
GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA.

Badania kliniczne nad surowicą przeciwgruźliczą Marmorka.

Podali

Alfred Sokołowski i Bolesław Dębiński.

Ordynator.

Asystent oddziału.

W końcu ubiegłego stulecia pokładano wielkie nadzieje w metodzie sanatoryjnej leczenia gruźlicy i przypuszczano, że na tej drodze ten ciężki problem rozwiązany będzie. We wszystkich krajach Europy, a szczególnie w Niemczech, gdzie do tego przyczyniły się wielce t. zw. kasy chorych, zbudowano wiele sanatoryjów. Od lat kilku jednak coraz częściej spotykamy się z krytyką tej metody. Spostrzeżono, że w sanatoryjach poprawiają się przeważnie chorzy w 1-szym okresie gruźlicy, natomiast chorzy w 2-gim i 3-cim okresach w daleko słabszym stopniu korzystają z pobytu w sanatoryjach. Dalej zauważono, że nawet u chorych w 1-szym okresie poprawa nie jest trwałą, występują bowiem później częste nawroty, szczególnie u niezamożnych, którzy nie są w stanie przez lat parę lub kilka odbywać kuracji sanatoryjnej. Rezultaty takie wydają się mało zadowalające, zważywszy olbrzymie koszty ponoszone na budowę i utrzymanie sanatoryjów. Wobec tego zaczęto poszukiwać nowych dróg leczenia gruźlicy. W Niemczech budują zakłady lecznicze na mniejszą skalę, nie wymagające tak wielkich kosztów, we Francji zakładają t. zw. dispensarya, instytucje, które opiekują się tylko gruźliczymi i t. d. Jednocześnie nastąpił zwrot do terapii swoistej, która przez lat kilka była w zaniedbaniu.

Z metod swoistych znane są dwie: metoda uodporniania czynnego i biernego. Uodpornianie czynne może być stosowane przewencyjnie szczepionkami BEHRING'a i leczniczo tuberkuliną KOCH'a.

Tuberkulina KOCH'a po jej odkryciu w r. 1891 przyjęta zrazu z wielkim entuzjazmem, następnie szybko była zarzucona. Dopiero w ostatnich kilku latach, szczególnie w Niemczech, w Szwajcaryi i w innych krajach, znowu na szerszą skalę zaczyna być stosowana. Dotychczas jednak nie da się stwierdzić, iżby stosowanie jej z punktu widzenia naukowego i klinicznego gruntownie było uzasadnione. Stosuje się zarówno tuberkulinę KOCH'a T, TR, TE, tuberkulinę BERANEK'a i inne bez należytego uwzględnienia ich różnic i odpowiednich wskazań. Teorya działania tuberkuliny nie jest bynajmniej dotychczas należyście wyświełtlna. KOCH tłómaczył działanie tuberkuliny w ten sposób, iż pod jej wpływem naokoło tkanki gruźliczej powstają objawy przekrwienia i wysięku, poczem następuje zgorzel i wydzielanie się tkanki. Ostatnimi czasy WASSERMAN i BRUCK, starając się głębiej przeniknąć mechanizm działania tuberkuliny, na podstawie doświadczeń tłómaczą go w następujący sposób: Tkanka gruźlicza świeża zawiera zawsze antytuberkulinę. Otóż tuberkulina, zastrzyknięta do ustroju gruźliczego, łączy się z antytuberkuliną, przyczem następuje związanie aleksyny [„komplementu”] i przypływ białych ciałek. Z tego zaś wynika rozpad tkanki gruźliczej z całym szeregiem towarzyszących mu objawów: podniesienie ciepłoty, dreszcze, kaszel i t. d., jako skutek wessania się tkanek rozpadniętych. Tkanka zserowaciała nie zawiera podług W. i B. antytuberkuliny i dlatego tuberkulina w dalej posuniętej sprawie gruźliczej odczynu nie wywołuje. Przyzwyczajenie ustroju do tuberkuliny W. i B. tłómaczą w ten sposób, iż w ustroju uodpornianym tuberkuliną z czasem pokazuje się antytuberkulina w ogólnem krążeniu i ona to łączy się natychmiast z wstrzykniętą tuberkuliną i nie dopuszcza jej do ogniska gruźliczego. Ale cała teorya WASSERMAN'a i BRUCK'a poddana została krytyce przez WEIL'a i BESREDKĘ. WEIL zapytuje się, w jaki sposób tuberkulina i antytuberkulina, mogą istnieć w tem samym ognisku bez wzajemnego oddziaływania na siebie. BESREDKA zaś powiada: „Czy nie jest dziwnem, że antytuberkulina, wytworzona w tkance gruźliczej i obdarzona taką siłą przyciągania do tuberkuliny wstrzykniętej, że pompuje ją, iż tak rzec można — w całości z najbardziej oddalonych zakątków ustroju, pozostaje bez wpływu na tuberkulinę, znajdującą się obok niej w tkance gruźliczej, jak to wynika z doświadczeń WASSERMANA“.

Co do wyników klinicznych, to statystyka powiada, że rezultaty leczenia tuberkuliną w połączeniu z metodą higieniczno-dyētetyczną wcale nie są lepsze od wyników wyłącznego stosowania tejże metody. Interesujących się bliżej sprawą tuberkuliny odsyłamy do bardzo wyczerpującej i krytycznej pracy DŁUSKIEGO.

Szczepienie przewencyjne znane jest głównie dzięki pracom BEHRING'a o uodpornianiu bydła przeciwko perlicy. Szczepionki BEHRING'a jednak nie wywołują absolutnej i długotrwałej odporności nawet u bydła. Co do szczepionki przeciwgruźliczej ludzkiej, t. zw. tulazy, to zdaje się, że nie dała ona

dotychczas żadnych rezultatów. W kwestyi szczepionek odsyłamy do pracy ogłoszonej przez DĘBIŃSKIEGO w Gazecie Lekarskiej w r. 1907.

Co się tyczy uodporniania biernego czyli seroterapii, to już RICHER i HÉRICOURT, BERTIN i PIEG, a następnie LÉPINE i BERNHEIM przypuszczali, że można uodpornić przeciwko gruźlicy królika, zastrzykując mu do otrzewnej krew psa lub kozy, sądząc, że zwierzęta te należą do odpornych wobec gruźlicy.

BOUCHARD jednak w swych doświadczeniach nie potwierdził wyników poprzednich autorów, a przeciwnie, wykazał, że u świnek gruźliczych, leczonych surowicą kozią lub psią, sprawa postępowała daleko szybciej, niż u zwierząt nieleczonych. Następnie CADIOT, GILBERT i ROGER próbowali leczyć gruźlicę surowicą otrzymaną od kur, uchodzących wówczas również za odporne wobec gruźlicy; próby te jednak okazały się bezskuteczne.

Wobec niepowodzenia powyższej metody zaczęto próbować surowicy zwierząt, którym uprzednio wstrzykiwano laseczniki gruźlicze, w przypuszczeniu, że zawiera ona antytoksyny na wzór surowicy antydifterytycznej i przeciwężcowej. RICHER i HÉRICOURT badali surowicę królików. VIQUERAT zastrzykiwał mułom hodowle bulionowe gruźlicy i badał ich surowicę na zawartość tuberkuliny i antytuberkuliny, przyczem na początku choroby znajdował przewagę tuberkuliny i ślady tylko antytuberkuliny, w późniejszych jednak okresach surowica zawierała tylko antytuberkulinę. Próby leczenia świnek gruźliczych tą surowicą dały w doświadczeniach autora rezultaty dodatnie, późniejsze jednak badania RICHER'a i HÉRICOURT'a, DAREMBERG'a, STRAUSS'a, AUCLAIR'a, PATERSON'a, DUNWODY, RUTKOWSKIEGO i innych, wyników tych nie potwierdziły.

Inni znów badacze [REDOON i CHENOT 1895, PERN 1897] starali się otrzymać surowicę leczniczą od zwierząt uodpornionych nie hodowlami, lecz zawiesiną, otrzymaną z płwociny, ropy lub z narządów dotkniętych gruźlicą. Surowicę tę stosowano w leczeniu gruźlicy, lecz bez powodzenia.

Próby otrzymania surowicy przez uodpornianie zwierząt tuberkuliną nie dały również wyników pomyślnych. WERNIKE i KNORR wykazali obecność antytuberkuliny w surowicy osobników, leczonych przez czas dłuższy tuberkuliną. Surowica tych osobników, zastrzyknięta świnkom morskim jednocześnie ze śmiertelną dawką tuberkuliny, chroniła świnkę od śmierci. BOINET [1895] otrzymał dodatnie rezultaty przy leczeniu świnek gruźliczych surowicą wziętą od kóz leczonych tuberkuliną. FRISCH z New-Yorku [1897] uodporniał konie tuberkuliną KOCH'a [TR]; surowica w ten sposób otrzymana, miała posiadać własności zapobiegawcze i lecznicze. Badania powyższe jednak nie zostały potwierdzone. U nas KARWACKI przy stosowaniu surowicy *Parle-Davis* przygotowanej według metody FRISCH'a otrzymał wyniki wątpliwe. Inne surowice, jak BERNHEIM'a [1894], otrzymana przez uodpornianie zwierząt filtrowanemi hodowlami, NIEMANN'a [1896] otrzymywana od kóz, uodpornianych wysokowym wyciągiem z tuberkuliny i inne, nie dały również pożądaných wyników.

