

90588

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 24.

Warszawa d. 11 czerwca 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie	{	rocznie . . . rb. 7 kop —	Z przesyłką i pocztową	rocznie . . . rb. 8 kop. —
		półrocznie . . . „ 3 „ 5 ^o		półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

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

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel. 37,92.

TRESC. Robert Koch (wspomnienie pozgonne). — PRACE ORYGINALNE. O mechanizmie wydzielania soku w małym żołądku Pawłowa, Heidenhaina i Bickela, podał d-r Wasserthal. — Padaczka i Stany pokrewne, podał d-r Władysław Sterling. (C. d.). — STRESZCZENIA. *Chirurgia*. III W. N. Pawłow—Silwanski Przynędek do nauki o powstawaniu kamieni w gruczole krokowym. — 112. John Ridlin i Wallace Blanchard (Chicago). Przynędek do nowego sposobu leczenia ropni gruźliczych. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — Trzydziesty dziewiąty Zjazd chirurgów w Berlinie (c d) — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława, za czas od 14 kwietnia do 14 maja 1910 r. — KORESPONDEN-CYA. Kilka słów z powodu pracy kolegi Rzętkowskiego p. t. „W sprawie wpływu suchej łaźni na wydzie-lanie kwasu moczowego“, podał F. Arnstein. — List otwarty do Redakcyi „Medycyny i Kroniki Lekarskiej“. W sprawie Związku Lekarzy Słowiańskich. — WIADOMOSCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

Robert Koch

(WSPOMNIENIE POZGONNE).

Przed laty 30 skromny lekarz okręgowy, o którym mało kto wiedział, zeszedł w tych dniach ze świata Robert Koch, jako jeden z najpotężniejszych mocarzy nauki, twórca bakterjologii i reformator w dziedzinie chorób zakaźnych. Jakkolwiek bowiem wielkie zdobycze bakterjologii poprzedzone zostały genialnymi przeczuciami Henlego, a nawet faktami, dostarczonymi przez Pasteura, jednak bakterjologia, jako nauka, na gruntownych podstawach oparta, datuje od czasu wiekopomnych dzieł Kocha. Wypracowane przezeń metody barwienia, hodowli i izolacji drobnoustrojów, jak również zastosowanie do badań drobnowidzowych homogennych soczewek immersyjnych i przyrządu Abbego umożliwiły dostarczenie takich dowodów swoistości bakterji, jako przyczyny chorób zakaźnych, że wszelkie zarzuty przeciwników umilknąć musiały.

Podwaliną nauki Kocha były 2 jego prace: „O etiologii węglika“ (1876) i „Badania nad etiologią chorób zakaźnych“ (1878), które zwróciły na siebie uwagę ówczesnego świata lekarskiego. To też już w r. 1830 powołany został Koch ze skromnego swego po-

sterunku w małym mieście ks. Poznańskiego do berlińskiego urzędu zdrowia, gdzie z zapałem oddał się ulubionym studjom. Wkrótce też wyszły ztąd wielkiej doniosłości praktycznej badania nad odkażaniem (1881) i epokowe odkrycie lasecznika gruźlicy (1882 r.), którego to odkrycia znaczenie w profilaktyce gruźlicy powszechnie jest znane.

W roku 1883 Koch, objawwszy kierunek nad ekspedycją choleryczną do Egiptu i Indyi, uwieńczył poszukiwania swoje odkryciem przecinkowca cholerycznego i nakreśleniem planu skutecznej z nim walki. Od tego czasu cholera straciła wiele ze swej grozy, o czem już epidemia z lat 1892—1894 dowodnie świat przekonała.

Po powrocie do domu mianowany został Koch w r. 1885 profesorem higieny uniwersytetu berlińskiego oraz dyrektorem nowoutworzonego instytutu higienicznego. Owocem wznowionej w tym czasie pracy nad gruźlicą było słynne doniesienie z r. 1890 o znalezieniu środka przeciw gruźlicy—tuberkuliny. Jakkolwiek nadzieje, w tym leku pokładane, zawiodły oczekiwania lekarzy i licznych zastępów chorych, to bez wszelkiej przesady powiedzieć można, że odkrycie tuberkuliny stanowi epokę w rozpoznawaniu i leczeniu chorób zakaźnych. Jeżeli tuberkulina nie ostała się, jako środek niezawodny przeciwko gruźlicy (czego zresztą Koch nigdy nie twierdził, polecając ją tylko we wczesnych okresach choroby), to przyczyniła się ona niewątpliwie do odkrycia surowic antytoksyecznych i rozszerzenia pojęć naszych o odporności. Zresztą zdyskreutowana z początku skutkiem zbyt nieostrożnego jej stosowania, wraca tuberkulina znowu do terapii gruźlicy, dając u pewnej odsetki chorych wyniki pomyślne. A już jako środek rozpoznawczy, dzięki działaniu elektrycznemu na tkankę gruźliczą, niema tuberkulina równego sobie.

Gruźlica do końca życia nie przestała być ulubionym polem pracy zmarłego, a łatwo się domyśleć, że nie w zupełności zniszczone nadzieje tembardziej musiały pchać Kocha w kierunku uszczęśliwienia ludzkości środkiem, jeżeli nie leczącym gruźlicę, to względem niej uodparniającym. To też ciągle do zagadnienia tego niemal aż do ostatnich chwil życia powracał.

Do działu prac Kocha nad gruźlicą należy wygłoszony w Londynie w roku 1901 odczyt, w którym dowodził, że laseczniki gruźlicy ludzkiej różnią się od laseczników perlicy, i że tylko pierwsze wywołują gruźlicę u człowieka, tylko drugie u bydła. Olbrzymie znaczenie praktyczne tej tezy dało pohop do bardzo licznych badań w tym kierunku, a jakkolwiek ostatecznie rzecz nie została jeszcze rozstrzygnięta, to zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że „*typus humanus*” jest głównym sprawcą gruźlicy ludzkiej.

W roku 1891 ustąpił Koch ze stanowiska profesora higieny, objawwszy natomiast kierownictwo specjalnie dla niego zbudowanego instytutu chorób zakaźnych, który odtąd stał się głównym ogniskiem jego pracy, głównym, lecz nie jedynym. Albowiem żywy umysł i niewyczerpana energia pchały go i do studjów nad chorobami egzotycznymi. A więc w roku 1896 na wezwanie rządu angielskiego udaje się na południe Afryki dla badań nad księgosuszem i w szczepieniu żółci chorych zwierząt znajduje metodę uodparniania zdrowych. Dokonawszy tego, spieszy Koch bez zwłoki do Indyi, gdzie obejmuje kierownictwo komisji dżumowej, której prace stają się podstawą dalszych badań nad dżumą, prowadzonych w instytucie berlińskim.

Wkrótce potem odbył Koch drugą wyprawę do Afryki wschodniej, gdzie studyował chorobę Surra, wywoływaną przez świdrowce, gorączkę teksańską, której sprawcą jest wykryte przez Smitha *pirosoma bigeminum*, oraz malaryę, którą badał również na Jawie i archipelagu malajskim.

W roku 1904 opuścił Koch stanowisko dyrektora instytutu chorób zakaźnych i udał się po raz trzeci do Afryki na czele ekspedycyi, wysłanej przez rząd niemiecki dla badań nad śpiączką afrykańską. Owoc tej całorocznej pracy ogłosił Koch w roku zeszłym, opisawszy dokładnie sposób powstawania, przebieg, rozpoznanie i leczenie choroby.

Było to ostatnie wielkie dzieło wielkiego człowieka.

Dla ścisłości wspomnieć jeszcze wypada o wykryciu przez KOCHA lasecznika egipskiego zapalenia łącznicy oraz o studyach nad durem i czerwonką.

Całą działalność KOCHA porównać można ze zwycięskim pochodem bojowym genialnego wodza. Wydawszy walkę drobnoustrojom, odnosi szereg świetnych zwycięstw; gdziekolwiek oręż swój zwraca, tam wróg kornie przed nim głowę chyli, a laur za laurem wieńczy skroń zwycięzcy: miasto Berlin mianuje go swym obywatelem honorowym, monarcha odznacza go rzadko w Niemczech udzielanym tytułem ekscelencyi, areopag, z mężów nauki złożony, przyznaje mu nagrodę NOBLA, a ludzkość cała obdarzy go najwyższym dla śmiertelnych zaszczytem — n i e ś m i e r t e l n o ś c i ą.

Zygmunt Srebrny.

PRACE ORYGINALNE.

Z Instytutu doświadczalno-biologicznego — uniwersytetu w Berlinie.

O mechanizmie wydzielania soku w małym żołądku Pawłowa, Heidenhaina i Bickela.

podał

D-r Wasserthal (Karlsbad).

METZGER, SPIRO, UMBER, HOLLESTON i BLAKE dowiedli, że zarówno u człowieka, jak i u zwierząt (psa) pod wpływem wprowadzenia pokarmów przez odbytnicę powstaje zupełnie wyrażne, choć krótkotrwałe wydzielanie soku żołądkowego.

Niektóre pokarmy działają silniej pobudzająco, inne natomiast znacznie słabiej. Stopień wydzielania zależny jest od istoty wprowadzonych ciał, od stopnia ich wessania, przyczem ciała lotne, jak np. wyskok, działają najszybciej i pobudzają najsilniej, zaś mleko, jajka, cukier gronowy i trzcinowy, ekstrakt LIEBIGA, bulion z kury i t. p. wywołują znacznie słabsze wydzielanie.

W r. 1906 sprawdzałem rezultaty, otrzymane przez autorów, na psach o t. zw. „małym żołądku” PAWŁOWA, co już i dawniej robiono, ostatnio zaś wykonałem szereg podobnych doświadczeń (co, o ile mi wiadomo, dotychczas nie było wykonane) na psach, operowanych według metody HEIDENHAINA i Bi-

CKELA, i otrzymałem prawie że jednakowe wyniki we wszystkich 3-ech postaciach sztucznego żołądka.

Zupełnie niezależnie od strony praktycznej, terapeutycznej tych doświadczeń, ¹⁾ nasuwa się pytanie, jak sobie teoretycznie tłumaczyć możemy otrzymane dane, to zn. jakimi drogami przebiegają bodźce w tych 3-ech odmiennych typach „małego żołądka”, jak sobie bodźce te można objaśnić, i do jakich wniosków o mechanizmie wydzielania i tworzenia się soku żołądkowego dane te nas uprawniają.

Nim odpowiemy na powyższe pytania, wypada omówić różnice, jakie zachodzą między 3-ema typami sztucznych worków żołądkowych (Magenblindsack), i co dotychczas wiemy o wydzielaniu soku w tych workach pod wpływem stosowania odżywiania naturalnego, podskórnego i śródżylnego.

Worek PAWŁOWA tworzymy jedynie kosztem błony śluzowej żołądka, przyczem *serosa* i *muscularis mucosae* zostają w zupełności zachowane i przechodzą w postaci szerokiego mostu z t. zw. „dużego żołądka” na „mały”. Most ten zachowuje w całości zwo-

¹⁾ Wasserthal. O wpływie odżywiania przez odbytnicę na wydzielanie soku żołądkowego, Medycyna, 1909.

je nerwowe nerwu współczulnego oraz rozgałęzienia nerwu błędnego, które, wychodząc od wpustu (*cardia*), rozgałęziają się po całej powierzchni żołądka.

W ten sposób warunki unerwienia „dużego” i „małego” żołądka PAWŁOWA są identyczne i warunki wydzielania soku również te same.

Worek PAWŁOWA jest sam w sobie zupełnie zamknięty, niema tam dostępu ani śliny ani śluz przelyku, ani pokarmy, ani też zawartość dwunastnicy, która, jak wykazał BOLDYREFF, wracać może do żołądka.

Mamy zatem możliwość badania wydzielania w zupełnie czystej formie, to zn. jako podrażnienie, które drogą odruchu udziela się bezpośrednio małemu żołądkowi.

To samo da się powiedzieć o 2 innych typach sztucznego worka żołądkowego: i tu też otrzymujemy czysty sok żołądkowy, a nie treść, nie zawartość żołądkową z przymieszką potraw, śliny, śluzu i t. p. (BICKEL).

