

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 32.

Warszawa d. 12 sierpnia 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronicy 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. Metzł 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: Znaczenie teorii w praktyce lekarskiej, podał A. Kędziński (Serock). W sprawie zapaleń wyrostka robaczkowego ze stanowiska internisty, podał J. Goldbaum (Dokończenie). — STRESZCZENIA. *Medycyna teoretyczna*. 136. Jäger Thor. O wpływie zwoju Keith-Flacka na rytm serca. 137. Loeper M. O wydzielaniu wewnętrznym żołądka. *Medycyna wewnętrzna*. 138. H. Lüdke i J. Sturm. Białkomocz ortotyczny w gruźlicy. — WIADOMOŚCI DROBNE. — XI-ty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, podał J. Zawadzki. (Ciąg dalszy). — BIBLIOGRAFIA. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Znaczenie teorii w praktyce lekarskiej.

Podał

A. Kędziński (Serock).

(Rzecz odczytana na zjeździe lekarzy prowincjonalnych Król. Polskiego w Łodzi dn. 4 VI 1911 r.)

1) Pochłonięcie umysłowości lekarza przez powagi naukowe podczas studyów i w późniejszej praktyce.

2) Stopniowa zmiana teorii pod wpływem gromadzącego się w umyśle materiału.

3) Sceptycyzm lekarza i przyczyny tegoż.

4) Naukowy krytycyzm lekarza i jego ideały naukowo-praktyczne.

5) Dystrybucya—powinowactwo leków do pewnych tkanek.

Uważny obserwator życia lekarzy na prowincyi zauważyć musi, że każda okolica kraju posiada w pewnym promieniu tak zwane gwiazdy, którym reszta lekarzy składa daninę ze swej samodzielności naukowo-lekarskiej i podporządkowuje swoje obserwacje teoryom, głoszonym przez owe powagi.

W jednej okolicy kraju wszelkie zakaże-

nia leczą dużymi dawkami swoistych jakoby surowic, w drugiej, odmawia się surowicom prawa obywatelstwa; w innej znów każde zakażenie położowe z urzędu traktuje się przemywaniem jamy macicznej chinozolem lub jodyną; gdzieindziej w każdej niedrożności jelit stosuje się atropinę podskórnie; to znów wszelkie bóle nadbrzusza i krzyża przyjmuje się za nerwobóle i stale przypala się żegadłem; w dławcu błoniczym zastrzykiwania mięśniowe zamiast skórnych mają wyprzeć zupełnie potrzebę tracheotomii. Pewne u sposobienie do takiego lub innego traktowania cierpienia jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, bardzo ułatwia pracę zawodową, ale niewolnicze trzymanie się całych grup lekarskich pewnych środków i rękoczynów nadaje charakter leczeniu lokalnemu i powstrzymuje rozwój samej wiedzy doświadczalnej. Jest to dalszy ciąg tego przemożnego wpływu na umysły, jaki wywiera ze szkodą dla nauki powaga. Medycyna, jako zbiór wiadomości, płynących z doświadczenia, przedstawia dla adeptów tejże chaos, przygniatający swym ciężarem faktów. Fakty są wprawdzie powiązane niemi teoryi, ale samych teoryi istnieją tysiące, przy tem najczęściej wyłączają się one wzajemnie. Do tego dodać należy niezgodność teoretyczną profesorów fakultetu w dziedzinach identycznych albo pokrewnych, co wyprowadza z równowagi słuchaczy medycyny lub, co gorsza, odrazu w uniwersytecie dogmatyzuje umysły i przyłącza do stronnictwa tego lub owego profesora. Żywo w pamięci stoi mi antagonizm katedry anatomii patologicznej z jednej, a patologii ogólnej z drugiej strony; anatomo-patolog za *causa efficiens* zmian organicznych uważał pierwotne zaburzenie odżywiania, patolog zaś zaszczycił przedewszystkiem swą uwagę czynność narządów i nazywał ją *causa prima*. Zawziętość obozów dochodziła do *maximum* w czasie egzaminów, kiedy student otrzymy-

wał niedostateczny stopień, jeżeli zdradził się niebacznem słowem, że podziela pogląd przeciwny.

W dalszej działalności ten sam los przypadał początkującym lekarzom w oddziałach szpitalnych; lekarz spotykał się nie tylko z zamkniętą odrębną metodą, ale, co gorsza, z nihilizmem leczniczym, potępiającym ryczałtem wszelkie zabiegi przy łóżku chorego.

Z oddziału lekarz wydostawał się na szerszą arenę działalności, gdzie znów i ze względów intelektualnych, a częściej praktycznych hołdował wybitniejszej sile swego środowiska lekarskiego.

Znałem lekarza z dużą praktyką, którego wpływ na chorych rozciągał się na kilka sąsiednich powiatów; ten po wynalezieniu sondy żołądkowej tak się zapalił do nowego rękoczynu, że każdemu drugiemu pacjentowi przemywał żołądek (sam przyznawał się do 22,000 przemyć), i temu zabiegowi przypisywał swoje powodzenie. Przemywał więc we wszelkich zaburzeniach żołądka, kiszek, w zapaleniu nerek, anemii, nawet w krwotokach żołądkowych, twierdził nawet, że przemycie ułatwia częstokroć rozpoznanie ukrytego zapalenia płuc.

Tenże lekarz dowodził, że w durze zapalenie nerek jest objawem, rokującym wyzdrowienie szybkie; tłumaczył on to samoobroną ustroju, gdyż bakterye przez nerki porzucają organizm.

Uleganie młodszych lekarzy modnym teoryom jest więcej kategorią psychologiczną, aniżeli teoryo-poznawczą. Przyjęcie teoryi, powszechnie uznawanej, usuwa dręczącą wątpliwość, a skoro wierzenie stało się trwałem, zadawała nas w zupełności. Przyjąwszy raz daną teoryę i metodę, lekarz uporczywie odrzuca wszystko, co się jej sprzeciwia. W ten sposób ustala się „metoda powagi”. Nikomu nie wolno wierzyć inaczej,

tylko tak, jak jest nakazane. Wszyscy prawie tutaj obecni pamiętamy zachwyty nad skutecznością tuberkuliny, kakodylanu sodu. Przez 3 lata we Francji woda morską leczyła wszystko, zaczynając od gruźlicy, a kończąc na pryszczycy. W Niemczech metoda BIERA święciła tryumfy. Przed 2 laty posiadał nieocenione właściwości atoksyl.

Rad, RÖNTGEN, SUROWICA MARMORKA, MENDEL OWSKIE wlewanie mentolu do tchawicy—oto etapy poszukiwań nowych dróg, ale też i niewolnictwa tłumy lekarskiego u kilku lub kilkunastu gwiazd, otoczonych nimbem reklamy i modnych haseł.

Brak filozoficznego wykształcenia wśród ogółu lekarzy, nieznajomość historii medycyny jest tym gruntem, na którym chwasty rzekomo naukowe plenią się obficie. Statystyka zaś jest tylko szeregiem liczb, które każdemu pogładowi choćby najfałszywszemu torują drogę i dopomagają do tworzenia nowych systematów. Stytystyka w umysłach niekrytycznych przynosi jedynie szkodę.

Stopniowa zmiana teorii pod wpływem gromadzącego się w umyśle materiału.

W miarę jednak gromadzącego się materiału klinicznego, w miarę pomnażania się przypadków, których lekarz nie jest w możności wcisnąć w ramy narzuconego lub stworzonego przez się systemu—powstaje zwątpienie w uznane powagi i poszukiwanie nowych dróg.

W okresie takiego przełomu umysł bardzo ostrożnie przygląda się nowinkom, porównywa nowe teorie ze zdobytem doświadczeniem, sprawdza na własnym materiale cudze pomysły i bardzo ostrożnie wnioskuje.

Każdy z nas dobrze pamięta ten okres. Dla ilustracji pozwałam sobie poprzeć odpowiednimi przykładami z własnych przeżyć.

Każdy napad mocznicy uważany był za zatrucie całego ustroju, a w szczególności

mózgowia przez niedomogę nerek wraz jednoczesnym białkomoczem.

Niekiedy jednak ogromnie ciężkie napady mocznicy obserwujemy przy m i n i m a l n e j i l o ś c i b i a ł k a, i naodwrot, ludzie z nieprawdopodobnymi ilościami białka w moczu (40¹/₁₀₀) czują się niekiedy podmiotowo zupełnie dobrze. Następnie trudność w ocenieniu znaczenia białkomoczu wykazują przypadki, gdy zdrowa nerka wydziela białko przy równoczesnej gruźlicy drugiej nerki, i objaw ten znika bezpowrotnie dopiero po usunięciu chorej nerki.

W dziedzinie ginekologii szukano przyczyny niepłodności w zwięźeniu szyi macicznej; gwałtownie rozszerzano całymi tygodniami na tępo, a czasami i drogą krwawą. Gdy w przeważnej liczbie przypadków zabieg okazał się nieskutecznym, przychodzono do prostego wniosku, że przyczyny niepłodności należy szukać gdzieindziej, boć, jeżeli krew miesięczna przechodzi bez bólu przez rzekomo zwięźony kanał, to nasienie tem łatwiej przejść może.

Wśród powodzi kazuistycznej zjawia się krytycyzm, który polega na tem, aby określić granice poznania w danych warunkach wiedzy i oddzielić przedmiotowe czynniki poznania od podmiotowych. Należy przytem pamiętać, że ostatecznie prawa ogólne, do których umysł dochodzi drogą abstrakcyi, nie mają bytu realnego, lecz są jedynie sztucznymi konstrukcjami myślowymi, utworzonymi w tym celu, aby otrzymać harmonijny pogląd na całość zjawisk, zachodzących w ustroju chorym.

Gdy spotykamy się z konstrukcją i ze zjawiskiem, które zostają z sobą w sprzeczności, nie możemy zmienić zjawiska, lecz konstrukcję. PEIRCE powiada: prawda niema jednego oblicza, któreby się dało ująć w obrazie jednorazowym i utrwalić raz na zawsze. Jest ona wielolica i wielobarwna, jak życie,

zmienna, jak dzieje. Prawda dzisiejsza będzie tylko połową prawdy jutro, jej cieniem za sto lat.

Dla przykładu uprzytomnijmy sobie na chwilę metodę leczenia sławnego klinicysty z przed 70 laty Jędrzeja ŚNIADECKIEGO, który świecił na firmamencie naszej nauki pierwszorzędnym światłem i stworzył koło siebie szkołę praktycznej medycyny.

Adam WRZOSEK w monografii Jędrzeja ŚNIADECKIEGO z osiemdziesięciu kilku h i s t o r y i c h o r ó b z kliniki ŚNIADECKIEGO podaje siedm, z których niektóre pozwałam sobie przytoczyć.

Pleuropneumonia. Chory, 15-letni chłopiec, w trzecim dniu choroby miał puszczoną z ręki krew w ilości 240 gramów i dostał kalomel po 0,12 co 2 godziny proszek. Czwartego dnia rano tętno było 140, i wobec tego puszczono znowu 180 gm. krwi. Wieczorem tętno spadło do 120, i chory skarży się na upadek sił. Wtedy dano mu zaraz emetyk. „*Tartarus stibiatus miserum salvavit*” pisało się w klinice ŚNIADECKIEGO. Dziś zaś obok terapii dyetytycznej pilnowalibyśmy serca bez puszczania krwi, kalomelu i emetyku.

Inny przypadek „*larvngo - tracheitis*”, prawdopodobnie błonica, był leczony emetykiem, i chory umarł. Dziś stosowałibyśmy seroterapię.

Wreszcie w innym przypadku, w „*historia plicae*” dowiadujemy się, że u kobiety lat 46, która od 6 miesięcy nie ma regularności i od 6 miesięcy czuje się chorą (nie może pracować, odczuwa bóle nieokreślone, miewa bóle głowy i t.d.), rozpoznano w klinice ŚNIADECKIEGO „*diathesis plicosa*”, i polecono jej zapuścić kołtun. Mybyśmy dziś rozpoznały „*clima. cterium*” A wszak ŚNIADECKI był pierwszym w Polsce lekarzem, który stworzył systemat, oparty na pewnym fundamencie, którego poglądy pokrewne były myślom o patologii CHALUBIŃSKIEGO, a dzieło jego

„Teorya jestestw organiczniczych” w przekładach obcych wywarło niemały wpływ na uczonych niemieckich, zwłaszcza na Jana MÜLLERA, uważanego zatwórcę dzisiejszej biologii.