Do surowic, które miały najwięcej rozgłosu, należą surowice MARAGLIANO'a i MARMORKA. W r. 1895 na Kongresie lekarzy francuskich w Bordeaux, MARAGLIANO ogłosił, że udało mu się otrzymać leczniczą surowicę przeciwgruźliczą. Badacz ten uważa, że chorobotwórcze oddziaływanie prątków gruźliczych polega na wydzielaniu przez nie toksyn za życia i jądów proteinowych po śmierci, jako produktów bakteryolizy. Wychodząc z tego założenia, MARAGLIANO przygotowuje szczepionkę, złożoną z toksyny wydzielanej przez żywe laseczniki do pożywek płynnych [toksalbumina] i z proteiny, zawartej w ciałach laseczników gruźliczych. By otrzymać toksalbuminę, M. 4—6-tygodniowe hodowle bulionowe z dodatkiem gliceryny przepuszcza najprzód przez filtr CHARDIN'a, filtrat zaś otrzymany przesącza jeszcze przez świeczkę CHAMBERLAND'a. Proteinę wylugowuje się z ciał laseczników, które pozostały na filtrze. W tym celu osad na sączku wysusza się i proszkuje w moździerzu. Następnie dolewa się wody w ilości podwójnej objętości płynu hodowlanego i wszystko to pozostaje w wodnej kąpeli przy 90°—95° w ciągu 3 dni po 10 godzin dziennie. Po wyparowaniu płynu do 1/10 objętości i przepuszczeniu go przez filtr porcelanowy, otrzymuje się t. zw. wodną tuberkulię, zawierającą wszystkie proteiny gruźlicze. Szczepionka do zastrzykiwania składa się z toksalbuminy, połączonej z proteiną w stosunku 1:3. Szczepionkę tę zastrzykuje się koniom pod skórę w dawkach wzrastających od 5 do 50 ctm. sz. Po 4—6-u miesiącach koniom wypuszcza się około 3-ch litrów krwi i otrzymuje się surowicę, mającą posiadać własności antytoksyczne i bakteryobójcze. Co się tyczy leczenia chorych gruźliczych, to MARAGLIANO stosował chorem surowicę w ciągu 6-u tygodni, wstrzykując ją po 1 ctm. sz. co drugi dzień, a następnie powiększając dawkę do 10-u ctm. W roku 1902 MIRCOLI, jeden z uczniów MARAGLIANO'a, ogłosił statystykę 2897-u chorych, leczonych surowicą. Ze statystyki tej wynika, że surowica MARAGLIANO'a daje rezultaty pomyślne. Badania doświadczalne i kliniczne MARAGLIANO'a nie zostały jednak przez nikogo potwierdzone. KARWACKI robił niedawno próby z surowicą M. na królikach i na świnkach, przyczem okazało się, że zwierzęta gruźlicze, leczone surowicą, padały prędzej, niż nieleczone zupełnie. Działanie surowicy według KARWACKIEGO sprowadza się do rozpuszczenia laseczników w ustroju, a co zatem idzie, do zatrucia proteinami gruźliczymi. Co do wartości klinicznej surowicy MARAGLIANO'a, to wszyscy autorowie, oprócz włoskich, wyrażają się o niej z wielką nieufnością.

Surowicą, która wywołała największą liczbę prac, jest surowica MARMORKA [1903]. Badacz ten przypuszcza, że tuberkulina KOCH'a nie jest istotnym jadem gruźliczym. Ażeby otrzymać prawdziwą toksynę, należy według niego hodować laseczniki gruźlicze młode (*bacilles à type primitiv*) na surowicy leukotoksycznej, zmieszanej z wyciągiem z wątroby. Surowicę leukotoksyczną otrzymuje M. w następujący sposób: świnkom morskim zastrzykuje się do otrzewnej 10—15 ctm. sz. bulionu, poczem przemywszy otrzewną 20 ctm. roztworu fizyologicznego soli kuchennej, otrzymuje się mleczny płyn, zawierający leukocyty. Płyn ten zastrzykuje się wołu około 30-u razy, przyczem na każde zastrzyknięcie bierze się zawiesinę leukocytową od dwu

świnek. Po puszczeniu krwi otrzymuje się surowicę leukotoksyczną. Do surowicy, przygotowanej w sposób powyższy, dodaje MARMOREK bulionu glicerynowego i wyciągu z wątroby, uważając tę ostatnią za narząd obronny wobec zakażenia gruźliczego. Na tak przygotowanej pożywce ma według MARMORKA wyrastać rasa prątków bardzo jadowitych i uzdolnionych do walki z ustrojem, a zatem bogatych w toksyny. Toksyny te zabijają świnkę w ilości 5 do 10 ctm. sz. Wstrzykując jad ten w dawce 5 ctm. 5 do 6 razy można uodpornić przeciwko gruźlicy świnkę morską. Świnka w ten sposób uodporniona znosi bezkarnie zastrzyknięcie 1 do 2 kropel słabo opalizującej zawiesiny laseczników. W celu otrzymania surowicy antytoksycznej, MARMOREK wstrzykiwał toksynę koniom. Po 7—8 miesiącach otrzymuje M. surowicę, posiadającą własności prewencyjne i lecznicze. Surowicę swą wypróbował M. naprzód na królikach. Okazało się, iż 15—20 ctm. sz. surowicy, zastrzyknięte na 3 dni przed zakażeniem gruźliczem, czyniły królika odpornym. Króliki zaś, zakażone gruźlicą i leczone następnie surowicą, żyły znacznie dłużej, niż nieleczone lub przychodziły do zupełnego zdrowia.

U ludzi MARMOREK zalecał początkowo zastrzykiwanie surowicy po 5 ctm. sz. co 2-gi dzień i po 10-u zastrzyknięciach przerwę trzytygodniową. Pod wpływem surowicy nawet w ciężkich przypadkach z wysoką gorączką i jamami w płucach nieraz następowała poprawa ogólna, a nawet i miejscowa. Przy gruźlicy mało posuniętej miał M. szereg wyleczeń kompletnych; jeszcze lepsze wyniki otrzymał w przypadkach gruźlicy chirurgicznej, przy zapaleniu płucnej i t. d.

Pierwsze próby, czynione z surowicą M. przez klinicystów paryskich: DIEULAFOY, HALLOPEAU, LEDENTU i innych, dały wyniki ujemne lub wątpliwe. Później jednak zjawia się w piśmiennictwie wiele prac, zachęcających do stosowania surowicy MARMORKA. W roku 1905 M. zebrał 28 prac, zawierających 350 przypadków gruźlicy leczonych surowicą. Większość autorów, jak DUBARD, VEILLARD, STEPHANI, JAQUEROD, FREY, LEWIN i inni otrzymali wyniki dodatnie. Inni autorowie, jak STADELMANN i BUFFEY, KROKIEWICZ i ENGLENDER, mieli rezultaty ujemne. Co się tyczy szczegółowego rozbioru prac tych, to odsyłamy do streszczenia zbiorowego, ogłoszonego przez DĘBIŃSKIEGO w Gazecie Lekarskiej w r. 1906. W roku zeszłym MONOD przedstawił w Akademii Lekarskiej Paryskiej referat, w którym zebrał wszystkie prace, dotyczące surowicy MARMORKA. Do owej epoki zjawily się 43 prace, z których 38 przychylnych metodzie, 5 zaś nieprzychylnych. Te ostatnie zawierają 39 przypadków bardzo posuniętej gruźlicy płucnej, niektóre były rozpaczliwe. W 3-ch z tych prac autorowie odmawiają surowicy wszelkiego znaczenia leczniczego jedynie z powodu powikłań, wynikających ze stosowania jej podskórnego. Dwaj pozostali oświadczają, że surowica miała wpływ szkodliwy na przebieg gruźlicy. Prace przychylnie surowicy zawierają 592 przypadki, dotyczące gruźlicy wewnętrznej lub chirurgicznej. We wszystkich tych przypadkach chorzy znosili leczenie bardzo dobrze albo co najwyżej zdarzały się powikłania, jak przy zastrzykiwaniu wszelkiej surowicy: po-

krzywka, zaczerwienie i t. d. Surowica była stosowana w wstrzykiwaniach podskórnych lub *per rectum*. Ta ostatnia metoda obecnie stosowana bywa najczęściej, gdyż pozwala ona uniknąć wszelkich powikłań. MONAD wyprowadza następujące wnioski:

1) Stosowanie surowicy MARMORKA jest zupełnie nieszkodliwe. Technika, obecnie wyrobiona po długich i żmudnych próbach, jest bardzo prosta i łatwa.

2) Działanie surowicy jest skuteczne we wszelkich formach gruźlicy płucnej, stawowej, kostnej, gruczołowej i t. d.

3) Działanie to podług LEWIN'a dotyczy wszystkich objawów tak ogólnych, jak i miejscowych: duszności, gorączki, kaszlu, plwociny, objawów wypukowych i wysłuchowych, a podług HOFFA'y i van HUELLEN'a: bólu, ropienia i przetok w gruźlicy chirurgicznej.

4) W wielu przypadkach działanie surowicy było o tyle stanowcze na wszystkie objawy chorobne, iż niektórzy lekarze mówią o zupełnym wyleczeniu.

Von HUELLEN tak pisze o surowicy MARMORKA: Po pracach ogłoszonych przez STEPHAN'ego, DUBARD'a, ULLMANN'a, FREY'a, HOFFA'ę, ROEVER'a i wielu innych i po całym szeregu własnych doświadczeń nie możemy wątpić, że posiadamy w surowicy MARMORKA środek swoisty przeciwko gruźlicy⁴.

Prof. HOFFA zaś mówi: „W wielu przypadkach miałem sposobność stwierdzić wpływ prawdziwie swoisty na przebieg gruźlicy; wzięwszy pod uwagę nieszkodliwość tego środka, nie można mu odmówić wielkiego znaczenia w walce przeciw gruźlicy”.

W r. 1907 zjawił się jeszcze cały szereg prac przychylnych surowicy MARMORKA, jak oto: SCHENKER'a [Aarau], HYMAN's'a i POLAK - DANIEL's'a [Haga], ELSAESSER'a, ROEVER'a, WEILL'a, WOHLBERG'a i innych.

[D. c. n.].