Worek HEIDENHAINA tworzymy w ten sposób, że ściana żołądka w części górnej (*fundus*) zostaje przecięta przez całą grubość, a z nią też i wszystkie gałązki i zwoje nerwowe.

We worku HEIDENHAINA zachowane są z nerwów zewnętrznych żołądka (*extragastral*) jedynie te rozgałęzienia, które przebiegają w *mesenterium*.

Jeżeli zatem wypreparujemy możliwie wszystkie gałązki nerwów (widoczne za pomocą lupy), które przebiegają w *mesenterium*, jednocześnie postaramy się, o ile możliwości, zniszczyć przez zgniecenie i te nerwy, które przebiegają wzdłuż naczyń krwionośnych, co, ma się rozumieć, jest połączone ze znacznymi technicznymi trudnościami—otrzymamy 3 typ worka żołądkowego — żołądek „pozbawiony nerwów” (*nervenlos*) BICKELA.

Impuls do wykonania takiego żołądka, prawie zupełnie pozbawionego nerwów (po-

zostają zachowane bowiem tylko zwoje nerwowe: *plexus Auerbachi et Meissneri*), dały klasyczne badania PAWŁOWA, a mianowicie prace jego nad pozornym żywieniem (*Scheinfütterung*), które dały dowód istnienia soku korowego (psychogen), t. zw. „wywołanego przez apetyt” (*Appetitsaft*), jeonocześnie dały nam możliwość analizy wydzielania żołądka według istoty powstawania tegoż.

Na tem miejscu nie mogę omawiać szczegółów tego mechanizmu, podaję zatem tylko w streszczeniu *resumé* wywodów BICKELA.

Otóż ten ostatni rozróżnia wydzielanie nerwowo - odruchowe, które powstaje za pośrednictwem układu nerwów żołądkowych zewnętrznych (*extragastral*), oraz wydzielanie pochodzenia obiegowego (*haematogen*), które powstaje wskutek działania podrażnienia bezpośrednio na miąższ błony śluzowej (*parenchyma*), to znaczy, na komórki wydzielające + mały nerw współczulny.

Wydzielanie nerwowo-odruchowe można znów podzielić na wydzielanie korowe (*kephalogene Sekretion*), wywołane przez podrażnienie zmysłów, oraz wydzielanie swoiste (*endogen*), wywołane przez działanie samych potraw na błonę śluzową żołądka, względnie kiszek. Wydzielanie pochodzenia obiegowego (*haematogen*) podtrzymywane zostaje przez ciała, które stale, nawet w stanie głodzenia się, krążą w obiegu, i które tylko w części odnieść można do t. zw. sekretyny EDKINSA²⁾.

Najważniejszą i najskuteczniejszą część składową tych ciał pobudzających, krążących we krwi, stanowią najprawdopodobniej substancje, bądź to zawarte w pokarmach, bądź

²⁾ Edkins otrzymał wywar błony śluzowej odźwiernika, zawierający ciała, które przy stosowaniu śródżylnem (*intraveniös*) działają silnie pobudzająco na wydzielanie soku w żołądku. Zrobił on przytem nader ciekawe spostrzeżenie, że te ciała pobudzające (sekretyny) działają u zwierząt różnych gatunków, np. wywar błony śluzowej świni działa u kot

też takie, które powstają w trakcie trawienia i w trakcie tegoż zostają wessane. Sekretyna EDKINSA nie posiada zbyt silnego działania w sensie pobudzenia wydzielania soku. Wypływa to z faktu, że np. $\frac{1}{10}$ N. kw. solny, który, jak wiadomo, znacznie wzmacnia wydzielanie sekretyny—nie działa silniej, jako bodziec ku wydzielaniu, aniżeli zwykły fizyologiczny roztwór soli kuchennej.

Dalszego dowodu, że sekretyna nie wiele stanowi przy wydzielaniu soku, dostarczono w pracowni BICKELA za pomocą następującego doświadczenia:

Jeżeli psu o małym worku „pozbawionym nerwów” BICKELA wstrzykniemy podskórnie znaczniejszą dawkę atropiny, to uda nam się przez dłuższy czas zupełnie powstrzymać wszelkie wydzielanie w dużym żołądku, jednocześnie też i tworzenie się sekretyny, która, jak wyżej wspomniałem, wytwarza się w części odźwiernikowej (*pars pylorica*) żołądka. Działanie atropiny jest tak silne, że błona śluzowa dużego żołądka przez 2—3 godziny wykazuje odczyn alkaliczny.

U tegoż psa jednak wydzielanie w worku BICKELA odbywa się dalej, zupełnie niezależnie od zupełnego zaprzestania sekrecyi w dużym żołądku, a więc niezależnie od tworzenia się sekretyny.

Stałe to wydzielanie błony śluzowej małego żołądka jest charakterystyczne dla psów o workach według HEIDENHAINA i BICKELA w przeciwstawieniu do psów o „małym żołądku” PAWŁOWA, u których w okresie głodzenia wszelkie wydzielanie w zupełności ustaje.

W tej stałej sekrecyi zachodzić mogą pewne krótkotrwałe przerwy, czasowo spada ona do zera, jak o tem niejednokrotnie sam przekonać się mogłem, sama przez się znów wraca i podnosi się do pewnej wysokości. MOLNAR widział wydzielanie w małym żołądku jeszcze po 3-dniowym absolutnem głodzeniu psa, podczas gdy u psów PAWŁOWA już po 8—10 go-

dzinach po zakończonem trawieniu wydzielanie zostaje w zupełności przerwane. Objasnia on to zjawisko w sensie teoryi BICKELA, a mianowicie, że wskutek regulacyjnego działania ekstragastralnych nerwów w zupełności odpada mechanizm, hamujący wydzielanie.

W ten sposób uwydatnia się działanie wyżej wymienionych bodźców, które stale krążą w obiegu.

Że ciała te w istocie działać mogą jedynie drogą obiegu krwi, dowodzi t. zw. „czas utajony”, który jest dłuższy w żołądku, pozbawionym nerwów w porównaniu ze żołądkiem PAWŁOWA (RHEINBOLD). Bodźce hamujące są słabsze, przeważają zaś tu bodźce pobudzające.

U psów o żołądku PAWŁOWA czas ukryty wynosi mniej więcej 5 minut, gdy tymczasem w żołądku, pozbawionym nerwów, czas od chwili podziałania podrażnienia do chwili wystąpienia wydzielania wynosi co najmniej 20 minut. Zjawisko to tem się tylko tłumaczy, że w żołądku bez nerwów wobec braku odpowiedniego połączenia nerwowego podrażnienie *vago-sympathicus* nie może bezpośrednio z „dużego” żołądka przejść na „mały”. Przejście to idzie drogą obiegu krwi przez wessanie do krwi ciał drażniących, wytwarzających się przy trawieniu, lub też przez resorbcyę sekretyny — tą drogą okólną bodźce wydzielnicze udzielają się małemu żołądkowi. Jasne jest, że tak skombinowany proces wymaga dłuższego czasu.

Na zasadzie tych oto i wielu innych doświadczalnych danych, których tu wymieniać nie będę, BICKEL doszedł do następującego pojmovania procesu powstawania sekrecyi w żołądku (i kiszki): Mięsz gruczołowy (Drüsenparenchym) żołądka, na który się składają komórki wydzielające, oraz mały nerw współczulny otrzymuje swe bodźce drogą obiegu krwi. Ten układ unerwienia podporządkowany jest układowi nerwów zew-

nętrznych żołądka. Układ *vago-sympathicus* posiada jedynie własności regulacyjne i działa podwójnie: bądź hamująco depresorycznie, bądź też pobudzająco.

W świetle takiego pojmowania łatwo zrozumieć wyniki, otrzymane drogą doświadczeń, jednocześnie pojmowanie to można przenieść i na stany patologiczne u człowieka dla wyjaśnienia powstawania zбоceń w wydzielaniu soku żołądkowego, jeżeli wspomnę tylko o nadmiarze wydzielania (*hypersecretio*). Stan ten nadmiernego wydzielania tłumaczyć należy albo jako podrażnienie układu pobudzającego lub też jako porażenie układu hamującego.

Vice versa, ma się rozumieć, porażenie pierwszego układu równać się będzie pobudzeniu ostatniego.

Drogą analogii można pojmowanie to przenieść, *mutatis mutandis*, i na jelita, co też zostało dowiedzione przez v. BENEZURĄ, przynajmniej co do ruchu robaczkowego.

Jakże zatem w świetle tej teorii można osądzić wydzielanie, które otrzymujemy w małym żołądku tych 3 typów, o których mowa, po zastosowaniu bodźców wydzielniczych przez odbytnicę? Jak wogóle winniśmy sobie tłumaczyć wydzielanie soku, które powstaje w żołądku pod wpływem wlewań do odbyticy?

Dane, otrzymane na worku PAWŁOWA, gdzie udzielanie się bodźców drogą nerwową pozostaje w zupełności zachowane — nie dają dostatecznego wyjaśnienia.

Tu przyjąwszy można, że bodziec z odbyticy drogą odruchowo-nerwową udzielać się może wprost małemu żołądkowi.

W żołądku według HEIDENHAINA, jeszcze bardziej zaś w żołądku typu BICKELA także odruchowe przenoszenie się bodźców jest wyłączone.

O t. zw. wstępnym ruchu robaczkowym,

któryby sięgał aż do żołądka, nie może być chyba mowy.

Zostaje zatem jedyne objaśnienie, że bodźce udzielają się drogą obiegu, że przez wessanie przez odbytnicę pewne ciała, sole i t. p. dostają się do krwi i w ten sposób udzielać się mogą małemu żołądkowi.

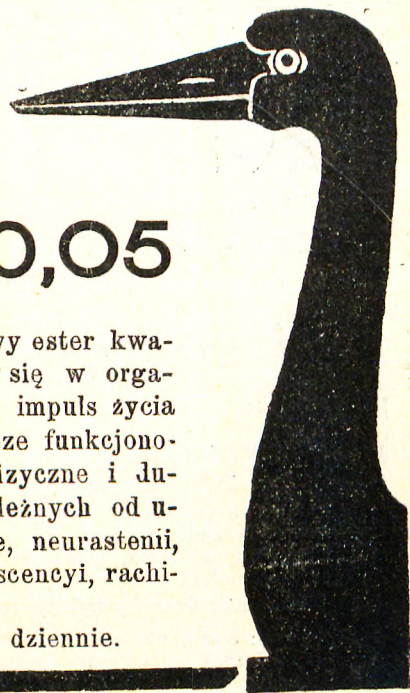
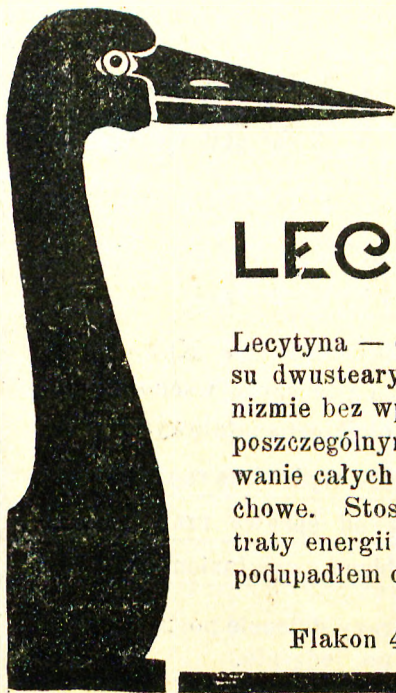
Naturalnie, że dane, otrzymane tą drogą, nie są tak wyraźne i pouczające, jak przez karmienie *per os* lub też przez dowóz bodźców bądź poprzez skórę, bądź też śródzylnie. Ani natężenie, ani też mniej lub więcej szybkie podnoszenie się krzywej wydzielania w żołądku nie daje się przy tym rodzaju doświadczeń tak dobrze obserwować i studyować.

Różnice między poszczególnymi typami worków żołądkowych nie są tak wybitne, ponieważ w naszych doświadczeniach zależni jesteśmy od nader ważnego czynnika, mianowicie od siły chłonnej odbyticy i od chwili, kiedy wessane bodźce dostają się do obiegu.

