

GAZETA LEKARSKA

I. O kąpielach powietrzno - słonecznych i wera- nowaniu *).

Podał

Dr A. Puławski,

dyrektor zakładu leczniczego w Nałęczowie, b. ordynator szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

Zastosowanie powietrza i słońca w postaci t. zw. kąpeli powietrzno-słonecznych w celach leczniczych i higienicznych w ostatnich dopiero czasach zyskało prawo obywatelstwa w szeregu metod fizykalnego leczenia. Ta najmłodsza gałąź terapii fizykalnej dzieli pod jednym względem losy starszej swojej siostrzycy—hydroterapii, że została wprowadzona w świat i zyskała popularność nie przez prawych synów Eskulapa, lecz przez „laika“, nazwiskiem ARNOLD RIKLI ¹⁾, który w miejscowości zwanej Veldes [Austria—Kraina] nad jeziorem tegoż nazwiska otworzył jeszcze w r. 1855 zakład t. zw. przyrodo-leczniczy, w którym chorzy przepędzali czas nago lub prawie nago, mieszkali w przewiewnych chatkach i żywili się pokarmem roślinnym. Przypomina to poniekąd początkowe dzieje wodolecznictwa. Genialny wieśniak śląski WINCENTY PRIESSNITZ [1799—1851] w Grefenbergu od r. 1826 z całą bezwzględnością fanatyka leczył zimną wodą wszystkie choroby, trapiące ludzkość.

Samorzutne pomysły PRIESSNITZ'a, który bez zaprzeczenia był doskonałym obserwatorem, zostały podporządkowane nauce i uzasadnione na podstawach fizjologii i patologii ogólnej przez prof. WILHELMA WINTERNITZ'a, którego

*) Czytane na posiedzeniu Tow. Hyg. Warsz. d. 25-go IV. 1908.

¹⁾ Syn fabrykanta farb, ur. 1823+1906, tak zw. *Sonnendoctor*. Oprócz zakładu w Veldes miał zakład wodoleczniczy w Tryeście.

uważamy za ojca duchowego współczesnej hydroterapii¹⁾. Podobną rolę względem leczenia powietrznego odegrał niedawno zmarły dr HENRYK LAHMANN. Mówię podobną, gdyż ani naukowe stanowisko jego, ani sposoby, których używał do szerzenia swoich poglądów²⁾, nie mogą być porównane z działalnością znakomitego profesora. LAHMANN, lubo lekarz, był dość jednostronnym empirykiem, popularyzatorem pewnych idei higienicznych, które potrafił wszczepiać w publiczność, niezawsze umiejąc je obronić przed sądem nauki lekarskiej³⁾. Zaslugą jego jest w kwestyi nas w tej chwili obchodzącej, że rozporządzając licznym materiałem chorych, zrobił wiele trafnych spostrzeżeń i zwrócił uwagę nie tylko publiczności, ale całego świata lekarskiego na nową—zdawałoby się tak odwiecznie znaną—a w gruncie rzeczy tak mało wyzyskaną dziedzinę leczenia słońcem i powietrzem.

W obecnej chwili rozporządzamy już pewnym doświadczeniem i wcale pokaźną literaturą terapii powietrznej. W znanym podręczniku terapii fizycznej GOLDSCHIEDER'a i JACOB'a dano jej odpowiednie miejsce [Tom II, str. 492—503], a w miesięczniku, poświęconym leczeniu dyetetycznemu i fizykalnemu, wydawanym przez LEYDEN'a, GOLDSCHIEDER'a i JACOB'a (*Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie*) spotykamy sporo prac, nieraz wartościowych, poświęconych tej gałęzi lecznictwa.

Obok prac naukowych, nie brak popularnych broszurek „agitacyjnych”, puszczanych w świat przez różnych fanatyków, a nawet psychopatów⁴⁾.

¹⁾ Jednocześnie, a może i wcześniej pracował nad hydroterapią w sposób naukowo-praktyczny rodak nasz CZERWIŃSKI, który wydał (niestety, tylko po niemiecku) *Compendium der Thermo-therapie* 1875 (dzieło WINTERNITZ'a wyszło w r. 1876). Nie jest to praca tej miary, co WINTERNITZ'a, ale oparta na znajomości współczesnej medycyny.

²⁾ Popularne broszury, w których ciskał gromy na współczesną medycynę, przedstawiając siebie za reformatora higieny i „sztuki” lekarskiej. „Es ist der Fluch der hentigen Medizin, dass sie als Wissenschaft angesehen und als Wissenschaft gelehrt und geübt wird. Sie ist dadurch in der Praxis ein Unding und ihre Jünger sind therapeutisch geradezu impotent. Die Medizin ist eine Kunst”. [Jakaś klątwa ciąży nad medycyną. Traktują ją, jako naukę; jako naukę studyują i jako naukę stosują w życiu. Praktyka przez to staje się niemożliwą, a młodzi jej adepci stają się terapeutycznymi impotentami. A medycyna jest sztuką —Przedmowa do Dysämie (8)].

³⁾ Podchwyciwszy idee BUNGE'go i LIEBIG'a o znaczeniu organizowanych związków soli mineralnych (żelazo, fosfor), utworzył teorię soli odżywczych (*Nachrsaltztheorie*), której ani teoretycznie nie uzasadnił, ani empirycznie nie dowiódł (w znanej broszurze — patrz literatura Nr. 8). *Es ist auch hier ein Unglück*, powiada o nim prof. HOFMANN w artykule *Diätetische Kuren* (LEYDEN. *Handbuch der Ernährungstherapie*, tom I, str. 619), *das ein Mann, welcher eine Reihe von practischen Erfolgen erzielt hat, aber doch viel zu wenig gelernt, um sie wissenschaftlich zu kritisiren und sichten zu können, uns mit einer Theorie beschenken!*. (Jest to nieszczęściem, że teorią obdarzył nas człowiek, któremu się udało osiągnąć pewne praktyczne wyniki, ale który za mało umiał, aby je uzasadnić i poddać naukowej krytyce).

⁴⁾ Takim niewątpliwie jest np. „Doctor” HEINRICH PUDOR—nie lekarz, który sam siebie nazywa *ein Naturmensch*, autor katechizmu nagłej kultury (*Katechismus der Nacktkultur*). Ten wprost zaleca, aby ludzkość porzuciła ubranie. Kult nagości ma ją doprowadzić do szczytów. Tenże sam PUDOR nie uznaje podziału ludzkości na dwie płci, uważając taki podział za głę-

W naszej literaturze posiadamy bardzo racjonalnie i udatnie napisaną broszurę kol. MIKLASZEWSKIEMO (18).

Przeglądając tę literaturę, dochodzimy do wniosku, że niema nic nowego pod słońcem, a zwłaszcza też w terapii fizykanej: wodą, gimnastyką, mięsieniem, klimatem zresztą, a więc słońcem i powietrzem leczono się od początku świata. Oto HERODOT [na 484 lat przed Chr.] opisuje stosowanie kąpeli słonecznych w gośccu i dnie, HIPOKRATES—w słońcoważuźnie.

Rzymianie w swoich wspaniałych termach, a nawet w domach prywatnych [najczęściej na dachach] posiadali t. zw. *solaria*, gdzie się przechadzano lub leżano na słońcu. CYCERON wspomina o takich przechadkach na słońcu (*ambulare in sole*), a PLINIUSZ młodszy [62—114 po Chr.] opowiada o swoim stryju, znanym przyrodniku, że często w lecie po jedzeniu leżał na słońcu (*post cibum saepe aestate si quid otii, jacebat in sole*) a VESTRITIUS SPURINNA w czasie kąpeli, gdy nie było wiatru, przechadzał się nagi w słońcu (*ubi hora balnei nuntiata est—in sole si caret vento ambulabat nudus*)¹⁾. Takich obrazków możnaby zacytować wiele z czasów, kiedy kult ciała umiał wyzyskiwać wszystkie czynniki przyrodzone na swoją korzyść—wszak to były czasy największego rozkwitu balneo-i hydroterapii, mięsienia i gimnastyki!

W wiekach średnich zaprzepaszcza się kult ciała, ginie nawet tradycja zdrowej nauki HIPOKRATESA i napróżno szukalibyśmy jakichś faktów, któreby świadczyły o interesowaniu się kąpielami słonecznymi czyto pod względem higienicznym, czy leczniczym.

Dopiero w literaturze dyetetycznej 18-go wieku znajdujemy liczne wzmianki o dodatnim wpływie na zdrowie powietrza, światła, słońca... nawet księżyca. Energicznie występowano przeciwko ówczesnej naszej odzieży, zalecano dla utrzymania zdrowia czyste i wolne powietrze. Kto jednak w tym wszystkim dopatruje się zaczątków kąpeli powietrznych, patrzy przez okulary fanatyka²⁾, jak słusznie mówi MARTIN (17), krytykując notatkę historyczną MARCUSE'a (16).

Idea kąpeli słonecznych, jako zabiegu higienicznego i leczniczego, nadsładującego starożytne tradycje, odżyła w ubiegłym stuleciu, dzięki odkry-

boko zakorzenioną tradycyjną sugestję—*cine tief eingewurzelte traditionelle Suggestion*. Przewdziwie „normalny” człowiek czuje się peryodycznie to mężczyzną, to kobietą. Sam PUBER zalicza się do ludzi, którzy silniej od innych czuje się *dwupłciowo*. Ten „kult nagości” w połączeniu z ideą „dwupłciowości” daje dużo do myślenia o stanie psychicznym tego „człowieka natury”. (P. literaturę na końcu artykułu, Nr. 22 i 23).

¹⁾ Cytow. według MARCUSE'a (15 i 16).

²⁾ SANCTORIUS (1614) wykrył niewidzialny przeziw skórny (*perspiratio insensibilis*), ale nie jest bynajmniej twórcą teorii o *dychnieniu* skórno, którego i dotychczas nikt nie odkrył, a o czem się tak szeroko mówi w broszurach „agitacyjnych”.

HUFELAND (1803) zaleca niemowlętom kąpiele słoneczne, ale rozumie przez to: wynoszenie dzieci w *poduszkach* na powietrze.