II. Zdrojowiska i Uzdrowiska: Rabka, Zakopane, Szczawnica, Żegiestów, Krynica.

Spostrzeżenia i uwagi z wycieczki balneologicznej X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Spisał

Dr Józef Jaworski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 24].

Żegiestów zrobił wielki krok naprzód przez zaprowadzenie wzmiankowanych urządzeń zdrowotnych i stanął w rzędzie najpierwszych zdrojowisk nie tylko polskich.

Kresem wycieczki naszej była Krynica. Krynica ze względu na zalety, których nie szczędziła przyroda, powinna być do chwili obecnej zajmując pierwszorzędne miejsce w szeregu zdrojowisk nie tylko polskich, lecz światowych.

Klimat górski, 600 m. n. p. m., dużo ozonu, wilgotność średnia, wahania ciepłoty małe, opady nieznaczne, dużo lasów szpilkowych, woda żelazista, bogata w kwas węglowy, borowina—są to warunki klimatyczne i środki lecznicze, które zapewniają Krynicy bardzo poważne stanowisko, jako zdrojowisku i uzdrowisku.

Praca nad podniesieniem Krynicy bezprzecznie stopniowo postępuje, lecz nie odpowiednio do rozwoju balneotechniki, a także jest ona stale w wielkim niestosunku do wzrostu liczby z roku na rok leczących się w Krynicy: w roku 1895 było 5000 w r. 1907—7000.

Pod względem urządzeń balneotechnicznych Krynica właściwie posiada wszystko, lecz wszystko robione i wprowadzane bywa nie na szerszą skalę, nie według wzorów najnowszych.

Kolejno rozpatrzmy urządzenia balneo-techniczne Krynicy:

Zdroje: Zdrój główny. Ujęcie dobre, ale sposób podawania wody nieodpowiedni przez czerpanie z odkrytego źródła. Zdrój powinien być zakryty i mieć kilka wylotów bocznych. Zdrój w Słotwinach, wprawdzie ujęty i obecnie woda doprowadzona aż do altany z głównym źródłem, lecz posiada tylko jeden wylot. Zdrój „Jana“, obok zakładu wodoleczniczego, ujęty, ale nie zakryty.

Wogóle co do zdrojów, to po usunięciu tych braków, nie pozostawiają one nic do życzenia.

Przechodząc do łaźni i kąpiei mineralnych, stwierdzić trzeba, że jest ich stanowczo za mało, mianowicie, około 100-u I, II i III klasy i 4 kabiny salonowe. Część wani tych zaopatruje źródło „Józefa“, a częścią „źródło w Słotwinach“, wszystkie inne wanny [80] na dole zaopatruje „źródło główne“, a w pełnym sezonie, kiedy łaźni pracują od 6-ej rana do 2-ej po południu i od 6-ej do 7-ej wieczorem—wody z głównego źródła niewystarczy, więc miesza się ją z wodą ze źródła pomocniczego, znajdującego się w podwórzu łaźni. Zdrój ten zwie się pomocniczym, lub „Dobrodziejem“, ja bym dodał łaskawym, sam bowiem się przekonałem, że czasami zasila on łaźni wodą jakby z łaski.

Sprawa kąpiei w Krynicy zdaniem mojem rozwiązana będzie racjonalnie wtedy, gdy, nasamprzód zapewnione będzie zwiększenie ilości wody przez odnalezienie nowych zdrojów, czy też zdobycie wody przez głębokie wiercenia, powtóre, gdy pobudowane zostaną nowe łaźni do kąpiei mineralnych z odpowiednią liczbą kabin i według ostatnich wymagań balneotechniki.

Łaźni do kąpiei błotnych również pozostawiają wiele do życzenia. Przedewszystkiem kabin jest mało, około 28. Budynek nie odpowiada wymogom współczesnym. Samo urządzenie bardzo skromne. Zakład do przerabiania borowiny za szczupły. Brak młynków do mielenia borowiny. Służba przy ła-

zienkach niedostatecznie wyszkolona. Wybudowanie więc nowych łaźniek borowinowych, o 50—60 kabinach, okazuje się koniecznym.

Na następującym zastawieniu liczbom okaże się najlepiej, że Krynica stanowczo za mało posiada wanię zarówno do kąpeli mineralnych, jak i borowinowych.

Wanię mineralnych 100, pracujących 10 godzin na dobę, t. j. kąpeli 1000.

Wanię borowinowych 25, pracujących 10 godzin na dobę, t. j. kąpeli 250.

W pełnym sezonie bawi w Krynicy równocześnie 2500—3000 gości. Przypuściwszy, że 10% się nie kąpie, że 5% kąpie się w zakładzie hydropatycznym, pomimo to potrzeba jednak wydać dziennie do 2000 kąpeli. Gdybyśmy nawet przypuścili, że 20% z goszczących w Krynicy, nie kąpie się, to i wtedy trzeba więcej niż 1500 kąpeli dziennie; a może ich być w najlepszym razie 1250.

Zakład wodolecznicy, pomimo, iż w ostatnich latach został nieco rozszerzony, pozostawia bardzo dużo do życzenia. Przedewszystkiem jest tam ciasno; wskutek braku wentylacji brak powietrza, zaduch. Wybudowanie więc nowego zakładu hydropatycznego wraz z urządzeniami dla elektro-mechano-terapii, elektro-balneo-terapii staje się koniecznością dla Krynicy.

Przechodząc do stosunków higieniczno-sanitarnych Krynicy, stwierdzić trzeba, że pewną przeszkodą do ich poprawy, zupełnego uregulowania, jest położenie terytorjalne zdrojowiska i stosunki prawno-społeczne. Krynica-Zdrój leży w części na terytorjum gminy Krynica, w części gminy Słotwina, a oprócz tego jest obszar t. zw. dworski, którego właścicielem jest rząd. Gmina posiada swój samorząd, obszar dworski swoje prawa, a jedna i drugi różne obowiązki. Rząd oświadcza, że gotów, to, lub owo zrobić na swoim gruncie, lecz nie będzie robić tego gminie. Gmina uboga—chłopi ruscy wyrzekają się wszelkich ulepszeń i udogodnień, oświadczając, że i nadal obejść się mogą bez wodociągów, kanalizacji, kolei i t. p. Z tego dualizmu terytorjalno-prawnego wynikają tylko szkody dla zdrojowiska pod względem higieniczno-zdrowotnym. Główne żądania, co do asenizacji zdrojowiska dadzą się zszeregować w następujący sposób:

1) Należy koniecznie przeprowadzić kanalizację i wodociągi na całym obszarze zdrojowiska, a nie tylko na obszarze dworskim, gdzie już obecnie są wodociągi. Rzecz naturalna, że bez kanalizacji staje się nie możliwym i niezupełnie celowym wprowadzenie wodociągów do mieszkań.

2) Przeprowadzić regulację potoków górskich: „Kryniczanki” i „Palenicy”, przepływających przez środek zdrojowiska. Potoki te są zanieczyszczane przez wpuszczanie do nich zawartości dołów kloacalnych, wód i odpadków gospodarstwa domowego.

Potoki te, w razie chorób zakaźnych, są szlakami, wzdłuż których szerzyć się może z biegiem wody epidemia, zwłaszcza, że woda z nich używana bywa do potrzeb domowych, a niekiedy może nawet do picia, pomimo, że rząd, zaprowadzając wodociągi, na obszarze dworskim, urządził parę studzien publicznych na obszarze gminnym.

3) Należy w czasie potrzeby, stale, po parę razy dziennie, skrapiać wodą chodniki, aby zapobiedz unoszeniu się pyłu.

4) Zaprowadzić oświetlenie elektryczne na całym obszarze zdrojowiska, oraz wprowadzić je do mieszkań.

5) Należy wybudować kilka odpowiednich ustępów publicznych.

6) Zaprowadzić wyszkoloną policję w obrębie Zdrojowiska dla bezpieczeństwa publicznego i jako organ dozoru i pilnujący porządku i czystości.

Co do higieny mieszkań, to trzeba oddać sprawiedliwość, że dużo mieszkań w domach rządowych, a także w niektórych willach, odpowiada najzupełniej wymaganiom higieny i nie im zarzucić nie można. Natomiast w domach i mieszkaniach izraelskich brak porządku, czystości, a często mieszkania te są stekiem brudu, co staje się zrozumiałem wobec tego, że w jednej izbie przemieszkują 8—10-u osób.

Wiele mieszkań takich podczas sezonu winny z urzędu ulegać zamknięciu. Niema też, a właściwie nie obowiązuje w Krynicy, regulamin wynajmu mieszkań w domach prywatnych, co nieraz powoduje nieprzyjemne sprawy pomiędzy właścicielem a wynajmującym. Brak władzy wykonawczej na miejscu, możność apelowania do instancji wyższej, również utrudnia wszelkie zarządzenia, mające na celu zdrowie i wygodę publiczną.

Po względem więc potrzeb higieniczno-zdrowotnych Krynica powinna mieć plan regulacyjny, któryby zapewniał na przyszłość odpowiednie rozszerzenie się zdrojowiska pod kontrolą osobnej komisji budowlanej; powtórnie, istnieć winna kontrola, w osobie komisji z władzą wykonawczą nad higieną mieszkań w czasie sezonu; po trzecie, należy zaprowadzić odkażanie mieszkań, pościeli po sezonie zapomocą odpowiednich aparatów, które powinny nabyć gmina i wynajmować je za wynagrodzeniem.

