

MEDYCYNA

90585

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 3.

Warszawa d. 21 stycznia 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

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

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

TRĘŚĆ. PRACE ORYGINALNE. — Wartość i czułość porównawcza prób Webera i Teichmana, podał B. Wejnert. O przepuklinie nadbrzuszej (Hernia epigastrica), podał D-r Emil Bursche. (c. d.) — WYKŁAD KLINICZNY. — D-r A. Wassermann. Zasady nauki o odporności i o leczeniu surowicą. (Dokończenie). — STRESZCZENIA. — *Medycyna teoretyczna*. 12. Bartel, Neumann i Leimsner. W sprawie działania narządów na prątek gruźliczy. 13. Scheller. Przyczynki doświadczalne do badań nad mechanizmem działania amboceptorów i dopełniacza. 14. G. Michaelis. Teorya opsonin i jej znaczenie praktyczne. *Chirurgia*. 15. Sippel. O niebezpieczeństwie zastrzykiwań podskórnych wody słonej (roztworu fizyologicznego przy drgawkach (eclampsia). 16. A. Thies. Badania nad wlewaniem fizyologicznych roztworów soli. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych. WIADOMOŚCI DROBNE. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.—OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni D-ra M. Rejchmana w Warszawie.

Wartość i czułość porównawcza prób Webera i Teichmana.

Podał

D-r B. Wejnert.

Odczytane na posiedzeniu sekcji gastrologicznej
W. Tow. Lek. 19. X. 1910.

Od chwili, gdy w r. 1853 TEICHMAN ogłosił wyniki swych prac nad krystalizacją organicznych składników krwi, próba, podana

przez niego dla wykrycia minimalnych ilości krwi, przez długie lata była jedynie pewna, praktyczna i najczulsza. Znano wprawdzie już przed r. 1876 cały szereg prób na krew, jak np. próba spektralna, próba z zastosowaniem siarko-sinku potasu, żelazo-sinku potasu, próba z ługiem sodowym, modyfikacja próby TEICHMANA z użyciem alkoholu i kwasu siarkowego i inne. Ówczesni jednak autorowie (HOPPE-SEYLER, KUNZE, TOURDES i in.) uważają jednoznacznie za najpewniejsze i najczulsze klasyczne otrzymanie kryształów he-

miny metodą TEICHMANA. HOPPE-SEYLER nawet wyraźnie mówi, iż dodatni wynik próby TEICHMANA, przy ujemnym wyniku innych znanych prób, nie nie traci na znaczeniu, dowodząc z całą pewnością obecności krwi. Dopiero gdy WEBER w r. 1894 ogłosił modyfikację terpentynowo-gwajakowej próby v. DENA, a liczni badacze (HARTMANN, ROSSEL, EWALD, BOAS i KOCHMANN, KOROLEWICZ i JAWORSKI) potwierdzili jej strony dodatnie, próba ta szybko się rozpowszechniła, ograniczając coraz bardziej częstość zastosowania próby TEICHMANA. Nasuwa się tu pytanie, czemu właściwie zawdzięcza próba WEBERA swoje niewątpliwe zwycięstwo nad próbą TEICHMANA, i czy zwycięstwo to jest uzasadnione?

Od próby, która, służąc do celów klinicznych, ma mieć szerokie zastosowanie, żądamy czterech głównych warunków:

1. Nie powinna ona wymagać specjalnych i drogich przyrządów. 2. Nie powinna być połączona ze zbytecznymi trudnościami w wykonaniu. 3. Powinna być pewna. 4. Powinna być możliwie najczulsza.

Obie powyższe próby odpowiadają całkowicie i jednakowo pierwszemu warunkowi; wypada więc nam rozpatrzeć tylko trzy ostatnie. Co do trudności w wykonaniu, to, sądząc z klasycznych opisów obu prób, próba WEBERA wygląda na kłopotliwszą już dlatego, że wymaga aż czterech odczynników, z których nadto j e d e n musi być często sprawdzany (*t-ra resinae guajaci*), jak to stwierdzają niemal wszyscy, którzy z tą próbą mieli do czynienia, d r u g i (*ol. terebinthinae vetus*)—w należytych stanie trudno dostać, jak to zaznacza HARTMANN i inni. Można wprawdzie zamiast terpentyny użyć wody utlenionej, którą dostać łatwo, lecz ją znów trzeba sprawdzać, bo po pewnym czasie przestaje działać, jak to miałem sposobność stwierdzić, a na co, zdaje się, nikt dotąd nie zwrócił uwagi. Wobec tego próba

TEICHMANA, wymagająca tylko kwasu octowego i mikroskopu, może uchodzić za mniej kłopotliwą. Przy praktycznym wykonaniu rzecz się ma jednak odwrotnie: trudniej jest otrzymać kryształ TEICHMANA, niż dodatni wynik próby WEBERA. Ta ostatnia, jeżeli mamy dobre, sprawdzone odczynniki, wypada nawet przy znacznych rozcieńczeniach z łatwością zupełną, podczas gdy próba TEICHMANA nawet względnie przy dość stężonym roztworze krwi może nie wypaść dodatnio, i dopiero po kilkakrotnym, powtórnym przerobieniu można się upewnić, czy w danym przypadku tworzą się kryształy, czy też nie. Zależne to jest nie tylko od czystości i dobroci kwasu octowego (który powinien być tak zgęszczony, żeby kropla jego na szklanej pałeczce łatwo się paliła), ale i od tego, czy preparat nie był zanadto ogrzany, czy nie za mało dodano kwasu octowego, czy nie za wiele soli w stosunku do rozcieńczenia krwi. Na tę ostatnią okoliczność zwracał już uwagę BOJANOWSKI w r. 1867, słusznie twierdząc, iż tworzące się w tym razie kryształki soli całkowicie zakrywają sobą drobniejsze znacznie od nich kryształki heminy. Lecz przy najdokładniejszym nawet i najsubtelniejszym wykonaniu próby TEICHMANA bynajmniej nie mamy pewności otrzymania od razu niewątpliwych postaci krystalicznych heminy. Wskazuje to W. JAWORSKI, radząc kilkakrotne powtórzenie próby, w razie gdy się kryształów nie otrzymało.

Sam TEICHMAN w swej pracy zaznacza, iż nie zawsze udawało mu się otrzymać typowe czworoboczne kryształy, ułożone w krzyże i gwiazdy, lecz często tworzyły się drobnutki igielki, laseczki i ziarna, podobne do ziaren barwnika. Z własnych doświadczeń mogę tu zaznaczyć, iż dla otrzymania z dużych rozcieńczeń krwi choć kilku kryształów typowych trzeba powtarzać próbę po kilkanaście razy, przyczem

ciągle otrzymują się nietypowe igielki, laseczki i ziarenka. Jeżeli mamy do czynienia z wodnym roztworem krwi i znajdujemy tego rodzaju twory, to dość łatwo przy pewnej wprawie uznać je za kryształy heminy; lecz, jeżeli mamy do zbadania płyn o niewiadomym składzie, jak to zazwyczaj ma miejsce, to tu małe, drobne, nietypowe kryształki częstokroć trudno będzie zauważyć wskutek domieszek, a gdy nawet odnajdziemy twory podobne do drobnych kryształów heminy, to i tak z powodu ich niecharakterystyczności wahać się możemy, czy uznać je ostatecznie za takie, czy też nie. Pozostanie więc sprawdzenie chemicznych cech kryształów, co nie jest łatwe ¹⁾, lub powtarzanie próby dotąd, aż się uzyska kryształy typowe. Co do pewności próby TEICHMANA, to nikt dziś nie wątpi, że jest ona zupełnie pewna w kierunku dodatnim, tj. że utworzenie się kryształów dowodzi bezwarunkowo obecności krwi w płynie badanym. Próbę WEBERA zaś teoretycznie uważać musimy za mniej pewną, gdyż oprócz krwi daje jeszcze analogiczny odczyn z różnymi ciałami chemicznymi, jak chlorek żelaza, siarkan żelaza, tryferryina, ferratyna, a nawet, jak dowodzi SCHMIDT, i guma arabska; w razach jednak, gdzie obecność powyższych ciał chemicznych jest wyłączona, próbę można uważać za zupełnie pewną, jak to zgodnie świadczą cały szereg autorów: BOAS, KOCHMANN, EWALD, HARTMANN, KOROLEWICZ, JAWORSKI i inni.