Sceptycyzm lekarza i przyczyny tegoż.

Młody adept medycyny, gubiący się w chaosie materyału klinicznego i zmieniających się w jego oczach teorii, zarzuca medycynie częstą zmianę poglądów, zatracca poczucie wartości wiedzy stosowanej i częstokroć wpada w stan rozpaczliwej beznadziejskości. Zapomina jednak, że scholastycy trzymali się uparcie pewnych teorii i wstrzymywali w ten sposób wszelki postęp. Zjawiska patologiczne tak są skomplikowane, że medycyna zadawałać się musi prawdami częściowemi, które podlegają uzupełnieniom i przeróbkom. Główną metodą medycyny jest obserwacya. Jest to jedna z najtrudniejszych rzeczy. Zwykle zauważa się zjawiska nie takimi, jakimi są, ale tak, jak o nich myślimy. Mając dany pewien splot objawów chorobowych, lekarz wnioskuje o zmianach anatomo—patologicznych, ztąd wnioskuje o przyczynach chorobotwórczych (patogeneza), a wreszcie o przyczynach dalszych (etiologia). To pogłębianie lekarskiego wnioskowania przedstawia historia medycyny.

Ale nietylko z powodu braków naukowej medycyny wyradza się sceptycyzm lekarza, są powody również i praktycznej natury.

Od lekarza chory wymaga powrotu do zupełnego zdrowia (*restitutio ad integrum*), żąda tego natychmiast, jednym słowem, żąda cudu. Naglony lekarz wynajduje w swym arsenale coraz nowe środki, kombinuje je, sprawdza działalność tychże niemal co godzina, a pomimo to wszystko ustrój pozostaje głuchym na jego zabiegi. Wreszcie lekarz zadawała się leczeniem objawowem i tak przywyka do metody najmniejszych oporów, że zapomi-

nać się zdaje o naczelnej zasadzie powrotu zdrowia.

Rozpoznanie stawia kompromisowe, z małą furteczką do cofnięcia się w odpowiedniej chwili. Działalność, trwająca całymi latami, staje się drugą naturą, i lekarz, zniewolony okolicznościami, brnie dalej w powodzi szablonu, zaczyna się krytyka w czambuł zdobytej wiedzy i potępienie jej przez samych jej adeptów.

Lekarzy, nie doznających zadowolenia moralnego z uprawiania swej sztuki, mamy wśród siebie całe legiony.

Jesteśmy świadkami niestosunku terapii do wspaniałego rozkwitu medycyny w ostatnim wieku. Setki tysięcy przetworów, kryjących przeważnie identyczne leki, znamionuje mimo swej pstrej obfitości zupełną bezużyteczność jednej z najważniejszych dziedzin działalności lekarskiej, bo dziedziny lecznictwa.

Czy jednak lecznictwo w świetle dzisiejszych pojęć anatomopatologicznych i farmakologicznych jest pozbawione cech swoistości? Żeby na to odpowiedzieć w krótkim referacie, przypomnę ostatnie prace chemoterapeutyczne EHRLICH, które otwierają przed medycyną zupełnie nowe horyzonty działania i poszukiwania. Wszak EHRlich i cała jego szkoła na drodze farmakologicznej dąży do niszczenia żywych drobnoustrojów chorobotwórczych w samym ustroju. Do pewnego stopnia udało się wytworzyć preparat, który ma szczególne powinowactwo do krętka i świdrowca z grupy pierwotniaków (*spirochaete et trypanosoma*). Od czasów PASTEUR, próbowano za pomocą substancji chemicznych zabijać drobnoustroje chorobotwórcze dla ludzi i zwierząt. Na tej drodze powstało odkażanie. Gdy jednak doświadczenia z próbówki chciano przenieść na ustrój żywy, napotkano na nieprzewyżnione trudności, gdyż nie osiągnięto nawet

doszczętnego wyjałowienia rąk przed zabiegami operacyjnymi, a cóż dopiero mówić o odkażaniu wewnętrznym np. przewodu pokarmowego. Okazało się bowiem, że znaczna liczba środków odkażających wchodzi z białkami i sokami ustroju, zawierającymi białko, w luźne połączenia, a nie działa na drobne ustroje chorobowe, zagnieżdżone w ustroju. Dawka sublimatu napewno zabójcza dla wąglika w próbówce, staje się zabójczą dla zwierzęcia, a pomimo to prątki węglkowe rozwijają się dalej.

Otóż EHRlich doszedł do przekonania, że należy odstąpić od zasady wynalezienia środka, zabijającego równocześnie wszystkie gatunki drobnoustrojów chorobotwórczych, a ograniczyć się do szukania środków swoistych, działających tylko na pewne mikroby. Zwrócił się więc do grupy pierwotniaków (*protozoa*), opierając swe poszukiwania na empiryi ludowej, która stosuje chininę od wieków przeciw pasorzytom zimnicy (*haemoplasmodia malariae*).

Taż sama medycyna ludowa stworzyła leczenie kiły rtęcią, a odkrycie krętka bladego z grupy pierwotniaków (*spirochaete pallida*) przez SCHAUDINNA i HOFFMANA i prace wrocławskiego syfilidologa NEISSERA udowodniły, że rtęć działa istotnie swoiście leczniczo w kile.

Dalej, aby środek działał bakteryobójczo w ustroju, trzeba, aby lek wiązał się z drobnoustrojami na drodze powinowactwa chemicznego, co EHRlich wyraził przez formułę: „*Corpora non agunt, nisi fixata*”.

Dalej przyjrzyjmy się choć w zarysie, jakie horyzonty dla zrozumienia spraw chorobowych otwiera przed umysłem lekarza teoria anafilaksyi (nadwrażliwości) i odporności. Na wprowadzone bakterye lub ich jadowite wytwory odpowiada ustrój reakcyą; wytwarza niweczniki albo przeciwciała. Są to ciała dla danego wywoływacza swoiste. Anty-

gen (wywoływacz) toksyczny wywołuje w ustroju antytoksyny (przeciwjady), antygen białkowy (praecipitinogen) — precypityny, krwinki czerwone — hemolizyny, bakterye — bakteryolizyny.

Według EHRLICHA, komórka ustrojowa posiada niezliczoną liczbę chwytników (*receptores*), które mają swoiste powinowactwo do pewnej materii obcej. Komórka chwytnikami swymi wiąże antygeny, ale prócz wiązania antygenów sama wytwarza tych chwytników więcej znacznie, i te wolne chwytnik, krążą w cieczach ustrojowych i, gdziekolwiek zetkną się z antygenami, również wiążą je zobojętniają.

Dla przykładu weźmy sprawę gruźlicy, jak przedstawia się ona w świetle teoryi anafilaksy i odporności. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że obraz gruźlicy, gdziekolwiek ona się rozwija, jest bardzo zmienny polepszenia i pogorszenia następują po sobie naprzemian bez widocznych powodów zewnętrznych. Otóż anafilaksja przedstawia pierwszy stopień ku uodpornieniu. Z początku ustrój na jady tuberkuliczne odpowiada podwyższoną czułością na najmniejsze dawki jadu; mamy wtedy zatrucie ustroju anafilatoksyną. Jednakże z czasem gromadzą się niweczniki, które wiążą stopniowo anafilatoksynę. Przewaga jadu anafilaktycznego lub niweczników decyduje okierunku walki ustroju i stwarza polepszenia lub pogorszenia. Dla medycyny praktycznej teorya ta ma nieocenioną wartość, gdyż nie tylko dopomaga do orientowania się w danym konkretnym przypadku, ale pozwala przewidywać wyniki walki ustroju i daje wskazówki postępowania lekarskiego przez zastosowanie minimalnych dawek tuberkuliny w celu uodpornienia.

Teorye powyższe, zbudowane nader wspaniale, korzeniami swymi sięgają jednak grubej empiryi medycyny ludowej (zimnica i kila). Dziś empirya ta, ujęta w formułę ści-

ślą, staje się kopalnią nowych środków leczniczych w umysłach lekarzy. Jesteśmy w przededniu odkrycia swoistych środków przeciw mikroorganizmom roślinnym i swoistego leczenia chorób zakaźnych. Nadzieja ta powinna wyrwać wielu z nas z objęć nihilizmu terapeutycznego i pobudzić do szukania na drodze empiryi środków swoistych, wytłumaczenie działania których przyjdzie z czasem, jak przyszło dziś dla chininy i rtęci. Teni sam sceptycyzm odmawia wodom mineralnym leczniczego działania, poprawę składając na czynniki uboczne. Rozumiem, że dużo jest powodów do zniechęcenia dla wód mineralnych. Nie działają zachęcająco te szumne publikacye, gdzie lit, arsen lub żelazo, a w braku nich sód muszą spełnić wszystko to, czego organizm w danym przypadku potrzebuje, a więc podnosić utlenianie tkanek, regulować wydzielanie soku żołądkowego, zarówno hamując, jak przyspieszając, pędzić żółć i mocz. Od czasów VANT HOFFA i ARRIENIUSA czynią to wszystko jony pomienionych składników. Tym sposobem prócz raka i gruźlicy źródła mają być skuteczne we wszystkich cierpieniach. Czy jednak mamy uzasadnienie lekceważenia wód mineralnych? Przypuśćmy nawet, że wody mineralne nie odgrywają żadnej roli chemicznej, że wpływ Krynicy lub Francensbadu nie polega na zawartości 0,0035 żelaza w litrze. Teoretycznie jest nieracjonalne dodawanie zasadowych wód do soku żołądkowego, pozbawionego kwasu, jak również żadne alkalia nie mogą rozpuszczać kwasu moczowego. Tymczasem paruwiekowa obserwacya wykazuje dobroczynny wpływ wód mineralnych na ustrój, mimo paradoksalności zarówno nadkwaśność, jak podkwaśność leczy się wodami zasadowymi, i nie tylko zasadowe, ale wszelkie mniej więcej podobnie złożone wody, jak Kissingen, Karlsbad, Vichy, działają jednako.

Jesteśmy, zdaje się, na drodze odkrycia

nowych czynników poza własnościami szczególnych mineralów. Czy obecność radu dozna losu „litu” lub „ciśnienia osmotycznego”, przyszłość niezadługo wykaże.

Dziś wielu balneologów skłania się ku temu, że wody mineralne pobudzają krążenie krwi, rozrzedzają soki i przepłukują ustrój. Czynnikiem rozstrzygającym ma być szybkość i jakość chłonięcia.

Działanie wód porównywiają do wywoływania przekrwienia, które ujął w system BIER, a dawniej stosowaliśmy je jako rozcieńczenia, okadzania, obwijania wata, wełną, okłady Priessnitzowskie.

Działanie wód porównywiają do puszczania krwi, które było stałą metodą jeszcze przed 60 — 70 laty. Działanie wód porównać można do kuracji głodowej, do systematycznego przeczyszczania i t. d.

Teorię EHRLICHA, anafilaktyczną i wreszcie rewizję pojęć leczniczych przy stosowaniu wód mineralnych przytoczyłem dla uwydatnienia faktu, że sceptycyzm lekarza nietylko dziś, ale w każdym okresie jest nieuzasadniony. Leczyć można z dobrym skutkiem zawsze, bo e m p i r y a dostarcza nam ciągle nowych sposobów i środków lekarskich. Należy tylko nie zapominać, jaką rolę spełnia w lecznictwie każdy z c z y n n i k ó w, innemi słowy, nie przypisywać przesadnego znaczenia czynnikom, przez nas poleconym i wybranym.

Fakty kliniczne dziś i przed laty istniały zupełnie identyczne — dawniejszy lekarz stosował środki podobne do naszych, nadawał im tylko inną formę i nazwę, objaśniał zupełnie inaczej, stosownie do pojęć podstawowych biologicznych i anatomo-patologicznych, ale i s t o t a z a b i e g u p o z o s t a w a ł a p o d o b n ą. Umiejętność wyboru środka, sposób stosowania odpowiedniego, a przede wszystkim miara odpowiednia stanowią o skutecznej i celowej dzia-

łalności lekarza. Lekarz, który posiada ową miarę i pamięta o granicy, której przekroczyć mu wiedza dzisiejsza nie pozwala, nie ma powodu uskarżać się na swój zawód.