FRANKOWI (1786) przepisuja, iż zalecał młodzieży gimnastykować się *nago* na powietrzu a on tymczasem radził podczas ruchliwych gier zdejmować części ubrania, a po skończeniu zabawy natychmiast je nakładać i t. p. Patrz literatura Nr. 17.

ciom nowoczesnym w dziedzinie fizyki i fizjologii ¹⁾, a po części dzięki reakcyi przeciwko nadużyciom i fałszywemu stosowaniu zimnych kąpielii.

Punktem wyjścia dla największego popularyzatora terapii powietrznej LAHMANN'a, było zwrócenie uwagi na nienormalne warunki naszej skóry, jakie się wytwarzają wskutek noszenia odzieży. Pod względem higienicznym odzież ma służyć do utrzymywania naszego ciała w jednostajnej ciepłocie bez względu na otaczającą temp raturę. Takie wytworzenie osobistego prywatnego klimatu, [DETERMANN] pozwala człowiekowi istnieć w najrozmaitszych warunkach atmosferycznych, ale ma tę złą stronę, że oszczędzając zbytnio i wydolikacając skórę, pozbawia ją pewnych naturalnych zalet, jak: sprawność w oddziaływaniu na zmiany ciepłoty i zmniejszenie przeziwu skór nego. Jak wygląda skóra, więziona w kilku warstwach nie przepuszczającego światła ubrania, nie często widująca się z mydłem i wodą, a nigdy ze słońcem i powietrzem, o tem najlepiej wiedzą lekarze przy badaniu chorych i to nie tylko po zdjęciu przez chorych szpitalnego szlafroka, ale i po wyłonieniu się z cienkiej bielizny i szeleszczących jedwabiów. Hamowanie przeziwu skór nego tak widzialnego, jak niewidzialnego (*perspiratio insensibilis*), który, jak wiadomo, jest znacznym ²⁾, nie może pozostawać bez wpływu na zdrowie, chociaż trudno jest ściśle oznaczyć stopień i jakość tej szkodliwości. Wiemy tylko, że zwierzęta, którym przeziw ten wstrzymano, giną bardzo prędko ³⁾.

Naczynia krwionośne źle utrzymywanej skóry leniwo oddziałują na bodźce termiczne, co powoduje skłonność do tak zw. przeziębień. Ludzie, jakby wiedzeni instynktem przy zdarzonej sposobności chętnie zrzucają z siebie ubranie i kąpią się w słońcu, jak to widzimy np. u ludu wiejskiego, który w lecie i podczas pracy chodzi prawie nago.

Bardzo ciekawe pod tym względem zrobił spostrzeżenie NANSSEN podczas swej podróży po Grenlandyi ⁴⁾. Eskimosi zaszyty po szyję w skóry zwierząt przez cały dzień, wieczorem rozbierają się do naga i wraz z całą

¹⁾ EDWARDS (1825) i MOLESCHOTT (1855) dowiedli, że żaby pod wpływem światła wydzielają więcej CO₂ i rozwijają się lepiej i prędziej.

DOWNES i BRUNT (1877) a także FATIGATI (1879) i DUCLAUX zrobili odkrycie, że światło słoneczne zabija bakterye. FINSSEN wykrył, iż światło słoneczne wywiera silne działanie na czerwone ciała krwi nawet przez skórę. Patrz RIEDER'a Lichttherapie w Handb. der phys. Therapie T. II, str. 467.

²⁾ Według SEGUIN'a ilość wody, którą tracimy przez skórę, zostaje w stosunku traconej przez płuca jak 11:7; według FUNKE'go ilość wody, straconej przez skórę, może się wahać od 2—20 kgr. na dobę (Fizjol. CYBULSKIEGO T. III, str. 539).

³⁾ Zwolennicy kąpielii słonecznych mówią szeroko o t. zw. oddychaniu skór nym, t. j. wymianie gazów przez skórę (O i CO₂), ale dotychczas niema żadnego powodu do przyjęcia wydzielenia się jakichkolwiek gazowych produktów przez skórę człowieka i wogóle wiadomości nasze o chemicznej czynności skóry są jeszcze bardzo niedostateczne. (BUNGE, Wykład Chemii fizjol. str. 261).

⁴⁾ Auf Schneeschuhen durch Grönland, Hamburg 1891 (cyt. podług LAHMANN'a (Nr. 7) str. 9.

rodziną używają powietrznych kąpeli w swych wykopanych w ziemi lepiankach. Kiedy powietrze w lepiance wskutek kopcenia lamp tranowych staje się nieznośnem, wybiegają nadzy na dwór i wracają po chwili odświeżeni i weseli.

Wrażenie, jakiego się doznaje, przez wystawienie nagiego ciała na działanie słońca i powietrza, jest o wiele łagodniejsze i przyjemniejsze od tego, jakie odczuwamy w zimnej kąpeli. Woda 16° R. wydaje się nam chłodną w rzece, zimną w wannie, tymczasem kąpiel powietrzną przy tej ciepłocie możnaby nazwać letnią. Możemy z niej korzystać pół godziny, godzinę i nawet dłużej bez żadnej przykrości. Po krótkotrwałym uczuciu zimna, występuje uczucie ciepła, skóra różowieje [wskutek czynnego przekrwienia], przy wyższej ciepłocie i ruchu zjawia się pot. O ile temperatura nie jest zbyt niska ani zbyt wysoka doznajemy uczucia orzeźwienia i lekkości, co się wyraża w żywym tętnie, prędzyszych ruchach i w nastroju wesołym.

Oprócz „wrażenia“, bądź co bądź indywidualnych, posiadamy już i dane ściślejsze o działaniu kąpeli atmosferycznych na ustrój.

M. von OORDT [20] z St. Blasien przeprowadził szereg badań nad działaniem chłodnego powietrza [-1° — $+15^{\circ}$ C] na nagą skórę. Badaniu podlegały: ciśnienie krwi w tętnicach [przyrząd RIVA-Rocci], skład krwi [liczba czerwonych i białych ciałek], ciepłota ciała (pod pachą i w kiszce prostej), częstość tętna i oddechu.

Badania te uzupełnił W. D. LENKEI (13), naczelny lekarz w Balatin-Alnádi, spostrzegając działanie kąpeli słoneczno-powietrznych przy różnych temperaturach powietrza [25 osób—45 kąpeli]. Tenże sam autor (10, 11 i 12) przeprowadził u 41 chorych badanie nad działaniem kąpeli słonecznych wyższej ciepłoty [przeciętnie $+45^{\circ}$ C].

Sporą liczbę danych [bez badania krwi] spotykamy w wyżej wspomnianej pracy kol. MIKŁASZEWSKIEGO.

W kąpielach słoneczno-powietrznych występuje naraz działanie kilku czynników, jak: ciepło i światło słoneczne, ruch powietrza [wiatr], ciśnienie atmosferyczne i wilgotność powietrza.

Wszystkie te czynniki w przeróżnych kombinacjach działają na obnażoną skórę, wywołując odpowiedni odczyn, zależny od stopnia i czasu działania tych czynników, a także i od indywidualnych właściwości danego osobnika.

Nic dziwnego, że niełatwo jest stąd wyprowadzić ściśle wnioski nad fizyologicznym działaniem kąpeli słoneczno-powietrznych, a cóż dopiero nad ich działaniem leczniczym.

[D. c. n.].

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA.

Badania kliniczne nad surowicą przeciwgruźliczą Marmorka.

Podali

Alfred Sokołowski i Bolestaw Dębiński.

Ordynator.

Asystent oddziału.

(Dokończenie — Patrz Nr. 27).

Na plwocinę, której ilość dobową ściśle codzień notowaliśmy, wybitny wpływ surowicy okazał się u 5-u chorych: Nr. 8-my [w 2-gim okresie], gdzie ilość plwociny z 20—25-u ctm. sz. na dobę spadła prawie do 0, Nr. 19 [w 2-gim okresie], u którego ilość plwociny spadła ze 100—120 do 50—60 ctm. sz. na dobę, Nr. 1-szy [3-ci okres], gdzie ilość plwociny z 75-u ctm. sz. zmniejszyła się do 15-u ctm. sz., Nr. 2-gi [3-ci okres], u których ilość plwociny z 50-u spadła do 10—15 ctm. sz. i Nr. 4-ty [1-szy okres], gdzie ilość plwociny ze 125-u spadła do 5—10 ctm. sz. na dobę.

U 3-ch chorych [Nr. 7 i 9 w 1-szym okresie i Nr. 3-ci w 2-gim okresie], którzy przed stosowaniem surowicy oddawali mało plwociny, ilość jej spadła prawie do 0.

W sumie więc z 20-u chorych dodatni wpływ surowicy na ilość plwociny okazał się u 8-u.

Należy jednak i tu zauważyć, iż oprócz Nr. 19-go, leczzonego na sali ogólnej podczas zimy, wszyscy inni odbyli kurację podczas lata na werandzie.

Co się tyczy laseczników Koch'a w plwocinie, to u żadnego chorego nie znikły one zupełnie, pomimo poprawy innych objawów. Na liczbę laseczników również nie udało się zauważyć żadnego stałego wpływu.

Stan ogólny i waga ciała chorych szły zwykle w parze z poprawą innych objawów. A więc u chorego Nr. 4 [1-szy okres] waga wzrosła z 62,2 do 71 kilo, u chorego Nr. 7 [1-szy okres] z 57,6 do 59,6 kilo, u chorego Nr. 9 [1-szy okres] z 53 do 53,2 kilo, u chorego Nr. 3 [2-gi okres] z 52,5 do 55,6 kilo, u chorego Nr. 8 [2-gi okres] z 64,5 do 67,3, u chorego Nr. 19 [2-gi okres] z 58,8 do 60,4, u chorego Nr. 1 [3 okres] z 57 do 62, wreszcie u chorego Nr. 2 [3-ci okres] z 58 do 60 kilo.

W sumie z 20-u chorych poprawa stanu ogólnego i wzrost ciężaru nastąpiły u 8-u chorych.

Z tych tylko Nr. 19 leczony był w zimie na ogólnej sali, pozostali zaś 7-u w lecie na werandzie

W objawach fizykalnych nie mogliśmy zauważyć zmian u żadnego chorego, oprócz jednego Nr. 3 [2-gi okres], u którego po dwukrotnej kuracji [w sumie 230 ctm. sz. surowicy] rzężenia wilgotne znikły i pozostały tylko stępienie i wydech wydłużony.