Pozostaje nam porównać czułość prób TEICHMANA i WEBERA. O ile mi wiadomo, nikt dotąd spostrzeżeń porównawczych w tym kierunku nie czynił. Dla wykonania tego przeprowadziłem szereg doświadczeń z roz-

¹⁾ Teichman, Nencki i Kunze podają cały szereg cech wspólnych dla dużych i małych kryształów.

maitemi rozcieńczeniami wodnymi krwi, z drobnymi ilościami krwi, zmieszanej z zawartością żołądkową i z kałem, nakoniec z wydaliniami, otrzymanymi od chorych i zawierającymi krew. Badań z rozcieńczeniami wodnymi zrobiłem dwie serye: w pierwszej — przygotowywałem różne rozcieńczenia krwi i z każdego z nich robiłem próby TEICHMANA i WEBERA ściśle według sposobów, podanych przez autorów. (Prób tych nie opisuję, jako powszechnie znanych). Do próby WEBERA brałem każdorazowo 3 ctm.³ badanego płynu, do próby TEICHMANA 2 krople stale z jednej pipetki. Ponieważ obliczyłem (kilkakrotnie), iż 100 kropel z powyższej pipetki = 3 ctm.³, więc za każdym razem do doświadczenia metodą TEICHMANA szło k r w i 50 razy mniej, niż do próby WEBERA. Opierając się na powyższym obliczeniu, w drugiej seryi przygotowywałem dla każdego doświadczenia dwa równoległe rozcieńczenia według formuł I — (1 : X), II — (1—50 X). Z rozcieńczenia Nr. I robiłem próbę TEICHMANA, a z Nr. II—WEBERA, czyli że w tym razie w obu próbach znajdowała się ta sama ilość k r w i. Pierwszą seryę badań przerobiłem z rozcieńczeniami: 1 : 255, 1 : 500, 1 : 1000, 1 : 2000, 1 : 5000, 1 : 10000, 1 : 20000 i 1 : 25000. Dla otrzymania tych rozcieńczeń brałem każdorazowo 20 mil.³ normalnej krwi, w której uprzednio określono zawartości hemoglobiny, i rozcieńczałem odpowiednią ilością wody (wzgl. fizyologicznego roztworu). Próba WEBERA, wykonana każdorazowo z 3 ctm.³ rozcieńczenia, dawała bardzo wybitny odczyn jeszcze w rozcieńczeniu 1 : 5000; w rozcieńczeniu 1 : 10000 odczyn tej próby uważać trzeba za zupełnie wyraźny, w rozcieńczeniu 1 : 20000 — za dostrzegalny, a w rozcieńczeniu 1 : 25000 — tak nikły i niestały, że niewątpliwie nikt się nie odważy na zasadzie tego odczynu rozstrzygnąć dodatnio o obecności krwi w płynie, którego skład uprzednio nie jest znany.

Wobec tego trzeba uznać, iż rozcięcia między 1 : 20000 i 1 : 25000 są krańcowe, przy których dodatnio wypada próba WEBERA. Stoi to w pewnej sprzeczności z twierdzeniem HARTMANNA, który te granice zakreśla szerzej, bo aż do 1 : 100000. Nie wątpię jednak, że, jeżeli nawet przy większych, niż 1 : 25000, rozcięgniach możliwe jest otrzymanie minimalnego odczynu, to ten już żadnego znaczenia praktycznego mieć nie może. Z pracy JAWORSKIEGO i KOROLEWICZA sądzić trzeba, iż oni również otrzymywali wynik dodatni tylko do granicy 1 : 25000. Autorowie ci mówią ostrożnie, iż: „wynik dodatni występuje jeszcze w rozcięgniach 1 : 25000; natomiast w rozcięgniach 1 : 200000, jak to HARTMANN twierdzi, nie daje odczynu“. Ze swej strony dodać mogę, iż nawet w rozcięgniach 1 : 50000 wynik jest niewątpliwie ujemny, nawet gdy do próby użyje się więcej niż 3 ctm.³ badanego płynu. Przerobiona w powyższych rozcięgniach próba TEICHMANA może dać wyniki dodatnie jeszcze przy rozcięgniach 1 : 10000, jakkolwiek trudno; kryształki otrzymuje się drobne i dopiero po wielokrotnym powtórzeniu próby. Przy większych rozcięgniach kryształów wyraźnych otrzymać się nie udaje, pomimo bardzo licznych prób. Sądząc z powyższych wyników i uważając rozcięgnię 1 : 25000 za granicę dla próby WEBERA, a rozcięgnię 1 : 10000 — dla próby TEICHMANA, można by wyprowadzić wniosek, iż próba WEBERA jest 2½ raza czulsza od próby TEICHMANA. Wniosek ten jest prawidłowy, o ile nie bierzemy pod uwagę ilości krwi potrzebnej do tego, aby ta, czy owa próba dała wyniki dodatnie.

(D. n.)

Z oddziału chirurgicznego D-ra Władysława Stan-
kiewicza.

O przepuklinie nadbrzuszej (Hernia epigastrica).

Podał

D-r Emil Bursche.

Ordynator szpitala Ewangelickiego.

(Rzecz zgłoszona na Zjazd chirurgów polskich w
Warszawie 6, 7 i 8-go października 1910 r.)

(C d.)

Co do wieku, to najczęściej spotykamy przepukliny nadbrzusze u ludzi w wieku od 25 — 40 lat czyli w latach pracy wytężonej. Śród moich chorych były 3 przypadki do lat 20: dziewczynka 1.8, panna lat 16, chłopiec 18-letni; 49—do lat 40, jeden — lat 50 i jeden 1.66 — ale ci ostatni chorzy już od wielu bardzo lat mieli rozmaite dolegliwości żołądkowo-kiszkowe. Podobne liczby spotykamy i u innych autorów. W wieku późniejszym zdarzają się bardzo rzadko — KUTTNER opisuje przepuklinę nadbrzuszną u 76-letniego mężczyzny. Rzadko się zdarzają i w wieku dziecięcym: Le PAGE opisuje przypadek u 3-miesięcznego dziecka podczas koklusu; charakterystyczne przytem jest to, że ojciec tego dziecka miał taką przepuklinę i to nawet w tem samym miejscu. MALGAINE przytacza przypadek u małego dziecka wskutek długotrwałego krzyku, VIDAL i MIŃKIEWICZ także podczas koklusu u małych dzieci (wyleczonych przy pomocy bandaży rupturowego) wielkości jajka gołębiego. Jedyne CORNER twierdzi, że u dzieci przepuklina ta względnie często się zdarza; badając 700 dzieci z przepuklinami, znalazł u 14% przepukliny kresy białej, prawdopodobnie jednak były to przypadki tak zwanej ewentracji ponadpepkowej, często spotykanej u dzieci, która z czasem ginie zupełnie.