To też, jeżeli przyjrzymy się naszym danym, zobaczymy szybkie podnoszenie się krzywej wydzielania przy wprowadzeniu do odbyticy ciał lotnych, które najszybciej i najłatwiej ulegają wessaniu, jak np. wyskok. Fizyologiczny rozczyń soli kuchennej ulega wprawdzie łatwo wessaniu, ale ani drogą przez odbytnicę, ani *per os* nie wywołuje znaczniejszego wydzielania.

Rozczyń żelatyny — zostaje również bez wpływu. Steżonych rozczyń soli kuchennej nie można stosować przez odbytnicę, wywołują bowiem podrażnienie miejscowe i zostają w krótkim czasie wydalone.

Wyciąg z goździków oraz ekstrakt LIEBIGA nie wywołuje wydzielania, choć ciała te znane są, jako silne bodźce przy stosowaniu *per os* lub podskórnem. Pepton WIRTE zostaje prawie zupełnie bez działania, nieznaczne jest również działanie bulionu.



Drageés

LECITHINI-ovoà0,05

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwustearynoglicerynowego) 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, podpadłem odżywianiu, wycieńczeniu, rekonwalescencji, rachityzmie i t. p.

Flakon 40 sztuk- 1 rs. Dozowanie: od 1—4 dziennie.



RHOMNOL

$$C^{40} H^{54} Az^{14} O^{27} P^4$$

Potężny środek przyspieszający ogólne odżywianie.
Racyonalne leczenie fosforem.

Kwas nukleinowy
i
Nukleofosfaty
naturalne.

Wskazania: Gruźlica, Fosfaturia, Cukrzyca, Neurastenia, Chloro-
Anemia, Rekonwalescencya.

Pigułki: 4 do 10 dziennie podczas jedzenia, ziarenka ocukrzona, Iy-
żeczka od kawy lub deserowa podczas każdego jedzenia.

Wzmożone ciśnienie

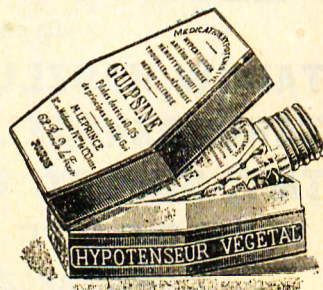
Miażdżycę tętnic, krwotoki płucne, skleroza w nerkach, zaburzenia w okresie prze-
kwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie
przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.

Zawiera pierwiastek działający Gui.

6 do 10 pigułek dziennie przed jedzeniem.



Próby na żądanie
Dr. M. LEPRINCE
62 Rue de la Toure
Paris.

Docteur Maurice Leprince, 62 Rue de la Tour Paris, France.

Wszystko to dowodzi, że ciała te nie zostają dostatecznie wessane lub też ulegają na miejscu rozkładowi.

Białko zwierzęce tego samego gatunku w postaci wyciągu z błony śluzowej okrężnicy psa — zostaje zupełnie bez działania.

Winniśmy zatem tłumaczyć działanie bodźców, stosowanych przez odbytnicę, analogicznie, jak gdyby je stosować podskórnice, z tem tylko ograniczeniem, że działanie ze względu na zupełne zrozumiałych nie jest tak wyraźne, i że nie można tą drogą badać ciał drażniących miejscowo, to znaczy działających ekkoprotycznie. Ostatecznego miejsca działania tych bodźców, udzielających się drogą obiegu, dotychczas nie znamy.

Obecny stan wiedzy naszej nie daje nam na razie wyjaśnienia, na jakie komórki błony śluzowej bodźce działają bezpośrednio, to znaczy, czy działają na komórki wydzielające, czy też na zwoje nerwowe, zawarte w samej błonie śluzowej, czy też wreszcie działają w sensie neurochemizmu EHRMANNA.

W razie gdyby w późniejszych badaniach udało się wykazać, że, oprócz wysokoku, eteru (BICKEL), morfiny (KAST), również i inne środki nasenne pobudzać mogą wydzielanie w żołądku, to moglibyśmy użyć teorii HORST MEYERA i OVERTONA o działaniu środków nasennych, jako drogi wytycznej dla wykazania, gdzie właściwie się znajduje ostateczny punkt działania bodźców, pochodzących z krwi.

Czy leży on w komórce wydzielającej, czy też w komórce nerwowej.

Trzeba zatem po pierwsze wykazać, które z komórek mają największe powinowactwo (lipoidalne) ku środkom nasennym, powtóre, że oprócz środków nasennych i inne ciała, które znamy jako bodźce wydzielania, zawierają jako właściwą materię czynną takie ciała, które mają powinowactwo ku lipidom.

W takim razie w teorii i w praktyce zastosowacby można rezultaty, otrzymane przez NERKINGA za pomocą stosowania lecytyny.

Obiecuję sobie w miarę możliwości zająć się badaniami według tak zakreślonego planu.

Profesorowi BICKELOWI za pozwolenie wykonania niniejszej pracy w jego pracowni składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

LITERATURA.

- B i c k e l. Zur Pathogen. d. Ner. Sekr. Störung d. Magens. Deut. med. Woch. 1909, Nr. 16.
- B i c k e l. Magen u. Magensaft. Handbuch d. Biochemie v. Oppenheim, 1908.
- K a s t. Boas Arch. f. Verd. Kr. T. XII.
- R h e i n h o l d t. Ueber d. Sekr. Ablauf. an dem d. extragastral. Nerv beraubten Magenblindsack. Internat. Beitr. z. Path. u. Ther. d. Ern. Stör. T. I. Z. I.
- v. B e n e z u r. Beitr. z. Kenntniss der Peristaltik d. Dünndarms Intern. Beitr. z. Path. u. Ther. d. Ern. Stör. T. I. Z. II.
- M o l n a r. Z. Analyse d. Erregungs u. Hemmungsmechan. d. Magens. Deut. med. Woch. 17. 09.
- E d k i n s. The chemical Mech. of. gastr. secretion. Journal of Physiologie. T. 34, str. 133. 06.
- B o r o d e n k o. Internat. Beitr. z. Path. u. Ther. d. Ern. Stör. T. I. 09.
- H. M a y e r. Schmiedebergs Arch. T. 42.
- N e r k i n g. Narkose u. Lezithin. Münch. med. Woch. 09. Nr. 29.
- D e y c k e i M u c h. Münch. med. Woch. Nr. 39. 09.
- R o s e n h e i m. Diskusya. D. Med. Woch. 09. Str. 738.
- E h r m a n n. Diskusya. Verhandl. d. Congr. f. inn. Med. in Wien. 08. Str. 357.

Padaczka i Stany pokrewne.

podał

Dr. Władysław Sterling

(Ciąg Dalszy — patrz Nr. 23).

Na specjalną uwagę zasługuje związek padaczki z przebytym p r z y m i o t e m. Nie mam tu na myśli ani przymiotu dziedzicznego, który stwarzać może podłoże dla padaczki, ani tych ogniskowych spraw w przebiegu nabytego przymiotu, gdzie padaczka symptomatyczna stanowi tylko objaw prodromalny mającego rozwinąć się następnie organicznego procesu mózgowego, lub też gdzie objawy epilepsji czasowo tylko dominują w ogólnym obrazie przymiotu mózgowego, ale mam tu na myśli takie postaci, których klinicznie absolutnie niepodobna odróżnić od padaczki samoistnej, i w których badanie anatomiczne wykrywa albo *endarteriitis syphilitica*, jak to widzimy w znanym przypadku ALZHEIMERA, albo nie wykrywa absolutnie żadnych zmian materjalnych, których związek z przebytym przymiotem byłby niewątpliwy. Przede wszystkim wspomnieć tu należy o przypadkach, opisywanych, jako *epilepsia parasymphilitica*, która łączy się ściśle z wtórnym okresem przymiotu; być może jednak, mamy tu do czynienia głównie ze spotęgowaniem przez przymiot tkwiącego już w organizmie usposobienie dziedzicznie - e p i l e p t y c z n e g o, z p r z e b u d z e n i e m drzemiącej dyspozycy epileptycznej przez nabyty przymiot. Daleko bardziej przekonywające są przypadki, które NONNE opisał jako *epilepsia postsyphilitica*. Są to przypadki padaczki monosymptomatycznej o wyraźnie samoistnym charakterze, które występują i powstają pod wpływem przebytego przymiotu, a w których badanie anatomiczne nie wykrywa w mózgu żadnych zmian

specyficznych. Napady są tutaj nieco rzadsze, niż w padaczce zwykłej, lecz rozpoczynają się jednakowo nagle i przebiegają w sposób typowy, z następczą amnezją, z stanami zamroczenia, lecz w odróżnieniu od zwykłej padaczki zazwyczaj z nieznacznym upadkiem inteligencji. Od symptomatycznej padaczki w przebiegu przymiotu mózgowego odróżnia przypadki te brak jakichkolwiek objawów Jacksonowskich, słaby charakter napadów w przeciągu bardzo długich okresów oraz zupełna bezskuteczność kuracyi swoistej, która w tamtych sprawach daje nieraz doskonałe wyniki (przypadek FEINBERGA). Dokładne wywiady i badanie oraz długoletnia obserwacya zdołały w przypadkach NONNEGO wykryć przymiot jako jedyny czynnik etiologiczny—najważniejszym jednak dowodem integralnego, związku padaczki tej z przymiotem—jest bezpośrednie przejście kilku przypadków w wiażdzenia. To też NONNE uważa stanowisko tego rodzaju przypadków padaczki posyphilitycznej w stosunku do przymiotu za analogiczne do paraliżu postępującego i wiażdzenia. Przypadki analogiczne opisali jeszcze Le GENDRE i SARBO.

Ze spraw organicznych pozostaje mi do omówienia jeszcze a r t e r i o s k l e r o z a, jako czynnik i tło, na którym rozgrywać się mogą obrazy kliniczne, niczem nie odróżniające się od padaczki samoistnej. Mówię tu o arteriosklerozie, jako pojęciu anatomicznemu, bez względu na to, jakie sprawy fizyologiczne lub jakie zatrucia (alkohol, ołów, przymiot, nikotyna, absynt) stanowią tu ogniwo przejściowe. Do kategorii tej należą liczne przypadki t. zw. p ó ż n e j p a d a c z k i (*epilepsia tarda*), jednakże wbrew źródłowym badaniom LÜTHA nie wszystkie, gdyż istnieje cały szereg przypadków *epilepsiae tardae*, których patogeneza nie ma nic wspólnego ze zmianami arteriosklerotycznymi—i odwrotnie, nie każdą padaczkę — nawet późną, w któ-

rej stwierdzamy regresywne zmiany w naczyniach, mamy prawo uzależnić od arteriosklerozy, gdyż padaczka samoistna sama przez się prowadzi czasem nawet we względnie wczesnych okresach do znacznego zgrubienia i zwyrodnienia hyalinowego ścian naczyń (ALZHEIMER, WEBER 60%). Spostrzegalem niedawno przypadek padaczki arteriosklerotycznej u 58-letniego mężczyzny, gdzie w klinicznym przebiegu, prócz nieznacznej hemiparezy lewostronnej, typowych napadów o typie padaczki samoistnej i głębokiego otępienia umysłowego, istniał lewostronny zanik tarczy wzrokowej, który *intra vitam* niepospolicie utrudniał rozpoznanie; sekcya wykazała, że przyczyną zaniku był ucisk przez zgrubiałe naczynia na nerw wzrokowy na podstawie czaszki. Inny typ padaczki arteriosklerotycznej stanowią dwa spostrzegane przezemnie przypadki, gdzie typowe napady epileptyczne o charakterze wybitnie samoistnym wystąpiły w krótkim czasie po napadzie apoplektycznym — przypadków analogicznych nie udało mi się odnaleźć w literaturze. W innej wreszcie grupie przypadków, które SCHUPFER określił, jako *epilepsia cardio-vasalis*, występują przy braku jakichkolwiek objawów ogniskowych typowe napady o charakterze padaczki samoistnej, częste i długotrwałe stany zamroczenia — i tylko późny wiek, towarzyszące objawy arteriosklerozy, wyczerpywanie się umysłowe, a przede wszystkim głębokie bardzo zmiany psychiczne odróżniają przypadki takie od padaczki zwykłej.