Co do powikłań krtaniowych, to u 3-ch chorych [Nr. 13—owrządzenie na prawdziwej strunie lewej, Nr. 15—nacieczenie nagłośni, tylnej ścianki i lewej struny fałszywej, płaskie owrządzenie na lewej prawdziwej i Nr. 18—nacieczenie tylnej ścianki i lewej fałszywej] u dwu [Nr. 13 i 18] sprawa pogarszała się stale aż do śmierci, u jednego zaś Nr. 15 zmiany krtaniowe nie uległy żadnej zmianie.

W porównaniu z innymi autorami, jak: LEWIN, DUBARD, SCHENKER, WEILL i inni, [którzy otrzymali znaczną poprawę objawów wypukowych i wysłuchowych, jak również zmniejszenie nacieczenia i owrządzeń i usunięcie dysfagii w gruźlicy krtani, nasze rezultaty pod tym względem były daleko mniej pomyślne.

Rozpatrzywszy wpływ surowicy MARMORKA na rozmaite objawy gruźlicy płucnej, przejdźmy obecnie do ogólnych wyników, jakie przy jej stosowaniu otrzymaliśmy.

Z 20-u chorych poprawę stanu ogólnego i rozmaitych objawów otrzymaliśmy u 8-u chorych:

Z tych w I-szym okresie gruźlicy chorych 3-ch [Nr. 4, 7 i 9].

w II-gim okresie chorych 4 [Nr. 3, 8, 19 i 20].

w III-m okresie chory 1 [Nr. 1].

Czasową poprawę otrzymaliśmy u jednego chorego w okresie III [Nr. 2].

Przyjrzyjmy się tym chorym bliżej:

I. Chory Nr. 4 [O., lat 30]. 1-szy okres ze zgęszczeniem szczytowem [wątpliwość w rozpoznaniu w skutek braku laseczników w płwocinie] otrzymał 260 ctm. sz. surowicy M. w 2 seryach, w czem 40 ctm. sz. podskórnie. Poprawa nadzwyczajna stanu ogólnego, waga ciała wzrosła o 8,8 kilo [z 62,2 do 71], ciepłota spadła poniżej 37°, tętno ze 100 spadło do 76—78, liczba oddechów z 25-u do 16-u na minutę, kaszel ustał zupełnie, ilość dobową płwociny ze 125 ctm. sz. spadła do 0. Zmiany fizykalne [zgęszczenie u szczytów] pozostały bez zmiany. Powrót do pracy.

Chory Nr. 7 [D., lat 21]. I okres, ze zgęszczeniem szczytowem, otrzymał 120 ctm. sz. surowicy M. w 12-u wstrzyknięciach podskórnych. Poprawa stanu ogólnego, waga ciała wzrosła o 2 kilo, kaszel i płwocina znikły, ciepłota spadła poniżej 37°, objawy fizykalne bez zmiany. Wrócił do roboty.

Chory Nr. 9. [K., lat 21], I okres, ze zgęszczeniem szczytowem, otrzymał 70 ctm. sz. surowicy podskórnie. Poprawa stanu ogólnego, waga ciała wzrosła z 53-ch do 53,2 kilo, ciepłota spadła poniżej 37°, kaszel i płwocina znikły, tętno, oddech i objawy fizykalne bez zmiany. Wrócił do roboty.

II. Chory Nr. 3. [S., lat 18] 2-gi okres. Zgęszczenie szczytowe i rzężenia wilgotne. Otrzymał 250 ctm. sz. w dwu odstępach [20 wstrzyknięć po 10 ctm. sz. *per rectum* i 5 podskórnie]. Poprawa stanu ogólnego, wzrost wagi ciała o 3,1 kilo. Ciepłota z 38—38,8° spadła do 36,6°, tętno ze 110 do

do 80—96. Był to jedyny chory, u którego zauważyliśmy poprawę w objawach fizykalnych [zniknięcie rzężeń]. Wrócił do roboty.

Chory Nr. 8. [S., lat 27]. 2-gi okres. Zgęszczenie szczytowe z rzężeniami wilgotnemi. Otrzymał 110 ctm. sz. podskórnie i 120 ctm. sz. *per rectum*, w sumie 230 ctm. sz. Poprawa stanu ogólnego, waga wzrosła o 2,8 kilo, ciepłota z 38° spadła do 37,1°—37,2°, tętno ze 100—116 do 100—104, kaszel i płwocina znikły, objawy fizykalne bez zmiany. Wrócił do roboty.

Chory Nr. 19. [B., lat 37]. 2-gi okres. Zgęszczenie szczytowe z rzężeniami wilgotnemi. Otrzymał 130 ctm. sz. *per rectum*. Poprawa w stanie ogólnym, wzrost wagi o 1,6 kilo. Ciepłota z 37°—38° spadła do 36,8°—37°. Tętno pozostało bez zmiany. Ilość płwociny ze 100—120 spadła do 50—60 ctm. sz. na dobę. Kaszel nie ustał, tak, iż trzeba było używać narkotyków. Wrócił do roboty.

Chory Nr. 20. [L., lat 35]. 2-gi okres. Zgęszczenie szczytowe z rzężeniami wilgotnemi. Poprawa stanu ogólnego, wzrost wagi o 0,9 kilo. Ciepłota z 32°—37,2° spadła do 36,8°—37°. Tętno pozostało bez zmiany, oddech szybszy [z 24—28 na minutę wzrosł do 30—34]. Kaszel zmniejszył się, ilość płwociny bez zmiany. Powrót do pracy.

III. Chory Nr. 1. [K., lat 38]. 3-ci okres suchot. U lewego szczyta jama i rzężenia dźwięczne. Otrzymał 210 ctm. sz. *per rectum* i 40 ctm. sz. podskórnie. Poprawa stanu ogólnego nadzwyczajna, wzrost wagi ciała o 5 kilo. Ciepłota z 37,6° spadła do 36,8°. Tętno i oddech pozostały bez zmiany. Kaszel ustał, ilość płwociny z 75-u ctm. sz. spadła do 15—20 ctm. sz. na dobę. Chory wrócił do pracy.

Z pozostałych 12-u chorych nie otrzymano żadnej poprawy u 5-u chorych w 2-gim okresie gruźlicy [Nr. 12, 14, 15, 16 i 17] i u jednego chorego w 3-im okresie [Nr. 5].

Zmarło 5-u chorych w 3-cim okresie [Nr. 6, 10, 11, 13 i 18]. Ponadto zmarł jeszcze w 3 miesiące po leczeniu surowicą chory Nr. 12, który w okresie leczenia znajdował się dopiero w 2-gim okresie suchot.

Tak więc z 20 chorych:

u 3-ch chorych w 1-szym okresie gruźlicy poprawa u wszystkich;

u 9-u chorych w 2-gim okresie poprawa u 4-ch chorych, stan pozostał bez zmiany u 4-ch chorych, zmarł 1;

u 8-u chorych w 3-cim okresie poprawa u jednego chorego, czasowa poprawa u jednego chorego, zmarło 5.

W sumie z 20-u chorych: poprawa u 9-u chorych [45%], stan pozostał bez zmiany u 5-u chorych, [25%], zmarło 6-u chorych [30%].

Gdybyśmy otrzymali poprawę u 45% naszych chorych wyłącznie pod wpływem surowicy, byłby to rezultat bardzo piękny. Sądzymy jednak, że bardzo wybitny wpływ na poprawę naszych chorych miały warunki, w których się ci chorzy znajdowali, czego dowodem niech posłuży ta okoliczność, iż z 9-u chorych, u których nastąpiła poprawa, 7-u było leczonych w lecie na

werandzie i 2-ch tylko w zimie na sali szpitalnej. Wobec tego wydaje się nam niemożliwym wyprowadzenie pewnych wniosków co do swoistości surowicy MARMORKA zarówno z własnych doświadczeń, jako też i z prac innych autorów. Prace nad surowicą MARMORKA, jak wogóle nad surowicami przeciwgruźliczemi, powinny być, naszym zdaniem, zwrócone w kierunku doświadczalnym. Należy zbadać surowice na obecność ciał swoistych zapomocą metody BORDET-GENGOU'a [uchylenie „komplementu”], WRIGHT'a [opsoniny], na aglutyniny i t. d. Wprawdzie w tym kierunku zjawiała się już praca PFEIFFER'a i TRUNK'a: badacze ci stwierdzili, że z 6-u z badanych przypadków aglutynacja wzrosła pod wpływem surowicy MARMORKA w 4-ch przypadkach $2\frac{1}{2}$ do 10 razy, gdy w dwu pozostała bez zmiany. Zapomocą metody BORDET-GENGOU'a autorowie ci stwierdzili obecność ciał swoistych u 4-ch chorych, u dwu zaś ciał tych nie było. Próba zapomocą tuberkuliny KOCH'a, dokonana u dwu chorych, wykazała, że obydwaj pod wpływem surowicy M., przestali reagować na tuberkulinę. Praca PFEIFFER'a i TRUNK'a, aczkolwiek bardzo gruntowna, zawiera jednak zbyt mało doświadczeń i zresztą nie poddana jeszcze była kontroli, by z niej można było stanowcze wnioski wyprowadzić co do swoistości surowicy MARMORKA. Koniecznym jest wreszcie zbadanie działania surowicy na zwierzęta gruźlicze. Wprawdzie MARMOREK twierdzi, że surowica jego ma stanowczy wpływ prewencyjny i leczniczy na króliki gruźlicze, twierdzenie to jednak wymaga prac kontrolujących. MIECZNIKOW i BORREL z instytutu PASTEUR'a np. odmawiają surowicy M. wszelkich własności swoistych w stosunku do gruźlicy królików.

Wnioski:

I. Surowica MARMORKA jest nieszkodliwa przy wlewaniu jej *per rectum*.

II. Stosowanie podskórne surowicy M. jest utrudnione z powodu rozmaitych powikłań, jak: pokrzywka, bole stawowe, podniesienie ciepłoty i t. d.

III. Pod wpływem surowicy M. w wielu przypadkach suchot płucnych, szczególnie w 1-szym i 2-gim okresie [według SOKOŁOWSKIEGO] następuje poprawa stanu ogólnego i rozmaitych objawów gruźlicy, częściej jednak u chorych leczonych w lecie na t. zw. werandzie, niż w zimie na sali szpitalnej.

