. DEHNEL kwestyonował istnienie nerwic urazowych.

J. IDZIKOWSKI (Pruszków): „O d z i a ł a l n o ś c i k u l t u r a l n o — h i g i e n i c z n e j l e k a r z y s z k ó ł p o c z ą t k o w y c h ”

Higiena szkolna winna być oparta na podstawach naukowych, by jej technika coraz bardziej mogła się doskonalić, by w praktyce coraz szersze mogła mieć zastosowanie. Pod tym względem wiedza nauczyciela i lekarza winna się zespolić, obaj winni pracować wspólnie. Dotyczy to szczególnie szkoły początkowej po wsiach i miasteczkach, gdzie lekarz jest jednym z nielicznych przedstawicieli nauki i posiada często dostateczną wiedzę pedagogiczną, a przynajmniej zainteresowanie i zrozumienie jej najważniejszych zagadnień. Działalność lekarza szkolnego winna być rozwijana w dwóch kierunkach: 1) ogólnym, gdy chodzi o walkę z przeciąże-

niem szkolnem (przeglądanie programów metod i planów szkolnych), o ogólne warunki higieniczne, jak powietrze, światło, ćwiczenia fizyczne (gimnastyka, właściwe zabawy), 2) w kierunku specjalnym, gdy chodzi o stan zdrowia poszczególnych dzieci, indywidualną ich zdolność do pracy i odporność na dany poziom wymagań szkolnych. W tych celach konieczne są: udział lekarza w opracowywaniu programów szkolnych, obserwacja dzieci podczas ich zajęć (na lekcyach i zabawach), badanie ich stanu fizycznego i psychoanaliza. Mówca proponuje uchwalenie następującego wniosku:

Zalecić należy gorąco lekarzom prowincjonalnym wzięcie w opiekę szkół początkowych przez wejście do rad szkolnych, przez czuwanie nad warunkami higienicznymi szkół, przez usuwanie wad fizycznych, uniemożliwiających dzieciom pracę umysłową i hamujących ich rozwój.

Z. GARLICKA (Łódź) „O w a l c e z r a k i e m m a c i c y ”.

Potrzebę walki z rakiem macicy podniósł dr Józef JAWORSKI w 1906 w Tow. Higienicznem. Podał on wtedy odezwę do kobiet i podał projekt odpowiedniego kwestyonariusza do lekarzy, dotąd jednak nie została przeprowadzona żadna akcja systematyczna. W roku zeszłym, w celu zmniejszenia szkodliwej działalności położnych, Łódzkie Tow. lekarskie rozpowszechniło odpowiedni list do położnych. Poszczególne zaś Towarzystwa lekarskie powinny prowadzić akcję, mającą na celu jaknajwcześniejsze zgłaszanie się kobiet do operacji. Akcja WINTERA mająca na celu umożliwienie wczesnego operowania chorych na raka macicy, dała doniosłe wyniki. Akcję tę powtórzyły liczne Towarzystwa ginekologiczne w Niemczech. Podobna walka z rakiem macicy u nas jest konieczna. Prelegentka stawia następujące wnioski:

Zważywszy, iż 1) zaniedbany rak macicy ze względu na częstość swego występowania i na straszne cierpienia, których przyczyną się staje, jest jedną z najcięższych plag świata kobiecego i jednym z najboleśniejszych wodów bezsilności wiedzy lekarskiej; zważywszy, iż 2) obecny stan ginekologii ope-