Co do warstw ludności, spotykamy przepukliny najczęściej w klasie robotniczej lub rzemieślniczej, wogóle u ludzi, ciężko pracujących fizycznie. Z moich 54 wypadków—47 należało do klasy robotniczej. Ten sam stosunek spotykamy i u innych autorów. Lecz i wśród t. zw. inteligencji przepuklina nadbrzuszną nie należy do rzadkości; wyżej przytoczone liczby FRIEDMANA wykazują wprost odwrotny stosunek: u 2850 chorych ambulatoryjnych spotkał ją tylko 5 razy, wśród 2300 zaś prywatnych pacjentów aż 21 razy.

a) Etiologia. Co do przyczyn, wywołujących przepukliny nadbrzuszne, są różne poglądy u różnych autorów; podporządkować je można pod następujące punkty:

- 1) wrodzone braki lub luki kresy białej,
- 2) wrodzona wiotkość powięzi kresy białej i wogóle ścian brzusznych oraz usposobienie dziedziczne,
- 3) silne i raptowne schudnięcie,
- 4) rozrastanie się tłuszczaków tkanki podsurowiczej (*lipomata subserosa*).
- 5) uraz.

1. Co do punktu pierwszego, to przepukliny nadbrzuszne mogą być wrodzone wskutek niepełnego lub niedokładnego zamknięcia kresy białej; na to zgadzają się wszyscy autorowie — lecz zdarza się to bardzo rzadko. W specjalnych podręcznikach embryologii niema dokładnego opisu, w jaki sposób następuje zamknięcie jamy brzusznej, niema również wzmianki o pozostających czasem lukach — są tylko przytaczane przypadki zupełnego nierozwinięcia ścian brzusznych z zupełną ewentracją wnętrzości. Jedynie COOPER twierdzi, że formowanie się kresy białej u dzieci bywa czasem niedokładne i jako dowód przytacza 2 przypadki: jedno dziecko z 3-ma przepuklinami kresy białej i drugie — z dużym guzem po środkowej linii—4 cale długości i 1½ c. sze-

rokości, z absolutnym brakiem powięzi kresy białej od pępka do tego miejsca, gdzie żyła pępkowa oddala się od wątroby. DOLIŃSKI opisuje przypadek u 3-miesięcznej dziewczynki z brakiem powięzi kresy białej na przestrzeni 5 ctm. długości i 3 ctm. szerokości, KLAUSNER 2 przypadki ze znacznym brakiem powięzi kresy białej—w obydwóch prawie pośrodku przechodził pasek włóknisty, rozdzielający przepuklinę na 2 części: górną 5,5 ctm. szerokości, 1,7 długości, dolną 4,3 c. szerokości—1,7 c. dług.; opisane są także przypadki wrodzonych przepuklin u Le PAGEA, MALGAIGNA, WALTERA, VIDALA, TERRIERA, KEILERA, HAGENTORNA. BERGER, który często widywał u dzieci przy krzyku, kaszlu wypuklanie się wnętrzości powyżej pępka (*eventratio supraumbilicalis*), uważa to wypuklanie się, jako objaw braku w kresie białej. Twierdzenie swe opiera na tem, że, jeśli bada się takie dziecko przy wolnej ścianie brzusznej, to można wgnieść ściany brzuszne w okolicy nadpępkowej między mięśnie proste; jeżeli dziecko wtedy zaczyna krzyczeć lub wogóle naprężyć mięśnie proste, to się wyraźnie wyczuwa ich brzegi wewnętrzne, mocno napięte po obu stronach owego wgłębienia, w którym znajdują się ręce, przyczem owej tkanki ścięgnistej, która powinna łączyć mięśnie proste—nie wyczuwa się wcale. W niektórych przypadkach wypuklenie się jest nierówne, jakby rozdzielone przez osobne pasy tkanki włóknistej. Tę ewentrację uważa BERGER jako wrodzoną skłonność do przepukliny, skłonność ta jest tem większa, im dziecko jest młodsze, następnie ginie zupełnie. BERGER dlatego wyraża przypuszczenie—czy czasem przepukliny nadbrzuszne nie są ostatnią resztką niedorozwoju kresy białej, tak często spotykanym u dzieci. Przy dalszym rozwoju dziecka formuje się tkanka włóknista, włókienka mocniej się przeplatają, lecz mogą między sobą zostawić szparki,

przez które wypukła się tłuszcz podotrzewnowy. Tej hipotezie BERGERA brak przede wszystkim anatomicznej podstawy, któraby dowiodła braku tkanki włóknistej w tak zwanych ewentracjach ponadpępkowych, ale zasługuje ona na uwagę.

2. Że wrodzona wiotkość powięzi kreśy białej i wogóle ścian brzusznych odgrywa pewną rolę—za tem przemawia to, że często u chorych z przepukliną nadbrzuszną znajdowano i inne przepukliny. LINDENSTEIN na 13 przypadków — 5 razy, MALGAIGNE na 18 — 14, HAHN na 4 — 2 — obustronne pachwinowe, SCHUETZ na 62 — 15 razy. (z nich 6 razy obustronne pachwinowe, 9 razy jednostronne pachwinowe), BERGER na 117 tylko w 30 przypadkach znalazł wyłącznie przepuklinę nadbrzuszną, 69 razy z obustronną pachwinową; objaśnia się to tem, że obserwacje BERGERA tyczyły się chorych, którzy się zgłaszali do francuskiego towarzystwa dobroczynności, aby dostać bandaży przepuklinowej. BERGER u każdego takiego chorego badał wszelkie możliwe otwory przepuklinowe.

Ja stosunkowo rzadko znajdowałem kombinację z innymi przepuklinami, z 54 tylko 4 razy jednostronną pachwinową i w 8 przypadkach znalazłem tylko znaczne rozszerzenie kanałów pachwinowych.

Nadmienić tu należy, że niektórzy autorowie spostrzegali u jednego i tego samego osobnika po kilka przepuklin nadbrzusznych jednocześnie: SCHUETZ — 7 razy, przytem raz aż 3 (jedna największa szerokości 4 cm. u wyrostka mieczykowatego, środkowa nieco mniejsza i dolna nad pępkiem wielkości grochu; tylko górna była bolesna przy ucisku—pierwsza i druga odprowadzalne), GUSSENBAUER i KUTTNER po 2 przepukliny, BERGER często znajdował po 2 i więcej przepuklin; opisuje chorego, u którego znalazł aż 7 przepuklin: 3 nadbrzuszne, obustronne pachwinowe

i udowe, i drugiego z 4-ma przepuklinami nadbrzuszniemi jedna nad drugą.

Że i dziedziczne usposobienie ma pewne znaczenie, o tem świadczą przypadki, obserwowane przez innych autorów, gdzie przepuklinę nadbrzuszną spotykano w całej rodzinie. TERRIER przytacza 2 przypadki — w jednym ojciec, matka i brat pacjenta, w drugim matka i brat; charakterystyczny jest i wyżej opisany przypadek Le PAGEA, gdzie u ojca znalazł przepuklinę nadbrzuszną ściśle w tem samym miejscu, co u dziecka.

3. Silne schudnięcie. WITZEL objaśnia powstanie przepukliny w tych przypadkach tem, że tłuszcz znika między krzyżującymi się włókienkami rozścięgien, tworzących kresę białą, wskutek czego powstają malutkie szparki, do których przy silnym kaszlu lub silnych i uporeczywych wymiotach zostaje wtłoczona albo otrzewna albo tłuszcz podotrzewnowy. Teorya ta nie zgadza się z rzeczywistością—częste byłyby w takim razie przepukliny nadbrzuszne u osobników z przewlekłą gruźlicą płuc albo u chorych z cierpieniami narządów trawienia, przebiegającymi z wymiotami i schudnięciem. Jedyńie KREMBS, opierając się na swoich 12 przypadkach, stwierdza pewien związek między gruźlicą i przepukliną nadbrzuszną. Słusznie też SCHUETZ i KUTTNER dowodzą, że schudnięcie samo przez się nie może powodować wytwarzania się przepukliny; u osobników, poddających się leczeniu odtłuszczającemu, nie obserwowano wcale przepukliny nadbrzusznej wskutek tego leczenia. WITZEL opisuje 2 przypadki wytworzenia się przepukliny nadbrzusznej u chorych na raka żołądka, tak samo NIEHUES — 1 przypadek.