Poruszyliśmy dotychczas organiczne sprawy mózgowe, których pokrewieństwo kliniczne z padaczką samoistną jest tak wielkie, że nie posiadamy dotychczas dostatecznie pewnych kryteriów różniczkowo-rozpoznawczych, któreby umożliwiły nam w poszczególnym przypadku trafne rozpoznanie. Przechodzę z kolei do spraw funkcjonalnych, których pokrewieństwo z pa-

daczką jest widoczne, podobieństwo kliniczne nieraz łudzące, a które, bądź co bądź, przy dokładnej analizie zastępują na odrębne stanowisko nozologiczne. Mam tu na myśli przede wszystkim opisane po raz pierwszy przez OPPENHEIMA t. zw. *dr g a w k i p s y c h a s t e n i c z n e*: są to przypadki, dotyczące dziedzicznie obciążonych psychopatów, z obawami, myślami natrętnymi i innymi ciężkimi objawami neurastenicznymi, w których epizodycznie po wzruszeniach psychicznych występują ciężkie drgawki z zupełną utratą przytomności o charakterze typowej padaczki samoistnej. Przypadki te nie mają nic wspólnego z histeryą, klinicznie zaś zajmują stanowisko pośrednie pomiędzy padaczką a neurastenią.

Nieco zbliżony obraz chorobowy spotykamy w opisanej niedawno przez BRATZA t. zw. *p a d a c z c e a f e k c y j n e j* (Affekt-epilepsie). Jest to grupa przypadków, którą BRATZ pomimo typowo przebiegających napadów epileptycznych — oddziela od padaczki samoistnej, a której kliniczny przebieg z histeryą nie ma nic wspólnego. Charakterystyczną cechą przypadków tej grupy jest, że napady występują tylko po wzruszeniach psychicznych — ztąd nazwa napady *a f e k c y j n o - e p i l e p t y c z n e*. Chorzy tej kategorii wykazują wiele cech degeneracji psychicznej: wielką niestałość, drażliwość oraz liczne objawy neurasteniczne — tak, że zbliżają się poniekąd do kategorii, opisanej przez OPPENHEIMA — odróżniają się zaś od niej głównie tem, że napady występują w bardzo wczesnym wieku i jakkolwiek przy spokojnym trybie życia, np. w zakładzie leczniczym, czasowo znikają, jednakże wracają znowu przy wzruszeniach psychicznych. W szeregu ogłoszonych następnie z LEUBUSCHEREM przypadków podkreśla BRATZ znaczenie licznych objawów naczynioruchowych w tej postaci. — Przypadki te nigdy nie prowadzą do głębszych

zmian psychiki, jak to widzimy w padaczce samoistnej i nozologicznie zajmują miejsce pośrednie pomiędzy padaczką samoistną a zwyrodnieniem psychicznym—tak jak dr g a w k i p s y c h a s t e n i c z n e OPPENHEIMA zajmują miejsce pośrednie pomiędzy padaczką a neurastenią.

Niezależnie zupełnie od prac BRATZA opisał amerykański neurolog DANA grupę przypadków o charakterystycznych napadach, zbliżonych zupełnie do padaczki samoistnej, lecz bez „jej ciężkich cech degeneracyjnych” i bez jakichkolwiek charakterystycznych dla padaczki zaburzeń psychicznych. Napady mają zazwyczaj charakter poronny, zaś w odróż-

nieniu od opisanych przez BRATZA nie są zależne ani od afektów, ani od wzruszeń psychicznych. Napady te dzieli DANA na 4 kategorie: 1) napady psychiczne z uczuciem strachu, biciem serca i następczem długotrwałym wyczerpaniem, 2) napady czuciowe z bólami w karku, brzuchu, kończynach i również następczą prostracją, 3) napady zawrotów głowy ze szmerami subiektywnymi i z objawami, zbliżonymi do MENIERA oraz 4) napady naczynioruchowe z silnym przyływym krwi do twarzy. Napady te określa on nazwą „p a r a e p i l e p s y i l u b p s y c h a l e p s y i”.

(c. d. n).

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

Chirurgia.

111. W. N. Pawłow — Silwanskij. **Przyczynę do nauki o powstawaniu kamieni w gruczole krokowym.**

Kamienie, spostrzegane w gruczole krokowym, mogą tworzyć się w samym gruczole lub też dostawać się do niego zzewnątrz. Pierwsze nie są właściwie kamieniami prostatycznymi, albowiem utworzyły się w innej okolicy narządu moczowego, a w okolicy gruczolu krokowego zostały tylko zatrzymane, wywołując w nim późniejsze zmiany.

Odkładanie się soli w tkankach jest zjawiskiem zwyczajnym, i w wielu przypadkach uważać je należy za objaw fizyologiczny n. p. zwapnienie chrząstek żebrowych, krtaniowych i t. p. u starców.

Przyczyną wydzielania się wapna w tkankach jest upadek odżywiania i upośledzona czynność komórek, utrata możności przyswajania ze krwi rozmaitych związków Ca i Mg., jak również węglanów i fosforanów wapnia, w następstwie czego sole te wydzielają się, tworząc blaszki i bryłki.

Sprawa zwapnienia występuje bardzo łatwo, jeżeli wśród komórek żywych znajdują się martwe, czy to pod postacią zwyrodniałych komórek gruczolu, czy też skrzepów włóknika, pasorzytów, martwego płodu i t. d.

Upośledzenie czynności gruczolu pod wpływem chemicznych zmian wydzieliny, zgęszczenie i zatrzymanie jej, jak również obecność ciał obcych wytwarza również warunki, sprzyjające rozwojowi kamieni.

EPSTEIN dowiódł, że niezbędną częścią składową kamieni jest organiczne podłoże, które łatwo może być wykryte po usunięciu tworzących kamień soli. Dowiedziono również, że bardzo wybitną rolę w tworzeniu się kamieni odgrywają mikroby, n. p. *leptotrix buccalis* posiada własności wydzielania z innych związków węglanu wapnia i tym sposobem sprzyja wytwarzaniu się kamieni w przewodach gruczolów ślinowych i migdałkach; w kamieniach żółciowych znajdowano *bact. coli*.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że w tworzeniu się kamieni gruczolu krokowego pierwszorzędą rolę odgrywa zakażenie gonoko-

kowe, napotykanie bez wyjątku we wszystkich przypadkach. Zakażenie to, odznaczając się niezwykłą złośliwością, szybko przenika i umiejscawia się w tylnym odcinku cewki moczowej, wywołując stałe zmiany w tkankach gruczołu krokowego. MERCIER i STILLING objaśniają tworzenie się kamieni zgęszczeniem wydzieliny gruczołu dokoła uległych skrobiowatemu zwyrodnieniu komórek nabłonkowych.

Zmiany prostaty, powstałe pod wpływem kamieni, polegają na obfitem łuszczeniu się nabłonka, który w formie bezpostaciowej masy stopniowo zapełnia cały mieszek, a pośród tych mas zaczyna się odkładanie soli. Dookoła rozciągniętych mieszków gruczołu rozwijają się sprawy zapalne, miejscami rozwija się rozrost nabłonka i jego zgorzel całymi działkami, które swobodnie leżą w świetle przewodu gruczołowego; w innych miejscach złuszczający się nabłonek z słabo barwiącymi się jądrami lub też wcale nie barwiącymi się zapełnia całe światło mieszka, a jednocześnie widoczne są brylki odłożonych soli; w innych znów okolicach cały woreczek zapełniony jest bezpostaciową, jednostajnie barwiącą się masą z zachowanymi gdzieś konturami komórek, jest to początek tworzenia się kamienia.

Późniejsze wydzielanie się soli następuje podług praw ogólnych: takie zamierające tkanki tracą własność przyjmowania rozpuszczonych we krwi i limfie związków Ca i Mg., jak również węglanów i fosforanów wapnia, i sole te zaczynają odkładać się w gotowym, jeżeli tak można wyrazić się, organicznym futerale.

Całą sprawę tworzenia się kamieni można sobie przedstawić tak: przewlekłe gonokokowe zakażenie wywołuje częściową zgorzel komórek gruczołu krokowego, która staje się jądrem mających w następstwie utworzyć się kamieni.

Tak powstałe kamienie mogą być rozsiane w zrazikach gruczołu lub też zbierać się w grupy i zamienić cały gruczoł w woreczek, napełniony kamieniami.

Co do liczby kamieni, to bywa ich od jednego do kilkuset. W jednym przypadku, opisanym przez autorów, było ich 584, w dru-

gim około 300. Kamienie posiadają kolor ciemno-cynamonowy, powierzchnia ich bywa pokryta jakgdyby cienką, połyskującą błoną. Do znacznej wielkości kamienie gruczołu krokowego zwykle nie dochodzą; w przypadku wyżej wzmiankowanym 584 kamieni ważyło 6,0. Największy kamień w przypadku GOLDING — BIRDA ważył 3,75, gdy wszystkie razem 20,75. HEY wspomina o znalezionym przez siebie kamieniu, ważącym 348,3. W jednym przypadku MATTONIEGO kamień posiadał wymiary 24 × 22 cent.. Tej jednak niezwyklej wielkości kamienie, chociaż były umiejscowione w gruczole krokowym, to jednak początkowo, prawdopodobnie, znajdowały się w innych okolicach narządu moczowego.

Kamienie gruczołu krokowego autor spostrzegł u 2 osób przed 50 rokiem życia (35 i 45 l.), w 4-ch przypadkach pomiędzy 50 a 60 r., w 4 po 60 r. We wszystkich przypadkach była podrzędnie rzeźączka. Co się tyczy czasu, jaki upłynął od chwili zarażenia się rzeźączką do chwili wykrycia kamienia, to w jednym przypadku upłynęło 6 lat, w jednym 12 lat, w 2-ch 25 lat, w jednym 30 i jednym 37 lat. We wszystkich wspomnianych przypadkach przebieg rzeźączki był bardzo ciężki.

Kamienie gruczołu krokowego składają się zazwyczaj z fosforanów i szczawianów wapnia i magnezu, węglanu wapnia i niewielkości ciał organicznych.

(Chirurgija t. XXVII. N. 158. Fewral 1910).

J. Wojciechowski.

112. John Ridlin i Wallace Blanchard (Chicago). Przyczynek do nowego sposobu leczenia ropni gruźliczych.

Autorowie leczyli sposobem, podanym przez E. G. BECKA, 26 ropni gruźliczych kręgosłupa i stawu biodrowego z przetokami bez nich; sposób polegał na tem, że zastrzykiwano po uprzednim ogrzaniu do ciepłoty ciała i ścisłem zmieszaniu następujący płyn:

<i>Bismut. subnitrici</i>	6.
<i>Cerae albae</i>	1.
<i>Parajin. liquid.</i>	1.
<i>Vaselin.</i>	12.

Rentgenogramy pokazywały przebieg tego sposobu leczenia. Ropnie co 2 — 3 dn

napelniano tą pastą tak długo, póki nie ustała ropienie. Przetoki goiły się po upływie 1 do 3 tygodni.

Autorowie, mając do czynienia z ropniami, posiadającymi najrozmaitsze zaulki i zatoki liczne, robili zastrzykiwania trzy razy tygodniowo, póki ropa nie była zupełnie płynna; w takich przypadkach przetoki się goiły po upływie kilku miesięcy. Gdy kości były zmienione na wielkiej przestrzeni, i gdy były liczne zatoki, gojenie szło znacznie wolniej gdyż pasta nie miała wszędzie wolnego dostępu i nie mogła wycisnąć ropy w zupełności.

Autorowie tłumaczą następującym sposobem dobre działanie tej mieszaniny: 1) pasta wyciska ropę, 2) zamyka ona dostęp dla drobnoustrojów i 3) wywiera ucisk na skąpą ziarninę i tym sposobem wywołuje normalny przebieg gojenia się rany.

Z 22 chorych, dotkniętych gruźlicą już 2 — 9 lat, wyleczono z przetok dziewięciu po upływie 7 do 33 dni, trzynastu nie dało znacznego polepszenia, znajdują się oni jeszcze w leczeniu.

Otworzono 2 ropnie stawu biodrowego i dwa ropnie lędźwiowe, po wypuszczeniu ropy wypełniono całą jamę pastą, a otwór zakryto gazą sterylizowaną. W przeciągu pierwszych kilku dni wydzielila się surowica jałowa i mniej-więcej czwarta część zastrzykniętej pasty — po upływie trzech tygodni rana się zagoiła w zupełności.