racyjnej umożliwiła doszczętne usunięcie raka macicy we wczesnym okresie choroby; zważywszy, iż 3) propaganda, mająca na celu jak najwcześniejsze zgłoszenie się do operacji chorych na raka macicy, dała w innych krajach dodatnie wyniki,—Pierwszy Zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa uważa za niezbędne, aby każde Tow. Lek. (Królestwa) 1) rozesłało do mieszkających w obrębie jego wpływów lekarzy list, któryby uprzytomnił objawy rozpoczynającego się raka macicy, możliwość doszczętnego jego usunięcia, doniosłość wczesnego jego operowania; 2) rozesłało odpowiedni list do położnych i zwróciło się do kierowników szkół dla położnych, tam, gdzie one istnieją, z prośbą o żądanie od uczenie znajomości pierwszych objawów raka i wszczepianie im poczucia odpowiedzialności za leczenie chorych ginekologicznie kobiet; 3) popierało akcyę W. T. H., mającą na celu zaznajamianie szerszej publiczności z objawami raka macicy, z możliwością doszczętnego jego wyleczenia i doniosłości jego wczesnego operowania. Zjazd uważa za pożądane, aby szpitale i ambulatorya Królestwa obliczały corocznie odsetki radykalnie zoperowanych raków macicy w stosunku do wszystkich, które się zgłosiły, i, przesyłając te dane liczbowe do W. T. H., umożliwiły mu kontrolę skuteczności prowadzonej akcyi.

J. PUTERMAN (Sosnowiec) „O małych pracownikach dyagnostycznych i rozbiórowych” (drukowane w № 22 Medycyny).

J. PĘŁCZYŃSKI (Radom) „Praktyka w walce z chorobami zakaźnymi” (drukowane w N-rze 22 Medycyny).

W dyskusyi kol. KOZIOŁKIEWICZ stwierdza zły stan naszych szpitali, brak przygotowania niższego personelu i podkreśla, że dla polepszenia sprawy konieczne jest wprowadzenie samorządu, który dostarczy funduszków. Mówca jest przeciwny wszelkim represjom administracyjnym względem rodzin chorych na choroby zakaźne i sądzi, że lekarze w tych represjach nie powinni brać udziału. Kol. ŁAPIŃSKI stawia wniosek, poparty przez Skalskiego:

Zważywszy, że pijacy łatwiej zapadają na choroby zakaźne, zważywszy istnienie

niewątpliwego związku przyczynowego między nadużywaniem wysokoku a powstawaniem wielu chorób, Zjazd stwierdza szkodliwość napojów wysokokowych i niezbędną zwalczania opilstwa przez lekarzy.

L. BRUNNER (Warszawa) „O walce z wilkiem”.

Walka z wilkiem, będąca częścią ogólnej walki z gruźlicą, winna być prowadzona przez towarzystwa, przeznaczone do walki z tą chorobą. Mówca przedstawia stan walki z wilkiem w Danii, Niemczech, specjalnie na Śląsku, w Austrii, Francji i Rosji. Na zasadzie materiału szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie za okres od r. 1900 do 1910 przemówienie swoje prelegent zamyka następującym wnioskiem:

Uznając, że walka z wilkiem (*lupus*), stanowiąca część ogólnej walki z gruźlicą, posiada doniosłe znaczenie społeczne, pierwszy Zjazd lekarzy prowincjonalnych w Łodzi zwraca się do istniejących w kraju stowarzyszeń przeciwgruźliczych, aby sprawę tę ujęły w swe ręce i rozpoczęły energiczną działalność w tym kierunku. Do poprowadzenia planowej i systematycznej pracy na polu zwalczania wilka w kraju naszym niezbędna jest czynna pomoc wszystkich lekarzy prowincjonalnych.

A. GOLDENBERG (Łódź) „Znaczenie języka Esperanto dla lekarzy”.

W miarę rozwoju nauki i rozrostu wiedzy użycie języka łacińskiego, jako martwego, stało się coraz trudniejszym. Każdy naród używać począł w celach nauki własnego języka, którego nie znały inne narody. Potrzeba języka międzynarodowego jest coraz widoczniejsza, żaden jednak naród nie zgadza się, aby tym językiem był język innego narodu. Zjawiała się potrzeba stworzenia sztucznego języka. Prób w tym kierunku zrobiono niemało, wszystkie jednak były nie tak udatne, jak opracowany przez lekarza warszawskiego L. ZAMENHOFA język Esperanto. Język ten wchodzi w coraz większe użycie, posługują się nim lekarze całego świata, wychodzą w nim pisma lekarskie. Dla lekarzy ma on doniosłe znaczenie: 1) Można bowiem studyować literaturę naukową wszystkich narodów. 2) Zbyteczną się stanie znajomość je-