LUCAS - CHAMPIONNIÈRE i SCHMID przeciwnie dowodzą, że osobniki z dużą warstwą tłuszczową skłonniejsze są do przepuklin nadbrzusznych, że przy schudnięciu takich osobników giną często i przepukliny. BUSQUET

ZYMINA

(Drożdże piwne suche)

pod postacią:

Zyminum **pulv.** (puszka zawiera 100 grm. suchego proszku).

Zyminum **in tablett.** (słoik zawiera 100 sztuk pastylek po 0,5).

Zyminum **in bacill.:** vaginales, uretrales, ad uterus (słoik zawiera 12 pałeczek z Zyminy zarobionej środkami łatwo rozpuszczalnymi).

przeciwko **Fluor albus**

poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

Glycerophosphatum granul. Mag. Klave

Calcium et Natrium glycerinophosphorica.

Glycerophosphatum cum Ferro Mag. Klave

Calcium, Natrium et Ferrum glycerinophosphorica.

Glycerophosphatum cum Lecithino Ovi Mag. Klave

Calcium glycerinophosphoricum, Natrium glycerinophosphoricum,
Lecithinum Ovi.

Glycerophosphatum Magnesia Magistri Klave

Magnesia glycerinophosphorica, Natrium glycerinophosphoricum.

Granulowane proszki zawierające sole kwasu glicerynofosforowego.

W opakowaniu po 100 grm. z aluminiową miarką.

Zalecane są przy ogólnym podrażnieniu i przygnębieniu, w stanach pochorobowych, krzywicy, zołzach i t. p.

Próbki i literatura są na usługi PP. Lekarzy.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.



Thiol

Płynny: do pedzłowania.

Suchy proszek: do przesypywania.

Doskonaly środek w leczeniu chorób skóry. Zwłaszcza zaleca się w **Acne, Dermatitis, Eczema, Erysipelas, Erythema, Herpes, Impetigo, Intertrigo, Pemphigus, Pityriasis, Prurigo, Pruritus, Psoriasis, Rosacea, Syccosis, Urticaria, Varices** i t. p.

W oparzeniach nieporównane działanie lecznicze.

THIOL nie posiada nieprzyjemnego zapachu, rozpuszcza się łatwo w wodzie i zmywa się łatwo z bielizny.

Salipyrin

lek swoisty przeciwko

**Influenzie, przeziębieniu
i cierpieniom reumatycznym.**

Doskonaly przy zbyt obfitem miesiączkowaniu i zaburzeniach w miesiączkowaniu, jak również w bólach mięśniowych i nerwobólach.

Najdogodniejsza i najtańsza forma przepisania:

**Oryginalne Tabletki Salipyrinowe
Riedel'a.**

po 1 g., w rurkach, zawierających 10 sztuk

" 1/2 " " " " " " " " " " " " 10 "

Dawka dla dorosłych: 3—6 razy dziennie

1 g., dla dzieci połowa.

Próby i literatury na żądanie pp. lekarzy gratis.

J. D. Riedel A. G. Berlin Nr. 9.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

zawierają

Naturalne żelazo krwi

Naturalne sole krwi

posiadają zatem niezrównane działanie na

Wytwarzanie krwi i na siły ustroju

Wypróbowane i zalecane od wielu lat w

BEZKRWISTOŚCI i BLEDNICY.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb. Chinin. mur. Jod. Ichthyol. Lecithin,

Natr. cinnamyl, Extr. Rhei.

KREWEL & C-o G. m. b. H. Kolonia n. Renem.

Gwarantowane preparaty Krewela są tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonym przez
Ministryum Przemysłu i Handlu,

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6. tel. 128.46.

opisuje chorego na przepuklinę nadbrzuszną, który stracił na wadze w przeciągu 15 miesięcy 32 kl., lecz zarazem znikła i przepuklina.

4. Rozrastanie się tłuszczaków z tkanki podsurowicówkowej (*tela subserosa*) przez otwórki w kresie białej może spowodować wytworzenie się przepukliny. Pogląd ten pierwszy wyraził CLOCQUET, a za nim ROSER, COOPER, LINDENSTEIN, ROTH. Według ROTH'a sprawa ta odbywa się w następujący sposób. Większe masy tłuszczowe znajdują się w różnych miejscach w tkance podsurowicówkowej: w małej miednicy, koło dziury zasłonionej (*foramen obturatorium*) i w wlelu innych miejscach, także na przedniej powierzchni brzucha, koło obliterowanej żyły pępkowej. Te masy tłuszczowe ułatwiają przesuwalność otrzewny w okolicy pęcherza i odbytnicy, sprawiają, że otrzewna łatwiej się może dopasować do różnego stopnia napełnienia tych narządów; także znaczenie — ułatwienie przesuwalności otrzewny — mają i warstwy tłuszczowe na przedniej powierzchni. Tłuszcz znajdujemy zawsze w tem miejscu — nawet u osobników mocno wychudzonych. Jeżeli wskutek jakichkolwiek powodów włókienka kresy białej nieco się rozciągną, powstaje między niemi niewielka szparka, w którą wtłacza się tłuszcz, wyrasta przez nią nazewnątrz, pociąga za sobą połączoną

z nim przy pomocy szypuły, zawierającej zwykle małe naczynko, łatwo przesuwalną otrzewną w formie lejka i w ten sposób toruje drogę dla przyszłej przepukliny — tak, że z początku zawsze mamy przepuklinę tłuszczową, a następnie dopiero prawdziwą. Rzeczywiście — przy operacjach najczęściej spotykamy tłuszczak, pokrywający w kształcie czapeczki sam worek przepuklinowy. Za charakterystyczny przykład tego może służyć przypadek, opisany przez GUSSENBAUERA: 58-letni lekarz od lat dziecięcych ma prawostronną przepuklinę pachwinową. Przed 20-stu laty uformowały się u niego symetrycznie na obu przedramionach tłuszczaki, po jakimś czasie także dwa tłuszczaki na 3 palce ponad pępkiem symetrycznie nieco z boku linii środkowej. Dopiero w 16 lat później chory zaczął odczuwać dolegliwości w postaci bólów nadbrzusza, które ustępowały przy naciskaniu na owe tłuszczaki, przyczem guzy te się zmniejszały. Podczas silnego poruszenia się w nocy chory odczuł gwałtowny ból w nadbrzuszu, guzy raptownie się powiększyły, nastąpiły wymioty, odbijania, zatrzymanie stolca i wiatrów, jednym słowem, typowe objawy uwięźnięcia kiszki.

(C. d. n.)

WYKŁAD KLINICZNY.

D-r A. Wassermann.

Zasady nauki o odporności i o leczeniu surowicą.

(Dokończenie).