Zatrucia lub też powtórnego zakażenia nie zauważono.

(Zentrelblatt f. chirurgische u. mechanische Orthopädie Tom III zeszyt 7).

W. Biehler.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Protokół posiedzenia gastrologicznego z dnia 15 grudnia 1909 r.

Porządek dzienny: 1) Demonstracye, 2) Dyskusya nad przypadkiem rozszerzenia przełyku, demonstrowanym przez kol. TUCHENDLERA.

1. a) MINTZ przedstawił 2 chorych: chorego z rozszerzeniem retencyjnym żołądka wskutek zwężenia odźwiernika. U chorego Med., mającego obecnie lat 45, cierpienie żołądka datuje od l. 20. Choroba zjawiała się dawniej peryodycznie, zwykle na wiosnę i trwała kilka tygodni.

Po raz pierwszy wymioty krwawe wystąpiły w r. 1901. Po kuracyi w Karlsbadzie miał się dobrze aż do r. 1906, kiedy to znowu powtórzyły się wymioty krwawe i bóle żołądkowe. Wyniki badania chemizmu żołądka, dokonanego przez M. w roku 1907, stwierdziły obecność nadkwaśności (po śniadaniu próbnem $A=0,40\%$, $L=0,32\%$). Od roku 1907 jeździł co rok do Karlsbadu. Od ostatniego pobytu w Karlsbadzie czuje się niedobrze. Narzeka na bóle po jedzeniu i częste wymioty. Opowiada o wzmożonych ruchach

perystaltycznych. Dolna granica żołądka sięga bardzo nisko. Naczczo w żołądku znajduje się sporo zawartości pokarmowej o wyraźnym odczynie na wolny HCl. W przypadkach retencyjnego rozszerzenia żołądka M. posługuje się oliwą dla celów rozpoznawania różniczkowego. Przy zwężeniu bliznowem odźwiernika oliwa, brana przez chorego na noc, wykrywa się nazajutrz, a nieraz nawet jeszcze na 2 lub 3 dzień w żołądku, natomiast przy zwężeniu spastycznym oliwa przeważnie opuszcza żołądek w ciągu 10—12 godzin. Wobec tego M. radzi stosować powyższą metodę w każdym przypadku rozszerzenia retencyjnego żołądka, aby przekonać się, czy rozszerzenie nie zależy od spastycznego zwężenia odźwiernika i czy w danym przypadku są szanse leczenia wewnętrznego.

M. przedstawił chorą Morg., kobietę w wieku lat 64, która od 5 tygodni narzeka na wymioty i zgagę. Badanie wykazało znaczną retencyę w żołądku. Po dokładnem prze-myciu żołądka chora dostała śniadanie prób-

ne. $A \approx 0,08\%$, wolnego HCl zaledwie ślad. Granice żołądka prawidłowe. Po kilkunastu przemywaniach objawy zastoju pokarmów zupełnie ustąpiły. Chora czuje się dobrze. Zdaniem M., jest to przypadek t. zw. a t o n i c z n e g o r o z s z e r z e n i a ż o łą d k a.

W dyskusyi SKŁODOWSKI zapytuje MINTZA, czy podany przez niego sposób różniczkowania skurczowego zwężenia odźwiernika od bliznowego opiera się na spostrzeżeniach, sprawdzonych badaniami pośmiertnymi, co jedynie mogłoby proponowanemu sposobowi nadać cechę pewności. Wogóle sądzi, że trudno jest nieraz rozstrzygnąć stanowczo, czy mamy w danym przypadku do czynienia ze skurczem odźwiernika, czy też ze zwężeniem bliznowym. Zresztą jest to wogóle sprawa więcej teoretyczna, nie mająca większego znaczenia przy ocenie wskazań do operacyi, zwykle bowiem, o ile tylko można, obserwujemy danego chorego w ciągu pewnego czasu, lecząc go środkami wewnętrznymi, t. j. przepłukiwaniem żołądka, dyetą i t. d. i, jeśli następuje polepszenie objawów podmiotowych, i chory przybiera na wadze, to uważamy zabieg chirurgiczny za niewskazany, — w przeciwnym zaś razie operujemy, niezależnie od ścisłego rozpoznania charakteru zwężenia odźwiernika.

RÓBIN zwraca uwagę, że przeważnie mamy w tych razach do czynienia z formami mieszanymi, t. j. z przypadkami, w których współcześnie jest blizna w odźwierniku i obok tego powstaje bądź to skurcz odźwiernika wskutek nadmiernej kwaśności zawartości żołądka, bądź przemijający obrzęk lub sprawa zapalna odźwiernika. Właśnie obecność blizny w odźwierniku sprzyja powstawaniu zwężeń przemijających innego charakteru, gdyż blizna wytwarza względną drożność odźwiernika, t. j. drożność tylko dla pokarmów mniej ciężkich, pokarmy zaś ciężkie powodować mogą w tych razach przemijający obrzęk i t. d. odźwiernika. R. przytacza przypadek EINHORNA, w którym chora, dotknięta zwężeniem odźwiernika znacznego stopnia, nie mogła być poddana operacyi tylko dlatego, że była zbyt osłabiona; potem jednak stopniowo poprawiła się bez operacyi. Przypadek ten dowodzi, że leczenie nieopera-

cyjne może być skuteczne nawet w przypadkach bardzo silnej retencyi, jeśli zwężenie zależy od sprawy zapalnej przemijającej.

REJCHMAN zgadza się z wywodami RÓBINA i potwierdza, że przyczyną retencyi mogą być różnorodne zmiany w odźwierniku, mianowicie procesy zapalne, obrzęki, zrosty, skurcze, pomijając blizny. Niejednokrotnie sam spostrzegał chorych, u których na przyczynę retencyi składały się 2 lub 3 z powyższych przyczyn, np. blizna + obrzmienie lub blizna + skurcz. Naogół sądzi, że długotrwałe przypadki zazwyczaj są pochodzenia bliznowego, krótkotrwałe zaś — skurczowego lub zapalnego.

TUCHENDLER spostrzegał w odbytnicy i zagięciu esowem owrzodzenia, które klinicznie dawały obraz zwężenia, sądzi zatem, że analogicznie odbywa się tu sprawa i w odźwierniku.

MINTZ w odpowiedzi dodaje, że rozróżnia 2 kategorie zwężeń odźwiernika: spastyczne zwężenie—wskutek nadmiernej kwaśności soku żołądkowego i bliznowe — organiczne. Co do oliwy, to badań pośmiertnych nie robił, ale w praktyce wielokrotnie się przekonywał, że przypadki, w których oliwy nazajutrz w żołądku nie znajdował, kończyły się pomyślnie bez operacyi.

b) TUCHENDLER przedstawia chorą z rakiem żołądka, u której skonstatował za pomocą wziernikowania przełyku (oesophagoskopii) przerzut do przełyku. Chora ma lat 30, od roku—bóle w dolku, nudności i wymioty, od 5-ciu miesięcy dołączyły się trudności łykania, a przytem wymioty ustały (na wymioty jej się zbiera—nie może wymiotować prawdopodobnie wskutek zwężenia przełyku).

Przy badaniu *in epigastrio tumor* wielkości pięści. W przełyku sonda zatrzymuje się w odległości 30 ctm. od zębów. Dla przekonania się, czy dolegliwości w łykaniu, jak również zatrzymywanie się sondy w przełyku zależne są w danym razie od sprawy nowotworowej w przełyku, a nie wywołane drogą odruchową ze strony żołądka, T. uprosił kol. JUDTA o prześwietlenie chorej prom. Roentgena. Badanie to wykazało istotnie przeszkodę w samym przełyku na przestrzeni 10—12 ctm. ponad wpustem. Prócz Roent-

gena udało się T. stwierdzić na ścianie w wyżej wspomnianem miejscu przelyku za pomocą oesophagoskopu płaskie owrzodzenie, które za przerzut uważa. Obecny na posiedzeniu kolegom T. pokazuje we wzierniku bardzo wyraźnie się przedstawiające owrzodzenie.

W dyskusyi REJCHMAN zastanawia się, jaki jest związek w danym przypadku pomiędzy nowotworem żołądka a guzem przelyku, i sądzi, że zadaniem anatomo-patologów powinno być wyjaśnienie kwestyi, czy raki żołądka istotnie nie dają przerzutów do przelyku.

LANDAU uważa za możliwe, że sprawa rozszerzyła się *per continuitatem* za pomocą gruczołów limfatycznych z małej krzywizny żołądka do przelyku.

EIGER zaznacza, że raki rozprzestrzeniają się wzdłuż gruczołów przelykowych.

GRUNDZACH robi przypuszczenie, czy w danym przypadku nie mamy do czynienia z mięsakiem.

SIERPIŃSKI przypuszcza możliwość przymiotu żołądka i przelyku.

c) EIGER przedstawia preparat *m a r t w i c y t r z u s t k i*, która klinicznie przebiegała pod postacią niedrożności kiszek.

W dyskusyi LANDAU zwraca uwagę, że rozpoznanie tych przypadków za życia jest bardzo trudne, i najczęściej chorzy ci umierają bez rozpoznania. W przypadkach lżejszych rozpoznanie jest nieraz możliwe. Przyczyną martwicy tkanki tłuszczowej otrzewny jest okoliczność, że fermenty trzustkowe dostają się do jamy otrzewny i tam wywierają swoje działanie.

d) EIGER przedstawił preparat *m i ę s a k a ż o ł ą d k a*. Kliniczny obraz cierpienia tego samego chorego przedstawił MALINIĄK.

Chory, od którego preparaty przedstawił EIGER, przybył do oddziału d-ra JANOWSKIEGO z objawami guza w okolicy prawego podżebrza; choroba rozpoczęła się przed 2-ma miesiącami i zaznaczała się napadami bólów, wskutek których chory obawiał się jeść. Badanie żołądka nie wykazało żadnych objawów zastoju, ani zaburzeń ruchowych; kwas solny wolny obecny. Chemizm wyraźnych zmian nie wykazywał. Wskutek położenia

guza i braku objawów żołądkowych rozpoznano guz pęcherzyka żółciowego. Przy operacyi (dr. SAWICKI) okazało się, że punktem wyjścia guza był żołądek. Na autopsyi okazało się, że okolica odźwiernika, zajęta przez guz, była rozszerzona, w sprawę chorobową była wciągnięta i główka trzustki (w ostatnich dniach życia wystąpiła żółtaczka). Próba CAMMIDGEA dała wynik dodatni. Co się tyczy różniczkowego rozpoznania, to cechy, przemawiające za mięsakiem, t. j. trwanie dłuższe, niż w przypadkach raku (1 — 4 lat), oraz obecność przerzutów w skórze i mikroskopowe badanie w tym przypadku zawodzą. Obecny był tylko jeden objaw, który mógł może nasunąć myśl o mięsaku, a mianowicie brak objawów zwężenia odźwiernika pomimo dużego guza, ponieważ KUNDRAT zaznacza, jako cechę zwężenia kiszek, fakt, że nie dają one objawów zwężenia.

W dyskusyi REJCHMAN zaznacza, że mięsaki żołądkowe są bardzo rzadkie, i że u nas opisane zostały 3 przypadki.

2) W sprawie zdemonstrowanego przez siebie na poprzednim posiedzeniu przypadku rozszerzenia przelyku TUCHENDLER zwraca jeszcze uwagę na następujące okoliczności: 1) że chorzy tego rodzaju nie wymiotują zaraz po jedzeniu, lecz po upływie 2—3 godzin, jak to bywa przy zwężeniu odźwiernika; 2) że w tych przypadkach przestrzeń przelykowa jest wogóle większa i dosięga 43 — 47, nawet 52 cm., i 3) że wziernikowanie przelyku wykazało w demonstrowanym przypadku rozszerzenie światła przelyku, co ułatwiło rozpoznanie.

W dyskusyi MINTZ zaznacza że w tego rodzaju przypadkach mamy do czynienia nie z wymiotami, lecz ze *z w r a c a n i a m i*, i że charakterystyczną cechą stanowi znaczna przymieszka śluzu; przypadki takie opisali u nas MAYBAUM, PECHKRANC i FLAUM. Jako sposób rozpoznawczy, ważne w tych razach jest wtłaczanie powietrza. M. podnosi następnie usiłowania różnych lekarzy w kierunku leczenia tego rodzaju przypadków; tak np. MIKULICZ proponował „Sondierung ohne Ende”, potem gastrostomię i następnie rozszerzenie wpustu palcem; ROSENBAUM proponuje sondę z balonikiem, EINHORN — cardiodilatator i t. d.