Oprócz, a właściwie, obok higieny mieszkań, bardzo ważną rzeczą w każdym zdrojowisku jest higiena żywienia. W Krynicy sprawa żywienia jest wprost doniosłą z tego powodu, że przeważna liczba osób, tam leczących się, cierpi na niedokrwistość, przy której właściwe odżywianie jest tak dzielnym środkiem leczniczym. Otóż, kogo stać na pensjonat, lub zakład dyetetyczny, ten w Krynicy sprawę odżywiania się pomyślnie rozwiązuje, lecz cała masa chorych zmuszona bywa żywić się po przeróżnych jadłodajniach i restauracjach, które, właściwie mówiąc, wyjęte są z pod wszelkiej kontroli sanitarno-lekarskiej. W niektórych restauracjach, między innymi t. zw. koszernych, jak mnie zapewniano, odbiorcy i konsumenci są wprost nieszczęśliwi, bo płacą drogo, a jedzą nie tylko źle, ale i niezdrowo.

Wobec braków co do higieny żywienia, należałoby:

1) Zaprowadzić dość ścisłą kontrolę policyjno-lekarską nad restauracjami publicznymi i mleczarniami, zarówno chrześcijańskimi, jak zwłaszcza żydowskimi.

2) Ograniczyć restauracje pokątne prywatne, o ile nie posiadają odpowiednich pomieszczeń, kuchni, lodowni do przechowywania mięsa, nabiału.

3) Pobudować halę targową, która zabezpieczy czystość w utrzymaniu i konserwowaniu produktów, ułatwi nad nimi kontrolę sanitarno-policyjną, zapobiegnie domokrażstwu z nabiałem, jarzynami, owocami, jagodami i t. p., co sprzeciwia się higienie, ponieważ sprzyja przenoszeniu zarazków, a wogóle, chorób zakaźnych.

Dezideraty tutaj wyłuszczone, odnieść można nie tylko do Krynicy, lecz do większości zdrojowisk i uzdrowisk polskich. Jeżeli dezideraty te znalazły się przy omawianiu rozwoju Krynicy, to wychodziłem z tej zasady, że od tego komu dużo dano, można dużo żądać.

Krynica jako zdrojowisko, jako nzdrowisko, posiada znakomite warunki przyrodnicze, pozostaje więc, aby reszty dokonała ręka ludzka. Środki na to Krynica w skarbie państwa znaleźć może i powinna. Jeżeli środków tych dotychczas skąpiono, skłonny jestem wierzyć mniemaniu rozpowszechnionemu w pewnych sferach tamtejszych, iż wpływają na to właściciele zdrojów niemieckich w Austrii u rządu centralnego ze względów konkurencyjnych, aby przez ograniczenie kredytów zahamować rozwój niebezpiecznej dla nich Krynicy.

Uczestnicy wycieczki balneologicznej, jako uczestnicy X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, podczas pobytu wycieczki w Krynicy, korzystając z obecności w niej p. Protomejdyka dla Galicyi, który imieniem rządu przyjmował wycieczkę, a także z obecności niektórych przedstawicieli do sejmu krajowego, zlecili piszącemu te słowa, aby publicznie wypowiedział, pod adresem wzmiankowanych dygnitarzy, dezideraty wogóle, co do zdrojowisk krajowych, szczególnie zaś, co do Krynicy.

Przemówienie moje co do Krynicy, ogłoszone drukiem w czasopiśmie „Krynica“, zawarło w sposób skondensowany te żądania, które powyżej z miejsca tego wyłuszczyłem. Zarówno protomejdyk dr MERUNOWICZ, jak i poseł na sejm krajowy, p. BATAGLIA, dali wtedy uroczyste przyrzeczenie, iż wszystko uczynią, aby sprawę asygnowania funduszków na ulepszenia w Krynicy doprowadzić do skutku.

Obecnie dowiadujemy się, że już uchwalono znaczne sumy pieniężne na meljoracye w Krynicy. Chodzi więc teraz o to, aby za nie zaprowadzono urządzenia współczesne, aby je uskuteczniiano bez zbytej zwłoki. W Krynicy bowiem potrafiiono niegdyś zmieniać wanny żelazne na miedziane, po 4-y rocznie.

Krynica była kresem podróży wycieczki naszej, a więc wypada tem samem zamknąć moje sprawozdanie. Niech mi wolno będzie zakończyć je pewnym ogólniejszym poglądem. Klimat naszych zdrojowisk i uzdrowisk, wody mineralne naszych zdrojów, jeżeli nie przewyższają swą wartością leczniczą tych samych czynników w całej Europie, to im z pewnością dorównywają. Nasze kąpiele mineralne, borowinowe i urządzenia wodolecznicze, nie co do treści, lecz co do formy najczęściej nie wytrzymują porównania ze zdrojowiskami w krajach obcych. Następnie, nie zawsze, lecz często, nasza gotowość w dostarczaniu choremu wszystkiego, co mu za jego pieniądze się na-

leży, pozostawia wiele do życzenia i w porównaniu ze zdrojowiskami obcemi wygląda niekorzystnie.

Lekarze zdrojowi wiele w tym kierunku zrobić mogą, a wiemy dobrze, że nieraz więcej istotnie robią, niż ich atrybucye, zakres działania i okoliczności na to pozwalają. W każdym razie bliższa styczność lekarzy zdrojowych z lekarzami domowymi, ogłaszanie sprawozdań z wyników leczenia, a co bardzo ważne, podejmowanie przez nich prac naukowych, doświadczalnych, praktycznych, ogólnych z zakresu balneologii i klimatologii krajowej—wszystko to mieć może bardzo doniosłe znaczenie dla rozwoju, postępu i wogóle wpływ na losy polskich zdrojowisk i uzdrowisk.

Losy te, wierzę, iż są zapewnione, ponieważ z jednej strony zarządy zdrojowisk i uzdrowisk polskich w latach ostatnich prawie wszędzie rozwinęły dbałość i zabiegliwość, aby „wody mineralne“, „letniska“ odpowiadały najzupełniej wymaganiom zdrowotno-hygienicznym, a nawet wymaganiom pewnego komfortu, koniecznego częstokroć dla osób, szukających wypoczynku i pomocy leczniczej, powtóre—powodzenie naszych zdrojowisk i uzdrowisk jest zapewnione i dlatego, że ogół polski posiada to głębokie przeświadczenie, że może nigdy bardziej, niż w czasach obecnych, powinien się swojem obywać, na własnem poprzestawać. W ten sposób przez wydatek u obcych nie przyniesie krzywdy zasobom krajowym, a co więcej, bogacić nie będzie równocześnie strony przeciwnej, w dodatku nam wrogiej.

III Etyologia i wyniki leczenia rwy kulszowej na podstawie 1023 spostrzeganych przypadków.

Podał

Dr Stefan Filipkiewicz,

lekarz zakładu w Cieplicach Trenczyńskich

(Dokończenie — Patrz Nr. 24).

Rozpoznanie rwy kulszowej nie sprawia trudności. Ażeby jednak upewnić się, jakie leczenie przedsiębrać należy, koniecznem jest wyszukanie przyczyny, tła chorobnego. Najlepiej badać chorego w stanie obnażonym, a wykluczwszy cierpienia centralne, jak wiał i zapalenie wieloogniskowe, zbadać kręgosłup, jamę brzuszną, w wątpliwych przypadkach nie zaniechać zbadania *per anum* *aut per vaginam*, rozbioru moczu.

W rozpoznaniu różniczkowem gościec mięśniowy, histerya, *psoriasis*, *coxitis* nie sprawia trudności.

W gościecu mięśniowym ból potęguje się przy przesuwaniu ręki wzdłuż mięśni, wśród tychże nieraz zgrubienia bolesne wyczuć można.

Histeryczka podmiotowo skarży się na dotkliwe bole, wzdłuż przebiegu nerwu na nie wskazując, ale badanie przedmiotowe objawów rwy nie stwierdza. *Psoitis* cechuje się ułożeniem znamionem kończyny.

W zajęciu stawu biodrowego wzmagą się ból przy badaniu próbnym ruchów stawu; ucisk na główkę kości udowej również jest dotkliwy.

Bardzo cennym objawem, który w przypadkach rwy kulszowej obwodowej zawsze dodatnio na rozpoznanie, a nawet i na odróżnienie od *coxitis* wpływa, jest objaw LASÈGUE'a. Unosząc kończynę wyprężoną, poziomo ułożoną, ku górze, już przy nieznacznym podniesieniu wywołujemy silny ból zajętego nerwu kulszowego wskutek wzmożonego napięcia tegoż; nachylając zaś kończynę zgiętą w kolanie ku miednicy, bólu w nerwie kulszowym nie zwiększymy; wystąpi nam ból tylko w razie zajęcia stawu biodrowego, lub mięśni, których przyczepy do *trochanter major* lub kości łonowej gościem są dotknięte. Brak objawu LASÈGUE'a zauważyłem w przypadkach rwy pochodzenia centralnego i tam, gdzie stwierdziłem neuralgię nie głównego pnia, lecz jego dolnych rozgałęzień, a więc *tibialis, suralis, peroneus*.

Objaw powyższy jest probierzem nasilenia cierpienia, bo w miarę ustępowania tegoż, unoszenie kończyny coraz wyżej da się skutecznie; używam go też do kontrolowania przedmiotowego postępu leczenia.

W statystycznym wykazie podałem 53 przypadki *ischias scoliotica*. U 44-ch z tychże, a mianowicie u 32 po przeziębieniu, w 6-u na tle dny, objawem początkowym była rwa kulszowa, do której następnie dołączyło się skrzywienie boczne kręgosłupa z wypukłą krzywizną w odcinku lędźwiowo-grzbietowym ku stronie chorej, a więc z pochyleniem tułowia ku stronie zdrowej — *heterologe Skoliose*. W 6-u przypadkach tej grupy wybuch rwy poprzedzały typowe objawy postrzału.

Z 9-u przypadków z pochyleniem tułowia ku stronie chorej — *homologe skoliose, scoliosis paradoxa* [FLATAU]. W 3-ch stwierdziłem nowotwory złośliwe, do operacji się nadające, w jednym *spondylitis* w okresie początkowym; w 6-u [z tych jeden na tle syfilisu] poprzedzało rwę powolne stężenie i upośledzenie ruchów w części lędźwiowej kręgosłupa. W ostatnich przypadkach rwa była przemijająca, symptomatyczna, stężenie zaś kręgosłupa pozostało, tak że ostatnie sześć przypadków do *spondylosis rhizomelica* zaliczam.