W celu wyjaśnienia sobie granic i sposobu działania leczenia za pomocą surowic musimy nieco bliżej rozpatrzeć mechanizm

sposobu działania surowic antytoksycznych i bakteryobójczych. Co się tyczy antytoksyn, to na podstawie bardzo pewnych doświadczeń możemy orzec, że połączenie ich jest czysto chemiczne, to znaczy, że antytoksyna daje z toksyną związek podwójny zgoła nieszkodliwy dla ustroju. A zatem dwa te ciała posiadają pewien wzajemny pociąg chemiczny. Z drugiej strony wiemy, że tem samem odznacza się toksyna względem pe-

wnych komórek żywych, tych właśnie, na które wywiera ona swoje działanie patologiczne, więc np. jad tężcowy względem komórek ośrodkowego układu nerwowego. W tych warunkach powstaje pytanie zasadnicze dla całej seroterapii: czy toksyny posiadają silniejsze powinowactwo chemiczne względem komórek ustroju, czy względem antytoksyn? W samej rzeczy powinowactwo chemiczne jak w jednym, tak w drugim kierunku jest prawie jednakowe, a wzrasta ono o tyle, o ile toksyna została już związana bądź to z komórką, bądź z antytoksyną. A więc, jeżeli toksyna raz złączyła się ze swoją wrażliwą komórką, np. jad tężcowy z komórką ośrodkowego układu nerwowego, to powinowactwo jej do tej komórki wzrasta niezmiernie szybko z każdym kwadransiem, i połączenie to staje się wciąż silniejszym, na skutek czego po upływie pewnego czasu ta już raz związana toksyna nie może połączyć się z antytoksyną i nie może uleść oderwaniu od komórki. Ztąd wypływa pierwsze prawo zasadnicze dla seroterapii: przy posługiwaniu się tą metodą najważniejszy obowiązek lekarza polega na zastosowaniu jej jaknajwcześniej, a to dlatego, że w pewnych warunkach łączenie jadu błoniczego, np., z ważną dla życia chorego (jak ośrodek regulacyjny serca) komórką może z każdą chwilą tak znacznie wzrastać, że antytoksyna nie będzie w stanie rozerwać tego związku. Z tego względu leczenie surowicą przeciwjadną będzie święciło najpiękniejsze tryumfy w tych przypadkach, które są bardzo świeże, w których przeważna ilość jadu krąży jeszcze we krwi i nie została jeszcze połączona z wrażliwymi komórkami. Wyniki statystyczne znajdują się w zupełnej zgodzie z tem, co było powiedziane wyżej; dowodzą one, że istotnie surowica, zastosowana w pierwszych dniach choroby, daje olbrzymią większość wyników pomyślnych.

Doświadczenie poucza, że powinowactwo toksyny z jednej strony do komórki, z drugiej do antytoksyny może być wzmocnione na korzyść ostatniej przez działanie masowe, t. j. jeżeli na jedną objętość toksyny przypada kilka objętości antytoksyny, o ile, naturalnie, związek jadu z komórką nie trwa

zbyt długo. Dzięki temu w pewnych przypadkach posiadamy możliwość osiągnięcia wyniku pomyślnego przez podziałanie wielką ilością antytoksyny, czego mniejsze jej ilości nie byłyby w stanie dokonać. Wychodząc z tego założenia, dochodzimy do drugiego prawa zasadniczego: w każdym przypadku stosowania seroterapii nie należy dzielić potrzebnej ilości antytoksyny na jeden lub dwa dni, lecz zużyć ją na jedno zastrzyknięcie, żeby nasycić organizm większą ilością jednostek antytoksycznych.

Poznany przez nas sposób działania antytoksyn różni się zupełnie od działania surowic bakteryobójczych. Działanie ostatnich składa się z kombinacji czynnościowej dwóch istot, z których jedną posiada każdy ustrój. Znajduje się ona w sokach ustroju, zwłaszcza w surowicy, jest bardzo nietrwała, gdyż niszczy ją ogrzanie do 55° C. Według dzisiejszych naszych wiadomości, należy ją poczytywać za rodzaj zaczynu, posiadającego zdolność trawienia białka. Istotę tę rozmaici autorowie nazywają różnie. Autorowie francuscy, łącznie z BUCHNEREM, dają jej nazwę aleksyny, MIECZNIKOW zowie ją cytazą, EHRLICH zaś dopełniaczem (Komplement). Dopełniacz sam przez się nie jest w stanie strawić drobnoustrojów, znajdujących się w danym organizmie. Do tego potrzebny jest jeszcze pewien związek pośredni, który w rodzaju łańcucha przykuwa ten zaczyn do bakterii, mającej uleść strawieniu, wzgl. zniszczeniu. Temu związkowi pośredniemu autorowie francuscy i BORDET nadali nazwę istoty uczulającej (*substance sensibilisatrice*), EHRLICH zaś dwuchwytnika (*Amboceptor*). Działanie więc surowicy bakteryobójczej następuje w ten sposób, że dwuchwytnik łączy się z jednej strony z drobnoustrojem, a z drugiej z dopełniaczem, i dzięki temu działanie trawiące dopełniacza dochodzi do skutku. Jak już nadmieniliśmy, dopełniacz stanowi część składową ustroju prawidłowego, a dopiero przy uodparnianiu w surowicy powstaje dwuchwytnik. EHRLICH dowiódł za pomocą doświadczenia, że stosunki łączenia się drobnoustroju, dwuchwytnika i dopełniacza są bardzo zawile: dla wzajemnego połączenia muszą one doskonale naddawać się do siebie, jak dobrze dostosowany

klucz do zamka. Dla laseczki duru, np., tylko pewien ściśle określony dwuchwytnik, powstały przy uodparnianiu ustroju jedynie prawdziwym szczepem durowym, jest w stanie przyłączyć ściśle dostosowany do niego dopełniacz do laseczki durowej, aby ją zabić, wzgl. rozpuścić. Gdy chodzi o cholere, mór i t. d., stosunki układają się podobnie: przez uodparnianie musi powstać swoisty dwuchwytnik, doskonale dostosowany do przecinka cholerycznego i przyciągnąć do ostatniego odnośny dopełniacz i t. d. Okazuje się tedy, że w surowicy bakteryobójczej wszystkie własności swoiste posiada wyłącznie dwuchwytnik, a otrzymanie surowicy zależy od tego, który z licznych dopełniaczy, znajdujących się w zdrowym ustroju, będzie łączył dwuchwytnik ze ściśle odpowiadającym mu gatunkiem drobnoustrojów. Mówiliśmy już, że dopełniacz jest bardzo nietrwały i że łatwo ulega zniszczeniu pod wpływem tlenu powietrza, środków konserwujących (karbol) i t. d., dlatego też w surowicy bakteryobójczej cholerycznej, durowej, morowej wkrótce po wypuszczeniu krwi z żyły pozostanie tylko odporniejszy dwuchwytnik, dopełniacz zaś ginie. Jak widzieliśmy, sam dwuchwytnik nie wystarcza do wywołania działania surowicy bakteryobójczej; musi on połączyć się z dopełniaczem, to też, stosując surowice tego rodzaju u ludzi, musimy polegać na twierdzeniu, że dwuchwytnik, wstrzyknięty z naszą surowicą, musi znaleźć w ustroju ludzkim konieczny dla siebie dopełniacz, aby surowica mogła rozwinąć działanie pożądane. Na tem właśnie polega wielka różnica działania tych surowic w stosunku do surowic antytoksycznych, gdy bowiem po zastosowaniu ostatnich ustroj nic nie potrzebuje dostarczać, ponieważ wstrzykujemy wszystko potrzebne do wyzdrowienia, t. j. antytoksynę, w razie użycia surowicy bakteryobójczej, wstrzykujemy tylko jeden ze składników, dwuchwytnik, leczony zaś człowiek musi wyrobić sam składnik drugi, t. j. dopełniacz. Z drugiej strony wiemy, że obydwa te składniki powinny być nie tylko obecne, lecz i dokładnie do siebie dostosowane, jak klucz do zamka.