GRUNDZACH zgadza się, że sprawa leczenia tego rodzaju przypadków jest b. ważna, ale sądzi, że i etiologia również przedstawia jeszcze wiele ciemnych stron, np. rola hysterii w etiologii tych przypadków wydaje się G. zbyt przecenioną.

ZAWADZKI jako przyczynę do etiologii tego rodzaju przypadków przytacza *coitus interruptus*.

RÓBIN zwraca uwagę, że długość przełyku jest o wiele większa, niż to ogólnie jest przyjęte i w podręcznikach ustalone, że niezadko wynosi ona 50 i nawet więcej cm. od zębów przednich. Wogóle długość przełyku, jako pojęcie zmienne, nie może służyć za objaw różniczkowo-rozpoznawczy. Wreszcie R. podnosi wysoką wartość roentgenoskopii w omawianych przypadkach, która często stanowczo sprawę wyjaśnia.

MAYBAUM demonstruje przyrząd GEISLERA, służący do rozszerzania wpustu.

REJCHMAN zaznacza, że przypadki tego rodzaju spostrzegane są względnie rzadko, przeważnie dlatego, że nie bywają trafnie rozpoznawane. Tymczasem rozpoznanie jest często nietrudne i zupełnie możliwe, jeśli krytycznie ocenimy dane kliniczne i dane roentgenoskopii. Rozpoznawanie tego rodzaju przypadków jest ważne nie tylko pod względem naukowym, ale i leczniczym, gdyż pozwala zastosować szereg środków, które nie raz dodatni wpływ wywierają. Głównym czynnikiem leczniczym są i pokarmy płynne lub papkowate, systematyczne przepłukiwanie przełyku, karmienie za pomocą sondy, stałe przebywającej w przełyku itd. Co się tyczy etiologii i patogenezy, to nader ciekawy jest stosunek, zachodzący pomiędzy uchyłkami i rozszerzeniem przełyku. Zwężenie wpustu, zdaniem R., nie gra większej roli w powstawaniu rozszerzenia przełyku; skurcz jest prawdopodobnie następstwem, a nie przyczyną zastoju pokarmów w przełyku. Długotrwały rozwój choroby dowodzi wrodzonego usposobienia.

MINTZ dodaje, że za moment etiologiczny

uwzględniają jeszcze osłabienie muskulatury przełyku i zmiany w nerwie błędnym. Sądzi, że często potrafimy rozpoznać tego rodzaju przypadki na zasadzie objawów klinicznych, a diafanoskopia i radioskopia potwierdzają tylko rozpoznanie poprzednie. Wreszcie podnosi wartość przepłukiwania przełyku, które usuwa nieprzyjemne objawy (w jednym przypadku nawet towarzyszące objawy oczne); w niektórych razach musimy jednak uciec się do zabiegu operacyjnego.

JANCUROWICZ jest zdania, że sam skurcz wpustu nie jest jeszcze w stanie powodować rozszerzenia przełyku, czego dowodem przypadek samoistnego skurczu wpustu. Skurcz wpustu jest w tych razach tylko jednym z objawów, towarzyszących zasadniczemu cierpieniu, t. j. rozszerzeniu przełyku. Odległość, do jakiej zachodzi zgłębnik, nie ma większego znaczenia, gdyż zależy ona od rodzaju zgłębnika i od kierunku przełyku. Roentgenoskopia ma znaczenie tylko warunkowe i musi być wykonywana bardzo krytycznie. Wreszcie JANCUROWICZ poleca leczenie k o n s e r w a t y w n e danych przypadków i zaznacza, że zwracania bywają u tych chorych tylko w okresie początkowym, w następnych zaś sami chorzy wywołują wymioty dla spowodowania sobie ulgi.

JUDT wyjaśnia, że badania roentgenoskopowe dokonywane są w tych razach w różnych kierunkach, zwłaszcza w ukośnych, w pozycji pojedynkowej, że rozpoznanie stawiane bywa na zasadzie krytycznej oceny otrzymanych obrazów roentgenowskich. Sądzi, że uchyłki dają się przy pomocy promieni Roentgena dokładnie rozpoznawać.

REJCHMAN spostrzegał zwracania nie tylko w początkowych, ale i późniejszych okresach cierpienia.

TUCHENDLER zgadza się, że rola śluzu przełykowego jest w tych razach bardzo ważna i, zgodnie z przedmówcami, poleca leczenie konserwatywne, zwłaszcza przepłukiwanie przełyku.

W. Róbin.

Trzydziesty dziewiąty Zjazd chirurgów w Berlinie

podał **Aleksander Zawadzki**. (Ciąg dalszy).

HANSEMANN na zasadzie wielkiej liczby badań pośmiertnych mówi o stosunku, jaki zachodzi między gruźlicą płuc i formą klatki piersiowej. Odróżnia dwie formy gruźlicy: 1) typowa — umiejscowienie jej w wierzchołkach — klatka piersiowa zwężona, 2) umiejscowienie gruźlicy w danych częściach płuc — klatka piersiowa normalna.

W obydwóch formach potrzebne są dla rozwoju gruźlicy dwa czynniki, lasecznik KOCHA i przyczyna usposabiająca. Przy zajęciu wierzchołków przyczynę tę stanowi złe przewietrzanie się płuc wraz ze złym krwobieganiem, przy innym umiejscowieniu gruźlicy płuc przyczynowy moment stanowi rozszerzenie oskrzeli, rana płuca, złamanie żebra, powodujące ucisk i t. p.

W rozedmie płuc referent odróżnia także dwie grupy: 1) rozedma wrodzona, zależna od niedomogi włókien sprężystych, które dają niedostateczny opór ciśnieniu atmosferycznemu i ulegają nadmiernemu rozciągnięciu, 2) rozedma nabyta nie zależy ani od zaniku, ani od niedomogi włókien sprężystych, bo ilość ich jest takaż, jak i w płucu zdrowym, zależy ona od rozszerzenia się klatki piersiowej, które powoduje tworzenie się jam międzypęcherzykowych, zajętych często przez pęcherzyki. Tę formę spotykamy dopiero po latach 50, i właśnie ta forma nadaje się do operacji FREUNDA.

VAN DER VELDEN operował 10 przypadków rozedmy płuc. Należy dokładnie badać chrząstki (czy są zwapniałe), usuwać je całkowicie wraz z częścią żebra. Zazwyczaj usuwał chrząstki po jednej stronie od 2-go do 5-go żebra.

SEIDEL wykonał takiż zabieg trzykrotnie, jeden chory zmarł po operacji, dwaj inni byli badani w dwa lata po zabiegu; klatka piersiowa spłaszczona, u mężczyzny zmniejszona w obwodzie o 4 cm, u kobiety — o 3 cm, stała się bardzo ruchomą. Rozszerzalność u mężczyzny zwiększyła się o 3 cm, u kobiety—

o 2 cm, przestrzenie międzyżebrowa zmniejszyły się.

Wyniki operacyjne są więc zachęcające, nie należy operować osobników starszych nad lat 60. Co do techniki, SEIDEL wycina także chrząstkę 1-go żebra ze strony więcej rozszerzonej. Nigdy nie był zmuszony wycinać żebra, bo i bez tego klatka piersiowa dobrze się uruchamia.

FRIEDRICH usuwa znaczną część żeber, bo zauważył, że następuje wkrótce zrost ich z deską piersiową za pomocą kostnicy. Chorzy, operowani w znieczuleniu miejscowym, uczuwają znaczną ulgę już po wycięciu jednej chrząstki. Zabieg wpływa przede wszystkim na ułatwienie krążenia; wyniki nie są gorsze nawet w przypadkach tworzenia się kostnicy. W końcu zaznacza, że myśl operacji jest dobra, technika jednak pozostawia jeszcze wiele do życzenia, pokazuje kleszcze, ułatwiające przyszywanie łuków żebrowych do deski piersiowej.

STIEDA przedstawia 3-ch chorych, operowanych z powodu zwężenia górnej części klatki piersiowej, stan chorych znacznej uległ poprawie.

HIRSCHBERG operował z powodzeniem dziecko, cierpiące na dusznicę, ze zniekształceniem klatki piersiowej.

FRANGENHEIM w rozedmie usuwa tylko 2 cm. chrząstki, piersiowego żebra nie rusza.

HARRAS sądzi, że 85% ludzi ze zwężoną klatką piersiową cierpi na gruźlicę. W rozedmie wycina chrząstki, poczynając od 2-go do 7-go żebra.

KÖRTE pokazuje preparat, na którym widać doskonale odrodzoną chrząstkę w 3 miesiące po operacji.

WÜLSTEIN proponuje wycinanie górnej części deski piersiowej.

Temat trzeci

Chirurgiczne leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Z wyjątkiem SONNENBURGA, który obsta-
wał przy dążeniu do rozpoznawania za pomo-
cą rozmaitych sposobów (wszystkie zawodzą)
stanu anatomo-patologicznego wyrostka przed
dokonaniem zabiegu, wszyscy zgodzili się, że
należy operować natychmiast po dokonaniu
rozpoznania; o tem poucza statystyka i brak
sposobów różniczkowania groźnego lub ła-
godnego przebiegu choroby (rokowanie).

KÜMMEL sądzi, że zapalenie wyrostka jest cho-
robą zakaźną, bo w grudniu obserwował
znaczne nasilenie przypadków, leczyc ich ina-
czej, niż chirurgicznie, nie sposób, bo liczba na-
wrotów stanowi 60%, błąd w statystyce wy-
zdrowień bez operacji zależy od tego, że ten
sam chory liczony jest parokrotnie jako wy-
zdrowienie bez operacji. Jeżeli wyzdrowie-
nie operacyjne jest prawidłem, to wewnątrz-
ne jest wyjątkiem, szczególnie, jeżeli pożąda-
ne jest uniknięcie ropni lub zapaleń rozlanych
otrzewny. Grozę ostrego zapalenia stanowi
niemożność dokładnego anatomo-patologicz-
nego rozpoznania oraz rokowania co do prze-
biegu jego. Tętno, ciepłota, stan jamy brzusz-
nej, a nawet bóle nie dają żadnych wskazo-
wek co do ciężkości przypadku. Nowe spo-
soby, określanie szybkości ścinania się krwi,
viscositas, dają wskazówki bardzo niepewne.
Szybkość ścinania się krwi zależy od stopnia
podrażnienia otrzewny, nie zaś od rozległości
sprawy. Sposób ARNETHA — liczenie rozma-
itych form leukocytów wielojądrowych — jest
znakiem niepewnym i zależy od oceny subjek-
tywnej.

Zaproponowane przez SONNENBURGA le-
czenie zapaleń wyrostka za pomocą oleju ry-
cynowego może być stosowane tylko w szpi-
talu lub domu zdrowia. Referent sądzi, że
olejek pomaga w przypadkach, gdzie nie ma-
my do czynienia z zapaleniem wyrostka, i był-
by to środek dobry dla różniczkowania, gdy-
by nie występowały po nim objawy tak groź-
ne, że trzeba niezwłocznie przystępować do
operacji.

Jest to więc do pewnego stopnia agent
provocateur.

Statystyka KÜMMELA przedstawia się
w sposób następujący:

rok	liczba przypad.	śmiertelność
1903	5	0 na 100
1904	37	8
1905	53	7,5
1906	88	3,4
1907	84	0
1908	120	0,8
1909	143	0,7
1910	44	0

z tego wynika, że niezwłoczna operacja daje
0,5% śmiertelności.

Liczba chorych, operowanych à froid,
z roku na rok się zmniejsza, bo lekarze nie
chcą narażać chorych na niebezpieczeństwo
i ryzyko, związane z wyczekiwaniem.