zyków obcych, konieczna dotąd przy wyjazdach zagranicę w celach studyów lub udziału w kongresach. 3) Ułatwi zbliżenie lekarzy różnych narodowości, czemu staje często na przeszkodzie język niesympatyczny z jakichkolwiek powodów. 4) Język ten umożliwi poznanie się lekarzy rannych oraz personelu pomocniczego na polu walki, rozdzielonych zwykle nienawiścią oraz brakiem

możności porozumienia się. 5) Korzyść zwiększy się jeszcze, gdy uprzytomnimy sobie całokształt korzyści dla ludzkości.

W dyskusyi KOZIOŁKIEWICZ twierdzi, że winniśmy w pierwszej linii zająć się poznaniem własnego języka, następnie języka sąsiadów, do czego nas zmuszają warunki, a następnie dopiero możemy myśleć o języku Esperanto.

O D C I N E K

W kwestyi organizacji pomocy lekarskiej dla ludu.

podał

K. Lidmanowski (z Zagórowa).

Odczytane na Zjeździe lek. prow. Król. Polskiego
4 VI. 1911 r. w Łodzi.

Stworzenie lepszej organizacji pomocy lekarskiej dla ludu, niż jest obecnie, uważam za rzecz nad wyraz ważną, ważną nie tylko dla ludu, pomocy tej potrzebującego, ale i dla nas, lekarzy prowincjonalnych. Że kwestya organizacji naszej pomocy dla ludu jest dla tegoż ludu ważna, to dowodzeń nie potrzebuje, ale że jest ważna może w równym stopniu i dla nas lekarzy, postaram się to w kilku słowach udowodnić.

Każdy pracownik, a tem więcej my, lekarze, powinniśmy baczyć, aby praca nasza nie szła na marne, ale by z tej pracy był jaknajwiększy pożytek dla innych i dla nas samych. Czy przy obecnym stanie rzeczy jest tak, śmiem mocno wątpić. Pomoc nasza, udzielana dziś ludowi w jego chorobach, w przeważnej liczbie przypadków jest dwojaka: albo wieśniak zgłasza się do nas z chorym, którego badamy i, zrobiwszy rozpoznanie cierpienia, przepisujemy leczenie, lub też bywamy wzywani do łoża chorego wieśniaka, bliżej lub dalej od nas zamieszkałego, i tam w gorszych, niż u siebie w domu warunkach, robimy to samo. W przeważnej liczbie przypadków chorego więcej nie widzimy. Jaki był przebieg choroby, jakie było działanie leków, danych przez nas wieśniakowi, czy nasze rady były dobrze przez otoczenie chorego zro-

zumiane i wypełnione, o tem zgoła nic nie wiemy. Szkoda z takiego postępowania dla nas samych, nie mówiąc już o chorym, jest olbrzymia i wieloraka.

Najpierw nie mamy możności dokładnego badania przebiegu choroby, następnie, widząc raz jeden chorego, nieraz jesteśmy w bardzo trudnem położeniu, boć często zdarza się przypadki, że nie jesteśmy w stanie zrobić rozpoznania, i wtedy zmuszeni jesteśmy działać na chybi trafi, a czyż obok tego nie zdarza się, że przy pierwszym badaniu nawet pewni jesteśmy, że rozpoznaliśmy chorobę, tymczasem następnego lub następnych dni widzimy, żeśmy się omylili, że pierwotne nasze rozpoznanie było błędne.

Jeżeli mamy możność codziennej obserwacji, widzimy swój błąd i zmieniamy leczenie, w przeciwnym razie i sobie i choremu wyrządzamy krzywdę. Sobie wyrządzamy krzywdę dwojaką: najpierw, nie mając możności obserwowania chorego, tracimy często kroć bardzo cenne przypadki pod względem naukowym, a powtóre, przy tego rodzaju postępowaniu, tracimy zaufanie w oczach ludu. Inaczej być nie może: wieśniak widzi nieraz, że nasza interwencya nie wiele pożytku choremu przyniosła, i stąd wnioskuje o naszych zdolnościach i wiedzy lekarskiej.