Stosunki te, jak widzimy, są bardzo skomplikowane. Istotnie, może się zdarzyć,

że w okresie zakażenia, inaczej choroby, większa część dopełniaczy, zawartych w prawidłowym ustroju ludzkim, została zużyta; wtedy wstrzyknięty przez nas dwuchwytnik albo zupełnie nie znajdzie odpowiedniego dla siebie dopełniacza albo tylko w małej ilości, a na skutek tego działanie wstrzykniętej surowicy będzie bardzo słabe albo też nie wywrze ona żadnego skutku. W ten sposób staje się zrozumiałem, dlaczego surowice bakteryobójcze wobec rozwiniętej choroby nie dają tak dobrych wyników leczniczych, jak antytoksyczne. Na podstawie tego, co dotychczas powiedzieliśmy, zrozumiemy, dlaczego możemy nieraz wstrzyknąć choremu na dur ogromne ilości surowicy bakteryobójczej bez żadnego wpływu na przebieg zakażenia. W tych właśnie przypadkach dopełniacze chorego zostały wyczerpane, i dlatego dwuchwytnik wobec braku swego drugiego składnika, dopełniacza, nie może się skompletować i wywrzeć działania pożadanego. Próbowano dopełnić ten brak dopełniaczy w ustroju zakażonym za pomocą sztucznego dostarczenia go ze świeżą surowicą, lecz dotąd bezskutecznie.

Pod względem praktycznym surowice bakteryobójcze ustępują znacznie antytoksynom jeszcze dlatego, że w przypadkach pomysłnych zabijają one tylko drobnoustroje żywe, lecz nie działają, jak wiemy, na ich jady, dlatego też nie wpływają one zgoła na zatrucie, które stoi na pierwszym planie w przebiegu każdej sprawy zakaźnej.

Obok tych dwóch ciał: toksyny i dwuchwytnika, w sprawie uodparniania gra poważną rolę trzeci szereg ciał swoistych, zupełnie różnych od poprzednich, który w próbówce wywiera wyraźny wpływ na drobnoustroje. Pierwszy GRUBER, następnie DURHAM dowiedli, że pod wpływem tych ciał drobnoustroje zbijają się w grudki. Gdy, np., przygotowujemy zawiesinę bakterii w 0,85% roztworze soli kuchennej, to otrzymamy płyn mętny, lecz wystarcza dodać do niego nieco surowicy zwierzęcia, uodpornionego względem tego właśnie gatunku, to bakterie, dotychczas zawieszane, zaczną zlepiać się, tworząc widoczne pod mikroskopem grudki, opadają na dno, a płyn dotychczas

mętny staje się przezroczystym. Ciała, zawarte w surowicy, które posiadają opisane działanie, nazywamy aglutyninami, samą zaś sprawę — aglutynacją. Aglutyniny zdobyły wielkie znaczenie praktyczne od czasu gdy VIDAL spostrzegł u chorego na dur, że zjawiają się one we krwi już w bardzo wczesnych okresach choroby. Odtąd jesteśmy w stanie posiłkować się nimi dla celów rozpoznawczych. Jeżeli, mianowicie, okaże się, że surowica gorączkującego chorego, wzięta w pewnym rozcieńczeniu, aglutynuje zawieszoną laseczkę durowych, to ze względu na ścisłą swoistość tych ciał, możemy wnioskować, że choroba, na którą zapadł chory badany, zależy od prątków durowych, innymi słowy, że mamy do czynienia z dudem brzuszynym. Ten odczyn nazywamy odczynem VIDALA, a samą procedurę — serodyagnostyką. Nadaje się ona nie tylko dla duru, lecz i dla moru i cholery. Ze względów praktycznych trzeba pamiętać o tem, że, aczkolwiek wynik dodatni próby aglutynacyjnej jest dla nas rozstrzygający, to jednak w przypadkach, gdy ona wypada ujemnie, nie mamy prawa twierdzić, że chory odnośny jest dotknięty inną sprawą chorobową, albowiem doświadczenie poucza, że aglutyniny występują częstokroć bardzo późno w przebiegu zakażenia albo też wcale nie występują.

Co się tyczy pytania, w jaki sposób powstają te krótko opisane swoiste przeciwciała (niweczniki) w czasie uodparniania, to dla uzasadnienia tej sprawy należy zwrócić się do tej tak wartościowej teorii, opracowanej w latach ostatnich przez EHRLICHĄ, t. zw. teorii ogniw bocznych, którą ze względu na obfitą literaturę odnośną postaramy się streścić.

EHRLICH sądzi, że każda substancja, względem której możemy ustrój uodpornić, jest związana chemicznie z pewnymi częściami żyjącego ustroju. Słuszność tego poglądu stwierdzają liczne dowody doświadczalne. Tę część komórki, z którą związana jest dana substancja, EHRLICH nazywa ogniwem bocz-

nem albo chwytnikiem, tę zaś grupę substancji, względem której uodparniamy, a która jest związana z chwytnikiem — grupą haptoforów. Według EHRLICHĄ tedy każda substancja, względem której w surowicy występują niweczniki, musi być związana z chwytnikiem u stroju łącznie z należącą do chwytnika grupą haptoforów. Dla lepszego wyjaśnienia powstawania w surowicy niweczników EHRLICH przytacza teorię WEIGERTA. WEIGERT stawia sprawę w sposób następujący. Jeżeli jakaś część ustroju ulegnie uszkodzeniu, to ustrój nie tylko stara się naprawić uszkodzenie, lecz wyrównanie to następuje z pewnym nadmiarem; jest to tedy sprawa, jaką pod postacią kostniny spotykamy w złamaniach kości. EHRLICH więc sądzi, że podobne braki wtędy powstają w pewnych częściach komórek, jeżeli część komórki, chwytник, zostanie zajęta przez grupę haptoforów. Na skutek tego chwytник odpowiedni, jako opanowany przez grupę haptoforów, jest dla ustroju stracony; ztąd, według WEIGERTA, ustrój wytwarza chwytniki w nadmiarze, a zbyteczne dla danego narządu chwytniki zostają z kolei wyrzucane do krwi. Owe wyrzucone i krążące swobodnie we krwi chwytniki stają się niwecznikami w surowicy uodpornionej. A zatem rzecz cała przedstawia się w sposób następujący: Ta sama substancja, chwytник, która do komórek żywego narządu wiąże jad odnośny, przedstawia jednocześnie przez się niwecznik ochronny o tyle, o ile zostaje odrzucona przez narząd żywy i krąży swobodnie we krwi. W tym stanie chwytник taki już we krwi wiąże grupę haptoforów jadu, nasycza tam ich powinowactwo chemiczne i przeszkadza jadowi łączyć się z komórkami narządu żywego. Niweczniki tedy, zawarte w surowicy, są identyczne z chwytnikami żywego narządu. W ten prosty i głęboko pomyślany sposób objaśnia EHRLICH występowanie niweczników w surowicy uodpornionej z jednej strony, a z drugiej zagadkę ich swoistości.

K. Z

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

Medycyna teoretyczna.

12. Bartel, Neumann i Leimsner. W sprawie działania narządów na prątek gruźliczy.

Praca autorów miała na celu zbadanie, jaki wpływ wywierają narządy limfatyczne oraz niektóre związki chemiczne, otrzymane z narządów, na żywotność prątków gruźliczych typu ludzkiego i bydłowego.

Co się tyczy pierwszej części pracy autorów, to badania ich potwierdziły poprzednie doświadczenia, mianowicie, że długotrwałe działanie narządów bogatych w limfocyty przy 37° zamienia prątki gruźlicze w stan niezdadliwy (*avirulent*) dla świnek morskich.

Co się zaś tyczy drugiej części pracy to autorowie badali wpływ na prątki gruźlicze zacyzynów proteolitycznych, mydeł kwasu oleinowego oraz lipidów, otrzymanych ze śledziony, wątroby i gruczołów limfatycznych młodych baranów. Okazało się, że związki te znoszą przy 37° zjadliwość prątka gruźliczego, zarówno ludzkiego, jak i bydłowego.