O ile pierwszą postać — *heterologe Scoliose* — tłumaczą autorowie w sposób do przekonania przemawiający, że chorzy, starając się jak najmniej chorą kończynę obciążać i sploty nerwów lędźwiowo-krzyżowych uciskać, przechylają tułów ku stronie zdrowej (*Prinzip möglicher Nervenentspannung* — BABIŃSKI, CHARCOT, FLATAU, LORENZ), o tyle druga postać na podstawie 9-u spostrzeganych przypadków nasuwa myśl, że nie sam ucisk nowotworów i nacieczeń zapalnych na pień nerwu kulszowego wywołuje *scoliosis paradoxa*, lecz że sprawa chorobna być może atakuje i sąsiednie sploty nerwów lędźwiowych i sprowadza typowe przykurczenie mięśni lędźwiowo-grzbietowych. (*Vulpis*). Tu wspomnieć muszę, że natężenie bólu ilościowe może być bardzo znaczne w rwie kulszowej, a skolio-

zy nie sprowadza. W *ischias scoliotica* ustępuje wśród leczenia naprzód ból, a skrzywienie kręgosłupa powolniej się wyrównywa i dopiero pod dłuższym czasie zupełnie ustępuje.

Właściwie z 1023 podanych przypadków tylko 3, nowotworami wywołane, do leczenia się nie nadawały.

W 31 przypadkach o tle nieuleczalnym, jak wiał, cukrzyca, *spondylitis*, *spondylosis*, rwa pod wpływem leczenia mijała, a w 4-ch przypadkach i objawy *spondylosis* się zmniejszyły. W reszcie przypadków, w liczbie 989, opuściło zakład 856—w tych 44-ch z *ischias scoliotica heterologa*—wyleczonych; 133 ze znacznym polepszeniem, z tych w 98-iu rwa ustąpiła w 2 do 5-u tygodni po ukończeniu leczenia; o 35-u nie miałem dalszych wiadomości. To nadzwyczaj korzystne i szybkie, 5 do 6-u tygodni trwające leczenie kąpielami siarczanymi uważać należy za swoiste dla rwy kulszowej, podobnie jak dla cierpień gośćcowych i dnawych, a metoda leczenia jest bardzo prosta.

W pierwszych dwu tygodniach stosuję kąpiele krótkie od 27—28° R., łagodząc objawy podmiotowe środkami symptomatycznymi. Jeżeli natężenie bólu się zmniejszy, objaw LASÈGUE'a polepszenie stwierdzi, układ naczyniowy jest normalny, ciepłotę i trwanie kąpieli zwiększam; w miarę dodatnich wyników przechodzę do gorących kąpieli z kocowaniem i przeplatam je gorącymi natryskami, a w miarę potrzeby okładami mułowymi. W okresie leczenia początkowym nigdy nie stosuję ani masażu, ani gimnastyki leczniczej, gdyż, jak mnie doświadczenie pouczyło, te środki pomocnicze najkorzystniej działają w końcu leczenia.

W przeważnej części leczonych przypadków rwa była niedługotrwała—przeciętnie od chwili przybycia do zakładu sześciomiesięczna, w dwu przypadkach roczna; w jednym trwała trzy lata.

Recydywę rwy rzadko spostrzegałem, w 9-u przypadkach na tle gościa przewlekłego przyszło w przeciągu dwu lat do przerwania się rwy z jednej kończyny na drugą. Powikłanie z zapaleniem nerwu kulszowego wymaga powolniejszego i ostrożniejszego leczenia.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

52. Dr. Schlayr. O wartości prześwietlania promieniami Roentgen'a we wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy.

Najważniejszym wynikiem dotychczasowych badań płuc przy zastosowaniu prześwietlania jest wykazanie ogromnej częstości zmian gruźliczych.

W klinice w Tybindze, skąd pochodzi praca autora, rentgenowano w omawianym celu 600 osób, z których 350 podlegało dłuższej obserwacji. U 280 (80%)—badanie kliniczne budziło podejrzenie poczynającej się gruźlicy

szczytów, jednak bez pewności; badanie R. wykazało wyraźne zmiany u 300, a więc 85%, niekiedy co prawda b. nieznaczne, Nasuwało się do rozwiązania pytanie, o ile w tych przypadkach mamy sprawę czynną.

Badanie kliniczne (wysłuchiwanie, badanie płwociny i t. d.) — wykazywało ją zaledwie w 84-ch przypadkach na 300 (28%). Zastrzykiwanie tuberkuliny, doprowadzone stopniowo aż do wywołania odczynu miejscowego zmian w szczytach, dało wynik dodatni jeszcze w 88-u przypadkach czyli w nowych 35%. Wreszcie (17% nie mogło być badane zastrzykiwaniami) u 77-u osób (25%) nie można było wykryć gruźlicy czynnej, zmiany więc otrzymywane przy prześwietlaniu, pochodziły od gruźlicy zagojonej.

Co się tyczy ważnego pytania, czy omawiana metoda może stanowczo orzec: czy dane szczyty są zupełnie wolne od gruźlicy—to, niestety, nie jest ona w stanie temu zadośćuczynić. U 19-u badanych obraz R. nie wykazywał zmian żadnych, tymczasem wysłuchiwaniami można było u 11-u skonstatować katar wierzchołków; u 8—sprawę rozstrzygnęło dodatnio zastrzyknięcie tuberkuliny. Stanowi to 6% ogólnej sumy badanych osób.

Rentgenografia daje też możność oceny gruczołów wnęki płucnej. Ani z obszaru zmian wykrywanych przy prześwietlaniu, ani z ich natężenia, nie można wnioskować o tem, czy sprawa jest czynną, czy przycichłą, czy zagojoną.

(*Deutsch. med. Woch. 1908. Nr. 20.*)

O. Hewelke.

Z I Międzynarodowego Zjazdu Laryngologów i Rynologów w Wiedniu.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 24).

Prof. JURASZ w odczycie „Międzynarodowe zjazdy laryngo-rinologiczne” poruszył sprawę konieczności i pożytku takich zjazdów, występował przeciwko zjazdom wspólnym z otyatrami, przedstawił wyczerpującą historję zjazdów i rzucił projekt wyznaczenia terminu przyszłego międzynarodowego zjazdu. Oznaczenie terminu i miejsca dla przyszłego zjazdu postanowiono poruczyć specjalnej komisji, składającej się z przedstawicieli rozmaitych państw.

„O stanie wiedzy z dziedziny gruźlicy krtani u rzymian i greków” mówił prof. IMHOFER. Skrętnie i pracowicie zebrane rozmaite cytaty z pism ówczesnych lekarzy nienadają się, zdaniem mojem, do odczytywania na kongresie.

Prof. VOHSEN w krótkim odczycie „O prześwietlaniu zatok czołowych i szczękowych” wyjaśniał jak należy wykonywać prześwietlanie, aby osiągnąć możliwie najdokładniej żądane wyniki, oraz demonstrował modyfikację odpowiedniej lampki, o znacznem napięciu świetlnym, oraz zapobiegającej możliwości oparzenia miejsca, do którego się dotyka.

Bez wątpienia najbardziej interesującymi były pokazy odpowiednie zdjęć fotograficznych głowy, dokonanych w klinice prof. KILIAN'a, oraz podobnych zdjęć, przedstawionych przez prof. KUTTNER'a. Podziwialiśmy z jednej stro-

ny nadzwyczaj dokładnie wykonane fotografie, które w najdrobniejszych szczegółach przedstawiały całą budowę nosa i jego zatok, wykazywały najmniejsze zmiany patologiczne bądź w poszczególnych zatokach, bądź we wnętrzu przewodów nosowych, z drugiej strony mogliśmy się przekonać, że obecnie w celach dyagnostycznych, względnie różniczkowania, w cierpieniach jam nosowych bez promieni ROENTGEN'a obejść się jest niemożliwe. To też obecnie wszystkie prawie kliniki laryngologiczne za granicą są zaopatrzone w odpowiednie aparaty ROENTGEN'a, posilkują się nimi w każdym przypadku, kiedy chodzi o dokładne rozpoznanie spraw w jamach nosowych; używają ich do wynajdywania ciał obcych w drogach oddechowych, określają stan zwężenia tchawicy przy rozmaitych sprawach uciskowych na tchawicę i t. p., wreszcie poczynają dokonywać prób leczenia niektórych cierpień, wchodzących w zakres specjalności. To też nie było końca podziękowaniom, któremi darzyli zebrani prof. KILIAN'a i prof. KUTTNER'a za bardzo pouczające pokazy, a zdumienie ogarnęło wszystkich, kiedy prof. KILIAN zakomunikował, że klisze, przywiezione przez niego na kongres, a tak artystycznie oddane, wykonane zostały przez siostrę miłosierdzia, zarządzającą pracownią rentgenowską.

Również wszystkich zaciekało sprawozdanie ze stosowania niedawno wprowadzonej do naszej specjalności metody badania dróg oddechowych, t. zw. tracheo-i bronchoskopii. Odczytał je asystent prof. KILIAN'a dr BRUNINGS. W 300 przypadkach stosowano tę metodę w klinice prof. KILIAN'a z rozmaitych powodów. Liczba zabiegów sama przez się wskazuje na to, że metoda ta nie jest tak trudną w stosowaniu, jak niektórzy przypuszczają.