Poza tem wszystkim musimy uwzględnić jeszcze jedną bardzo ujemną stronę obecnego stanu rzeczy. Ileż czasu tracimy na przejazdy do chorych, z czego pożytek dla chorego w wielu razach jest bardzo wątpliwy. Tracimy czas nie tylko na drogę, gdyż po

powrocie od chorego po znanych naszych drogach i na niewygodnym wozie jesteśmy tak zmęczeni, że o żadnej produkcyjnej pracy już myśleć nie możemy. Szkoda dla nas ztąd ogromna, a pożytek z pracy naszej minimalny. Oprócz tego przy dzisiejszych warunkach na pomoc naszą mogą pozwolić sobie tylko zamożniejsi gospodarze. Biedak wyrobnik marzyć o tem nie może: najęcie koni w obiedwie strony i zapłacenie nam za naszą pracę przechodzi jego możność. To też przeważna liczba chorych z konieczności w czasie choroby pozbawiona jest naszej pomocy.

Zdawałoby się, że wobec warunków, jakie się w kraju naszym wytworzyły, my sami nic pomódz nie możemy, że musimy iść po drodze, już uitorowanej, że stworzenie innej jakiejś pomocy lekarskiej dla ludu przechodzi nasze siły. Czy tak jest w rzeczywistości, czy sami własnymi siłami nie możemy popchnąć lecznictwa ludowego na inne tory? Śmiem mniemać, że możemy, gdybyśmy tylko chcieli. Zastrzegam się tutaj, że to, co mówię, dotyczy tylko naszych osad i miasteczek, gdzie mieszka lekarz, ale niema szpitala; miasta, posiadające szpitale, są w innych warunkach, i tam lekarze mogą choremu wieśniakowi dać rzetelną pomoc lekarską, mają bowiem miejsce, gdzie chorego umieścić i leczyć mogą. Inna rzecz w miejscowościach zupełnie pozbawionych szpitala, i o tych tylko mówię.

Tutaj każdy z nas w obecnych warunkach musi ograniczyć się do porad, przeważnie jednorazowych o korzyści dla chorego w wielu razach wątpliwiej. A to jest złe. Usunąć to możemy przez stworzenie małych szpitalików, co przy dobrych chęciach z naszej strony jest zupełnie możliwe. Zróbmy

początek. Należy wynająć mieszkanie choćby z 3 ch pokojów i kuchni, osadzić w tem mieszkaniu bezdzietne małżeństwo lub na początek pojedynczą jednostkę, któraby chciała opiekować się chorymi, taki osobnik w każdej miejscowości napewno się znajdzie. Poza tem należy kupić kilka łóżek żelaznych, trochę pościeli i zaopatrzyć taki szpitalik w najniezbędniejsze a najprostsze umeblowanie i zacznijmy do tak zaimprovizowanego szpitalika przyjmować chorych. Każdy chory płaci tyle, ile potrzeba na zapłacenie mieszkania, opału, obsługi i życia, lekarstwo mu potrzebne dostaje z naszej apteczki po cenie kosztu, razem utrzymanie chorego będzie kosztowało b. mało, na co każdy wieśniak, nawet mniej zamożny, zdobyć się może; w ten sposób, nic nie dokładając z własnej kieszeni, stworzymy lepszą pomoc lekarską dla ludu, niż jest obecnie.

W zupełności zdaję sobie sprawę z tego, że to, co projektuję, dalekie będzie od doskonałości, nie o nią mi jednak na razie chodzi, idzie mi tylko o to, aby stworzyć coś, co byłoby lepsze, niż to, co mamy. Z dawniejszego „Czasopisma lekarskiego” wiem, że próby w tym kierunku były robione, czy okazały się praktyczne, nie wiem, bo dalsze losy tych usiłowań nie są mi znane.