IV. Z doświadczeń klinicznych niemożliwe jest wyprowadzenie stanowczych wniosków co do swoistości surowicy MARMORKA.

L I T E R A T U R A.

- 1) WASSERMANN i BRUCK. Experim. Studien ueber die Wirkung der Tuberkelbacillenpräparate auf den tuberkulöserkrankten Organismus. Deutsche med. Woch. 1906, Nr. 12.
- 2) WEIL EDMUND. Zur Erklärung der Tuberkulinreaktion durch Antituberkulin im tuberk. Herde. Münch. med. Woch. 1907, Nr. 12.
- 3) DEUSKI KAZIMIERZ. O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego. Wykład na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1907.
- 4) DĘBIŃSKI BOLESŁAW. O szczepieniu ochronnem przeciwko gruźlicy. Gazeta Lekarska 1907.
- 5) HÉRICOURT et CH. RICHEL. De l'immunité conférée à des lapins par la transfusion péritonéale de sang de chian. Etudes exp. et. clin. sur la tuberculose. 1890.
- 6) BERTIN PICQ. Traitement de la phthisie pulmonaire per des injections de sang de chèvre. Congrès pour l'étude de la tuberculose. Paris 1891.
- 7) BOUCHARD. Sur les prétendues vaccinations par le sang. Revue de Médecine 1892
- 8) BRONSTEIN und FRAENKEL. Der gegenwärtige Stand der Serumtherapie der Tuberculose. Centralblatt für Bakteriologie. 1902, Nr. 16.
- 9) KARWACKI. Wływ surowicy MARAGLIANO na przebieg gruźlicy u zwierząt. Pam. Tow. Lek. 1905.
- 10) WRĘTOWSKI. Seroterapia gruźlicy. Odczyt w Warsz. Tow. Lek. 6-go marca 1906.
- 11) MARAGLIANO. Die spezifische Therapie der Tuberculose. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 24, 1904.
- 12) MARMOREK. Antituberculosenserum und Vaccin. Berliner klinische Wochenschrift Nr. 48, 1903.
- 13) MARMOREK. Klinische Resultate des Antituberculosenserum und seine Anwendung. Medicinische Klinik Nr. 3, 1906.
- 14) LEWIN. Behandlung der Tuberculose mit dem Antituberculosenserum MARMOREK. Berl. klin. Woch. Nr. 21, 1905 i Nr. 4, 1906.
- 15) KROKIEWICZ i ENGLAENDER. Wiener klin. Woch. i Przegląd Lekarski. 1906.
- 16) MONOD. Sur la sérothérapie dans la tuberculose. Bulletin de l'Acad. de Médecine. Nr. 3, 1907.
- 17) BAER. Wien. klin. Woch. 1904 [cyt. przez MONOD'a].
- 18) ZELONY. Wracz. 1904, [cyt. przez MONOD'a].
- 19) MANN. Wien. kl. Woch. 1906, Nr. 42 [cyt. przez MONOD'a].
- 20) STADELMANN i BENEFY. Berl. kl. Woch. 1906.
- 21) VAN HUELLEN. Zeitschr. f. Chirurgie 1906 [cyt. przez MONOD'a].
- 22) HOLMBØE. Zeitschrift f. Tub. 1908.
- 23) SCHENKER. Meine Beobachtungen in der Tuberkulosetherapie bei der Anwendung von Marmorekserum. Münch. med. Woch. 1907.
- 24) HYMANS i POLAK DANIELS. Ueber die Behandlung der Tuberculose mit Marmorekserum. Berl. klin. Woch. 1907.
- 25) ELSAESSER. Spezifische Behandlung der Tuberculose. Zeit. f. Tub. 1907.
- 26) ROEVER. Ueber 25 mit Marmorekserum behandelte Fälle. Beiträge zur Klinik der Tuberculose, 1906.
- 27) WEILL. Essais sur le traitement de la tuberculose par le sérum de MARMOREK. Progrès Méd. 1907.
- 28) WOHLBERG. Ueber Versuche mit Antituberculosenserum MARMOREK. Berl. kl. Wochenschrift 1907.
- 29) ARTHUS. Société de Biologie 1903.
- 30) MARFAN. Semaine Médicale. 1904.
- 31) WALLER. Berl. kl. Woch. 1906, Nr. 4.

- 32) DUBARD. Bulletin général de Thérap. 1905.
- 33) JAQUEROD. Revue de médecine. 1904.
- 34) FREY. Münch. med. Woch. 1904 i Wien kl. Woch. 1905.
- 35) STEPHANI. Progrès med. 1905.
- 36) MARMOREK. Weitere Untersuchungen ueber den Tuberkelbac. und Aaituberkulose-serum. Berl. kl. Woch. 1907.
- 37) PFEIFFER und TRUNK. Ueber die Behandlung von Laugentuberkulose mit MARMOREK serum. Zeitschr. f. Tuberk. 1907.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

57. H. Eppinger. W sprawie patogenezy żółtaczki kataralnej.

Bezpośrednią przyczynę żółtaczki kataralnej, zarówno jak większości innych żółtaczek, składano do niedawna niemal powszechnie na karb mechanicznego zamknięcia wielkich przewodów żółciowych. Jedyną niemal podstawą anatomiczną tego poglądu stanowiło spostrzeżenie Virchow'a, który w przypadku sekcyjnym żółtaczki kataralnej stwierdził przejście sprawy zapalnej z dwunastnicy na przewód żółciowy wspólny oraz zatkanie tego przewodu przez zatyckę śluzową. Opierając się na tem spostrzeżeniu, powyższą teorię patogenetyczną rozciągano w następstwie na wszystkie przypadki żółtaczek ostrych, zarówno samoistnych, jak tych, które zdarzają się w przebiegu zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, w przebiegu niewyrównanych wad serca, wreszcie w przebiegu chorób zakaźnych. Dziwny fakt, że już niewielki czop śluzu wystarcza do wywołania zastoju żółci, tłumaczono nizkiem ciśnieniem, pod którym żółć wydzielala się do dwunastnicy.

Dalsze spostrzeżenia anatomiczne, mianowicie w przypadkach żółtaczki w przebiegu chorób zakaźnych, zachwiały mocno powyższą teorię. Z pośród licznych przypuszczeń, które proponowano na jej miejsce, najwięcej może zwolenników zyskała teoria t. zw. paracholii, inaczej parapedezy żółci, popierana najgoręcej przez MINKOWSKIEGO (wydzielanie żółci odwrócone—w kierunku naczyń limfatycznych i krwionośnych). Teoria ta przyczyniła się niemało do błędnego ujednostajnienia pod względem patogenetycznym różnych postaci żółtaczki i do zaniedbywania badania anatomicznego przewodów żółciowych.

Z drugiej strony w dziale żółtaczek kataralnych obok przypadków lekkich, pospolitych, zamieszczano częstokroć przypadki ciężkie, długotrwałe, w których gorączka, wielkie wyczerpanie chorych, pozostając długo po zuiknięciu żółtaczki, oraz obrzmienie śledziona i następce powikłania nerkowe wskazywały wyraźnie na ogólne cierpienie zakaźne. Za takim kwalifikowaniem podobnych przypadków przemawiałoby nadto częstokroć notowane epidemiczne ich szerzenie się, nieraz łącznie z zaburzeniami żołądkowo-kiszkowymi, lecz niejednokrotnie bez nich. Żółtaczki takie, już klinicznie je oceniając, niezawodnie miećby powinny patogenezę odmienną od przypadków pospolitej żółtaczki kataralnej. Na dowód, że tak bywa istotnie, autor przytacza wyniki badania w jednym przypadku ostrej żółtaczki, w którym śmierć chorej nastąpiła na szczycie rozwoju choroby wskutek przyczyn ubocznych.

Obok objawów zastoju w drogach żółciowych oraz zmian kataralnych w żołądku i dwunastnicy, badanie drobnowidzowe wykryło tu obfity rozrost i o-

brzmienie zapalne tkanki adenoidalnej u ujścia przewodu wspólnego, które silnie zwięzły światło tego przewodu, wypełnione w dodatku nekrotycznymi masami ziarnistymi oraz złuszczoneym nabłonkiem. Podobne rozrosty adenoidalne czasem widoczne nawet makroskopowo, zazwyczaj skupione pomiędzy zagłębieniami gruczołowymi wzdłuż przewodów pęcherzykowego oraz wspólnego, autor notował w następstwie niejednokrotnie przy swych badaniach drobnowidzowych. W przewodzie żółciowym wspólnym skupienia te najgęściej mieszczą się właśnie na przestrzeni $1\frac{1}{2}$ ctm. w ukośnym przebiegu jego przez warstwy mięśniowe kiszki. Z przypadku, zbadanego przez autora, wnosićby można, że skupienia te tkanki adenoidalnej, ulegając zakażeniu pierwotnemu czy wtórnemu, przez swe obrzmienie z łatwością zwięzić mogą światło przewodu żółciowego i wywołać objawy żółtaczki zastoinowej. W ten sposób znaczenie tych tkanek jako obrony dla dróg żółciowych oraz ich patologia miałyby duże podobieństwo do znaczenia i patologii narządów limfatycznych jamy ustnej i gardzieli. Spostrzeżenie autora rzuciłoby światło i na powstawanie epidemii żółtaczek, które należałoby porównywać w myśl autora, do epidemii zapalenia migdałów.

W przebiegu żółtaczek t. zw. kataralnych brak częstokroć obrzmienia pęcherzyka żółciowego. Fakt ten byłby łatwy do wytłómaczenia, jeżeli przypuścić, że w niektórych przypadkach żółtaczki ulegają obrzmieniu zapalnemu skupienia adenoidalne nie tylko przewodu żółciowego wspólnego, lecz również przewodu pęcherzykowego.

(*Wien. klin. Woch.* 1908, Nr. 14).

W. St.

58. H. Oppenheim. O krzyżowej postaci stwardnienia rozsianego.

Autor zwraca uwagę na rzadko spotykaną postać cierpienia, której dziwny przebieg przyczynia się niekiedy do postawienia fałszywego rozpoznania. Mowa tu o krzyżowej postaci stwardnienia rozsianego.