Słusznie zauważył prof. KILIAN, że jak w zastosowaniu laryngoskopu nie odrazu udaje się osiąść dostateczną wprawę, a nieraz nawet dość długiego trzeba czasu, aby nabrać zupełnej pewności w tak zwyczajnej na pozór metodzie badania, tak też bronchoskopia powinna stanowić jedną z koniecznych metod badania, z którą każdy początkujący powinien się obznajmiać i dojsć w jej wykonywaniu do pożądanej wprawy. Oprócz danych sprawodawczych dr BRUNINGS pokazywał udoskonalony przez siebie bronchoskop i aparat oświetlający rurę bronchoskopową oraz już później demonstrował zastosowanie swojego bronchoskopu na chorych w klinice CHIARI'ego.

Z kolei dr RIKEN dał sprawozdanie ze 100 przypadków operacji zatoki czołowej, dokonanych w klinice prof. KILIAN'a. Operacje, wykonane t. zw. metodą KILIAN'a, pod względem terapeutycznym dają wyniki trwałe, również i pod względem kosmetycznym w zupełności odpowiadają zadaniu. Ze 100 przypadków 3 były śmiertelne. W niektórych przypadkach spostrzegano przejściową diplopię. W dyskusyi prof. HAJEK wspominał o 38-u przypadkach tej operacji, we wszystkich z zejściem pomyślnem. W klinice prof. CHIARI'ego wykonano w 31 przypadkach radykalną operację zatoki czołowej; w dwu zejściem śmiertelnem.

Dość ożywioną dyskusyę wywołał referat dra HERYNGA: „O chirurgicznym leczeniu gruźlicy krtani”. W dyskusyi zaznaczyły się rozmaite poglądy na sprawę chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani. Dr HERYNG osobiście, uznając doniosłość chirurgicznych zabiegów w niektórych przypadkach gruźlicy krtani, wykazywał jednocześnie, że nie we wszystkich przypadkach da się metoda ta zastosować, że wskazania do operacji muszą być nadzwyczaj ścisłe. Prof. KUTTNER zaznaczył, że mało bardzo przypadków gruźlicy krtani nadaje się do zabiegu chirurgicznego; również niezbyt wielkim zwolennikiem operacyjnego leczenia gruźlicy krtani jest prof. SEMON i dr BLUMENFELD. Natomiast bardzo popierali tę metodę prof. MERMOD i dr GRUENWALD, nie zalecali jednak zabiegów ostrych krwawych, a t. zw. galwanokaustykę.

Oprócz wyszczególnionych przeze mnie odczytów i referatów wypowiedzieli się jeszcze i inni koledzy. W przemówieniach swoich nie poruszali

jednak spraw bardziej zajmujących. Z pośród demonstrowanych narzędzi zasługuje na uwagę nowy rozszerzacz ust pomysłu MAHU, zapomocą którego można trzymać otwartymi usta operowanego bez pomocy asystenta. Poza tem demonstrowano lampę czołową elektryczną wraz z reflektorem; konchotom, nawiasem mówiąc, bardzo nieudolnego pomysłu. FEIN demonstrował swojego pomysłu skrobanki do usuwania wyrosła i t. p.

Należy się kilka słów poświęcić wystawie. Najciekawszym był dział historyczny, w którym zebrano prawie wszystkie pamiątki, dotyczące historii laryngologii i rinologii, a więc narzędzia, którymi posługiwał się TÜRK, autogramy i manuskrypty TÜRK'a i CZERMAKA.

Godną widzenia była również wystawa preparatów anatomopatologicznych ze zbiorów ZUCKERKANDL'a, WEICHELBAUM'a, TOLLIT'a. Prof. SCHROETER starszy wystawił zbiór ciał obcych, wydobytych z krtani, tchawicy i oskrzeli. Pozatem w 3-ch olbrzymich salach mieściły się kramy z instrumentami rozmaitych fabryk.

Program Zjazdu, jak zaznaczyłem, nie został wyczerpany, choć, o ile sądzić można ze spisu zgłoszonych odczytów, wszystkie bardziej ciekawe, a poruszające najbardziej żywotne sprawy z dziedziny laryngologii i rinologii, doszły do skutku i spotkały się z nadzwyczajnem uznaniem zebranych. Dużo czasu zajmowały referaty. Aby dla przyszłość zapobiedz temu, postanowiono referaty uprzednio wydrukowane wręczyć uczestnikom na zjeździe, referatów nie odczytywać, a jedynie wprowadzić na porządek programu dyskusję nad referatami.

Przyjmowano zebranych kolegów w Wiedniu nadzwyczaj gościnnie: oprócz kilku uroczystych bankietów, wciągu całego tygodnia każdy z uczestników miał wstęp wolny do teatrów rządowych.

F. Erbrich.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XII Posiedzenie naukowe dnia 15-go maja 1908 r.

I. Dr RYDYGIER jun. omawia pokrótce rany postrzałowe wątroby, ich rodzaje, objawy i leczenie. Następnie omawia przypadek przypadkowej rany postrzałowej u dziecka 11-letniego. Chłopiec nie przedstawiał obrazu ciężkiego schorzenia. Zdjęcie ROENTGEN'em wykazało kulkę poniżej 12-go żebra. Wkrótce wystąpił wypuk bębenkowy w linii pachowej przedniej i ciepłota między 37°—38°. Przypuszczano odmę opłucnową otorbioną. Punkcja wykazała ropę. Zrobiono wycięcie żebra, wypuszczono ropę; wypuk bębenkowy ustąpił. Ropa była zmieszana z krwią i żółcią. Po 3-ch miesiącach chory opuścił klinikę w dobrym stanie. W przypadku tym podnieść należy pomyslnie zakończenie sprawy, co przy ranach wątroby jest rzadkością. W dyskusyi zabiera głos dr STACHIEWICZ, OBTUŁOWICZ, prym. PISEK i prof. RYDYGIER.

II. Dr Czyżewicz jun. przedstawia chorą po cięciu cesarskiem pozaotrzewnym sposobem SELHEIM'a. Badanie chorej wykazało zmięknienie kości bardzo wysokiego stopnia i zwężenie charakterystyczne miednicy. Płód w położeniu poprzecznym; występują bole porodowe, część pochwowa jest prawie znikła, a; ujście zewnętrzne wygodnie drożne dla dwu palców. Chora podała, że

wody odpięły wewnętrznie zaś nie można się było dostać palcem do pęcherza. U chorej zrobiono cięcie cesarskie pozaotrzewnie. Cięcie przeprowadzono w linii środkowej niżej pępka, odsunięto dolny załamek otrzewnej z pęcherza moczowego, a następnie z łatwością pęcherz od ściany szyjki macicy. Wreszcie nacięto podłużnie szyjkę macicy, zaczynając na 1 ctm. powyżej ujścia zewnętrznego, a kończąc tuż poniżej silnego przyczepu otrzewnej do macicy. Z łatwością po przebicciu pęcherza wydobyto płód, a w 3 minuty zabiegiem CREDE'go łożysko.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Sposób wykonania różnił się od SELHEIM'a, że zamiast poprzecznego cięcia skóry użyto podłużnego. Jest to wogóle ósmy przypadek operowania ściśle pozaotrzewnego, a pierwszy w Austrii. Mówca podaje w końcu stan nauki dzisiejszej o cięciu cesarskiem przez szyjkę macicy.

W dyskusji dr BOCHEŃSKI, omawiając w krótkości zachowanie się macicy w drugim okresie porodowym, przyznaje, że sposób SELHEIM'a jest do pewnego stopnia fizyologicznym. Dobrą jest modyfikacja FROME'go. Zwraca uwagę na niekorzystne komplikacje sposobu SELHEIM'a np. przy łożysku przodującym. Brak krwawienia w przypadku dra CZYZEWICZA trzeba odnieść do tej szczęśliwej okoliczności, że pęcherz był zachowany.

Dr L. FEUERSTEIN wygłasza odczyt „O serodyagnostyce w zastosowaniu do syfilisu“. Po krótkim omówieniu bakteryologicznej metody rozpoznawania syfilisu zapomocą krętka błędnego i prób NEISSER'a i WOLF-EISSNER'a zastosowania do celów dyagnostycznych w syfilisie metody swoistej nadwrażliwości, wyłuszcza mówca w krótkości główne podstawy serodyagnostyki wogóle. Na zasadzie precypitacji swoistej oparł swe próby serodyagnostyczne FARNET i SZERESZEWSKI, którzy ogłosili sposób rozpoznawania syfilisu, względnie wiađu rdzenia lub paraliżu postępowego przez wiązanie surowicy chorego na syfilis we wczesnych okresach ze surowicą tabetyka, względnie paralityka. Przy sprawdzaniu tego sposobu spostrzegł mówca rzeczywiście powstawanie strąków przy takim postępowaniu, ale okazało się w dalszym ciągu, że strąków tych za swoiste nie można uważać, że występują one również często przy mieszaninie surowic dwu luetyków, albo dwu paralityków, względnie wogóle dwu surowic o rozmaitym ciężarze gatunkowym. Ze swoistą precypitacją również nie mają wspólnego inne próby precypitacyjne, ogłoszone później. Z prób tych zajmował się mówca głównie odczynem KLAUSNER'a, polegającym na rozcieńczeniu surowicy badanej wodą destylowaną i próbą SACHS'a i ALTMANN'a [dodanie 20% wyskoku] i wreszcie próbą lecytynową PORGES'a i MEIER'a. Pierwsze dwie okazały się zupełnie bezużytecznymi, próba lecytynowa natomiast dała mówcy na 41 badanych przypadków syfilisu 25 razy wynik dodatni; na 14 przypadków kontrolowych ani razu wyniku dodatniego nie było; między kontrolowymi przypadkami nie było jednakowoż gruźlicy, która ma, podług niektórych autorów, bardzo często dawać wynik dodatni. Próbę lecytynową zmodyfikował F. o tyle, że w celu otrzymania dobrej zawiesiny rozpuszczał najpierw lecytynę w małej ilości eteru, potem dopiero dodawał odpowiednią ilość fizyologicznego roztworu, aby uzyskać zawiesinę 0,2%. Po obszernym omówieniu zasady, na której WASSERMANN oparł ową próbę serodyagnostyczną, i obecnego stanu teorii tej próby, zdaje mówca szczegółowo sprawę z przebiegu swych doświadczeń pod tym względem. Jako „antymogen“ używał mówca wyłącznie wyskokowego wyciągu ze serca morskiej świnki, względnie serca ludzkiego—oba wyciągi okazały się zupełnie odpowiednimi. Stosunek ilościowy odczynników użytych do próby był następujący: 0,1 badanej surowicy, 0,1 wyciągu, 0,5 dopełniacza [1:10], 0,5 amboceptora hemolitycznego [w rozcieńczeniu odpowiadającym 3-krotnej sile hemolitycznej], 0,5 zawiesiny 4%-wej krwinek czerwonych barana. W żadnym przypad-

ku kontrolowym nie otrzymał mówca powstrzymania hemolizy. W 3-ch badanych przypadkach płonicy hemoliza wystąpiła nader wybitnie. W jednym przypadku duru plamistego wynik był z powodu przypadkowego błędu technicznego niepewny. Surowicy duru powrotnego nie mógł mówca, mimo starań, uzyskać; doświadczenia należałoby jeszcze w tym kierunku uzupełnić. W zakończeniu omawia mówca w krotkości doniosłość próby WASSERMANN'a ze stanowiska klinicznego.