Naukowy krytycyzm lekarza i jego ideały naukowo praktyczne.

W końcu przechodzę do nakreślenia choć pobieżnego ideałów lekarza praktyka. Zapewne, ideały w lecznictwie będą też same dla lekarza wielkomiejskiego, jak i wiejskiego, ale prostota życia prowincyi, poziom intelektualny środowiska, brak urządzeń pomocniczych stawiają lekarza na prowincyi w cokolwiek odmiennej roli przy wyborze środków lekarskich.

Przedewszystkiem musimy sobie przypomnieć, że w lecznictwie środków zupełnie nieszkodliwych prawie że niema, przeto w praktyce należy brać w rachubę dokładnie stopień szkodliwości leku; w myśl zasady „*ex duobus malis minima eligere debet*” należy porównać szkodliwość dla ustroju, wynikającą z choroby, ze szkodliwością leku; i wybrać stopień szkodliwości mniejszy. Pewien procent szkodliwości naszych zabiegów, to pewne ryzyko zostanie naczelną zasadą leku obniżanie ryzyka stanowi o postępie. Wszak uspienie chloroformowe samo przez się zabierało dawniej znacznie więcej ofiar, a i dziś niektóre jednostki są narażone na niebezpieczeństwo. Wszak chirurgia zeszlaby do zera, gdyby postawiono chirurgom żądanie, aby w chorobach, n e g r o ż ą c y c h ż y c i u, stosowali tylko takie zabiegi operacyjne, które wcale nie są niebezpieczne.

Przyzwyczajaliśmy się zanadto do myśli, że operacja zawsze może mieścić w sobie niebezpieczeństwo, gdy lekarstwo ma stanowczo nigdy nie szkodzić. Lepiej jest ponieść pewne ryzyko, aniżeli uprawiać nihilizm terapeutyczny.

Następnie zaczęliśmy zbyt pośpiesznie zarzucać stosowanie złożonych środków, którymi nasi poprzednicy operowali może zbyt hojnie. Codzienna jednak obserwacja uczy nas, że dany lek podstawowy działa skuteczniej, jeżeli go przepisujemy równocześnie z innymi pomocniczymi.

Chinina działa mocniej, jeżeli ją podajemy wraz z błękitem metylenowym lub w połączeniu z małymi dawkami makowca. Teorya EHRLICHA tłumaczy nam pożytek z kombinacji leków: działamy odrazu z różnych stron doszczętnie zabójczo na pasorzyty, nie dopuszczamy do ich uodpornienia wobec leków — innymi słowy (chwytniki) niweczniaki leków łączymy z możliwie najwyższą liczbą chwytników komórek (dla każdego leku osobne chwytniki komórkowe).

Ta sama teorya EHRLICHA objaśnia nam działanie lecznicze środków, które wysunęła naprzód empirya.

Dystrybucya—powinowactwo leków do pewnych tkanek.

Doświadczenia BENDYEGO i JACOBYEGO wskazują, że kwas salicylowy ma szczególne powinowactwo chemiczne do stawów, że swoiste działanie tego środka w gościecu polega na wspólnem powinowactwie salicylu i do stawów i do pasorzytów, chorobę wywołujących. LOEB i MICHAUD wykazali powinowactwo chemiczne jodoformu do gruźliczo zmienionych części ustroju.

Badania NENCKIEGO i SCHOUOWA wykazały wypieranie chloru przez brom.

Z drugiej strony teorya EHRLICHA tłumaczy nam odporność pewnych narządów ciała wobec pewnych leków. Komórki ustroju przestały reagować na lek, czyli przestały wytwarzać nowe chwytniki swoiste dla danego leku; zmniejszyła się „aviditas” tkanki dla danego leku.

Biorąc za punkt wyjścia trzy pomienione zasady względnej wartości leków, kombinowanego stosowania ich i swoistości dla pewnych tkanek, przychodzimy do wniosku, że ideałem lekarza praktyka będzie szybkość działania leków, ściśle określone dawkowanie i prostota zastosowania.

Do tego każdy praktyk zdąży, a rozwinęta w tym kierunku samopomoc dochodzi do niezrozumiałej dla praktyka wielkomiejskiego wprawy.

Ta samopomoc i sposoby przepisywania zabiegów częstokroć są opacznie rozumiane przez medycynę większych środowisk; zarzuty stawiają nam za nadużywanie smarowań, rozcierań, zawijań, okładów z prażonej i nieprażonej kaszy; wszak to nic innego, jak okład PRIESSNITZA pod ceratką żółtą z apteki, jak masaż w bólach gośćcowych i w nerwobólach, jak przekrwienie BIERA i t. p.

Okład z gliny jest pierwowzorem stosowania płynu BOUROWA. Tamowanie krwotoków wewnętrznych, a w szczególności płucnych przez zaciskanie kończyn zyskało sobie powszechne prawo obywatelstwa i teoretyczne uzasadnienie.

Puszczanie krwi w zapaleniu nerek daje doskonale i szybkie wyniki.

Gdyby nadzieje, pokładane w metodzie EHRLICHA, wyszukiwania swoistych leków w chorobach zakaźnych dopisały, tobyśmy rozwiązyli nietylko sprawę radykalnego leczenia chorób zakaźnych ale to leczenie sprowadzilibyśmy do wielkiej prostoty i skrócilibyśmy czas leczenia do *minimum*.

Ale nietylko prostota leczenia pociąga dzisiejszego praktyka—poszukuje on także i prostoty badania.

Dla wymierzalności siły serca i naczyń stosowano i wyszukiwano najrozmaitsze zawile metody; lekarz prowincjonalny z Łucka POZOBUT podaje prosty sposób, opierający metodę na różnicy ciepłoty zewnętrznej



Dragées

LECITHINI-ovo à ,005

Lecytyna — organiczy związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwu stearinoglicerino-fosforowego) 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, podupadłym 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.

Warsz. Tow. Akc.

„**MOTOR**”

Marszałkowska 23

poleca

własnego wyrobu:

Glicerofosfat

ziarnisty z żelazem,
z lecitiną.

Piperazinę

musującą.

Kola

granulowane.

MACZKA

NESTLÉ

MLECZNA

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

SKŁAD GŁÓWNY

Wód Mineralnych Naturalnych

O R A Z

Soli, ługów, szlamów i pastylek

przy APTECE

M. KUCHARZEWSKIEGO

Mergal

Hydrarg. cholicum oxydat. 0,95—Tannalbin 0.1)

Nowe Antisyphiliticum do użytku wewnętrznego.

Mergal działa również energicznie, jak leczenie wcieraniami, lub wstrzykiwaniami za pomocą rozpuszczalnych soli Hg;

Mergal znosi się w większych dawkach szybko się wchłania i wydziela, nie wywołuje żadnego działania ubocznego. Kuracja Mergalem jest ze wszystkich sposobów leczenia syfilisu najprostszą, najwygodniejszą i najprzyjemniejszą, można ją wszędzie dyskretnie przeprowadzić.

Wskazania: Choroby syfilityczne i parasyfilityczne.

Dawka: 3 razy dziennie po 1 kapsułce, zwiększając do 4—5 razy dziennie po 2 kapsułki (0,05—0,1 pro dosi, 0,3—0,5 pro die).

Pudełka oryginalne po 50 kapsulek.

Gonosan

Według orzeczenia przeszło 120 autorów

Wybitny środek balsamiczny w leczeniu rzeżączki.

zawiera składniki działające Kawa-Kawa w połączeniu z najlepszym wschodnio-indyjskim olejkiem santalowym.

Gonosan zmniejsza wydzielinę ropną, uśmierza ból zależny od sprawy rzeżączkowej i zapobiega powikłaniom.

Dawka: 4 — 5 razy dziennie po 2 kapsułki po jedzeniu.

W oryg. pudełkach po 50 i po 32 kapsułki

Próby i literatura na żądanie pp lekarzy gratis

J. D. Riedel A. G., Berlin N. 39.

ACIDOL

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

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

Do leczenia podagry polecamy
Due pastylki Acidolu po 2 grammy.

Lecithina „Agfa”

Chemicznie czyste Lecithin ex ovo w postaci substancji, pigułek lub wstrzykiwan.

Próby i literaturę na żądanie

Action - Gesellschaft für Anilin - Fabrikation
Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36

trzej i w odbycie. Sposób łatwy w wykonaniu oddał mi osobiście cenne usługi w rokowaniu wątpliwych przypadków niedomogi serca—choć trzeba przyznać, że wypróbowany na większym materiale nie został; wspominał o nim dla ilustracji wyszukiwania prostych metod badania.

Wiemy również, że dawniejsi lekarze w celach rokowania w gruźlicy uciekali się do wywoływania ran skóry; z szybkości gojenia się wnioskowali o żywotności i odporności tkanek.

Krótkość czasu nie pozwala mi na przytaczanie przykładów, że obserwacja lekarska, samopomoc, wnikanie w istotę medycyny ludowej jest niewyczerpanym źródłem wniosków, nowych oświeleń, które należałoby komunikować sobie wzajemnie jaknajczęściej, segregować i oświetlać nowe spostrzeżenia krytycznie. Empirya wtedy nabierze właściwej oceny i coraz częściej będzie zostawiała na przetaku medycyny naukowej niejedno zdrowe ziarno.

W sprawie zapaleń wyrostka robaczkowego ze stanowiska internisty.

podał

J. Goldbaum.

(Rzecz odczytana na posiedzeniu gastrologicznym W. T. L. w kwietniu 1911 r.)

(Dokończenie).

Już w r. 1890 w klinice SAHLIEGO rozpoznawano natężenie sprawy zapalnej w wyrostku robaczkowym przez określenie leukocytozy.

W r. 1901 CURSCHMANN, opierając się na obserwacji znacznej liczby przypadków, rozpo-

znaje ropienie w zapaleniu wyrostka, gdy leukocytoza sięga 25,000. Rozróżnia on 3 typy zapaleń:

1) przypadki lekkie, gdy niema zwiększonej leukocytozy lub jest ona nieznaczna i przemijająca.

2) przypadki cięższe, lecz bez ropienia, gdy leukocytoza nie przekracza 20,000.

3) przypadki ciężkie, przebiegające z ropieniem i wymagające operacji, gdy leukocytoza sięga 25,000.

W ślad za ukazaniem się prac CURSCHMANNA zaczęto sprawdzać jego wnioski. W większości przypadków stwierdzono ich prawdziwość, nie brak jednak było wyjątków, w których pomimo braku hyperleukocytozy stwierdzono następnie znaczne ropienie, które doprowadziło do zejścia śmiertelnego.

Następnie SONNENBURG i jego uczniowie na zasadzie 1000 spostrzeganych przypadków doszli do następujących wniosków:

„Bardzo ciężkie przypadki, przebiegające nawet bez ropienia, dają wybitną leukocytozę. Dla celów leczniczych fakt ten jest ważny, gdyż i w tych przypadkach nie można liczyć na szczęśliwy wynik bez operacji. Znaczna leukocytoza jest raczej oznaką ciężkiej sprawy zapalnej, niż rzeczywistym dowodem ropienia, chociaż w większości przypadków przy wybitnej leukocytozie dochodzi do tworzenia się ropnia”.

Według spostrzeżeń SONNENBURGA i jego uczniów zwłaszcza FEDERMANA i KOTHEGO, rozróżnić można następujące kategorie zapaleń:

1) lekkie przypadki wykazują wzmożoną leukocytozę tylko w ciągu 1—2 dni, ta zaś szybko mija wraz z poprawą wszystkich objawów.

2) Cięższe przypadki: leukocytoza wybitna, pozostająca na tejże wysokości lub wzmagająca się do 20—30,000 i wyżej.

3) Bardzo ciężkie przypadki: z początku

bardzo wybitna leukocytoza, następnie brak jej wskutek porażenia toksycznego czynności szpiku kostnego.