Najsilniejsze działanie, zdaje się, wywierają substancje lipidowe, ponieważ nie tylko znoszą one żywotność prątków gruźliczych, lecz nadto rozpuszczają ciała tych ostatnich. W literaturze znajdujemy o omawianej sprawie skąpe wzmianki. Tak np. Noguči znalazł, że mydła kwasu oleinowego w pewnej koncentracji zmniejszają zjadliwość prątków gruźliczych, tak, że wreszcie nie udaje się zakazić nimi zwierząt. Dalej Opie z doświadczeń swych wyprowadza wniosek, że komórki jednojądrowe i nabłonkowe (*epitheloid*) zawierają zacyzyn proteolityczny, który w przeciwieństwie do zacyzyny leukocytów wielojądrowych trawi białko w kwaśnym roztworze, zacyzyn ten jest przyczyną zserowacenia gruźliczek.

Na zasadzie powyższych badań autorowie twierdzą, że już w prawidłowych narządach znajduje się cały szereg ciał nieobojętnych, które mogą odgrywać ważną rolę w walce ustroju z zakażeniem oraz w procesie wytwarzania stanu odpornościowego.

Do ciał tych należą, jak wynika z badań autorów, zacyzyny proteolityczne, mydła kwasu oleinowego i lipoidy, otrzymywane z śledziony, wątroby i gruczołów limfatycznych.

(Centr. f. Bakteriologie etc. T. 56 Z. 2).

13. Scheller. Przyczynki doświadczalne do badań nad mechanizmem działania amboceptorów i dopełniacza.

Badania autora rzucają nowe światło na istotę omawianej sprawy. Za amboceptor służyła autorowi inaktywowana surowica królików, którym śródżylnie wstrzykiwano przemyte krwinki baranie; jako dopełniacz zaś — świeża surowica krwi świnki morskiej. Do hemolizy służyły krwinki baranie po przemyciu fiz. roztworem NaCl. w zawiesinie 10% fizjol. roztworu Na Cl.

Badania autora miały przede wszystkim na celu przekonanie się, czy i jak wpływa stopniowe rozcieńczanie za pomocą fizjologicznego roztworu NaCl. na wynik hemolizy, innymi słowy, jak wpływa ono na użyte do doświadczeń zarówno swoiste surowice (amboceptor), jak i dopełniacza.

Co się tyczy dopełniacza, to okazało się, że miarodajna jest nie ilość jego, lecz stopień koncentracji: mianowicie po rozcieńczeniu 2, 4, 8-iokrotnem w celu otrzymania takiego samego wyniku hemolitycznego należało użyć dopełniacza w ilości 2, 4, 8-iokrotnej.

Co się zaś tyczy amboceptorów, to, przeciwnie, okazało się, że działanie ich jest zupełnie niezależne od stopnia rozcieńczenia, innymi słowy, że jest ono proporcjonalne wyłącznie do użytych ilości.

Jest rzeczą ciekawą, że dopełniacz przy jednakowej koncentracji działa niezależnie od ilości uczulonych krwinek, naturalnie, przy odpowiednim zwiększeniu ilości swoistej surowicy.

Według teorii EHRLICHa w procesie hemolizy amboceptor odgrywa rolę tylko pomocniczą, przygotowawczą, istotnym zaś

czynnikiem działającym jest zaczyn dopełniacz. Na zasadzie streszczonych powyżej wyników swych badań autor, przeciwnie, skłania się do poglądu, że główną rolę odgrywa swoisty amboceptor przez działanie zaczynowe lub też fakt, że dopełniacz w zwykłej koncentracji może wywierać nieograniczenie duże działanie — przy dostatecznej ilości amboceptorów — tłumaczy, zdaniem autora dłaczego w ustroju uodpornionym zwiększa się ilość wyłącznie swoistych amboceptorów zawartość zaś dopełniacza pozostaje bez zmiany.

(Centralbl. f. Bakteriologie etc. T. 56. Z. 2).

Stanisław Mutermilch.

14. G. Michaelis. Teorya opsonin i jej znaczenie praktyczne.

Autor streszcza teorię opsonin WRIGHTA. Do ostatnich czasów panowały w nauce o odporności dwa kierunki: MIECZNIKOW przypisywał odporność ustroju w pierwszej linii fagocytarnemu działaniu białych ciałek krwi, PREIFFER—działaniu soków ustroju. WRIGHT twierdzi, że, aczkolwiek odporność ustroju zależna jest od fagocytozy, to jednakże komórki o tyle tylko mogą wywierać niweczący wpływ na drobnoustroje chorobotwórcze, o ile te ostatnie uprzednio podległy oddziaływaniu pewnych ciał, zawartych w surowicy krwi. Ciała te nazywa WRIGHT opsoninami. Znajdują się one zarówno w surowicy krwi prawidłowej jakoteż w surowicach uodpornionych i są swoiste dla każdego rodzaju drobnoustrojów chorobotwórczych. Zakażenie ma miejsce wówczas, gdy ilość opsonin we krwi jest zmniejszona. Ilość opsonin w surowicy określa WRIGHT przy pomocy metody, polegającej na obliczeniu zdolności fagocytarnej białych ciałek krwi w obecności danej surowicy. Stosunek ilości opsonin surowicy osobnika badanego do ilości opsonin surowicy normalnej nazywa WRIGHT wskaźnikiem opsonicznym. Wskaźnik opsoniczny ma ważne znaczenie rozpoznawcze: w sprawach umiejscowionych jest on niższy od normy (wskaźnik opsoniczny surowicy normalnej = 1.), zazwyczaj 0,4 — 0,8, w spra-

wach ogólnych waha się poniżej i powyżej jednostki.

Leczenie szczepionkowe polega na uodpornianiu czynnem organizmu, t. j. na pobudzeniu przy pomocy szczepionki ustroju do wytworzenia większej ilości ciał ochronnych. Z tego wynika, iż jest ono wskazane w cierpieniach przewlekłych, w przypadkach zaś ostrych winno być połączone z natychmiastowym dowozem ciał ochronnych, a zatem z uodpornianiem biernem.

WRIGHT kładzie nacisk na uwzględnianie w leczeniu t. zw. fazy ujemnej, następującej po wstrzyknięciu szczepionki, podczas której wskaźnik opsoniczny spada niżej normy. Powtórne wstrzyknięcie w tym okresie może tylko pogorszyć stan chorego ustroju. Zabieg winien być zatem powtórzony li tylko w fazie dodatniej, t. j. wówczas, gdy wskaźnik opsoniczny przewyższa normę.

Aby móz celowo stosować szczepionkę, normować wielkość dawek i długość przerw, należy starannie sprawdzać odczyn chorego ustroju. W tym celu autor radzi posiłkować się częstem określeniem wskaźnika opsonicznego, gdyż tylko w ten sposób możemy mieć pewne dane o odczynie ustroju.

Szczepionka winna pochodzić ze szczepu wyhodowanego z samego chorego (*autogen*), gdyż budowa receptorów różnych szczepów tego samego gatunku drobnoustrojów jest różna. Zasada ta musi być uwzględniona w szczególności w leczeniu cierpień, wywołanych przez laseczki okrężnicy (*b. coli commune*).

W Niemczech leczenie szczepionkowe znajdowało zastosowanie w przypadkach schorzeń na tle zakażenia gronkowcowego, paciorkowcowego, gruźliczego, rzeżączkowego oraz wywołanego przez prątek okrężnicy, jakoteż w formie szczepienia ochronnego przeciwdurowego.

Autor podaje też wyniki własnych spostrzeżeń:

Schorzenia na tle zakażenia gronkowcowego, jako to czyraczność (*furunculosis*) niemowląt, przewlekła czyraczność dorosłych, z małymi wyjątkami, poddawały się leczeniu szczepionkowemu, które dawało szybkie dodatnie wyniki.

W przypadkach uporczywego trądzika (*acne*) zauważył autor występujący pod wpływem szczepionki wybitny odczyn ogniskowy jakoteż zanik guziczek podskórnych.