Chory przed laty 12-u począł się uskarżać na utrudnione oddawanie moczu oraz osłabienie dolnych kończyn. Wkrótce nastąpiło polepszenie, zaburzenia jednak ze strony pęcherza trwały dalej, przeważnie w postaci niemożności powstrzymania moczu. W ciągu ostatnich lat dwóch rozwinęła się niemoc płciowa, w ostatnich zaś kilku miesiącach powstały bóle w kończynach dolnych oraz niemożność wstrzymania kału. Objawów mózgowych, oprócz lekkiego zawrotu, niema. Przedmiotowe badanie nie wykryło wybitnych zaburzeń ruchowych w kończynach, ani też znieczulenia na tychże; głównie stwierdzić można zupełny brak odruchowego zamykania się rozwieracza odbytnicy, brak odruchu odbytniczowego, jako też nieznaczne znieczulenie dotykowe i bolowe dokoła odbytnicy.

Objawy te wskazują na cierpienie krzyżowej części rdzenia lub też wychodzących zeń korzonków ogona końskiego. Obok tych objawów stwierdzić można brak odruchów ze ścięgna Achillesa z lewej strony. Odruchy kolanowe jednakże są wzmożone, istnieje obustronny objaw BABIŃSKIEGO, z prawej zaś strony objaw piszczelowy (OPPENHEIM'a), wreszcie wspomnieć należy o braku odruchu brzuszkiego.

Mowa tu więc może być o cierpieniu wieloogniskowym, o syfilisie lub stwardnieniu rozsianem.

Do przyjęcia pierwszego rozpoznania niema najmniejszych danych, natomiast autor podkreśla istnienie drugiego cierpienia, w którym na pierwszy plan występują objawy ze strony pęcherza, odbytnicy i narządów płciowych. (Zaburzeń ruchowych w kończynach po 12-u latach cierpienia niema wy-

bitnych.). Autor stwierdził już kilka podobnych przypadków, z których część miał przez czas dłuższy pod obserwacją. Rzecz można, że cierpienie nie tylko zaczyna się od danego odcinka układu nerwowego, ale przez lata całe skupia się jedynie albo przeważnie w danym miejscu, jak to bywa w postaci wzrokowej stwardnienia rozsianego, w postaci opuszkowej albo mózdzkowej.

(*Neurolog. Centrabl.* 1907, Nr. 23.)

H. Jakubowicz.

NOTATKI LEKARSKIE.

Dwa przypadki nieodpowiednich wianków pochwowych.

Szkodliwość niewłaściwie użytych lub nieodpowiednich wianków pochwowych jest powszechnie znana; rozpisywać się tu o niej niema potrzeby. Z kazuistycznego tylko punktu widzenia i dla dopełnienia licznych w tym kierunku spostrzeżeń, zebranych skrzętnie przez kol. FR. NEUGEBAUER'a, dodam swoje dwa dość niezwykłe.

Przed paru miesiącami przybyła do mnie chora, skarżąc się na bóle w dolnej części brzucha i cuchnący wypływ z otworu sromnego. Włoszianka, lat 23 licząca, od 2½ lat zamężna raz, przed 1½ rokiem rodząca; wątłej budowy ciała, o wiotkich mięśniach i bladaczkowym wyglądzie błon śluzowych. Opowiada, że po urodzeniu dziecka coś z niej wypadło, „pewnie macica”. Akuszerka włożyła to z powrotem; na drugi jednak dzień i na trzeci również się wysunęło, tak, że na 4-y dzień akuszerka przyniosła ze sobą jakieś kółko, a po wprawieniu wypadającej macicy włożyła kółko do środka i odtąd „było spokojnie”. Tylko chora przeleżała w łóżku 6 tygodni w gorączce, bo wstać nie mogła. Po kilku jednak tygodniach pojawiły się bóle w brzuchu. Peryod $\frac{6-7}{28}$ obfity. Upławy nie ustają.

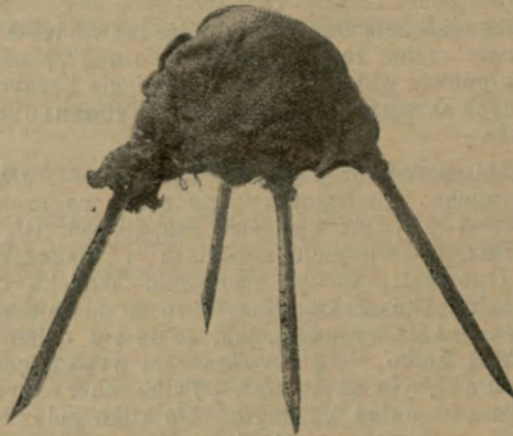
Dolna część brzucha nad spojeniem łonowym bolesna na ucisk. Z pochwy wycieka obficie ciecz śluzowo-ropna, gęsta, brunatno zabarwiona. Wejście do pochwy dość wąskie, u dolnego spoidła blizna podłużna, powstała po pęknięciu krocza podczas porodu; przy badaniu pochwy palec wymacuje fałdę, wałek mięsny, okrążający pochwę. Wałek ten dość twardy, ruchomy. Przy dokładniejszym badaniu można poza fałdą wymacać ciało gładkie, twarde, walcowate, prawdopodobnie wianek, włożony przez akuszerkę po porodzie, które, jak chora objaśnia, niebyło wyjmowane. Po odkażeniu pochwy kilkakrotnymi przepłukiwaniem roztworem chinozolu, przystąpiłem do usunięcia wianka, wszelkie jednak usiłowania wydobycia go palcem pozostały bez skutku. Udało mi się zachwycić go szczypczykami, ale i one poruszyć go z miejsca nie mogły, tak wrósł w ścianę pochwy. Dopiero po szerokim otwarciu pochwy rozwieraczami, udało mi się podważyć wianek tępą, płaską skrobaczką na tylnej ścianie pochwy; następnie przeciąłem go kleszczami kostnymi i wtedy po długich jeszcze usiłowaniach, poruszyłem go całkowicie z miejsca i z trudem kleszczami wy dobyłem na zewnątrz.

Rzeczywiście był to wianek z twardego kauczuku, o średnicy 1 centymetra, obwodzie $29\frac{1}{2}$ ctm. Forma lekko owalna, o średnicy koła większej 10 ctm., mniejszej 9 ctm. Po wyjęciu nastąpiło żywe krwawienie, które wstrzymałem tamponadą. Gojenie pochwy trwało 3 tygodnie.

Należy przypuścić że wskutek nieudolnej pomocy akuszerskiej, macica po wyjściu z niej płodu i łożyska, a może wskutek ręcznego wydobywania łożyska obniżyła się i to zagnęło akuszerkę do założenia wianka tak wielkich rozmiarów. Na tem polegała niezwykłość przypadku, jak również na tak wczesnem po porodzie założeniu go, co też było przyczyną silnego wrośnięcia jego w ścianę pochwy. Dziwić się należy, że chora tylko 5 tygodni leżała w łóżku i śnać niezbyt ciężko była chorą, skoro bez pomocy lekarskiej wyzdrowieć mogła.

Opisany tu przypadek przypomina mi drugi, jaki miałem przed kilku laty, będąc ordynatorem szpitala w Częstochowie.

Do domowego ambulatoryum mego przybyła w towarzystwie swej matki chora p. Z. z m. Będzina, skarżąc się na jakieś kobiece cierpienie, bole w dole brzucha, w krzyżu i wypływ z macicy.



Ułożywszy chorą na krześle ginekologicznem, rozpocząłem badanie przez pochwę, natychmiast jednak byłem zmuszony je przerwać, obfita bowiem, prawie lejąca się i silnie cuchnąca, posokowata wydzielina z pochwy wstrętem mnie przejęła, a tak smrodliwą roztaczała woń dokoła, że lękając się zapowietrzyć gabinet i uniemożliwić sobie przyjmowanie oczekujących chorych, oświadczyłem badanej, że tylko w szpitalu leczyć ją mogę, na co też zgodziła się.

Następnego dnia w szpitalu, po kąpeli i starannem odkażeniu pochwy, w obecności kilku kolegów, przystąpiłem do badania chorej.

Z wywiadów okazało się, że chora, licząca lat 34, zamężua, kilkakrotnie rodziła, a od roku choruje na cuchnące upławy i bole brzucha. Peryody $\frac{5-6}{28}$. Nic więc od chorej niedowiedzieliśmy się. Przy badaniu palcem pochwy natrafiłem po prawej stronie na jakiś twarde, podłużny, cienki przedmiot, ukryty pod błoną śluzową, w górnej zaś części pochwy namacalny bezpośrednio ruchomy. Badając dalej, znalazłem po lewej stronie na granicy pomiędzy

tylną a boczną lewą ścianą pochwy, także i tak samo ułożone ciało obce, a nad temi dwoma także dwa nowe. Cztery te przedmioty, ułożone w pewnej symetrii, robiły wrażenie twardego pręta czy drutu. Ku górze, w kierunku szyjki wszystkie te odnogi zbliżają się do siebie i tu giną w jakiejś miękkiej masie. Ku wylotowi pochwy końce przednie tych prętów opierają się, górne — o tylną ścianę gałęzi zstępujących kości lonowych, gubiąc się w błonie słuzowej, dolne zaś, *resp.* tylne—opierają się o części miękkie, otaczające wejście do pochwy, a przebiwszy błonę słuzową, zagłębiają się w m. zwieracz odbytu zewnętrzny i zwieracz pochwy, tak, że końce te dają się wymacać z zewnątrz przez skórę. Poruszając jedną z 4-ch nóżek tego przedmiotu, wywołujemy poruszenie pozostałych. Winocznem więc było, że mamy do czynienia z jakimś przedmiotem o symetrycznych kończynach, prawdopodobnie ostro zakończonych.

Na odpowiednie zapytania, chora daje przeczące odpowiedzi, twierdząc, że nie o istnieniu tego przedmiotu w pochwie nie wie. Próżne były moje usiłowania wydobyć tych prętów z pochwy, o ile bowiem poruszyło się ku wyjściu jedną nóżkę, o tyle pozostałe wdrażały się głębiej, wywołując silny ból i krwawienie. Dopiero po dostatecznem rozwarciu pochwy rozszerzadłami, oswobodziłem odpowiednimi nacięciami nożem wgłębione w ciało końce prętów.