A zatem mała liczba leukocytów przy ciężkich objawach klinicznych (bardzo szybkim tętnie) jest wyrazem stanu bardzo groźnego, zarówno przy wysokiej ciepłocie, jak przy niskiej.

4) Jeśli sprawa dochodzi do rozlanego zapalenia otrzewny, wtedy przypadki z wybitną leukocytozą dają rokowanie lepsze, niżli z niską leukocytozą.

5) W przebiegu ropni otorbionych leukocytoza obniża się powoli do normy lub niżej normy.

6) Ponownie występujące ropienie wyraża się przez powtórne zwiększenie się leukocytozy, gdy nawet ani tętno, ani ciepłota nie dają żadnych wskazówek.

Według NAEGELIEGO³⁾ wzmożona leukocytoza jest rekcją szpiku kostnego, na którą można liczyć li tylko przy pełnej sprawności tego narządu. Ciężka sprawa zakaźna szybko prowadzi do zupełnego wyczerpania, brak więc odczynu ze strony szpiku jest objawem niepomysłnym. Leukocytoza słaba lub też szybko znikająca pochodzi bądź ze słabej zakażenia, bądź też ze zbyt ciężkiego.

Co się tyczy morfologicznego obrazu krwi, to według NAEGELIEGO w ciężkich przypadkach nie znajdujemy eozynofilowych komórek zupełnie, liczba limfocytów jest nieznaczna, prawie wszystkie komórki są neutrofilowe. Oznaką pomysłnego przebiegu jest występowanie i zwiększanie się liczby komórek eozynofilowych i limfocytów.

Jak widzimy zatem, do celów rozpoznawczych nie wystarcza jednorazowe badanie krwi. Dopiero kilkakrotne obliczanie w ciągu kilku dni może dać względne pojęcie, czy

sprawa zapalna postępuje naprzód, i jakie w przybliżeniu jest jej natężenie?

Dokładniejsze nieco pojęcie o sprawie chorobowej daje jakoby metoda badania krwi, podana przez ARNETHA⁴⁾.

Metoda ta została wprowadzona w klinice prof. SONNENBURGA. Dotyczy ona jednego gatunku białych ciałek krwi, mianowicie neutrofilowych. Punktem jej wyjścia było, że ilościowe określenie białych ciałek nie wystarcza, aby ocenić siłę zakażenia i jego przebieg. Według teorii MIECZNIKOWA w walce z zakażeniem czynną rolę odgrywają białe ciała, mianowicie leukocyty wielojądrowe, przy czem ulegają one rozpadowi. Na miejsce ich, dzięki zwiększonej czynności narządów krwi-twórczych, zjawiają się komórki młode, neutrofilowe, jednojądrowe, rozwijające się stopniowo w bardziej dojrzałe postaci o kilku jądrach. Wychodząc z tej zasady, ARNETH stworzył normalny obraz krwi dorosłego zdrowego człowieka. Obraz normalny nie jest niezmiennie stały. Nie tylko u rozmaitych osobników lecz nawet u jednego i tegoż samego osobnika, waha się on pod wpływem rozmaitych czynników czysto fizyologicznych. Jeśli zakażenie mija szybko, wtedy nie dochodzi do właściwego odchylenia obrazu krwi. Gdy jednak walka z zakażeniem trwa dłużej, liczba leukocytów wciąż rośnie, i normalny obraz krwi odchyła się na lewo. W końcu przy szybko posuwającym się zakażeniu braki nie mogą być w zupełności pokrywane, wtedy liczba leukocytów we krwi, która początkowo zwiększała się, musi się zmniejszać, podczas gdy odchylenie obrazu krwi zwiększa się lub nawet pozostaje bez zmiany. W ten sposób tłumaczą się małe liczby leukocy-

³⁾ Naegeli. „Blutkrankheiten und Blutdiagnostik“ 1908

⁴⁾ Dłuski i Rozpędzikowski. „Badania krwi wedle metody Arnetha wogóle, a w szczególności w gruźlicy“.

(Przegląd lekarski NN-ry 46, 47, 48).

tów, które spotykamy we wszystkich piorunująco przebiegających zakażeniach.

Jeśli nie w każdym przypadku zapalenia otrzewny i zapalenia wyrostka wymagane jest określanie zmian w obrazie krwi, i wystarczy zwykle obliczanie leukocytów, to w przypadkach wątpliwych, zwłaszcza przy niezwykłym zachowaniu się leukocytozy, jest ono pożądane, jako metoda pomocnicza dla poparcia rozpoznania i dla rokowania.

Ponieważ tablice ARNETHA są zbyt złożone dla celów klinicznych, metodę tę uprościł KOTHE w ten sposób, że oblicza on tylko liczbę ciałek neutrofilowych jednojądrowych, która wynosi według niego przeciętnie 6 proc. u zdrowego człowieka. W zapaleniu wyrostka robaczkowego liczba ta, jego zdaniem, może się podnieść do 65 proc. Opierając się na materyale, dotyczącym 86 przypadków zapalenia wyrostka, KOTHE wyciąga następujące wnioski:

1) Jeśli liczba ciałek jednojądrowych wynosi przeciętnie 16—20 proc., to pomimo dochodzącej do 20,000—22,000 hyperleukocytozy należy wstrzymać się od operacji. Istotnie, 4 przypadki jego zostały na tej podstawie bezoperacyjnie wyleczone.

2) Przy przeciętnej 40% i wyżej należy operować, chociażby liczba leukocytów ogólna była nieznaczna i nieproporcjonalna do ciężkości choroby (np. w jednym przypadku 8.000 leukocytów przy 56 proc.).

Zaznaczając stałą i pewną prawidłowość między obrazem krwi, liczbą leukocytów, tętnem i ciepłotą, KOTHE powiada: „W przypadkach, gdzie liczba ciałek jednojądrowych neutrofilowych wynosiła więcej, niż 40%, mieliśmy zawsze do czynienia z ciężką sprawą zakaźną, którą można było poznać również na zasadzie objawów klinicznych ogólnych i miejscowych. Kiedy liczba ta wynosiła 45%, znajdowaliśmy mniej lub więcej rozległe zapalenie otrzewny”.

Według KOTHEGO zatem metoda ARNETHA odgrywa ważną rolę rozpoznawczą, w rokowaniu. Poszukiwania swoje czynił KOTHE w klinice prof. SONNENBURGA. Z wynikami tymi nie zgadza się prof. KÜMMEL. Doświadczenia w jego klinice w szpitalu Eppendorfskim, przeprowadzone przez SCHMIDT-PFEIFFRA, nie potwierdzają wartości tej metody, jako pomocniczej, w rozpoznawaniu zapalenia wyrostka. Spostrzegano znaczną liczbę zapaleń otrzewny z powodu przedziurawienia wyrostka, w których metoda ARNETHA nie dawała żadnych wskazówek. Zdarzały się przypadki z nieznaczną leukocytozą i bez wyraźnego „odchylenia neutrofilowego obrazu krwi na lewo”, przy operacji których znajdowano zgorzel wyrostka i utworzenie się ropnia.

Według KÜMMELA ⁵⁾ cenniejsze i pewniejsze wskazówki daje określanie lepkości krwi.

Zwiększenie lepkości krwi zależne od zwiększonej liczby czerwonych ciałek występuje wogóle po obfitych utratkach wody, jakoto w przypadkach zamknięcia światła kiszki (*ileus*), którym towarzyszą obfite wymioty, lub w przypadkach zwięzienia odźwiernika z wymiotami, a zwłaszcza przy jednocześnie istniejącym sokotoku. W przypadkach powyższych zwiększona lepkość powstaje wskutek zgęszczenia krwi.

Zmniejszoną lepkość krwi spostrzegamy w przypadkach ostrej niedokrwistości, występującej po krwotokach, jak również w przypadkach przewlekłych pochodzenia rozmaitego (przewlekłe ropienie, rak ⁶⁾).

Cyfry normalne dla lepkości krwi po-

⁵⁾ K ü m m e l l (Hamburg). „Wodurch setzen wir die Mortalität der Appendicitis herab und verhüten Abscesse und Peritonitiden”? („Archiv für Klin. Chirurgie“ Bd. 92. Heft 2).

⁶⁾ C h e i n i s s e. „La valeur clinique de la viscosité du sang“. Semaine medicale 1910 Nr. 51.

dawane bywają przez rozmaitych autorów nieco odmienne. Według HIRSCHA i BECKA lepkość normalna wynosi 5,1, podczas, gdy według BENCEA dosięga 5,4, według zaś DENNINGA i WATSONA waha się pomiędzy 4,82 a 5,63. Płeć odgrywa pewną rolę. Dla kobiety sącyfry nieco niższe, niż dla mężczyzny. DETERMANN podaje dla mężczyzny 4,798, dla kobiety 4,516, Hess — 4,74 dla pierwszego, a 4,4 dla drugiej, JORNS 5,37 i 5,08.

Cenne doświadczenia dokonane zostały w klinice prof. KÜMMELA przez d-ra OEHLEOKERA przy rozpoznawaniu spraw chorobowych w jamie brzusznej. Z doświadczeń tych okazało się, że mała lepkość przemawia za krwotokiem do jamy otrzewny, podczas gdy zwiększona lepkość za istnieniem zapalenia otrzewny. Oto w przypadkach, gdzie rozpoznanie waha się pomiędzy zapaleniem wyrostka lub zapaleniem przydatków z jednej strony, a pomiędzy ciężą pozamaciczną z drugiej strony zmniejszona lepkość wskazuje na tę ostatnią (krwotok wewnętrzmaciczny). Wreszcie, jeśli w ostrym przypadku zapalenia wyrostka metoda określania lepkości, jak zresztą i obie poprzednie metody badania krwi, nie może wyjaśnić stanu anatomopatologicznego wyrostka, to w każdym razie może dokładnie określić, czy i w jakim stopniu zapalenie otrzewny tej sprawie chorobowej towarzyszy. Cyfry bardzo wysokie odpowiadają przypadkom zapalenia otrzewny z powodu przedziurawienia, w których chorzy giną pomimo operacji, stanowią zatem nieraz cenną wskazówkę w rokowaniu. Należy jednak, powtarzamy, pamiętać, że żadna z tych metod nie może być uważana za decydującą w stawianiu rokowania. Co najwyżej, można przy ich pomocy mieć pojęcie o chwilowym stanie otrzewny, o tem zaś, co się dzieje z samym wyrostkiem, nie daje żadna z tych metod naj-

mniejszego wyobrażenia, a więc pozostaje zawsze ciemną sprawą rokowania co do przebiegu dalszego.

Nie mogąc polegać na żadnej ze znanych nam metod, musimy, jak dotąd, opierać się na wszystkich danych, aby mózdz oryentować się w ocenianiu natężenia danego przypadku.

Należy się spodziewać, że z czasem znane nam metody kliniczne będą się coraz bardziej udoskonalały, jak również powstaną inne bardziej czułe, które pozwolą nam ściślej stawiać wskazania do leczenia chirurgicznego. Doradzanie konserwatywnego leczenia jest o wiele trudniejsze i odpowiedzialniejsze, niż leczenie operacyjne. Jednakże leczenie wewnętrzne jest naukowo w zupełności usprawiedliwione, gdy chodzi o lżejsze przypadki.

Przytaczamy słowa ALBU, autora „zbiorowych spostrzeżeń berlińskich, dotyczących zapaleń wyrostka”:

„Jeśli krytycznie rozejrzymy się w wynikach naszych spostrzeżeń, wtedy zrozumieemy, jak bezpodstawna jest zasada bezwzględniego operowania wszystkich bez wyjątku przypadków zapalenia wyrostka. Klinika wewnętrzna i lekarze interniści byliby wystawili sobie smutne świadectwo ubóstwa, gdyby chorych na ślepą kiszkę bezwzględnie wyłączyli z zakresu swojej sztuki. Powinni oni pracować bezustannie nad udoskonalaniem metod rychłego rozpoznawania i klasyfikowania przypadków na lżejsze i cięższe, aby w odpowiedniej chwili decydować o konieczności zabiegu operacyjnego”⁷⁾.