Śmiertelność operacyjna przy zabiegach
à froid

1900	5%	1904	0,7%	1908	0,4%
1901	1,8 „	1905	1 „	1909	0 „
1902	0 „	1906	1,2 „	1910	0 „
1903	1,2 „	1907	1,7 „		

Zgorzel wyrostka z początkiem postępującego
zapalenia otrzewny

1900	5%	1905	12,9%	1908	6,2%
1901	12 „	1906	6,2 „	1909	3,6 „
1903	9,7 „	1907	5 „	1910	2,2 „
1904	10,7 „				

Śmiertelność operacyjna

rozlane zapalenie

	otrzewny	ropnie wyrostkowe
1900	75%	21%
1901	80 „	18,8 „
1902	100 „	15 „
1903	100 „	11,8 „
1904	86 „	16,2 „
1905	50 „	9,1 „
1906	71,4 „	12,5 „
1907	54,5 „	16,6 „
1908	20,8 „	17,4 „
1909	27 „	12,5 „
1910	16,6 „	

Wogóle KÜMMEL twierdzi, że recydywa to
prawidło, wyzdrowienie zupełne bez operacji
— wyjątek, statystyka STEINERA podaje 49%
recydyw, AMICOS 60%, KÜMMELA od 60—51%.

Jako symptom KÜMMEL uważa ból przy
ugniataniu na okolicę punktu MAC-BURNEYA, in-
ne dane zawodzą, często wsk. *viscositatis*
(przy zap. otrz.) podnosi się do 4,5.

Wczesna operacja daje 0,5% śmiertel-

ności, późna 11,8%, 18%, do 21%, przyczynę tego stanowią ropnie, zrosty; wczesna operacja jest zabiegiem łatwym, późna częstokroć bardzo trudnym. Odmawiać chorego od wczesnej operacji i oddawać go na ślepy los jest doprawdy zbrodnią; nie należy powodować się ani 24, ani 48-ma godzinami,— operować zaraz po otrzymaniu chorego, bez względu na okres choroby. Przekłucie LENHARZA jest niebezpieczne i często nie prowadzi do celu, bo na drugi dzień trzeba często przystąpić do przecięcia.

Zapalenie wyrostka nie powinno zabierać ofiar, wszak mamy na nie niezawodny sposób—wczesną operację, należy tylko szybko zrobić rozpoznanie i równie szybko przystąpić do operacji, lekarze zaś wewnętrzni, od których zależy los chorego, winni pamiętać, że medycyna wewnętrzna tylko leczy zapalenie wyrostka, chirurgia zaś ulecza.

(C. d. n.).

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława

za czas od 14 kwietnia do 14 maja 1910 r.

Ospa naturalna (epidemia). 93 chorych na ospę naturalną przybyło w miesiącu sprawozdawczym, w tym 17 wcale nieszczepionych od urodzenia, pozostali raz szczepieni we wczesnem dzieciństwie. Najwięcej domów z ogniskami ospy naturalnej zanotowano przy ulicach: Franciszkańskiej (3 domy), Freta (4 domy), Krochmalnej (6 domów), Kruczej (3 domy), Pańskiej (5 domów). Według zajęć z liczby przybyłych w miesiącu omawianym było 40 wyrobników (żony i dzieci ich) i 25 służących, następnie notowano: aktorów 1, bednarzy 1, drukarzy 2, fryzyerów 1, furmanów 1, froterów 1, kamaszników 2, krawców 5, koszykarzy 1, kucharek 2, malarzy 1, muzyków 1, młynarzy 1, nianieki 1, pończoszarek 1, ogrodników 1, praczek 2, piekarzy 1, rolników 1, robotników 3, stolarzy 1, rzeźników 1, subjektów sklepowych 4, stróżów 1, szewców 7, tapicerów 1, uczniów szkół miejskich 1, urzędników rządowych 1, na wychowaniu 2, woźnych 1.

Wśród 123 chorych, którzy opuścili szpital w miesiącu sprawozdawczym, było wyznania rzymsko-katolickiego 61, wyznania Mojżeszowego 58, prawosławnych 2, ewangelików-reformowanych 2. Ogółem z poprzedniego miesiąca pozostało 105 (62 m. 43 k.) chorych na ospę naturalną, przybyło nowych 93 (48 m. 45 k.), wypisano zdrowymi 109 (60 m. 49 k.), przeprowadzono do innych szpitali z powodu chorób konstytucjonalnych 4 (3 m.

1 k.), zmarło 13 (5 m. 8 k.), pozostaje na miesiąc następny 72 (42 m. 30 k.). Zejścia śmiertelne z powodu ospy naturalnej można podzielić na trzy kategorie:

I-a 4 przypadki zejść śmiertelnych ospy krwotocznej (czarnej): u 5-letniego chłopca wyznania Mojżeszowego przy rodzicach (drobni handlarze), 2) u 18-letniej katoliczki krawcowej, 3) u 24-letniej żony urzędnika, 4) u 37-letniego katolika woźnego.

II-a 3 przypadki zejść śmiertelnych skutkiem komplikacji: 1) u 5-letniego katolika syna robotnika, przywiezionego chorym na ospę naturalną po operacji radykalnej przepukliny prawostronej skutkiem zapalenia płuc. 2) u 19-letniego ogrodnika katolika skutkiem flegmony na szyi i zapalenia płuca lewego, 3) u 22-letniej katoliczki przy mężu robotniku po poronieniu pięciomiesięcznego płodu płci męskiej.

III-a 3 przypadki zejść śmiertelnych formy ospy naturalnej zlewającej się i zapadającej się: 1) u 3 $\frac{1}{2}$ -letniej dziewczynki katoliczki przy matce wyrobnicy, 2) u 4-letniej dziewczynki katoliczki przy rodzicach (ojciec wyrobnik), 3) u 5-letniej dziewczynki katoliczki na opiece; na koniec 3 przypadki zejść śmiertelnych nieokreślonej formy ospy u osobników, wcale nieszczepionych od urodzenia, mianowicie: 1) u 4-letniej dziewczynki przy rodzicach (ojciec wyrobnik), 2) u 4-letniego chłopca katolika przy matce wyrobni-

Lekarze zalecają

Epilepticon D-ra WELLA,

jako środek działający skutecznie przy epilepsji.

Cena dużego 1/1, pudełka = 60 proszk. 4 rs.

Epilepticon w małych 1/4 pudełkach doskonale działa przy nerwowym osłabieniu, neurosthenji, rozdrażnieniu, wyczerpaniu, migrenie, hysterji i nerwowej bezsenności.

Wyłączny Wyrób:

uprzywil. „APTEKA POD ŁĄBĘDZIEM”

Frankfurt n. / M.

Próby i literaturę wysyła p. p. Lekarzom na żądanie

Główn. przedstaw. na Rosję i Król, Pols.

Apteka E. Treutlera,

Warszawa, Nowy - Świat 60.

Maladies du Cerveau
ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE, NÉVROSES
Traitées depuis 40 ANS avec succès par les

SIROPS HENRY MURE

1° Au Bromure de Potassium. 2° Polybromuré (potassium, sodium, ammonium). 3° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rigoureusement dosés. 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges amères irréprochable.

Etablies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés. — FLACON : 3 rb. 90 cop.

Maison HENRY MURE A. GAZAGNE, ^{Ph^{en}} de 1^{re} cl., Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych Rosyi.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej. Serodyagnostyka syfilisu.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)

telefon 73-46 albo 44-83.

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nie prawidłowej 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 moczianów 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.

Chloroform „Anschütz”

Trwały chloroform do usypiania

Oryginalne butelki po 25 i 50 gramów

Próby i literatura darmo

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Oddział farmaceutyczny.

BERLIN S. O. 36.

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ

PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

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

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

GLYCÉRO-DALLOZ

GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ

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

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

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIM:

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

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

PRÓBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

Nowo-karlsbadzka kuracya i 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, wsypując 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 Aptece E. TREUTLERA
 Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZPŁATNIE.



Gometol Magistra Klawe



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

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

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
 we wszystkich działach chirurgji
 najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są

Nowe katalogi ilustrowane gratis

Nowe katalogi ilustrowane gratis

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyń-
 skiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jaskłowskiego, Na-
 tansona, Ryłki, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera.
 Przyjmuje za opłatą od 2½ do 6 rs. dziennie. Sala porodo-
 wa. Kąpiele Bierowskie. Elektrycznycy. Elektryczne
 oświetlenie.

D-r B. POLIKIER

cy, 3) u 26-letniej katoliczki przy mężu robotniku.

Chorzy na ospę naturalną przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Bednarska 9, Browarna 24, Chłodna 5, 18 (2 przypadki), Ciepła 7, 28 (2 przypadki), Długa 6, Dobra 22, Dzika 25, Elektoralna 10, 14, Freta 21, 30, 43, 49, Franciszkańska 6, 20 (2 przypadki), Gęsia 24, Grzybowska 37, Kacza 12, Kowieńska 23, Kowelska 2, Krochmalna 2, 10, 11, 33, 39 (2 przypadki), Krakowskie - Przedmieście 64, Krucza 10, 13 (2 przypadki), Leszno 47, Łucka 17, Miodowa 5, Młynarska 12, Muranowska 1, Miła 40, Nowokarmelicka 4, Nowolipki 51, Nowomiła 58, Nowowielka 23, Niska 39, 50, Piękna 37, Pawia 12, 27, 64, 67, Przebieg 1, Prosta 17, Przemysłowa 37, Pańska 7, 19, 59, 61 (2 przypadki), Plac św. Aleksandra 14, Radzymińska 2, Rybaki 24, Smocza 55, Sosnowa 10, Spokojna 15, Stalowa 12, Twarda 31, 58, św. Jerska 34, Sienna 89, Targowa 32, Wilcza 30, Wspólna 33, 46, Waliarów 95, Wołyńska 19, Warecka 9, Wąski Dunaj 9, Żelazna 85, Żłota 63, Żórawia 18.

Ogółem 198 chorych na ospę naturalną przybyło 2,602 dni szpitalnych.

Do 28 kwietnia jeszcze 5 pawilonów mieściło chorych jedynie na ospę naturalną, i dopiero w tym dniu udało się pomieścić

wszystkich chorych w szpitalu na ospę naturalną w 4-ch oddziałach, a opróżniony oddział oddać do odrestaurowania. W dniu 10 maja uwolniono jeszcze II oddział od chorych ospowych i oddano do restauracji. Jeden z powyższych oddziałów po odrestaurowaniu i dezynfekcyi na skutek rozporządzenia p. inspektora szpitali warszawskich przeznaczono mieć w zupełnej gotowości dla chorych na cholere azyatycką.

Oprócz tego w miesiącu omawianym pozostała z poprzedniego miesiąca 1 k. na odrę przeprowadzono do szpitala na Czystem i 1 m. na grupę wyzdrowiał.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyli chorzy: 2 k. na tyfus wysypkowy przeprowadzono do szpitala na Czystem, 1 k. na gościec stawowy wyzdrowiała, 1 k. z pokrzywką pozostała na miesiąc następny, 1 k. na zapalenie opłucny pozostała, 1 m. na zapalenie otrzewny przeprowadzony do szpitala na Czystem, 10 matek przy dzieciach chorych na ospę naturalną.

Zamiejscowych chorych przybyło 12 (4 m. 8 k.). Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława w miesiącu sprawozdawczym, wydano 15 (8 m. 7 k.).

Śmiertelność miesięczna 6%.

KORESPONDENCYA

Kilka słów z powodu pracy kolegi Rzętkowskiego pod tytułem „W sprawie wpływu suchej łązni na wydzielanie kwasu moczowego”.

podał

F. Arnstein.

dalania z ustroju kwasu moczowego (dna), i 2) że z abieg i napotnesą w dnie b e p o ż y t e c z n e, a w kamicy nerkowej mocz nowej mogą być nawet szkodliwe.

Otóż z wnioskami, zdobytymi na drodze doświadczalnej, zgadzają się w części i spostrzeżenia na chorych na dnę i kamice nerkową. Niejednokrotnie spostrzegałem u chorych na dnę, u których stosowałem leczenie napotne, a nawet kąpiele mineralne (solankowe) o wyższej (30 — 31 stopni) ciepłocie po-

Kolega RZĘTKOWSKI na mocy przeprowadzonych przez się doświadczeń wnosi, 1) że e p a r ó w k i n i e s ą w s k a z a n e t a m, g d z i e c h o d z i o w z m o ż e n i e w y-

gorszenie, gdy kąpiele umiarkowanej ciepłoty (27 — 28° st.) bardzo korzystnie wpływały u nich na zmniejszenie bólów artrytycznych. Tyczyło się to szczególnie chorych na dnę bez obrzęków w stawach, i u których diureza była obfita. Zjawisko to (pogorszenie) tłumaczyłem sobie jedynie tem, że skutkiem leczenia napotnego ustrój pozbawiony zostaje znacznej ilości płynu, tkanki wysychają, co sprzyja odkładaniu się w nich złogów moczanowych.