Wydobyty przedmiot zbudowany był w formie taboretu w ten sposób, że dwa pręty żelazne, długości 13 centymetrów każdy, a grubości 0,2 centymetra ułożone zostały na krzyż i w miejscu tego skrzyżowania zgięte pod kątem rozwartym, obwinięte i obszyte miętko i pulchnie w jakąś materję płócienną czy też muślinową; końce zaś tych drutów opuszczone na dół, rozchodziły się lekko na zewnątrz i były zupełnie ostro zakończone. Przyrząd ten postawiony na nóżkach robił wrażenie taboretu. Ostre końce nóżek oddalone były od siebie wzajemnie na 7 ctm.; siedzenie owego taboretu uległo całkowitemu zgniciu i roztaczało nadzwyczaj smrodliwą woń, tak, że dopiero dokładne obmycie go i umieszczenie w ciągu 3-ch tygodni w roztworze *Kali hypermanganici*, pozbawiło go tego zapachu.

Ściany pochwy były obrzękłe, bolesne, z czterema ranami, pokrytymi szarym nalotem i wrzodniejącymi powierzchniami. Mieliśmy więc do czynienia z posokowatym zapaleniem pochwy. Leczenie tego stanu trwało 4 tygodnie.

Chora, nawet na widok wydobytego przedmiotu nie przyznawała się, iż wie o jego obecności w pochwie. I nie tylko lekarze i sąsiadki jej szpitalne, ale nawet ksiądz żadnych w tym względzie zeznań wydobyć od niej nie mógł; prosiła tylko, abym jej ten oryginalny wianek oddał. Jednak zachowałem go dla siebie; może powiększy kiedyś jaką kolekcję muzealną nowożytnych tortur kobiecych, zadawanych jej w imię sztuki lekarskiej. I prawdę powiedział jakiś lekarz, że *femina tenacissimam vitam habet*, bo rzeczywiście trudno sobie wyobrazić, co ta biedna ofiara zuchwałego a bezlitośnego znachorstwa cierpieć musiała.

Władysław Sękowski.

AKADEMIA UMIEJĘTNOŚCI W KRAKOWIE.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 1-go czerwca 1908 r.

Przewodniczący: Dyrektor E. JANCZEWSKI.

Czł. K. OLSZEWSKI przedstawia pracę p. ZYGM. KLEMENSIEWICZA p. t.: *Chlorek antymonawy jako rozczynnik jonizujący.*

Czł. MARCHLEWSKI zdaje sprawę z pracy p. J. DUNIN-BORKOWSKIEGO p. t.: *O działaniu hemolitycznem soli rtęciowych, przedstawionej na posiedzeniu Wydziału z dnia 4-go kwietnia 1908.*

Autor oznacza kolorymetrycznie stopień hamolizy krwinek zwierząt następujących: królika, barana, krowy, świni, cielęcia i psa. Im trudniej jest odzielić krwinki od surowicy, tem mniej są one wrażliwe na działanie środków hemolizujących. Stosunek pomiędzy koncentracją związków a stopniem hemolizy nie okazuje żadnej prawidłowości. Hemoliza nie zależy wyłącznie od ilości wolnych jonów. Granice pomiędzy hemolizą częściową, całkowitą i aglutynacją ciałek są bardzo wyraźne. Krzywe aglutynacji są nieciągłe. Badanie szybkości reakcyi wykazuje: iż zależnie od koncentracji stała reakcyi k z biegiem czasu maleje, pozostaje bez zmiany lub wzrasta; ze wzrostem koncentracji k zawsze wzrasta. Stosunek $k\vartheta + 10$ do $k\vartheta = 4,3$ u królika, 2,6 u psa. Stałą charakterystyczną μ oznaczano ze stałych reakcyi i zapomocą metody MADSEN'a; μ ze wzrostem temperatury wzrasta. Nie należy μ oznaczać powyżej 35°—37°, gdyż pod wpływem temperatur wyższych ciała hemolizują się nawet w fizyologicznym roztworze soli.

Czł. J. NUSBAUM przesyła pracę własną p. t.: *Rozwój potylicy oraz kostek Webera u ryb karpiowatych.*

Czł. NUSBAUM przesyła rozprawę p. JANA HIRSCHLER'a p. t.: *Przyczynki do rozwoju zarodkowego chrząszczy.*

Członek W. KULCZYŃSKI przedstawia pracę własną p. t.: *Symbola ad faunam araneorum Javae et Sumatrae cognoscendam. I. Mygalomorphae et Cribellatae.*

Czł. CYRULSKI przedstawia pracę p. NITSCH'a p. t. *Poszukiwanie bakteryi przeciwocholerycznych w powietrzu.*

Według MIECZNIKOWA zachorowanie na cholereę zależy nie tylko od obecności bakteryi cholery, ale i od tego, czy flora przewodu pokarmowego danego osobnika sprzyja rozwojowi cholery, czy nie. Tak też tólmaczy MIECZNIKOW fakt, że Wersal zawsze był wolny od cholery, chociaż w Paryżu ona silnie grasowała. Autor zbadał powietrze w Wersalu i w Paryżu ze względu na obecność bakteryi przeciwocholerycznych i znalazł w powietrzu wersalskiem 11 takich kolonii [t. j. na 19 obojętnych i przeciwocholeryczną], a w Paryżu 4 takie kolonie [t. j. na 62 obojętnych 1-ą przeciwocholeryczną].

ODCINEK.

ZE ZJAZDU LEKARZY I HYGIENISTÓW W CIECHOCINKU Z POWODU WYSTAWY
ZDROJOWEJ.

Najpilniejsze potrzeby zdrojowisk polskich, a Ciechocinka w szczególności.

Napisał

Józef Jaworski.

Przemówienie na posiedzeniu naukowym lekarzy i higienistów podczas Zjazdu w d. 8-go
Czerwca 1908 r. w Ciechocinku.

Przed paru dniami upłynęło lat ośm, od czasu, t. j. od dnia 3-go czerwca 1900 r., gdy tutaj w Ciechocinku odbyło się posiedzenie naukowe Wydziału klimatologiczno-balneologicznego W. T. H. przy udziale lekarzy zdrojowych i kolegów z sąsiednich okolic kraju umyślnie przybyłych.

Zjazdy lekarskie oprócz znaczenia ideowego i naukowego, posiadają zadania, cele i wyniki praktyczne.

Tem donioślejszych wyników spodziewać się można ze zjazdu i zebrania takiego, jak dzisiejsze, gdy cel i zadanie jego jest bardzo ściśle określone, ograniczone do jednego tylko przedmiotu, do jednej dziedziny wiedzy lekarskiej, jak w tym razie, balneoterapii. Gdy ponadto zważymy, że uczestnicy dzisiejszego Zjazdu, mieli możność osobiście, naocznie, poznać samą miejscowość leczniczą, obejrzeć domy mieszkalne, budynki łaźienne, gabinety lecznicze, przypatrzeć się urządzeniom balneotechnicznym — to zrozumiemy całą ważność i doniosłość takich przedsięwzięć, jak niniejszy Zjazd lekarzy i higienistów, jak obecna I krajowa wystawa zdrojowa w Ciechocinku, w obecności naszej otwarta.

Nie będzie przeto — pewny jestem — dwu zdań między nami, że za taką myśl trafną, za poniesioną pracę i trudy przez Komitet wystawy, należy się mu od nas wszystkich uznanie i wdzięczność. To, co tutaj, acz w skromnych rozmiarach, zgromadzonem zostało, naprowadzi nas na myśl, przypomni nie tylko nasze zdrojowisko, w którym w chwili obecnej gościimy, lecz wszystkie rodzime zakłady, ich urządzenia, środki i wskazania lecznicze. W ślad za tem przypomnieniem pójdzie może i pamięć o nich, chęć i możność popierania tego, co swoje, o ile tylko na popieranie zasługuje.

Dziedzina potrzeb zdrojowisk jest bardzo rozległa, bardzo różna i złożona.

Jest to sprawa, w skład której wchodzi czynniki lecznicze, naukowe, finansowe, komercyjne, administracyjne, prawno-państwowe.

Przystępuję do rozpatrzenia najgłówniejszych potrzeb naszych zdrojowisk: 1) odnośnie urządzeń kąpielowych i zdrojowych; 2) odnośnie warunków higienicznych i sanitarnych. Rzecz naturalna, że najgłówniejsze potrzeby te z dziedziny balneoterapii i balneotechniki rozstrząsać będą tylko ogólnie, nie wdając się zbytnio w szczegóły.

Budowa i urządzenia domów łaźiebnych tylko w bardzo nielicznych zdrojowiskach naszych stoją na wysokości współczesnych wymagań higieny i balneotechniki. Dotyczy to zarówno budynków z łazienkami do kąpeli mineralnych, błotnych, jak i mieszczących zakłady wodolecznicze. Domy te niezawsze posiadają dostateczną wysokość; urządzenia wentylacyjne bywają niewystarczające. Odpływ wody kąpielowej niezawsze i nie wszędzie bywa łatwy. Same łaźienki, kabiny, niezawsze posiadają odpowiednie urządzenie, umeblowanie; zdarza się spotkać, nie powiem, już brak pozorów komfortu, lecz wprost ubóstwo, chociaż posiadamy i wprost doskonałe, jak w Ciechocinku łaźienki Nr. 3, szczególnie zaś wspaniałą gmach łaźiebny Nr. 4.

Wanny zamiast pozostawać dnem swoim w zagłębieniu posadzki i nie wiele tylko wystawać nad jej powierzchnię, bywają przeciwnie ustawiane wprost na podłodze. Co gorsze, a nawet niebezpieczne, że w innych znów zdrojowiskachanny do kąpeli kwasowęglowych, niektóre właśnie i w Ciechocinku, wprost przeciwnie wpuszczone są na dół, prawie poniżej podłogi. Te kabiny, z takimi wannami, ze względu ewentualnego zatrucia kwasem węglanym, jako cięższym od powietrza, a więc w dolnych jego warstwach się koncentrującym, powinny być dla użytku zamknięte.

Pojemność waniennych bywa za mała. Względnie niewiele zdrojowisk naszych posiadaanny marmurowe, porcelanowe, miedziane, najłatwiej dające się oczyszczać i posiadające najestetyczniejszy wygląd.