⁷⁾ Lenhartz (Hamburg). „Die Appendicitisbehandlung vom Standpunkt des inneren Klinikers“ (Internation. med. Kongress in Budapest 1909). (Berlin. Klin. Woch. 1909 Nr 44).

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

Medycyna teoretyczna.

136. Jäger Thor. O wpływie zwoju Keith-Flacka na rytm serca.

Wykryty przez KEITH-FLACKA zwój zatokowy, pod względem budowy mikroskopowej podobny do zwoju ASCHOFF-TAWARAY, ma odgrywać pewną rolę w występowaniu niemiarności. JÄGER postanowił zbadać to na drodze doświadczalnej na psach i kotach: zwierzęta usypiano, po wprowadzaniu sztucznego oddychania otwierano klatkę piersiową, obnażano serce, następnie przyszywano osierdzie do ściany klatki piersiowej, badano ruchy prawego przedsionka i prawej komory za pomocą metody GASKAL-ENGELMANN. Po zanotowaniu ruchów normalnych niszczone za pomocą żegadła wymieniony zwój oraz dla pewności dość znaczną powierzchnię wokoło zwoju, poczem znowu zapisywano ruchy serca. Doświadczenia, dokonane na 15 psach i 45 kotach, dowiodły, że nawet najdokładniej wykonane zniszczenie zwoju nie wywołuje żadnych zmian w rytmie; zauważone zatem przez HERINGA zatrzymanie przedsionka po przecięciu okolicy zwoju zatokowego nie stoi w bezpośrednim związku ze zniszczeniem tego zwoju.

(Deutsch. Arch. f. klin. Mediz. Bd. 100, H¹/₂. 1910 i Zentrbl. f. in. Med. N r 22, 1910).

137. Loeper M. O wydzielaniu wewnętrznym żołądka.

Przeprowadzany często podział na gruczoły o wydzielaniu zewnętrznym i o wydzielaniu wewnętrznym nie zawsze daje się zastosować. Badania ostatnich czasów wykazały, że nie tylko wątroba i trzustka należą do typu gruczołów mieszanych, ale — według BAYLISSA i STARLINGA — gruczoły dwunastnicy i gruczoły BRUNERA również zaliczyć trzeba do tego typu, a nawet i wydzielina gruczołów żołądkowych, jak wykazały wstrzykiwania soku żołądkowego do krwi, dokonane przez FROUINA, zawiera w sobie pewną wydzielinę wewnętrzną (*gastrine* lub

gastro-sécrétine), dostającą się bezpośrednio do krwiobiegu.

LOEPEER zajął się dokładnym zbadaniem tej wydzieliny, używając różnych wyciągów soku żołądkowego i porównyując ich działanie fizyologiczne. Sok żołądkowy, wstrzyknięty do układu krwionośnego, pobudza — jak to wykazały już i dawniejsze doświadczenia tegoż autora — wydzielanie śluzówki i przyspiesza trawienie u zwierząt, nad którymi robiono doświadczenia; znacznie silniej działają wyciągi śluzówki, które, wstrzyknięte w większych dawkach, prowadzić mogą do znacznych zwyrodnień, owrzodzeń, nawet drażących. Większość tych substancji organicznych wpływa na zwiększenie liczby białych ciałek krwi, zwłaszcza wyciąg 5% śluzówki, który już po drugim wstrzyknięciu wywołuje 30,000, nawet do 85,000 b. c. Natomiast wszystkie produkty śluzówki — zwłaszcza pepsyna (słabiej wyciąg, a prawie wcale sok żołądkowy) — działają rozpuszczająco na czerwone ciała krwi, prowadząc niekiedy do niedokrwistości. Ciekawe jest, że podczas gdy sok żołądkowy nawet w znacznych dawkach nie szkodzi zwierzętom, słabe wyciągi śluzówki zabijają je w kilka minut. Wreszcie sok żołądkowy podnosi ciśnienie krwi, natomiast pepsyna w znacznych dawkach obniża je często, wyciąg śluzówki zaś — obniża ciśnienie zawsze w sposób bardzo znaczny. Z badań tych wynika, iż działanie produktów wydzieliny żołądkowej różni się znacznie od działania wyciągów ze śluzówki.

Dalej zajął się L. sprawą wessania produktów śluzówki do krwi. Oddawna już wiadomo, iż pewna substancja, bardzo zbliżona do pepsyny, strącana przez wyskok, występuje w moczu podczas trawienia. Większość badaczy twierdzi, iż pepsynurya ta powstaje od wewnątrzżołądkowego wchłaniania nadmiernie wytworzonej pepsyny; L. zaś utrzymuje, że oprócz owego wchłaniania odbywa się jednocześnie bezpośrednie wydzielanie do układu krwionośnego jakiegos

związku trawiennego; pepsynurya nie jest objawem końcowym trawienia, przeciwnie, jest ona objawem początkowym, występującym w pierwszej $\frac{1}{2}$ godz. trawienia. Ilość strąconej z moczu pepsyny (do 50 ctm. sz. moczu dodaje się podwójną objętość 90° wyskoku, otrzymany białawy osad daje odczyn biuretowy, nie ścina się od nagrzania i rozpuszcza się w wodzie) jest największa podczas pierwszej godziny trawienia, większa u chorych z wrzodem, niż u chorych z rakiem lub u ludzi zdrowych i t. p. — dowody, przemawiające za pochodzeniem żołądkowym pepsyny w moczu. Osad wyskokowy z moczu, posiadając wiele podobieństwa do pepsyny żołądkowej, różni się jednak od tej ostatniej zasadniczo swą zdolnością niezwyklego obniżania ciśnienia krwi; własność ta znika przy nagrzaniu osadu do 100°. Osad ten ma też własności trawienne, a wstrzyknięty wewnątrzżylnie, pobudza silnie wydzielanie żołądkowe. Cechy te różnią nukleoalbuminę z moczu od pepsyny, zbliżają natomiast do substancji czynnej, zawartej w wyciągu ze śluzówki; jeżeli z tej ostatniej przygotować strąk wyskokowy i z roztworów, zrobionych z jednakowych ilości osadu ze śluzówki oraz z moczu, wstrzykiwać jednakowe ilości zwierzętom, wówczas następuje identyczne obniżenie ciśnienia krwi. Przemawia to, zdaniem L., za pochodzeniem żołądkowym nukleoalbuminy, zjawiającej się w moczu w zależności od przenikania do krwi podczas trawienia pewnej substancji, wydzielanej przez żołądek. Pozostawało zatem zbadanie, czy we krwi podczas trawienia znajdują się jakieś hypotensyny pochodzenia żołądkowego. L. wykrył, że w surowicy występuje podczas trawienia jakaś substancja natury białkowej, aby zaś przekonać się, czy jest ona pochodzenia żołądkowego, zastosował odczyn skórny, zastrzykując sobie i trzem chorym wyjałowiony wyciąg żołądkowy: odczyn ten wypadł dodatnio po wypoczynku; jest to, według L., dowód żołądkowego pochodzenia nukleoalbuminy w surowicy podczas trawienia.

Wreszcie na podstawie doświadczeń L. przypuszcza, że wydzielina taka odbywa się przeważnie na dnie żołądka, a nie w okolicy

odźwiernikowej; pod względem histologicznym możliwe jest, iż główne źródło wydzieliny wewnętrznej żołądka stanowią komórki okładowe (*cellules bordantes*).

Wydzielina wewnętrzna żołądka posiada zatem znaczenie doniosłe, pobudzając działalność wydzielniczą i ruchową żołądka, powodując zmiany w ciśnieniu oraz wywołując powiększenie liczby białych ciałek krwi; to też w różnych stanach chorobowych odgrywa ona zapewne rolę ważną.

(La Sem. Médic., Nr. 18, 1911).

Stefan Sterling.

Medycyna wewnętrzna.

138. H. Lüdke i J. Sturm. Białkomocz ortotyczny w gruźlicy.

We wszystkich pracach, dotyczących białkomoczu fizjologicznego, podają autorzy brak objawów zapalenia nerek w tem cierpieniu. Nauka BRIGHTA, że wszelkie wydzielanie się białka połączone jest ze zmianami w nerkach, została przez te spostrzeżenia zachwiana.

Pierwszy, który wskazał właściwą przyczynę białkomoczu, nazwanego przez PARYEGO „cyklicznym”, był STARLING. Czynnikiem przyczynowym jest tu stanie, pionowe położenie ciała.

Że w tych przypadkach białkomoczu fizjologicznego nie mamy do czynienia z zapaleniem nerek, stwierdzone zostało przez badanie zwłok 11 letniej dziewczynki, która przez półtora roku miała białkomocz ortostyczny.

Niektórzy badacze byli jednak innego zdania; podług nich każdy białkomocz idzie w parze ze zmianami anatomicznymi w nerkach.

Francuscy lekarze pierwsi zwrócili uwagę na związek białkomoczu ortotycznego z gruźlicą, nazwali nawet ten rodzaj białkomoczu „przedgruźliczym”.

Autorzy podjęli badania nad białkomoczem ortotycznym w gruźlicy.

Badania te polegały: na określeniu częstości białkomoczu ortotycznego u suchotników w 3 okresach gruźlicy; czy białkomocz ten ma znaczenie rozpoznawcze w początkowych okresach gruźlicy; jakiego rodzaju wydziela się białko; czy są zmiany we krwi i ciś-

nieniu; czy laseczniki gruźlicze znajdują się w moczu podczas białkomoczu ortotycznego, i w jaki sposób działa wstrzyknięcie tuberkuliny na powstawanie wspomnianego białkomoczu; wreszcie czy białkomocz ortotyczny nie jest czysto toksycznego pochodzenia.

Autorowie przeprowadzili badania swe nad 140 suchotnikami, z których 60 było w pierwszym okresie suchot, 50 w drugim, 30 w trzecim. Wszyscy niegorączkowali i nie leżeli w łóżku, białka u żadnego z nich przedtem nie znajdowano, również i przed samem doświadczeniem (stanie) białka w moczu nie było. Pacjenci przed południem pomiędzy 11 a 12 godz. musieli przez godzinę stać pod kontrolą w możliwie prostej pozycji. Mocz badano za pomocą próby gotowania, żelazocyanku potasowego oraz kwasu siarkosalicylowego, przynajmniej dwie próby musiały wykazać białko, aby doświadczenie wypadło dodatnio.

Z tych 140 chorych u 102 znaleziono białko w moczu po godzinnem staniu, na pierwszy okres (60) przypadło 53, na drugi (50) 32, na trzeci (30)—17. Wynika stąd, że na pierwszy okres suchot przypada najwięcej przypadków białkomoczu, a na 3-ci najmniej. Próba ta ma zatem znaczenie rozpoznawcze dla początkowych okresów suchot płucnych.

Osad badano w 85 przypadkach, przy czem znajdowano białe ciała krwi, niekiedy czerwone oraz nabłonki. 9 razy znaleziono hyalinowe, a 4 razy ziarniste wałeczki. Laseczników w osadzie nigdy nie znaleziono. Z badań tych wynika, że w znakomitej większości przypadków był tylko czysty białkomocz.

Znajdywane białko co do rodzaju swego okazało się jako euglobulina.

Największe ilości białka przypadły na godziny popołudniowe, ponieważ pacjenci stali przed południem, ku wieczorowi ilość białka opadała raptownie. Jako doświadczenie kontrolujące przeprowadzili autorzy podobne badania również nad osobnikami zdrowymi, u których po godzinnem staniu nigdy białka nie wykryto.

Barwnik krwi oraz liczba czerwonych ciałek krwi po staniu zmianom nie podległy, natomiast spostrzeżono pewne obniżenie ciśnienia tętna.

Autorzy mniemali, że białkomocz ortostatyczny u chorych na gruźlicę jest pochodzenia toksycznego, przypuszczenie to poparte zostało przez wstrzykiwanie chorym nieznacznych ilości tuberkuliny, poczem występował białkomocz ortostatyczny.

Bezpośrednie badanie moczu nie wykryło nigdy w przypadkach, badanych przez autorów, obecności laseczników gruźliczych, natomiast przeprowadzone doświadczenia nad świnkami morskimi dały wynik dodatni w tym kierunku.