Ja z własnego doświadczenia powiedzieć mogę, że od szeregu lat w osadzie, gdzie zamieszkuję, urządziłem się w ten sposób, a sądząc z frekwencyi chorych, widzę, że lud rozumie pożytek tego rodzaju urządzenia i chętnie w razie choroby spieszy do szpitalika, bo wie, że tam znajdzie pomoc i opiekę lepszą, niż może mieć u siebie.

Wiadomości bieżące.

— Międzynarodowy Zjazd gruźliczy, zapowiedziany na koniec września w Rzymie, został odłożony do kwietnia roku przyszłego.

— Stworzona przed laty 10 w Londynie komisja do badań nad gruźlicą zakończyła swe prace obecnie. Jak

donosi Berl. klin. Woch., komisja przyszła do wniosku, że pod względem praktycznym niema różnicy między lasecznikiem gruźliczym ludzkim i zwierzęcym, tak, że ludzie i zwierzęta ssące mogą się wzajemnie zakażać. Z bydła laseczniki przenoszą się stale na ludzi, zwłaszcza za pośrednictwem mleka, któ-

re przedewszystkiem za czynnik przyczynowy gruźlicy dziecięcej uważać należy; zresztą, i mięso (wołowe i wieprzowe) bywa często źródłem zakażenia. Wobec tego komisya żąda z naciskiem obostrzenia kontroli nad żywnością. Zresztą, wnioski te jeszcze w całości ogłoszone nie są.

— W Towarz. Medycyny Sądowej w Paryżu (na posiedzeniu czerwcowym) d-r Briand przestrzegał, aby otoczenie chorego na padaczkę zwracało uwagę na pozycję, w jakiej chory sypia. W dwóch przypadkach dotknięci padaczką zmarli wskutek uduszenia podczas napadu we śnie, mieli bowiem zwyczaj sypiać twarzą do poduszki.

Sekcyja wykazała zwykle objawy zaduszenia wskutek zamknięcia dróg oddechowych. Przypadki te są ciekawe i pod względem sądowo lekarskim: rozrzucona pościel, połączenie trupa, krwawa plwocina na poduszce —

wszystko to może wzbudzić podejrzenie zabójstwa po walce, podczas której mniemana ofiara została uduszona przez przyciśnięcie twarzy do poduszki. Orzeczenie rzeczoznawcy może w tych warunkach przedstawiać wiele trudności, szczególnie, jeśli, jak, to było w jednym ze wspomnianych spostrzeżeń, chory podlegał bardzo rzadko napadom padaczki.

Zmarli.

Prof. E. Grawitz, kierownik oddziału chorób wewnętrznych szpitala Westend w Charlottenburgu, zmarł w Berlinie w 51 roku życia. Z licznych prac Grawitz'a na pierwszym miejscu stoją badania hematologiczne, zwłaszcza znany jest doskonały podręcznik: „Patologia kliniczna krwi”, podręcznik, którego czwarte wydanie właśnie się ukazało.

— D-r Albert Süsskind z Krakowa, ordynujący w lecie w Karlsbadzie, zmarł tamże.

N a d e s ł a n e.

Proszono nas o ogłoszenie wyroku, który zapadł na posiedzeniu Rady honorowej zachodnio-galicyskiej Izby Lekarskiej dnia 23 lutego 1911 r. w sprawie p. S. K. przeciw d-rowi Wacławowi Kraszewskiemu z Zakopanego.

Rada honorowa po zbadaniu przedłożonych aktów, po wysłuchaniu stron i przesłuchaniu świadków orzeka, że:

Pan d-r Wacław Kraszewski winien jest przekroczenia godności stanu lekarskiego, popełnionego przez wydanie świadectwa lekarskiego o stanie zdrowia p. S. K. na prośbę strony prywatnej, a mianowicie żony skarżącego, w celu uzyskania przez nią separacyi, czem wyjawiał tajemnicę lekarską — i skazuje go na grzywnę w wysokości 100 koron. Przy wymiarze kary Rada honorowa uwzględniła szereg łagodzących okoliczności, a mianowicie że:

1) D-r Kraszewski działał z pobudek szlachejnych, albowiem, znając smutne stosunki pożycia rodzinnego, chciał na prośbę pani K. pomódz jej do rozwikłania tragedyi życiowej.