Witold Nowicki.

LIST OTWARTY.

Szanowny Redaktorze!

W imię zasady: *scuum cuique*, upraszam o zamieszczenie w łamach pisma Pańskiego następujących kilku wierszy.

W N-rze 24-ym Gazety Lekarskiej w opisie szpitali lubelskich kol. B. SAWICKI mówiąc o pomieszczeniu na osobnych salach chorych z ropieniem i chorych aseptycznych, wyraża się: „nawet w najnowszych szpitalach warszawskich [Dzieciątka Jezus, Starozakonnych] nie tylko nie możemy oddzielać przypadków ropnych od nieropnych, lecz nie mamy nawet odpowiednich separarek dla chorób chirurgicznych zakaźnych [róża, ropnica, posicznica“].

Czuję się w obowiązku na to oświadczyć, iż od czasu wybudowania nowego pawilonu w szpitalu Ewangelickim, a więc od lat trzech przeszło, podział taki chorych chirurgicznych na osobnych salach istnieje, a nadto w 4-ch separatkach, mogących pomieścić 12 łóżek, znajdują pomieszczenie chorzy wypadkowo dotknięci sprawami zakaźnymi lub też wymagający z innych powodów odrębnego pomieszczenia.

Niezależnie od tego, pragnąc uniknąć raz na zawsze potrzeby odwoływania się do szpitala chorób zakaźnych na Woli, zawsze przepełnionego i nie będącego w stanie przyjąć chorych w razie wybuchu choroby zakaźnej w szpitalu, zarząd szpitala Ewangelickiego przeznaczył część swego gmachu na parterze na pawilon dla chorych zakaźnych, zupełnie odosobniony od reszty szpitala, którego odpowiednia przebudowa i urządzenie rozpoczęte będzie w bieżącej jesieni.

Proszę przyjąć i t. d.

W. Stankiewicz.

Wiadomości bieżące.

— Tutejszy Komitet do badania i zwalczania raka zawiadamia nas, że biuro mającego się zebrać w końcu września r. b. w Brukselli wszechświatowego Zjazdu chirurgów, rozesłało do chirurgów całego świata plan statystyki wyników operacyjnego leczenia raka. Plan ten ułożony przez prof. DOLLINGER'a z Budapesztu ma za zadanie ujednostajnienie statystyki zbieranej przez chirurgów w rozmaitych

krajach, które to ujednostajnienie jest nieodzowne do wypowiedzenia właściwych wniosków o wartości tej lub owej metody operacyjnej.

Ponieważ, o ile wiemy, nie wszyscy nasi chirurgowie plan ten otrzymali, przeto poniżej podajemy treść jego i zarazem załączamy wzór kwestyonaryusza do zbierania wiadomości od chorych operowanych.

Uznając całą praktyczną ważność zbierania takiej jednostajnej statystyki, nie wątpimy, że nasi chirurgowie zajmą się opracowaniem we wskazanym kierunku swego materiału klinicznego i że z odpowiednim referarem wystąpią na Zjeździe wszechświatowym w Brukselli. Ci zaś z nich, którym to się nieuda, przygotowują przynajmniej materiał do wyprowadzenia niezbędnych wniosków na przyszłe zjazdy i kongresy.

I. Plan statystyki.

Wyniki leczenia raka różnych organów.

A. Wyniki pierwszej operacji.

1) Dla porównania wartości metod operacyjnych należy utworzyć oddzielne grupy z operowanych daną metodą przypadków, w których wyniki są znane po upływie dłuższego czasu od chwili wykonania operacji.

2) Dla przekonania się o tych wynikach operacyjnych należy zapytać się operowanych o stan ich zdrowia po upływie trzech i pięciu lat od chwili wykonania operacji.

3) Chorych, nie ulegających nawrotom po operacji w ciągu czasu ponad 5 lat, należy przytoczyć szczegółowo, ze wskazaniem ich liczby i szczęśliwie przebytego czasu. Niezależnie od tego powinni oni być włączeni do wykazu przypadków bez nawrotów w ciągu 3 i 5 lat.

4) Dla wykazania związku pomiędzy wczesnem operowaniem raka a wynikami operacji, należy utworzyć oddzielne grupy wyników, zależnie od czasu, jaki upłynął od chwili zjawienia się pierwszych objawów raka do chwili wykonania operacji.

5) Przypadki śmiertelnych zejść bezpośrednio po operacjach, liczbę operowanych a niedających znać o sobie, tudzież chorych operowanych zmarłych następnie skutkiem innych chorób, a nie skutkiem raka, należy zgrupować na oddzielnej tablicy w celu zużytkowania tego materiału w ten lub ów sposób przy obliczaniu późniejszych wyników operacyjnego leczenia.

6) Późniejsze wyniki operacji, odnoszące się do przypadków dokładnie stwierdzonych badaniem histologicznem, powinny być zgrupowane oddzielnie z uwzględnieniem różnych rodzajów raka.

B. Wyniki w przypadkach operowanych wielokrotnie z powodu nawrotów.

Wyniki, osiągnięte u chorych operowanych wielokrotnie, powinny być przedstawione oddzielnie.

W tej statystyce należy zaznaczyć, prócz punktów powyżej wzmiankowanych, jeszcze dwa następujące:

1) Jaka metoda operacyjna była stosowana przy pierwszej, drugiej, trzeciej i t. d. operacji.

2) Po upływie jakiego czasu po pierwszej operacji nastąpił nawrot choroby.

C. Późniejsze wyniki operacji, dokonanych u chorych na raka, jednorazowo lub wielokrotnie, przedstawione na jednej tablicy.

Należy podać obliczenie procentowe.

Kwestyonaryusz.

Adres oddziału lub lecznicy.

Imię i nazwisko chorego, Nr. obserwacji.

Szanowny... Pan...

W dniu... miesiącu... roku... był P. operowany... w szpitalu N. Uprzejmie proszę o przysłanie odpowiedzi dotyczących się stanu zdrowia Pan..., na następujące pytania, w załączonej kopercie z marką. Podpis lekarza.

1. Jak się P. czuje po operacji.

2. Czy na miejscu operowanym nie powstał nowy guz, lub owrzodzenie, a jeżeli te się zjawily, to od jakiego czasu.

3. Czy po operacji nie zjawily się w innej jakiej części ciała guzy, lub owrzodzenia, a jeżeli się zjawily, to w jakim czasie.

4. Czy P. nie poddawał się operacji po wyjściu z naszego szpitala, jeżeli to miało miejsce, to kiedy i kto P. zrobił operację.

Miejsce zamieszkania chorego.

Data

Podpis chorego.

— Towarzystwo Naukowe Warszawskie ogłosiło konkurs z terminem na dzień 31 Grudnia r. 1909: 1) W wydziale języka i literatury: „Życie duchowe i twórczość Juliusza Słowackiego“. 2) W wydziale nauk antropologicznych, społecznych, historii i filozofii: „Znaczenie żywiołu etnicznego litewskiego w ewolucji polityczno-społecznej W. Księstwa Litewskiego przed Unią Lubelską“. 3) W wydziale nauk matematycznych i przyrodniczych: „Zbadanie pod względem mineralogicznym któregośkolwiek z terytoriów Królestwa Polskiego“. Nagroda za najlepszą pracę wynosi rb. 1000.

— Dnia 30 b. m. obchodzony będzie uroczystość w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim jubileusz 50-letniej działalności lekarskiej prof. Juliana Kosińskiego.

— Wyszedł z druku zeszyt 1 i 2 Sprawozdań z posiedzeń „Towarzystwa Naukowego Warszawskiego“ pod redakcją p. J. Ejsmonda.

— Dnia 15 b. m. odbyło się zebranie ogólne organizacyjne Towarzystwa przeciwgruźliczego, zwołane przez d-ra A. Sokołowskiego i J. hr. Ostrowskiego, na którym dokonano wyborów do Rady Towarzystwa. Wybrani zostali: pp. dr Sokołowski, dr Dusin, Wertheim, dr Jaworski, dr Hewelke, Marta hr. Krasieńska, X. Szkołowski, St. Bein, J. hr. Ostrowski, Kazimierzowa Natanson, Marya Rudzka, dr Dębiński, dr Geisler.

— Asystenci kliniczni uniwersytetu w Jenie podali do sejmu krajowego petycję, o podniesienie im pensji do 100 marek miesięcznie przy całkowitem utrzymaniu. Co 2 lata ma mieć miejsce podwyższenia wynagrodzenia o 200 marek. Żądaniem też jest zabezpieczenie przez państwo w razie nieszczęśliwych wypadków.