Autorzy wypowiadają zdanie, że w przypadkach białkomoczu ortotycznego u suchotników występuje działanie produktów toksycznych lasecznika gruźliczego na nerki. Wszędzie, gdzie następuje rozpad laseczników w tkankach, wydziela się z drobnoustrojów ciało podobne do tuberkuliny.

W większości przypadków białkomoczu ortotycznego przyjąć trzeba związek przyczynowy pomiędzy schorzeniem gruźliczem a białkomoczem, powstałym przez stanie.

(Münch. Med. Woch Nr. 19, 1911).

H. Kucharzewski.

Wiadomości drobne.

+ M. LION, lekarz prywatnego uzdrowiska dla dotkniętych padaczką i histeryą w Petersburgu, ogłosił pracę o swoistym środku przeciw p a d a c z c e, mianowicie o a r s e n o c e r e b r y n i e. Od lat 10 LION zastrzykiwał w padaczkę cerebryną (POEHLA) z wyni-

kiem na ogół dobrym, lecz leczenie to musiało być bardzo długotrwałe, a w silnie rozwiniętym cierpieniu zawodziło. Wówczas L. połączył wyciąg mózgowy z karkodylanem sodu (arsenocerebryna) i na zasadzie 150 przypadków, w których nowy

ten środek stosował, przychodzi do wniosku o jego swoistem na padaczkę działaniu. Preparat, przygotowany w ampułkach po 2,0, stosuje się również podskórnice, co drugi dzień jedną lub w ciężkich w przypadkach dwie ampułki. W lekkiej postaci padaczki leczenie trwa 3—4 miesiące, w przypadkach o natężeniu średniem około 6 miesięcy, w ciężkich i zadawnionych 8—10 miesięcy. Żadnego działania ubocznego LION nie zauważył.

(Berl klin. Woch. 1911 Nr. 31.)

† Von HERF (z Bazylei) podaje nowy sposób odkażania pola operacyjnego. Bez uprzedniego mycia naciera się pole operacyjne w przeciągu 4—6 minut flanelą, obficie zmoczoną wyskokiem z acetonem (w równych częściach); następnie resztki płynu ściera się i miejsce cięcia pendzluje roztworem następującym.

| | |
|-------------------------|---------------------|
| Asae dulcis (benzoë) | } $\frac{aa}{10,0}$ |
| Resinae damar | |
| Thymoli 0,5 | |
| Aetheris sulfurici q. s | |
| ad solutionem 100,0. | |

Płyn ten, ulatniając się, pozostawia powłoki pokryte rodzajem werniksu, przez który robi się cięcie. Po skończonej operacji i nałożeniu szwów pole operacyjne pendzluje się tym samym roztworem.

(Journal de medecine de Paris 1911 Nr. 30).

+ Dr. CHAVANNE (z Lyonu) zaleca następujący środek do znieczulania miejscowego błon śluzowych:

Phenoli 2,0
Mentholi 2,0
Chinini muriatici 1,5
Adrenalini puri 0,005.

Jest to gęsty płyn, w którym macza się wacik i smaruje odnośne miejsca; wynik następuje niezwłocznie: błona śluzowa bieleje i staje się nieczuła. Środek ten nadaje się szczególnie do operacji w nosie, zwłaszcza u dzieci lub u osób, nie znoszących kokainy.

(Journal de med. de Paris 1911 Nr. 30).

S. O.

XI-sły Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(Sprawozdanie specjalne).

(Ciąg dalszy).

Po tych słowach wstępnych przechodzę do pobieżnego przeglądu prac zjazdu.

Sprawozdania ścisłego nie jesteśmy w możności dać naszym czytelnikom przed wydaniem Pamiętnika, streszczeń bowiem prac Dziennik zjazdu nie zawierał, z konieczności zatem musimy dać tylko dane ogólne z niektórych sekcji Zresztą, prace zjazdowe znajdują się niebawem na łamach pism naszych, sprawozdanie zatem co do nich, szczególnie wobec wogóle mało ożywionej dyskusji, byłoby bezcelowe, wartość ich w czytaniu oryginału czytelnik osądzić może lepiej.

Zacniemy od najbliższej nas obchodzącej sekcji prasowej.

Gospodarzami sekcji byli prof. Ciechanowski, Dobrowolski i Kwaśnicki.

Sekcja odbyła 1 posiedzenie 20 b. m., na którym były reprezentowane: Słowo lekarskie (Stahr i Sterling), Medycyna i Kronika lekarska (Guranski i J. Zawadzki), Gazeta lekarska (Puławski i Szumlański), Rocznik lekarski (Kwaśnicki i Dobrowolski), Przegląd lekarski (Ciechanowski i Wojciechowski), Postępek okulistyczny (Wicherkiewicz i Rosenstrauch), Nowiny lekarskie (Łazarewicz i Dembiński), Zdrowie (Jaworski), Tygodnik lekarski (Macek i Nowicki), Neurologia polska (Gajkiewicz). Po zagajeniu posiedzenia i powołaniu Łazarewicza na przewodniczącego, kol. Kwaśnicki wystąpił w sprawie czystości języka w naszych czaso-

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 2 łyżę deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptekach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celu uniknięcia zafałszowań 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 Rosyji 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 Jurotał w Kijowie, w Kaukazkiem Towarzystwie Handlu Towarami Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferreju w Moskwie.

Jodglidina

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

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

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

CHEMICZNA FABRYKA D-r KLOPFER, DREZNO - LEUBNITZ,

Skład główny na Rosyę: Kantor chemicznych preparatów

St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja ul. 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. jod., 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 Rosyę: Kantor chemicznych preparatów.
St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.
Reprezentant: St. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6, telef. 128.46.

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazanej w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nieprawidłowej wymiany materji.

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 zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczanów 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 tabletki, 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.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNY
D^{ra} E. Reichsteina, w Warszawie

Marszałkowska 149, tel. 42-17.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Heissinga, sztuczne kończyny, pasy brzuszne, paski przepuklinowe. Przyjęcie od 4—6.

Rohitskie

Donafa-Zródło

Główne wskazania:

Przewlekłe nieżyty żołądka i Jelit.
Nawykowe zaparcia. Cierpienia wątroby.
Kamica żółciowa. Cukrzyca. Otyłość. Dna.

**Najsilniejsze naturalne
magneziowo-glauberskie źródło**

Reprezentacja na Rosyę i Kr. Polskie:
Don. Handlowy S. Rościszewski, Warszawa Bracka 6.

pismach; przyjęto wnioski, że stosowanie się do terminologii, przyjętej w słowniku, oraz do zasad czystości języka jest obowiązkiem redaktorów pism polskich. Po wysłuchaniu sprawozdania z wyników prac dotychczasowych sekcji postanowiono otworzyć w każdym piśmie uwagi co do mianownictwa, gdzie uzasadnianoby nowe terminy w sposób racjonalny, w ten sposób stworzyłby się materiał do uzupełnienia słownika obecnego, ewentualnie do wydania nowego.

Poza tem sekcja wyraziła życzenie dalszego skupiania się sił i środków pism o jednym typie, jak to uczyniły *Medycyna i Kronika lekarska*, *Przegląd lekarski* i *Czasopismo*.

Również jest pożądane skupienie się pism archiwalnych.

Nadto sekcja uznała za pożyteczne częstsze, niż dotąd, ogłaszanie w pismach nazwisk referentów z pism lekarskich do pism zagranicznych. Wreszcie zaznaczono, iż cenzura ogłoszeń należy do redakcji pisma.

Długą dyskusję wywołał odczyt E. Stahra o potrzebie skupienia spraw zawodowych lekarskich w jednym piśmie. W dyskusji wykazywano pożytek i szkodliwość, a raczej bezcelowość takiego skupienia ze względu na różne warunki bytowania lekarzy naszych w końcu przyjęto pogląd, iż wszystkie pisma tygodniowe winny prowadzić rubrykę spraw zawodowych, co nie wyłącza, aby wszędzie powstawały komitety do spraw bytu, które nadsyłałyby wiadomości do wychodzącego w Krakowie *Słowa lekarskiego*.

Wysłuchano i uznano za potrzebne ogłosić w pismach polskich lekarskich opracowany przez J. Zawadzkiego regulamin p.n. „Stosunek redakcji do autorów”. Regulamin ten będzie rozpatrzony bądź w drodze wymiany zdań między redakcjami, bądź też na najbliższym zjeździe.

Regulamin ten wraz z motywami ogłosiliśmy w Nr. 31.

Na gospodarzy sekcji na następną kadencję wybrano A. Puławskego i J. Zawadzkiego z Warszawy i przekazano im fundusz kor. 16, 31 hal.

2) Sekcja medycyny wewnętrznej; gospodarze: prof. Reiss i doc. Latkow-

ski, odbyła 5 posiedzeń. Na przewodniczących wybrano Andersa, Baranowskiego, Hławę, Sokołowskiego, Hudelskiego, Bączkiewicza, Halbana, Raczyńskiego, Gajkiewicza, Flatau, Rejchmana, Malinowskiego i Kozerskiego. Na połączonym posiedzeniu z sekcją medycyny teoretycznej omawiano arytmię serca (Ciechanowski, Franke, Janowski i Latkowski), referat przeciągnął się z górą 3 i pół godziny i przeszedł bez dyskusji; na następnym posiedzeniu omówiono sprawy odczynu Wassermanna (Malinowski) „O zaburzeniach odżywiania u niemowląt” (Raczyński) i „Poglądy na dnę” (A. Landau i Halpern).

Pediatrzy odłączyli się potem w odrębną sekcję.

Trzecie posiedzenie poświęcono wspólnym obradom z chirurgami nad chirurgią płuc i opłucny (Sokołowski, Kijewski, Majewski).

Na czwartym mówiono o leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy (Rejchman, Rydygier, Zakrzewski).

Na piątym wysłuchano referatu o nerwach (Jaroszyński) oraz odczytów Rudzkiego „O krwiopłuciu w klimacie wysokogórskim” i Karwackiego „Dyagnostyka gruźlicy na mocy przeciwciał ogniskowych”. Jak widzimy więc, większość referatów i odczytów spadła, a nad dwoma pierwszymi nie było wcale dyskusji.

3) Sekcja chirurgiczna pod przewodnictwem Rydygiera i Kryńskiego odbyła 5 posiedzeń, z których dwa wspólne z medycyną wewnętrzną (patrz wyżej), poza tem zgodnie z programem wygłoszono szereg odczytów poszczególnych, których znaczna liczba dzięki ścisłemu przestrzeganiu regulaminu weszła na porządek dzienny.

4) Sekcja laryngootyatryczna miała 3 posiedzenia pod przewodnictwem Pieniążka, Jurasza, Grocholskiego; wygłoszono wykłady Jurasza, Herynga, Batawii, Jankowskiego, Zaremby, Litwinowicza, Wiesera, Łoguckiego. Sekcja uczestniczyła w posiedzeniu wspólnym z medycyną wewnętrzną (Chirurgia płuc i opłucny).

5) Sekcja ginekologiczna powołała na prezesa honorowego Marsa, na prezesów: Bylickiego, Jaworskiego, Kościń-

skiego, Kurtza, Łazarewicz, Rymsze, Sołowia, Stankiewicz, Święckiego, Zaborowskiego.

Sekcja przede wszystkim zastanawiała się nad przyjęciem przez Polaków udziału w zjeździe ginekologów w Berlinie. Uchwalono starać się, aby utworzono sekcję polską, odzywały się jednak liczne głosy, aby mimo to, t.j. gdyby postulaty nie dały się przeprowadzić, przyjąć udział liczny (! red) i dążyć innymi sposobami do uwydatnienia grupy polskiej. Dziwna to uchwała. Zdawałoby się; że nie należy iść tam, gdzie nas nie proszą i gdzie nie chcą uznać naszych praw narodowościowych, to też sądzimy, że mimo to, o ile postulaty nasze nie będą uznane, żaden ginekolog polak do Berlina nie pojedzie.

Następnie wygłosili odczyty Mars, Czyżewicz, Rosner, Zaborowski (cięcie cesarskie).

Na następnym posiedzeniu omawiano sprawę raka macicy (Jaworski, Bylicki, Bocheński, Falgowski, Wialecki).