2) Nie działał dla osiągnięcia materyalnych zysków.

3) Otrzymawszy dopiero niedawno obywatelstwo austryackie, nie zdawał sobie sprawy, że przez wydanie takiego świadectwa mógł wejść w kolizyę z ustawami austryackimi.

4) Rada honorowa nie nabrała nadto przekonania, że pan S. K. poniósł szkodę na czci swojej, ani materyalnych strat przez wydanie rzeczzonego świadectwa.

Prez. d-r *Schoengut*. Sekr. d-r *Ackermann*.

Protokół danego posiedzenia Rady honorowej przytoczony jest w „Słowie Lekarskim” w N-rze 9 r. b.

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 przez 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 sześzonym 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, żółtacz, niedokrwiłości, 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 najnowszego, 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 jezeniem, 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.

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.

Renoform, pierwiastek działający nadnerczy.

Renoform. solut 1:1000 wywołuje zwięźnienie tętnic obwodowych, miejscową niedokrwiłość i podnosi ciśnienie krwi.

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

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

Zastępuje w licznych przypadkach tamponadę po operacjach. Wstrzymuje krwawienie z nosa.

Renoform-Proszek na katar nosa (mixtum 1:2000), łagodzi utrudnione oddechanie nosem, leczy objawowo katar nosa, obrzmienie 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.

Nowo-karlsbadzka kuracya nowo-karlsbadzkie kryształy

Nowo-karlsbadzkie kryształy

Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materji, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptecę E. TREUTLERA

Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZPŁATNIE.

URODONAL

CHATELAIN

URODONAL

Szatelen

rozpuszcza
kwas moczowySprzedaż we wszystkich
aptekach.Trzy łyżeczki od herbaty dziennie,
każdą w szklance wody.**W ostrych chorobach:**

3 łyżki stołowe dziennie.

Przeciwwskazania nie ma.

Próby i broszury wysyła się p. lekarzom bezpłatnie.
Z żądaniami zwracać się pod adresem: p. Jan Miuraur Moskwa, Stołeczny per. Nr. 6.

Lecithinum Ovi Magistri Klave

(granulatum)

$$C_{44}H_{90}NPO_9$$

$$- C_{12}H_{22}O_{11}$$
Granulki z chem. czystej lecytyny żółtka (cholinowego esteru kwasu dwustea-
rynoglicerynofosforowego) z dodatkiem cukru.W opakowaniu po 100 gr. z aluminiową miarką, za-
wierającą po 0,05 gr. chem. cz. lecytyny.Zaleca się przy upadku odżywiania, słabym rozwoju,
we wszelkich cierpieniach, pozostających w związku
z utratą energii komórkowej i t. p.

Próbki
i literatura są
na usługi
PP. Lekarzy.

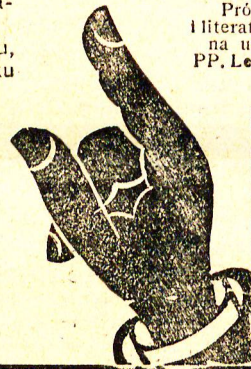
POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.



PRACOWNIA ROENTGENOLOGICZNA

D-ra S. Rubinrota

Graniczna 8. Telef. 103-58

Godziny przyjęcia od 5 — 7 pp.
i na zamówienie.Instrumentarium nowoczesne. Zdjęcia
momentalne. Aparat przenośny.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyń-
skiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jasielowicza, Na-
tanson, Neugebauera, Reutta, Rytki, Staniszweskiego,
Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera.

Przyjmuje za opłatą od 2½ do 6 rs. dziennie. Sala porod-



Flakon
Kop. 85.
Duży
flakon
Rb. 1
kop. 50.

Bezsprzecznie
najdoskonalsze
płukanie