W wielu miejscowościach spotykać możnaanny drewniane, trudno dające się oczyszczać, takżeanny żelazne, które pomimo emaliowania, najczęściej mają pozór zniszczonych, a jako zrobione z materiału dobrze przewodzącego ciepło, sprawiają, że znajdująca się w nich woda względnie szybko traci swą ciepłość.

Sposób przyrządzania, a także ogrzewania wody do kąpeli, również błota, czy borowiny, jest bardzo ważną sprawą ze stanowiska balneodynamiki.

Pod tym względem, o ile się nie mylę, w ogromnej większości zdrojowisk naszych woda ogrzewana bywa w kotłach, a błoto i borowina w kadziach. Zarówno woda, jak błoto, przy takiej metodzie ogrzewania tracą wszystkie składniki gazowe, a także część składników stałych.

W ogromnej większości zdrojowisk zagranicznych woda i błoto do kąpeli, w ostatnich czasach, ogrzewane bywają metodą SCHWARZ'a [z polskich zdrojowisk tą metodą—kąpiele mineralne w Krynicy, Żegiestowie i Nałęczowie] a także metodą PFRIEM'a. Pierwszy sposób polega na wpuszczaniu gorącej pary do waniennych o osobnej budowie, a mianowicie, o podwojnem dnie; parę wpuszcza się w tę wolną przestrzeń.

Metoda PFRIEM'a—jest to prosty sposób—wprowadzania, zapomocą rury gumowej, lub metalowej, do wody we wannie gorącej pary. W ten sposób ogrzewają błoto w wannie np. we Franzensbadzie.

Przechodząc obecnie do urządzeń zdrojowisk, pokrótce wskażę jako na najważniejsze pod tym względem potrzeby na:

ujmowanie zdrojów; czerpanie wód mineralnych; ogrzewanie wód do picia; wreszcie, eksploataowanie wód i przetworów kąpielowych na eksport.

Właściwe ujmowanie źródeł ma na celu—zabezpieczenie wody mineralnej od dopływu wód słodkich i zapewnienie stałego przyływu wody mineralnej.

Nie do mnie należy rozbiierać techniczną stronę tej sprawy, nadmienię tylko, że źródło izolowane być musi zapomocą gliny, i z ilu lub cementu, używanego przy budowach wodnych, a dopiero potem ocembrowane.

Tutaj podnieść trzeba ważny szczegół, że materiały do ujmowania źródeł zimnych, do jakich bez wyjątku wszystkie nasze należą, nie może być, np. ze zbyt ciężkiego kamienia. Przy zbyt bowiem wielkiem obciążaniu obszaru źródłanego zamknąć się wprost mogą nory dopływowe, woda wtedy bieży w kierunku mniejszego ciśnienia, źródło staje się o wiele mniej wydajnym, skąpszem. Nie bez słuszności takiemu zbyt niemu obciążaniu obszaru źródłanego przypisać można ubytek wody w niektórych naszych zdrojach mineralnych. Z tego samego powodu winno być zabronione wznoszenie budowli nad zdrojami, a skasowanie istniejących. Domy mieszkalne nadto mogą powodować zanieczyszczenie źródeł. Istnieje to jednak w pewnych zdrojowiskach naszych.

Czerpanie wody odbywać się powinno zapomocą małych pomp ssących, np. zapomocą pompy, pomysłu TOBER'a, jaką widzimy właśnie w parku Ciechocińskim. Czerpanie wody ze źródeł odkrytych zapomocą kubka, jak to ma miejsce w wielu naszych zdrojowiskach, stanowczo musi być zaniechane.

Ogrzewanie wód do picia również w niektórych zdrojowiskach naszych odbywa się w sposób bardzo pierwotny, w innych, jak np. w Ciechocinku, nawet wcale do tego celu niema urządzeń w pijalni. Pisałem w tej sprawie niedawno w „Gaz. Lek.“ w r. b., pomijam ją więc tutaj.

Główne braki, co do eksploatacji wód mineralnych krajowych, a także przetworów kąpielowych, przeznaczonych na wywóz, dadzą się streścić, w następujących punktach: niezaradność kupiecka ze strony administracji źródeł krajowych w wysyłce tychże wód, co do opakowania, terminu dostawy, braku etykiet ze składem chemicznym wody, wreszcie nieudolność w reklamowaniu, najczęściej brak wszelkiej reklamy. Stosunki te obecnie stale się przedstawiają, a okazy wód i przetworów kąpielowych z większości zdrojowisk polskich na obecnej wystawie o tej korzystnej zmianie naocześnie przekonują.

Mała liczba badań klinicznych w szpitalach nad działaniem leczniczem większości mineralnych wód polskich, również przeszkadza większemu ich rozpowszechnieniu.

Rozpatrzę teraz 2-gi punkt najważniejszych potrzeb naszych zdrojowisk, t. j. potrzeby pod względem sanitarno-hygienicznym. Zdrojowiska i uzdrowiska pod tym względem wymagają wyjątkowych urządzeń i zarządzeń. Tam, gdzie na krótki przeciąg czasu zjeżdża wielka liczba ludzi, która się mieści na przestrzeni względnie niewielkiej, to chociażby stan i skład najważniejszych czynników ziemi, wody i powietrza odpowiadał w zupełności warunkom higienicznym, to jednak w razie braku odpowiednich urządzeń zapobiegawczych, ten stan rzeczy musi zmienić się na gorsze, musi się zepsuć. Takie więc urządzenia zapobiegawcze w zdrojowiskach i uzdrowiskach są konieczne, niezbędne.

Chodzi tutaj o staranne i szybkie usuwanie odchodów, odpadków, wód zanieczyszczonych, o utrzymanie czystości w całym okręgu na placach, ulicach, dziedzińcach i w mieszkaniach.

Woda, właściwie sprowadzana być powinna ze źródeł, bezwzględnie zabezpieczonych od zanieczyszczenia.

Otóż te wymogi, mające na celu zdrowotność, zabezpieczenie wielkiej liczby osób przybyłych na leczenie, w większości zdrojowisk naszych nie są uwzględniane. Kanalizacyi, z bardzo małemi wyjątkami, zdrojowiska nasze nie posiadają, częściej już tu i owdzie istnieje wodociąg, lecz znów najczęściej nie dla całego obszaru.

Sposób usuwania odchodów, odpadków, wód zanieczyszczonych jest bardzo pierwotny, niewystarczający. Toż samo bardzo często da się powiedzieć o czystości i na ulicach, placach, w mieszkaniach. Samo wykonanie czynności tych nieraz bywa niedbałe i zależy od dobrej, lub złej woli jednostki.

Stosunki te u nas, w Królestwie Polskiem, uregulowaćby można było przy istnieniu innych warunków korzystnych, t. j. samorządu, a także przez wyjednanie i wprowadzenie w życie osobnego prawodawstwa sanitarnego dla zdrojowisk i uzdrowisk.

Szkic takiego prawodawstwa sanitarnego dla miejscowości leczniczych opracował u nas zasłużony dla zdrojownictwa krajowego kol. H. DOBRZYCKI.

W Galicyi istnieje ustawa, mająca na celu organizację zdrojowisk i uzdrowisk. Ustawa ta, uchwalona została w r. 1890 przez Sejm galicyjski, a sankcyonowana przez cesarza w r. 1891.

Do ustawy tej jest zbliżony statut Towarzystwa Przyjaciół Ciechocinka i Buska.

Nim jednak otrzymamy samorząd, nim uzyskamy osobne prawodawstwo sanitarne dla zdrojowisk i uzdrowisk, wypada przestrzegać ogólne przepisy policyjno-lekarskie, do których powinny się ściśle stosować wszelkie zamieszkałe miejscowości, a zatem i zdrojowiska.

Każdy chory już przez to samo, że cierpi, że zmuszony jest w obcym miejscu szukać zdrowia i że opuszcza rodzinę, jest nieszczęśliwy i przygnębiony na duchu; więcej przeto, niż komu innemu, należy mu się opieka ze strony społeczeństwa.

Chorzy, szukający pomocy w naszych zdrojowiskach, muszą być przeświadczeni, że czuwają nad nimi ludzie dobrej woli, a nadto, ludzie kompetentni, odczuwający ich potrzeby, że lekarze robią wszystko, aby im zapewnić możliwość przeprowadzenia skutecznej kuracyi; gdy to przeświadczenie upowszechni się, wtedy zaufanie do zdrojowisk naszych stale wzrastać będzie, a tem samem działalność ich zwiększać się będzie, co znów dodatnio na bogactwo krajowe wpłynie.

Najglówniejsze potrzeby naszych zdrojowisk i uzdrowisk zszeregować można w następujących punktach oddzielnych:

Ułatwienie środków komunikacyjnych przez przeprowadzenie kolejek podjazdowych i ułatwień połączeń kolejowych.

Urządzenia balneoterapeutyczne i balneotechniczne według ostatnich wymagań nauki.

Utrzymanie czystości w zdrojowiskach przez zaprowadzenie kanalizacyi dla całego obszaru zdrojowego, oraz pobudowanie wodociągów.

Wobec konieczności wielkich nakładów pieniężnych na takie przedsięwzięcie, zaprowadzenie, jako sposobu tymczasowego, systemu beczkowego, t. zw. Heidelberskiego do usuwania konkrementów, który przy doskonałej organizacyi służby wywozowej i ścisłej kontroli nad czystością tak beczek, jak i wycementowanego miejsca, gdzie beczki stoją, odpowiada potrzebie.

Odpadki i śmiecie zbierane winny być w szczelnych zbiornikach i systematycznie poza obręb zdrojowisk wywożone.

Dostarczanie dobrej słodkiej wody do picia, a także wody do skrapiania dróg, ulic, placów i t. d.

Budowa odpowiednich domów, willi na oddzielne mieszkania, a także t. zw. pensjonaty, z właściwym wyborem pod budowę miejsca i przygotowanego placu.

Wewnętrzne urządzenie mieszkań powinno odpowiadać potrzebom chorego co do umeblowania, pościeli; służba przy mieszkaniach powinna być chętna i dobrze wyćwiczona.