Następne posiedzenie poświęcono sprawie „przerwania ciąży” (Bylicki, Mięśowicz, Rosenblat, Landau, Wachholz, Osuchowski i Janczewski, Falgowski).

Rzecz ta nadawała się na połączone wszystkie sekcje, i szkoda, że przeszła tylko w jednej sekcji, przez co dyskusja nie mogła być ani wyczerpująca, ani miarodajna.

Poza tem omówiono rozszerzanie szyi macicznej i zapalenia macicy.

6) Sekcja okulistyczna powołała do prezydium Macheka, Kramsztyka, Rumszewicza, Kolińskiego, Bednarskiego, Reisa, Marczewskiego, Karnickiego, Tkalcica i Niegolewskiego.

Prof. Wicherkiewicz, gospodarz sekcji, podniósł sprawę zawiązania ogólnego Towarzystwa okulistów polskich, bardzo szeroko omawianą na sekcji. W końcu wybrano komisję, która ma się zająć tą sprawą; do komisji weszli Kramsztyk, Koliński, Bednarski, Majewski.

Poza tem uchwalono: „Sekcja okulistyczna zjazdu uważa za konieczne zakładanie lecznic dla chorych na jaglicę. Zakłady takie, urządzone z prostotą i niekosztownie, powinny się mieścić, o ile możności, zdala od miast, a w bliskości lasów i wody”. Sekcja wysłuchała referatów „O jaglicy”, „O operacjach

opadniętej powieki” i kilkunastu drobnych odczytów.

7) Sekcja stomatologiczna gospodarowana przez prof. Lebkowskiego, powołała do prezydium: Leszczyńskiego, Gruszczyńskiego, Cieszyńskiego, Lippela, Merunowicza.

Przemawiali: Gruszczyński, Cieszyński, Lippel, Sehalit, Syrop, Lebkowski, Mischle, Gelbard, Stefański, Leszczyński.

Sekcja wyczerpała prawie swój porządek dzienny.

8) Sekcja zdrowotności publicznej; posiedzenie zagał prof. Bujwid, poczem na prezesów powołano d-ra Polaka, Kučere, Semerada, Obtulowicza, Kramsztyka, Ks. Gralewskiego, Piaseckiego, Puławskiego, J. Zawadzkiego, J. Janowskiego, Lachewicza, Gantkowskiego, Karwowskiego, Wależyńskiego, Wiczkowski i Mikołajskiego.

Omawiano postulaty higieny szkolnej.

Referowali: Dr. Piasecki, Kopczyński, Nitsch, Bujwid; w dyskusji przemawiali: d-r Janiszewski, d-r Obtulowicz, Prof. Bujwid, d-r Weinsberg, d-r Gertler, d-r Mikołajski, d-r Staniszewski, d-r Landau, d-r Poźniak, P-na Hindemitówna. Odpowiadali d-r Piasecki, Kopczyński, zakończył prof. Bujwid.

Uchwalono wnioski, przedstawione przez referentów, a mianowicie d-ra Piaseckiego:

1) Wychowanie fizyczne, oparte na podstawach naukowych, wymaga przede wszystkim starannie przygotowanych kierowników. Zyskać ich możemy przez zaprowadzenie, względnie udoskonalenie ćwiczeń cielesnych na Uniwersytetach i w Seminarjach naucz., nim zaś to się stanie, przez wysyłanie nauczycieli na studia do Szwecji. Również instytucję kursów gier ruchowych dla nauczycieli należy ustalić i oprzeć o fundusze publiczne.

2) Każda szkoła powinna być zaopatrzona w salę gimnastyczną i boisko dla gimnastyki i gier.

3) Gimnastykę należy uczynić przedmiotem obowiązkowym w szkołach wszelkich typów i dla obojej płci. Co do tygodniowego wymiaru godzin, można poprzestać na razie na dwóch jedynie pod warunkiem zaprowa-

dzenia prócz tego trzeciej godziny. poświęconej obowiązkowym grom.

4) Na równi z gramii należy zaprowadzić wszędzie, gdzie pozwalają stosunki miejscowe, pracę ręczną w polu (ogrodnictwo, niwelację boisk itp.).

5) Synteza turystyki gier ruchomych i ćwiczeń wojskowych, zaczynająca się u nas za przykładem Anglii przyjmować pod nazwą harców (Scouturg), zasługuje na gorące po-

parcie jako jeden z najdzielniejszych środków wychowania fizycznego.

6) Każdy nowy budynek szkolny powinien być zaopatrzony w urządzenie natryskowe. Prócz tego, rząd kraj., gminy i instytucje, opiekujące się młodzieżą, mają obowiązek udostępnienia jej kąpieli stawowych lub rzecznych i nauki pływania.

(D. n.)

J. Zawadzki.

BIBLIOGRAFIA.

Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich w II kwartale r. 1911.

Gazeta lekarska. Sterling Stefan. Przyczynek doświadczalny do powstawania żółtaczek ze szczególnem uwzględnieniem stanu kanalików żółciowych. Nr. 13 i 14. Kizler. Przyczynek do leczenia chirurgicznego bąblowca wątroby. Dok. Nr. 13. Rosenberg. Przyczynek do klinicznego znaczenia odczynu Wassermanna. Dok. Nr. 13. Przedborski. Przypadek porażenia opuszkowego ze schorzeniem przeważnie jąder ruchowych: nerwów błędnego, dodatkowego i gardzielowojęzykowego. Erbrich. Ciała obce w oskrzelach, wydobyte za pomocą bronchoskopii. Nr. 15. Palmirski i Karłowski. Wyniki szczepień zapobiegawczych według metody Pasteura w 1909 r. Nr. 15. Kijewski F. O zapaleniu uchyłka Meckela. Nr. 16 i 17. Higier. Przyczynek do kliniki zaburzeń umysłu w kokainizmie przewlekłym. Nr. 16. Dunin-Karwicka. Gdzie znajdujemy w warunkach fizyologicznych dwójłomne lipoidy w ustroju ludzkim. Nr. 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24. Kino. O zahamowaniu skurczów dodatkowych przedsionkowych. Przyczynek do nauki o tętnie zwolnionem (Bradycardia extracystolica) Nr. 18. Spierlein J. Kilka słów o nakłuwaniu osierdzia przy zapaleniu wysiękowym Nr. 19. Bier-

nacki. Rola biologiczna potasu. Nr. 20, 21. Gębarski. Dwa przypadki choroby Addisona. Nr. 21. Dobrucki. O kilku rzadszych objawach zapalenia wyrostka robaczkowego. Nr. 22. Żebrowski. Przyczynek do kazuistyki złośliwych nowotworów ucha. Nr. 22. Wylezyński. W sprawie szczepień ochronnych przeciw płonicy. Nr. 22. Jaworski. Rozmieszczenie lekarzy i akuserek w guberniach Królestwa Pońskiego. Nr. 22. Sawicki. W sprawie kształcenia lekarzy u nas. Nr. 22. Karwacki. O morfologii krątków Obermeiera, hodowanych w pijawce. Nr. 23, 24, 25. Skłodowska. O zapaleniu pęcherzyka żółciowego w kamicy. Nr. 24, 25. Sadowski. Wskazania i przeciwwskazania do przepłukiwań żołądka.

Przegląd lekarski. Orłowski W. Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki. C. d. Nr. 13 i 14. Klęsk A. O kilku nowych lekach, podanych dla użytku chirurga. Nr. 13. Marchlewski L. Wyniki rozbiórów wód mineralnych ze źródeł Wandy i Szymona w Szczawnicy. Nr. 14. Hirsfeld. O biochemicznych własnościach krwi i ich dziedziczeniu. Nr. 15. Bujwid. Wpływ światła na drobnoustroje ze szczególnem uwzględnieniem niszczącego działania promieni pozafioletowych na bakterye chorobotwórcze w wodzie zawarte. Nr. 15. Skórczewski. Leczenie głodem. Nr. 16

i 17. Turzański. Wyniki leczenia żołądów w Iwoniczu. Nr. 16. Wachholz. Śmierć w uśpieniu za pomocą bromku etylu Nr. 17. Rydygier A. O leczeniu słońowaci zny sposobem Handlega. Nr. 12. Wrzosek i Macieszka. Eksperymenty i spostrzeżenia, dowodzące, że zniekształcenia kończyn tylnych, wywołane u świnek morskich i myszy białych uszkodzeniem nerwu kulszowego, nie przechodzą dziedzicznie na potomstwo. Nr. 18. Talko-Hryniewicz. Przyczynę do historii epidemii dżumy na Dalekim Wschodzie (w Mongolii i Kraju Zabakajlskiej). Nr. 19. Studziński. O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki. Nr. 20, 21, 23, 24, 25. Goldberg. Z kazuistyki kłutych ran klatki piersiowej. Nr. 20. Kostanecki. Z badań nad wielobiegunową mitozą. Nr. 22. Biegański. O pracy naukowej lekarza prowincjonalnego. Nr. 22. Prechner. Udział lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego w piśmiennictwie lekarskim w pierwszym lat dziesiątku bieżącego stulecia. Nr. 22. Bronowski. Stan materialny lekarzy Królestwa Polskiego. Nr. 22. Rutkowski. Stan fizyczny krótkogłowej i długogłowej ludności polskiej z okolic Płońska. Nr. 22. Rozenblatówna. Odczyny anafilaktyczne w gruźlicy dziecięcej. Nr. 22. Leyberg. Kilka słów w sprawie martwicy tkanki tłuszczowej podskórnej. Nr. 22. Jarosiński. Szpitalnictwo w gubernii Siedleckiej. Nr. 22. Tokarzewski. Stan położnictwa w powiecie Włodawskim. Nr. 22. Garlicka. O walce z rakiem macicy. Nr. 22. Jaworski W. Oklepywanie wątroby i żołądka i ucisk vibracyjny. Nr. 23. Stahr. Meningitis vera, spuria (meningismus) et serica. Nr. 24. Wrzosek. O wpływie alkoholu na rozwój raka u myszy białych. Nr. 25. Jakubowski. O stosunkach szpitala Św. Ludwika dla dzieci w Krakowie. Nr. 25.

Tygodnik lekarski. Zubrzycki. O przedwczesnem odklejaniu się prawidłowo usadowionego łożyska. Nr. 13 i 14. Markowski J. Wpływ śmiertelnych dawek nikotyny na ośrodek oddechowy, naczynioruchowy i hamujące ośrodki serca przy

sztucznem oddychaniu. Dok. Nr. 13. Rydygier L. Leczenie ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego. Nr. 14. Lewicki. Kilka słów do leczenia spraw zapalnych przydatków macicy i tkanki przymaciczej. Nr. 15. Reis. O zakażeniach przyrannych po operacjach ocznych. Nr. 15 i 16. Rothfeld. O promienistych włóknach sprężystych w ścianie naczyń krwionośnych. Nr. 16. Wilenko. O znaczeniu i czynności nerek przy nieprawidłowej przemianie węglowodanów. Nr. 17, 18, 19 i 20. Tomaszewski. Przypadek zbioru objawów Adams-Stokesa. Nr. 17 i 18. Zalewski T. Przyczynę do operacji wewnątrzsznych Nr. 19. Orłowski W. Jeszcze słów kilka o objawie różnicy ciepłoty pod pachą i w odbytnicy przy zapaleniu wyrostka robaczkowego i o mojej metodzie badania wyrostka robaczkowego. Nr. 19. Rothfeld. Przypadek polyneuritis cerebrialis menieriformis (Frankl-Hochwart). Nr. 20. Halban. O porażeniu postępowem w wieku młodocianym. Nr. 21, 22, 23, 24 i 25. Papée J. Syphilis d'emblée. Nr. 21 i 22. Laternerówna. O zachowaniu się wskaźnika redukcyjnego (podług E Mayerhofera) w prawidłowym i patologicznym płynie mózgorzzeniowym. Nr. 23 i 24. Poczobut. Odpowiedź prof. W. Orłowskiemu. Nr. 23. Wisłocki. Nowa metoda leczenia i zopatrzywania korzeni zębów, zwłaszcza uległych zgorzeli miazgi. Nr. 25. Gąsiorowski. Pouczenie o pobieraniu i przesyłaniu próbek do bakteryologicznego badania rozpoznawczego. Nr. 25.