— Zmarł w Siedlcach ś. p. dr Anastazy Sawicki, prezes Towarzystwa lekarzy gub. Siedleckiej, wielce ceniony lekarz i kolega.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Xeroform

Proszek do przysypywania ran, zupełnie nietrujący i dający się łatwo wyjaławiać. Stosowany na rany aseptyczne w grubej warstwie zapobiega przylepianiu opatrunku do rany, zatrzymaniu wydzieliny, ropieniu i t. d.; przy ranach po oparzeniach łagodzi bóle i sprzyja nawarstwieniu naskórka przy nadwyzczaj małej wydzielinie, pozostawiając gładkie i delikatne blizny

Creosotal

Creosotal „Heyden” jest cennym środkiem przeciwgruźliczym, wybitnym lekiem przeciwzłozowym przy zadawaniu do wewnątrz. W dawkach dużych działa również skutecznie i szybko w ostrych chorobach dróg oddechowych (zapalenie płuc i t. d.)

Sulfidal

Siarka (koloidalna) w wodzie rozpuszczalna. Działa skuteczniej, niż siarka, w łojotoku, trądziku i t. d.; we wszelkiego rodzaju postaciach przepisowania zapachu nie posiada, i daje się zmyć z łatwością przy stosowaniu na owłosioną część głowy.

Acidum acetylosalicylicum w postaci proszku i pastylek, łatwo w wodzie rozpuszczalnych.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena, Radebeul - Drezno,
lub przedstawiciel: Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Nagrodzone na Wystawie Lwowskiej medalem złotym
wszelkie



1) Iniekcje Subcutaneae
Sterelizatae

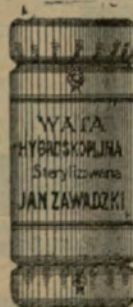
w opatentowanych ampulkach

2) Opatrunki wyjałowione
przy temperaturze 125° i 2-ch atmosferach
ciśnienia pary przepływowej

APTEKA

JANA ZAWADZKIEGO

Warszawa, MOKOTOWSKA 43. Tel. 2700
próby gratis i franco



Zakład dezynfekcyjny parowy JANA ZAWADZKIEGO
istniejący od roku 1902-go

Warszawa—Mokotów ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08. Zarząd: Mokotowska Nr. 43
telef. 2700.

Wykonuje dezynfekcję mieszkań po bardzo dostępnej cenie nawet dla średnio zamożnych; dla biednych z polecenia p. p. Lekarzy darmo; za dezynfekcję rzeczy ceny niższe.

Membroid Santal Savaresse



Jedynie kapsułki z błony zwierzęcej, zabezpieczającej je od pęknięcia w żołądku. Olejek wydziela się dopiero w jelitach. Chory nie odczuwa odbijań i mdłości – niema odrazy do leczenia. Zaburzenia w trawieniu wyłączone.

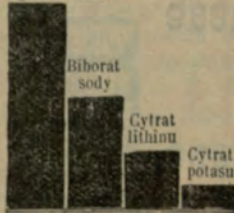
Olejek jest bezwzględnie czysty, destylowany w Anglii w laboratorium

Evans Sons Lescher Webb
L-tđ, Londyn Liverpool &
New-Jork

Kapsułki Savaresse'a mieszczą się w pudełkach cynowych po 24 szt.; w każdej kapsułce znajduje się po 10 kropeł olejku santalowego.

Tablica porównawcza ilości kwasu moczowego rozpuszczonych w:

Pipérazine



92% | 40% | 20% | 8%

PIPERAZINE MIDY

W MUSUJĄCYCH ZIARNKACH

Miarka dołączona do flakonu zawiera 20 centygramów.

W ostrych przypadkach - 3 do 6 miarek dziennie.

Jako środek zapobiegawczy: 1 do 3 m. przez 10 dni co miesiąc.

Najsilniejszy środek do rozpuszczenia kwasu moczowego.

**PODAGRA, KAMIEŃ NERKOWY, REUMATYZM,
ARTRYTYZM** we wszelkich objawach.

PRÓBY NA ŻĄDANIE

Apteka MIDY, 140, Faubourg Saint-Honoré. — Paryż.
Generalny Reprezentant: G. Pommier, 8, Fursztańska, St-Petersburg

W PRZEWLEKŁYCH ZAPALENIACH OSKRZELI LUB Z OSTRYM PRZEBIEGIEM,
SŁUZOTOKU, ROZSZERZENIU OSKRZELI, BRONCHO-PNEUMONII

KAPSUŁKI COGNET

z czystym EUCALYPTOLEM JODOFORMO-KREZOTOWYM
zmniejszają wydzielanie i sprowadzają szybkie wyleczenie

W GRUŻLICY

Kapsułki powyższe powstrzymują rozwój choroby wzmacniają odżywianie, leczą gorączkę i mogą spowodować zagojenie uszkodzeń wewnętrznych.

PARYŻ Rue de Saintonge. 43 i we wszystkich aptekach.



Verreinigte Chininfabriken
ZIMMER & CO
FRANKFURT A. M.

**EUCHININ**

Niegorzka chinina.

SALOCHININ

Uśmierzający ból.

ESTORAL

Środek przeciwko katarowi.

ARISTOCHININA

Zmniejszająca gorączkę.

CHINAPHENIN

Środek zmniejszający gorączkę i uśmierzający ból.

EUNATROL

Złotopędny.

VALIDOL

Wzmacniający, przeciwhisteryczny i na żołądek.

UROSIN

Przeciw podagrze i skazie moczanną.

FORTOIN

Przeciw bieguncce.

DYMAL

Proszek antyseptyczny, do przesyp. ran.

PREPARATY LIGOSINA:**CHININA LIGOSINOWA** Antyseptyczna.**NATR. LIGOSINOWY** Przeciw rzeżączkowy.

Próby i literaturę wysyła się pp. Lekarzom bezpłatnie.

Przedstawiciel Ludwik Freider, Warszawa, Leszno, 60.

**Podagrę, Kamienie nerkowe i Reumatyzm**

leczą skutecznie

SOLE MUSUJĄCE LITYNY**Le Perdriel**

[Sels de Lithine Effervescents le Perdriel].

Dzięki działaniu leczniczemu na diatezę artrytyczną przewyższają wszelkie inne środki rozpuszczające kwas moczowy. Kwas węglowy wydzielający się z lityny *in statu nascendi* zapewnia jej działanie.

Korek-miarka odpowiada 15 centigr. soli czynnej.

Zwracać uwagę i żądać firmy Le Perdriel w celu uniknięcia bezskutecznych nieczystych i źle dozowanych podrabiań.

Le PERDRIEL, 11 rue Milton, Paris, i we wszystkich aptekach.

Sanatorium D-ra W. Bujakowskiego

w DRUSKIENIKACH

przyjmuje z chorobami wewnętrznymi, nerwowymi i ozdrowieńców. Prospekty na żądanie. Otwarcie d. 14 maja b. r. 6-6

JECOROL

od wielu lat znany przetwór w zupełności zastępujący tran leczniczy

Próbne flakony na żądanie p. p. lekarzy.

Apteka magistra A. Bukowskiego, Marszałkowska 54.

CIECHOCIŃSKI ZAKŁAD

kąpielowo-zdrojowy

Powiat Nieszawski gub. Warszawska,

jest otwarty od dnia 3 (21) maja do 8 (21) września włącznie. Wody ciechocińskie jodo-bromo-słone szczególnie są pożyteczne w cierpieniach skrofulicznych, reumatycznych, kobiących i wielu innych. Niema dziecka, które nie potrzebowałoby kąpeli Ciechocińskich. Zakład posiada 10 źródeł z rozmaitym koncentracją solanki od 6 ‰ do $\frac{1}{3}$ ‰ (artezyjskie do picia). W razie potrzeby, dla wzmocnienia solankowej kąpeli dodawany bywa Ciechociński szlam i ług, produktu lecznicze, wytwarzane na miejscu przy ważeniu soli. W Ciechocinku można brać kąpiele solankowe, błotne, kwasowęglowe, elektryczne, świetlne, łaźnie, tuszówki, inhalacje oraz zabiegi hydropatyczne. W Zarządzie zakładu jest do nabycia Ciechociński szlam leczniczy i Ciechociński ług leczniczy, stosowane do przyrządzania w domu sztucznych kąpeli Ciechocińskich, oraz gazowana solanka $\frac{1}{3}$ ‰ i 1 ‰ do picia. Ciechocinek łączy się odnogą kolei Warszawsko-Wiedeńskiej z pograniczną stacją Aleksandrowo. Komunikacja ze wszystkimi pociągami warszawskimi i zagranicznymi. Tania komunikacja Wisłą—statkiem parowym. Na każde zapotrzebowanie są wysyłane bezpłatnie cenniki.

3—3

KROWIAŃKA ^{OSP} ^A ^{UCHRONNA}

Daniłowiczowska 8. Telef. 528.

Inst. D-ra Tchórnickiego

WARSZAWA

10—7

Zakład chirurgiczno - ortopedyczny D-ra E. Reichsteina,
w Warszawie, Marszałkowska 149 tel. 4217.

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

Przyjęcia od 4—6., w Domu Zdrowia, Leszno 33 od 11—1.

FRANCENSBAD

Polski zakład i pensjonat leczniczy

Kuchnia dyetetyczna.

(Willa D-ra Steinsberga)

Prospekty na żądanie.

Dr. St. Benedykt Kwiatkowski

b. I asystent kliniki lekarskiej Un. Jag.

ordynuje od 1 Maja w

MARIENBADZIE, Haus Hamburg.

15—7

W Kissingen (willa Elsa)

ordynuje w r. b.

Doc. Dr. med. Jerzy Modrakowski.