Każde zdrojowisko powinno posiadać pod tym względem osobny regulamin, określający obowiązki właścicieli domów, wzajemne stosunki właścicieli domów i lokatorów.

Biuro informacyjne o mieszkaniach powinno być na dworcu kolejowym, bądź w zarządzie zdrojowiska, w którym osoby mniej zaradne mogłyby otrzymać wiadomość o mieszkaniach w warunkach dla siebie odpowiednich i dogodnych.

Zorganizowanie dostarczania produktów spożywczych winno pozostawać pod stałym istotnym dozorem sanitarnym. Tutaj potrzebny jest statut z przepisami dla: jatek, piekarni, kuchni restauracyjnych, cukierni, mleczarni, następnie dla sklepów i straganów z wiktuałami, wreszcie, dla jadłodajni publicznych.

Właścicielom każdego zdrojowiska posiadać winno zakład dyetetyczny pod kierunkiem i dozorem lekarza.

Dom izolacyjny dla zakaźnych chorych oraz wyjednanie prawa, zmuszającego zakaźnie chorego do przeniesienia się do tego domu.

Utworzenie dla każdej miejscowości odpowiedniej komisji sanitarnej odpowiedzialnej, a działającej stale.

Sprawa reklamowania zdrojowiska odbywać się powinna przez ciągły postęp racjonalny, a nadto przez: 1) ogłoszenia odpowiednie w dziennikach polskich i rosyjskich; 2) przez plakaty, afisze kolorystyczne; 3) przez ogłaszanie biuletynów o ruchu chorych w zdrojowisku; 4) przez ogłaszanie sprawozdań lekarskich corocznie; 5) przez badania nad działaniem źródeł mineralnych, przeprowadzanych na oddziałach szpitalnych i przez ogłaszanie wyników badań tych w prasie lekarskiej polskiej i cudzoziemskiej. W tym celu kosztem zdrojowisk, oprócz tygodniowych biuletynów kąpielowych, wydawać należy co tydzień dodatek zdrojowy, np. przy miesięczniku, „Zdrowie“.

Ponadto, wypadaloby uzupełnić istniejące rozbiory chemiczne pewnych źródeł polskich w kierunku poszukiwań co do ich radioaktywności, co do zdolności promieniowania radowego.

W końcu, oprócz wskazania na wyluszczone potrzeby, przedstawiam pod uchwałę zebrania następujące dwa wnioski znaczenia ogólnego:

1. Zebrani w dniu 8-ym czerwca 1908 r. na I-iej krajowej wystawie zdrojowej w Ciechocinku polscy lekarze i higieniści stwierdzają, że przemysł zdrojowy polski, mimo trudnych warunków, wytrwale kroczy po drodze postępu i zasługuje na jak największe i najszerze poparcie ze strony całego społeczeństwa i wszystkich lekarzy naszych.

2. Zebrani uchwalają, że powinien powstać Związek zdrojowisk i uzdrowisk krajowych, z przekształceniem się następnie na związek zdrojowisk i uzdrowisk wogóle polskich w celu popierania ich rozwoju i postępu, oraz skutecznej obrony przed eksterminacyjną konkurencją miejscowości leczniczych zagranicznych.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 10-go b. m. otwarto XIV Zjazd chirurgów polskich w Krakowie pod przewodnictwem stałego prezesa prof. LUDWIKA RYDYGIERA. Zapowiedziany bogaty program, na który złożyły się nieomal wyłącznie prace, dokonane na klinikach lwowskiej i krakowskiej, wróży wielkie powodzenie.

— Rektorem Uniwersytetu lwowskiego na r. 1908/9 obrany został prof. ANTONI MARS. Czcigodnemu profesorowi z okazji tego zaszczytu śle „Gazeta Lekarska“ serdeczne gratulacje.

— Dziekanem wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego na r. 1908/9 wybrany został prof. dr WŁODZIMIERZ SIERADZKI.

— Dziekanem wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego wybrany został prof. dr WACHHOLZ.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego przedstawił docentów: dra STANISŁAWA BRAUNA i dra STANISŁAWA DOBROWOLSKIEGO do tytułu profesorów nadzwyczajnych.

— Towarzystwo lekarzy galicyjskich mianowało prof. dra JULIANA KOSIŃSKIEGO członkiem honorowym z okazji jubileuszu jego 50-letniej działalności lekarskiej.

— Dnia 3-go lipca r. b. odbyło się w sali Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego uroczyste posiedzenie, poświęcone pamięci ś. p. prof. HENRYKA HOYERA, na którym dr PRUSZYŃSKI mówił o zasługach naukowych znakomitego badacza i dr HENRYK NUSBAUM o ś. p. HOYERZE, jako mędrca i filozofie. Oba przemówienia ukażą się wkrótce w „Gazecie Lekarskiej.“

— Dnia 4-go b. m. odbyło się poświęcenie tablicy pamiątkowej w pawilonie pierwszym szpitala Dzieciątka Jezus, ufundowanej dla uczczenia pamięci ś. p. WŁADYSŁAWA KRAJEWSKIEGO przez jego uczniów. Płaskorzeźba brązowa, wykonana przez artystę-rzeźbiarza p. JANA WÓRDYKĘ, przedstawia ś. p. KRAJEWSKIEGO przy udzielaniu pierwszej pomocy choremu.

— Wyszedł z druku Nr 3 Sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego pod redakcją J. EYMONDA. Z wydziału nauk matematycznych i przyrodniczych umieszczone są prace następujące: J. BOGUSKI i S. KREZYŃSKI: Wyniki badań nad szybkością wydzielania srebra z roztworów azotanu srebrowego przez miedz metaliczną. L. SILBERSTEIN: Drgania elektro-magnetyczne przewodnika kulistego. JAN TUR: Nowa serya doświadczeń nad wpływem teratogenetycznym promieni radu na zarodki kurzczenia. SŁAWOMIR MIKŁASZEWSKI: Przyczynki do znajomości gleb pow. Konstanyńskiego gub. Siedleckiej.

— Wyszył staraniem dra A. PUŁAWSKIEGO „Materiały do historii zakładu leczniczego w Nałęczowie (1807—1907)“, zawierające bibliografię, ważniejsze daty i fakty, ulepszenia, spis lekarzy, rady zarządzającej i urzędników, dane dotyczące budowl zakładowych, willi i frekwencji Nałęczowa.

— Otrzymaliśmy następującą odezwę:

Niniejszem zwracamy się do Sz. Kolegów, posiadających zbyteczne lub leżące bez użytku narzędzia i przyrządy, używane w praktyce ryno-laryngologicznej, albo też przydatne do laboratorium, z prośbą o ofiarowanie tych przedmiotów na rzecz powstającego sanatorium dla niezamożnych chorych piersiowych w Rudce.

Prezes Komitetu budowy, *Teodor Dunin.*

Dyrektor zakładu, *St. Galecki.*

SPROSTOWANIE: Na str. 613 zamiast: „pracownikami“, pow. być: „procownicy“.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Xeroform

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

Creosotal

Creosotal „Heyden” jest cennym środkiem przeciwgruźliczym, wybitnym lekiem przeciwżółzowym 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 przepisywania 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.

PIGULKI**CASCARA MIDY**

Każda pigułka zawiera 0,12 wódki alkoholowej essencji siojowego szpiku kory czwornej Cascara Sagrada, wolna dzięki aszego specjalnego przygotowania (1884 r.) wszelkiego tiaszczu (ostrej i rozdrażniającej substancji) i po 0,10 świeżego proszku.

Pigułki Casc i Midy ogą być używane przez namek podczas ciąży.

ZASTOSOWUJ SIĘ PRZECIWKO

i łącznym następstwom

**Zwyczajnej Obstrukcyi (zatwardzeniu)**

Dosyć użyć 2-3 pigułki po kolacyi lub przed snem, aby codziennie regularnie mi... wypróżnienie.

One nie tworzą rżnżenia ani też biegunki.

Apteka MIDY istnieje od r. 1825 faubourg St-Honoré, 113, w Paryżu.

Dostac można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Reprezentant na Królestwo Polskie: H. MENDELSSOHN, Warszawa, Leszno 12.

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.

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

FRANCENSBAD**Polski zakład i pensjonat leczniczy**

(Willa D-ra Steinsberga)

Kuchnia dyetetyczna.

Prospekty na żądanie.

D-r Józef Liebeskind

Marienbad

Dom „Kroprinz“

Dr. St. Benedykt Kwiatkowskib. I asystent kliniki lekarskiej Un. Jag.
ordynuje od 1 Maja w**MARIENBADZIE, Haus Hamburg.**

15—9

W Kissingen (willa Elsa)

ordynuje w r. b.

Doc. Dr. med. Jerzy Modrakowski.**Bad Kreuznach****Sezon 1 maja—30 Września**

Zdroje radioaktywne, zawierające jod, brom i lit. Wszelkie nowoczesne środki lecznicze i najnowsze urządzenia sanitarne.

— Działanie radu —

Wskazania: choroby kobiet i dzieci, żolzy, krzywica, choroby skóry, choroby serca, podagra i góściec.**Wysyłka ługu z Kreuznach**

Prospekty gratis i franco za pośrednictwem Dyrekcji zdrojowej

Marienbad CZECHY**Marienbadzkie
pastylki mineralne**

Rozpuszczają kwas moczowy, i oczyszczają błony śluzowe. Chroniczne kataralne objawy błon śluzowych, szczególnie organów oddechowych i trawienia, zgaga, kurcze żołądkowe, chrypka.

**Marienbadzka
prawdziwa sól mineralna.**

Katar żołądkowy. Lekkie a skuteczne przeczyszczenie, zaparcie stolca. Zaburzenia w trawieniu. Zmniejszenie ciężaru ciała. Katar kiszek, Hemoroidy.

Marienbadzka wysyłka wód mineralnych C. Brem & Dr. W. Dietl.
Proszę żądać jedynie marienbadzką **naturalną** sól mineralną.**PRZECZYSZCZAJĄCA WODA****APENTA**

działa łagodnie i pewnie.

Dr. Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni do celów dyagnostyki lekarskiej: rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne, analizy moczu głównie, oraz badanie płwociny, nasienia, kału, it. d. Kryoskopia. Badania mikroskopowe w szerszym zakresie.**Ul. Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej, tel. 56-56.**