Neurologia Polska. Bregman i Krukowski. Przyczynę do nowotworów kąta mostowo-mózdkowego. Z. VI. Flatau i Sterling. O myoklonii objawowej etc. Dok. Z. VI. Borowiecki. Przyczynę do poznania mechanizmu psychologicznego urojeń prześladowczych. Z. VI. Rotstadt. O próchnieniu kręgów (malum Potti) bez garbu w wieku podeszłym. Z. VI.

Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny. Majewski A. Sprawy zapalne kości klatki piersiowej i ich leczenie. T. IV. Z. 3. Wrzesniowski. Leczenie otwarte gruźlicy sta-

wów ropnej. T. IV. Z. 3. K r y ń s k i. Ga stroenterostomia posterior antecolica. T. V. Z. 1. K r a u z e. Z chirurgii oczodołu pozagalkowego. T. V. Z. 1. Smużyński. Zwichnięcie nawykowe w stawie ramiennym. T. V. Z. 1.

Zdrowie. W ę d r y c h o w s k i. O biologicznem oczyszczaniu ścieków. Nr. 4. L e w i n. Jak uchronić się od powtórnego zapadnięcia na gruźlicę płuc. Nr. 4. Z a p a s i e w i c z. O panującej obecnie dżumie w Rosyi. Nr. 5. P o l a k. Krótki opis m. Warszawy pod względem higienicznym. Nr. 5. H e i m a n T. Obrzezanie w świetle nauki. Nr. 5. B r z e z i ń s k i. O dyecie szpitalnej, ze szczególnem uwzględnieniem diety szpitala fabrycznego w m. Zawierciu. Nr. 6. R u t k o w s k i. Stan fizyczny krótko i długogłowej ludności polskiej z okolic Płocka. Nr. 6. I d z i k o w s k i. O działalności kulturalno oświatowej lekarza szkół początkowych. Nr. 6.

Kronika dentystyczna. Z w i e r z c h o w s k i. Cywilizacja a uzębienie człowieka. Nr. 4 i 5. Z i l z. Ubytki próchnicowe zębów jako wrota, sprzyjające wtargnięciu do ustroju czynnika, wywołującego promienicę. Nr. 6.

Nowiny lekarskie. K r e t k o w s k i.

Badanie i odróżnianie krwi ludzkiej od zwierzęcej w kale. Nr. 4. H e r m a n. Wykłady kliniczne z urologii ogólnej, c. d. Nr. 4, 5, 6. Z a w i d z k i. O koloidach oraz ich znaczeniu etc. c. d. Nr. 4 i 5. B u g i e l. Piorunowanie raka c. d. Nr. 4 i 5. Ł a z a r e w i c z. O anafilaksyi i idiosynkrazyi c. d. Nr. 4, 5, 6. C h ł a p o w s k i. O wzajemnem na siebie oddziaływaniu (korrelacyi) gruczolów wkrwennych t. j. wydzielających na wewnątrz i o ich wpływie na cały ustrój. Nr. 6. D z i e m b o w s k i. O hormonach. Nr. 6.

Postęp okulistyczny. Ż u r k o w s k i. O południkach miarowych oczu niezbornych. Nr. 3 i 4. Z i e m i ń s k i. Krwotok wypierający po operacyi ocznej. Nr. 5.

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych. S e r k o w s k i i K r a c z e w s k i. Badanie stopnia kwasowości moczu i stosunek kwaśnych związków do zasadowych Nr. 1 i 2.

Przegląd pedyatryczny. T. III. G o l d s z m i t. Niedziela lekarza M. B i e h l e r i K o r y b u t-D a s z k i e w i c z. Kilka słów o błonicy jamy nosowej u dzieci. B o n d y. Kilka spostrzeżeń z powodu epidemii ospy wietrznej. J. K r a m z s t y k. Przypadek krwawiączyki u sześciolatniego chłopca.

Wiadomości bieżące.

— Międzynarodowy Zjazd Dermatologów i Syfilidologów, który miał się odbyć w Rzymie we Wrześniu r. b., został odłożony na Kwiecień 1912 r.

— Magistrat warszawski postanowił rozszerzyć przytułek w Górze Kalwaryi przez wybudowanie dwóch nowych pawilonów i domu administracyjnego. W ten sposób w niedalekiej przyszłości ze szpitali warszawskich będzie można ewakuować do wymienionego przytułku 250 chorych nieuleczalnych, którzy tak ciężki balast stanowią. Kosztorys budowy sporządzony jest na 250,000 rb.

— W pismach codziennych znajdujemy

następujący program Zjazdu higienicznego w Kaliszu.

Dnia 7-go września pociągiem wieczornym przybycie gości, spotkanie ich przez delegatów oddziału Tow. higienicznego na dworcu, wskazanie hoteli i t. d., o 9 $\frac{1}{2}$ wiecz. zaznajomienie się w sali hotelu Europejskiego.

Dnia 8-go września o godz. 10-ej zrana otwarcie zjazdu w sali Tow. muzycznego.

Godz. 10 $\frac{1}{2}$ do 1-ej po poł. referaty.

1) Referat zbiorowy Stow. techników m. Kalisza w sprawie stanu zdrowotnego i potrzeb Kalisza. 2) dr. Koszutski (z Kalisza).

„Stan sanitarny podwórzy i suteryn w Kaliszu na zasadzie ankiety”. 3) Inż T. Bielski (Warszawa): „Zapobieganie zanieczyszczeniu rzek”.

Godz. 2 po poł. Wyjazd do Liskowa, zwiedzenie kąpieli ludowych i t. d.

Dnia 9-go września od 10 do 1-ej po poł. referaty: 1) K. Rakowiecki (Warszawa). 2) Ks. Bliziński (Lisków): „O zagroździe włościńskiej”. 3) J. Tuliszkowski (Warszawa). 4) B. Koskowski (Warszawa): „O mieszkaniach w małych miasteczkach”. 5) Rejent Bruśnicki (Kalisz): „Kąpiele ludowe w gub. kaliskiej”. 6) Dr. M. Zawadzki (Kielce): „O kąpielach ludowych”.

Od godz. 3-ej po poł. do 6-ej wiecz. referaty: 1) dr. Maciesza (Płock): „Wystawa ruchoma higieniczna, jako środek krzewienia zasad zdrowotności”. 2) Dr. Skalski (Łódź): „O alkoholizmie wśród ludu”. 3) Dr. Lindmanowski (Zagórz): „Sprawa odżywiania się ludu”. 4) dr. Klarnier (Bełżyce): „O żywieniu się ludności osad i wsi”. 5) Z. Kłosowski (Zamość): „O zafalszowaniach produktów spożywczych w osadach i wsiach”.

Od godz. 6 do 8-ej zwiedzanie miasta. O godz. 8½ składkowy bankiet.

Dnia 10-go września od godz. 10 do 1-ej po poł. referaty: 1) dr. Zaleski (Płock), „O pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej”. 2) dr. W. Puławski (Radziejów): „W sprawie zapobiegania chorobom zakaźnym wśród ludu”. 3) dr. Stanisławski (Łowicz): „O specjalizacji lekarskiej i szpitali”. Przyczynek do organizacji pomocy lekarskiej dla wsi. 4) dr. Kępiński (Sieradz) „Medycyna ludowa w Sieradzkim”. 5) dr. Dukalski (Stawiszyn): „Postęp zaufania u ludu do medycyny”. 6) dr. Wejssel (Warszawa): „W sprawie działalności sanitarnej gmin”.

Odczytanie uchwał i zamknięcie zjazdu.

— Z początkiem roku szkolnego w uniwersytecie odeskim utworzona zostanie k a t e d r a c h o r ó b z a k a ż n y c h.

— Prof. Neisser z Wrocławia otrzymał od Król. Londyńskiego Towarzystwa Lekarskiego złoty medal za zespół prac, dotyczących syfilisu.

— Prof. Waldeyer z Berlina otrzymał z okazji 50-letniego jubileuszu lekarskiego wielki medal złoty za „zasługi dla wiedzy”.

Zmarli.

— Dr. Emil Przychodzki, starszy ordynator szpitala w Tworkach, zmarł tamże 4 Sierpnia r. b. Urodzony w 1864 r., syn znanego lekarza w Radomiu Jana Przychodzkiego, ś. p. Emil ukończył wydział lekarski w Warszawie i z zamiłowaniem oddał się nauce o chorobach umysłowych. Wiedzę swą uzupełnił kilkuletnimi studiami w Petersburgu pod kierunkiem tak światłego i rozgłośnej sławy psychiatry, jak prof. Mierzejewski. Gdy przed laty 20 otwarto szpital dla umysłowo chorych w Tworkach, Przychodzki został tam ordynatorem i wytrwał na stanowisku do końca: jeszcze na trzy dni przed śmiercią pracował w swym oddziale.

Miał on dar szczególny ujmowania sobie chorych miłym obejściem, serdecznym współczuciem dla tych nieszczęśliwych; troską jego ciągłą było ulżenie ich doli, organizowanie rozrywek i pracy dla bardziej przytomnych.

Na Zjeździe Neurologów i Psychiatrów w Warszawie w r. 1909 wygłosił Przychodzki pracę p. t. „Obląkani przestępcy przed sądem”, pracę, która wielkie zainteresowanie i ożywioną dyskusję wzbudziła. Z zamiłowaniem też pracował ś. p. Przychodzki na niwie literackiej—ogłosił szereg utworów w rozmaitych czasopismach.

Cześć Jego pamięci!

St. Orłowski.

ZAMIAST ŻELAZA!**ZAMIAST TRANU!**

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Od 21 lat jest w użyciu w świecie lekarskim

Nie zawiera kwasu bornego 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, żółtaczce, 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 wielokrotnie 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.**

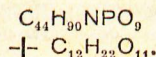
Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju! dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych —2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

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.

Lecithinum Ovi Magistri Klawe

(granulatum)



Granulki z chem. czystej lecytyny żółtka (cholinowego esteru kwasu dwustearynoglicerynofosforowego) z dodatkiem cukru.

W opakowaniu po 100 gr. z aluminiową miarką, zawierającą 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.

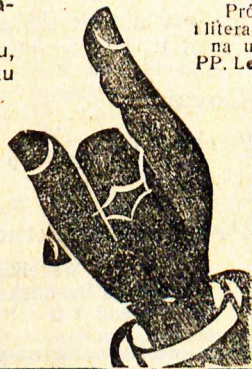
POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.



Gometol Magistra Klawe

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

URODONAL

CHATELAIN

URODONAL

Schatelen

rozpuszcza
kwas moczowy

Sprzedaż we wszystkich
aptekach.

Trzy łyżeczki od herbaty dziennie,
każdą w szklance wody.

W ostrych chorobach:

łyżki stołowe dziennie.

Przeciwwskazania nie ma.

Próby i broszury wysyła się p. lekarzom bezpłatnie.

Z żądaniami zwracać się pod adresem: p. Jan Miuraur Moskwa, Stoleszuikow per. Nr. 6.

VISVIT

znakomity środek odżywczy

pomaga wytwarzaniu się krwi, wzmacnia nerwy i mięśnie, zawiera: białko, węglowodany, nukleino fosforowy wapień, lecithinę i haemoglobinę, nie zawiera wyciągowych substancji.

Visvit jest nader łatwo strawny i przyjemny w smaku.

Opakowanie po 50,0—250,0.

Po broszury prosimy zgłaszać się do E. Koch i W. Borman, w Warszawie, Chmielna 18. Goedecke w Lipsku.

PILULAE PROBILINI

D-ra Bauermeistera

zalecają się przy cierpieniach dróg żółciowych
i
cholelithiasis.

Probilin zawiera kwas salicyłowy, sole kwasu oleinowego i phenolphtaleinę,
Dawka 2—4 pigułki na noc.

OOPHORIN (Nazwa zastrzeżona)

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

Reniform, pierwiastek działający nadnerczy.

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

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

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

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

Reniform-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.

Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

D-ra Antoniego Tuchendlera

Oesophagoskopia, Rekto- i Romanoskopia
przyjęcie od 1—3 pp.

ul. Muranowska 29

miesz. pryw. Plac Saski 5 tel. 62-87

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.