Doświadczenia zaś, przeprowadzone przez kolegę R., tłumaczą to zjawisko w sposób bardziej realny i przekonujący, a mianowicie tem, że z potem nie wydziela się większa, a zatem dostateczna ilość kwasu moczowego, a zmniejszenie diurezy, samo się przez się rozumie, musi wpłynąć na zmniejszenie wydalania kwasu moczowego i zatrzymanie go w ustroju.

Tak więc spostrzeżenia doświadczalne i kliniczne zdają się przemawiać za tem, że leczenie napotne i kąpiele mineralne stężone i o wysokiej ciepłocie, tak bardzo jeszcze rozpowszechnione w leczeniu dny, nie zupełnie odpowiadają wskazaniu chorobowemu.

Jeszcze bardziej tyczy się to leczenia kamicy nerkowej, co już przed kilku laty wypowiedziałem w pracy, drukowanej w Gazecie lekarskiej pod tytułem „O leczeniu balneoterapeutycznym kamicy nerkowej”. W pracy tej również powstawałem przeciw zbyt energicznemu stosowaniu wód mineralnych, zawierających sól glauberską, sprowadzających często obfite wypróżnienia wodniste, a tem samem wpływających niekorzystnie na diurezę i na wydalanie z ustroju soli moczanowych.

List otwarty do Redakcyi „Medycyny i Kroniki Lekarskiej”.

W sprawie Związku Lekarzy Słowiańskich.

Szanowny Kolego Redaktorze!

W Nr-ze 23 „Medycyny i Kroniki Lekarskiej” znajduję uwagę z powodu artykułu mego: „O związku lekarzy słowiańskich”, drukowanego w „Gazecie Lekarskiej” w Nr. 22, że jakobym twierdził, iż na Zjeździe w Krakowie d. 1. V. r. b. przyjęto projekt organizacji, opracowany przez prof. CIECHANOWSKIEGO; a następnie autor wzmianki pisze: „Ponieważ do tej pory ani pisma lekarskie, ani stowarzyszenia i towarzystwa lekarskie projektu tego nie otrzymały, nie można mówić o zorganizowaniu w tym związku udziału polaków”. A dalej słusznie nadmieniam, że rzecz musi być przedyskutowana jeszcze raz, i dopiero można będzie powziąć postanowienie.

Uwagi te zniewalają mnie do oznajmienia, że projektu organizacji na posiedzeniu w d. 1/V r. b. w Krakowie nie przyjęto, lecz, jak to w artykule moim już napisałem, tylko „rozpatrywano projekt statutu i proponowano poprawki”.

Powtóre, że projekt statutu Zjazdów tych opracował d-r SEMERAD z Vinograd,

i projekt ten w zasadzie przyjęto na zebraniu nadzwyczajnem lekarzy słowiańskich, odbytem w dniu 5/IX—1909 w Wiedniu pod przewodnictwem prof. B. WICHERKIEWICZA. Projektu tego jednakże i wtedy nie zatwierdzono, uzależniono bowiem wprowadzenie jego w życie od opinii poszczególnych komitetów narodowych słowiańskich. Niezależnie jednakże od takiego stanu rzeczy lekarze polscy biorą udział w czynnościach centralnego Komitetu Lekarskiego słowiańskiego od r. 1900, a nawet prezesem Komitetu tego ostatnio wybrany został polak, mianowicie, prof. B. WICHERKIEWICZ.

W końcu nadmieniam, że celem zebrania w d. 1/V r. b. w Krakowie przedstawiciele wszystkich instytucji naukowych polskich, wśród których znaleźli się i delegaci Tow. Lek. Warsz., było nie zatwierdzenie projektu statutu, czego też, jak już nadmieniałem, nie uczyniono, lecz powzięcie decyzji odnośnie spraw bieżących, żywo obchodzących ogół lekarski polski.

Proszę przyjąć i t. d.

Józef Jaworski.

Warszawa, 6/VI/1910.

Wiadomości bieżące.

— Losy katedry anatomii patologicznej w uniwersytecie warszawskim zostały rozstrzygnięte. Mianowano prywatdocenta i pomocnika prosektora uniwersytetu Noworosyjskiego J. Pożariskiego. Kol. Zd. Dmochowski, który na tem polu zasłużył się nauce, który od szeregu lat prowadził jako prosektor wykłady, opuszcza oczywiście to stanowisko ze szkodą dla nauki, a katedra, która ściągająca młodzież polską i zaprawiała do badań samoistnych, oddana została w ręce obce. Tradycya katedry przerwała się na kol. Dmochowskim. Warto, by kto z kolegów, bliżej stojących tej sprawy, zebrał w oddzielnym szkicu historycznym czterdziestopięcioletniej katedry, jako bardzo ważny przyczynek do historii nauki wogóle, a anatomii patologicznej w szczególności.

— Obchód jubileuszowy prof. Pareńskiego odbył się 1 czerwca. Rano złożyli sz. jubilatowi powinszowania lekarze szpitalni, o godz. 6 po południu rozpoczął się obchód w Tow. lek., zakończony wspólną ucztą. Przegląd lekarski wydał numer specjalny. I my ze swej strony ślemy sz. profesorowi życzenia długiej a owocnej pracy.

— Nagrodę im. Lubomirskich akademii krakowska przyznała prof. Marchlewskiemu za badania nad chlorofilem.

-- Na budowę dalszą dojazdu do mostu w Warszawie ma być wyasygnowany fundusz ubezpieczeniowy, z którego miano nadzieję uzyskać potrzebne fundusze na poprawę szpitalnictwa.

— Magistrat ma zamiar przystąpić do budowy pawilonów w szpitalu Ś-go Stanisława.

— Szpital Ś-go Rocha, jak dotąd, nie może doczekać się przeróbek. Po kilkunastu komisjach od lat 2 szpital ma próżny sklep

frontowy i próżne mieszkanie lekarza naczelnego, czyli traci po 3200 rb. rocznie, a skupienie chorych dochodzi do maximum, i niema wyjścia z tej sprawy. Gospodarka tego rodzaju jest jasnym dowodem, do czego są zdolne rządy biurokratyczne, i jak jest konieczny samorząd szpitali.

— Cholera w chwili obecnej wystąpiła w Jekaterynosławiu, Bachmucie, Sławianoserbsku, Wierchniednieprowsku, Mariupolu oraz w Witebsku, Połocku, Nupjańsku i w Moskwie. W ostatnich tych miejscowościach było po parę zachorowań.

Zmarli

— D-r **Adolf Podbielski** w 41 r. życia d. 22 z. m. w Sokołowie na dur plamisty.

— D-r **Mieczysław Waryński** w 41 r. życia w Kiperze. Zmarły był spółwydawcą „Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych”, wydał szereg prac z dermatologii, którą studiował u Lassara.

— D-r **Zygmunt Święcicki** zmarł 23 z. m. w Mińsku. Zmarły był prezesem miejscowego Towarzystwa Lekarskiego i w Mińsku odgrywał rolę wybitnego działacza społecznego, nie usuwając się od żadnej pracy kulturalnej. To też śmierci jego towarzyszy żal powszechny.

— **Curschmann Henryk**, prof. uniwersytetu w Lipsku, zmarł tamże w 64 roku życia. Znane są jego badania nad ospą i dudem wysypkowym oraz nad dusznicą. Był również jednym z reorganizatorów szpitalnictwa w Niemczech.

— W Paryżu odebrał sobie życie d-r **Leon Petit**, znany badacz gruźlicy. Śmierć jego wiąże z niedawnym aresztowaniem siostry miłosierdzia Candidy, która roztrwożniła fundusze publiczne.

RUBINAT LLORACH

WODA MINERALNA NATURALNA
Wszehświatowa wystawa, Paryż 1900 r.
MEDAL ŻŁOTY.



**Najlepszy
środek czyszczący**

Żądać
na etykiecie
podpisu
Arger & C-je

Dozwolona w Rosyji na zasadzie pozwolenia Rady Lekarskiej za № 821 dnia 2 sierpnia 1908 r. Znani lekarze we Francyi i w innych krajach zalecają już przeszło lat 30 wodę Rubinat Llorach, w habitualnem i ostrem zaparciu stolca, w przyływie krwi, w otyłości w zaburzeniach narządów trawienia, w chorobach wątroby etc.

Zwykła dawka: pół szklanki

(powoli zwiększać zależnie od przypadku).

Sprzedaż we wszystkich aptekach i w składzie aptecznym: Henryk Welt, Przejazd 5 w Warszawie.

Lekarze mogą otrzymywać bezpłatnie próby wody Rubinat Llorach. Żądania należy skierować do wyżej wymienionego składu.

Apteka Saskiego w Brześciu Litewskim poleca uwadze p. p. Lekarzy

„TUSSIN”

pewny środek na koklusz, astmę, przy ostrych i chronicznych katarach krtani i oskrzeli. Dozwolony przez Radę Medyczną. Grand-Pri na wystawie w Hadze. Flakon 80 kop.

Kapiele Lecznice
D-ra B. S. Rafelkesa.

- 1) Udoskonalone sztuczne Kapiele kwaso-węglowe „Nauheimskie“.
 - 2) Tafelki siarczano-iglowe do przygotowania kapelei siarczanych w domu, zastępujące w zupełności kapiele naturalne.
 - 4) Aromatyczny sosnowy wyciąg w butelkach.
- Broszura ze szczegółami o znaczeniu i leczeniem stosowaniu tych kapelei wysła się bezpłatnie. Skład główny Wilno, D-r B. S. Rafelkes.



**VITTEL
GRANDE SOURCE**

poleca się cierpiącym na
reumatyzm
podagrę
artretyzm

Reprezentant: Ch. Fartier

SZCZAWNICA

W Galicyi

obecnie własność hr. Stadnickiego.

**znakomite s z c z a w y
alkaliczno-słone**

w chorobach dróg oddechowych (źródło Józefiny), narządów trawienia (źródło Magdaleny) w chorobach dróg moczowych, przemian, materii, krwi, nerwowych.

Stacya klimatyczna podgórska pierwszorzędnej wartości w cierpieniach płuc.

Zakład inhalacyjny, dwa zakłady kąpielowe, kąpiele rzeźne w Dunaju, od r. 1910 publiczne leżalnie, mleko prosto od krów szcepionych **tuberkuliną** oraz kąpiele powietrzno-słoneczne.

9 lekarzy. Lekarz zakład. D-r. Szumowski.

Sezon od 20 maja do 20 września.

Komisya zdrojowa na żądanie nadsyła **bezpłatnie broszury.**



SZCZAWNICA

D-r KOŁACZKOWSKI J. prowadzi Pensyonat hydropatyczny, posiadając leczniczą wodę i odpowiednie wille położone w osobnym parku z laskiem świerkowym na obszarze 20 mórg. Leczenie klimatyczno-hydropatyczne i picie wody mineralnej. Kapiele słoneczne i powietrzne i t. p.. Kuchnia wykwintna i zdrowa. Ceny przystępne.

Bad Hall

Górna Austria

Miejscowość kąpielowa jodo-bromowa 1 rzędu. Najstarsze i najskuteczniejsze źródło jodowe w Europie. W chorobach kobiecych, wysiękach, przewlekłych zapaleniach, zółtach, w syfilisie nabytym i wrodzonym i jego następstwach, w podagrze, reumatyzmie etc. etc. Nowoczesne urządzenia kąpielowe. Sezon 1 Maj do 1 Października. Informacyi udziela Dyr. krajowych zakładów kąpielowych. Sanatorium D-ra v. Gerstel otwarte i w zimie.

Druskieniki

W sezonie ordynuje jak lat zeszytych ginekolog i akuszer

D-r OSKAR GOLDBERG z Warszawy. Przyjm. panie, potrzeb. stałej opieki lek. lub spodziewające się słabości do swej kliniki prywatnej „Willa Felicya.“