W przypadkach płonicy, połączonej z zakażeniem paciorkowcem, stosowanie szczepionki nie dało żadnych wyników, natomiast jednoczesne stosowanie szczepionki i surowicy przeciwpaciorkowcowej wywoływało polepszenie w przypadkach ciężkich. Autor sądzi, że leczenie szczepionkowe może znaleźć zastosowanie w róży i zakażeniu paciorkowcem, wklajającym zapalenie gardła i reumatyzm stawowy.

Co się tyczy schorzeń rzeżączkowych, to wyniki leczenia zapalenia sromu i pochwy (*vulvovaginitis*) dzieci były ujemne, natomiast rzeżączkowe zapalenie stawów, zapalenie przyądrza (*epididymitis*) pod wpływem szczepionki ustępowały zupełnie lub też wykazywały znaczne polepszenie.

Leczenie szczepionkowe schorzeń gruźliczych jest właściwie wzmożeniem leczenia przy pomocy tuberkuliny KOCHA. BORCHARDT nie otrzymał wyników dodatnich w 50-ciu przypadkach umiejscowionej gruźlicy, aczkolwiek w 10 przypadkach stosował zabieg w ciągu 9-ciu miesięcy. Jako szczepionki używał zawiesiny prątków gruźliczych (*Neutuberculinbacillenemulsion*) KOCHA. To też autor podziela zdanie, że w schorzeniach gruźliczych umiejscowionych główną rolę winien odgrywać zabieg chirurgiczny. Natomiast stosowanie szczepionki może mieć znaczenie pomocnicze w okresie pooperacyjnym w celu podniesienia ogólnego stanu chorego jakoteż w przypadkach niezbyt posuniętego schorzenia gruźliczego narządów moczopłciowych i w niektórych przypadkach gruźlicy nerek.

Najczęstszym rodzajem cierpień, wywołanych przez laseczkę okrężnicy, są zapalenia dróg moczowych, powstające wówczas, gdy prątek ten dostanie się z odbytnicy do pęcherza bądź drogą naczyń limfatycznych, bądź przy nieostrożnym cewnikowaniu. Autor rozporządza 15-tu spostrzeżeniami, z których w jednym przypadku nastąpiła śmierć na skutek ogólnego zakażenia jeszcze przed zabiegiem, w dwóch — nie otrzymał

wyników dodatnich, w siedmiu nastąpiło polepszenie, w pięciu zupełny powrót do zdrowia. We wszystkich tych przypadkach ustalono przed zabiegiem zapalenie pęcherza, zapalenie miedniczek nerkowych, w moczu zaś wykazano białko, ciała ropne i wałeczki. Zabieg trwał 2 — 3 miesięcy, wstrzyknięto 2—20 milionów *b. coli*. W rezultacie nastąpiło polepszenie ogólnego stanu, spadek ciepłoty, a białko, bakterye i uorganizowane składniki bądź zupełnie znikły z moczu, bądź też ilość ich zmniejszyła się znacznie.

Autor nie zauważył jakiegokolwiek ubocznego szkodliwego oddziaływania szczepionki na ustrój.

(Berlin. Klin. Woch. 1910. Nr. 42).

Czesława Grosserowa.

Choroby kobiet.

15. Sippel. O niebezpieczeństwie zastrzykiwań podskórnych wody słonej (roztworu fizyologicznego) przy drgawkach (eclampsia).

16. A. Thies. Badania nad wlewaniem fizyologicznych roztworów soli.

SIPPEL spostrzegł przypadek drgawek porodowych, w którym w 30 godzin po rozwiązaniu za pomocą cięcia cesarskiego pochwowego nastąpił bezmocz (*anuria*). Dokonano odtorbienia (*decapsulatio*) jednej nerki, poczem nastąpiło obfite moczenie przy jednoczesnym znacznym zmniejszeniu się ilości białka w moczu i ustąpieniu śpiączki (*coma*). Jednakże powoli nastąpiło nowe pogorszenie, ilość moczu zmniejszyła się, powiększył się odsetek białka, wystąpiła gorączka, i chore życie zakończyła.

Chorej wstrzyknięto podskórnie 3 litry roztworu fizyologicznego soli kuchennej; otóż autor zadaje sobie pytanie, czy pogorszenie i zejście śmiertelne nie były spowodowane właśnie temi wstrzyknięciami. Niezbyt dawno KOWASOYE zwrócił uwagę na stosunek, zachodzący między zakłóceniem czynności nerek a wstrzykiwaniami wody słonej. Według doświadczeń jego, zwierzęta, którym wstrzyknięto pod skórę roztwór fizyologiczny soli, wydalają go przez nerki bez podrażnienia ich, lecz pod warunkiem, iż są one zupełnie zdrowe. Przeciwnie, o ile nerki są chore, ma miejsce zatrzymanie chlorku so-

du we krwi wraz z pogorszeniem się cierpienia nerek i powiększeniem obrzęków.

Chorej autora wstrzyknięto w ciągu 48 godzin 3 litry płynu fizyologicznego, zawierającego 27 gramów soli kuchennej; ponieważ ilość chlorku sodu, wydalanego prawidłowo z ustroju, wynosi średnio 12 gr. dziennie, a więc owe 27 gr. mogą znacznie obciążyć krew i to tem bardziej, iż przypuścić można, że jeszcze przed wystąpieniem drgawek już było zatrzymanie soli wskutek cierpienia nerek. Takie obciążenie zaznacza się szczególnie wtedy, jeżeli wydalanie wody (czynność kłębków nerkowych) jest jeszcze mało upośledzone, a wydalanie składników rozpuszczalnych moczu (czynność nabłonka kanalików nerkowych) jest już zakłócone; w tych warunkach woda wstrzykniętego roztworu ulega wydalaniu, lecz chlorek sodu pozostaje niewydalonym. To właśnie zdarza się w drgawkach; opierając się więc na własnym spostrzeżeniu jakoteż na pracach KOWASOYEA, JOCHMANA, LEOPOLDA i innych, autor uważa, iż przy drgawkach należy wstrzymać się od wlewań podskórnych wody słonej, które wogóle są w ogromnym użyciu od czasu, gdy pod wpływem nauki BOUCHARDA o samozatruciu uważa się drgawki jako jeden z jego objawów. Autor jest zdania, iż należy zwalczać drgawki, podobnie jak i inne postaci zatrucia ustroju, pobudzając obfite moczenie, które powoduje o tyle o ile odtrucie ustroju; lecz sądzi, iż celu tego nie dopnie się za pomocą wstrzykiwań podskórnych wody słonej w razie, jeżeli nerki nie są zdrowe. W tym razie należy czy to na drodze odbytnej, czy to na drodze żołądka (przy użyciu w stanie śpiączki zgłębnika przełykowego) zapewnić dostarczenie płynu ustrojowi. Rozumie się że płyn winien zawierać o ile jest to możliwe, mało soli.

Pamiętać zresztą należy, iż istnieje zasadnicza różnica między wprowadzeniem do ustroju roztworu soli przez przewód pokarmowy a na drodze podskórnej lub śródżylniej. Na tej ostatniej cała ilość soli, rozpuszczonej w płynie, zostaje wchłonięta, a ponieważ przewyższa ona o wiele potrzebę fizyologiczną, to musi być wydalona przez nerki. Jeżeli zaś płyny wprowadzone są przez żołądek lub

odbytnicę, wchłanianie soli ogranicza się do ilości, odpowiadającej potrzebom fizyologicznym. Różnica ta występuje jasno, jeżeli ma się do czynienia z roztworami słonymi skoncentrowanymi, które, wprowadzone do przewodu kiszkiowego, wywołują biegunkę, albowiem odciągają one wodę z surowicy krwi dotąd, dopóki surowica i zawartość kiszki nie staną się izotonicznymi; gdy tymczasem te same roztwory, wstrzyknięte śródżylnie, sprowadzają najczęściej zaparcie (zatkanie), a krew w stanie hipertonicznym odbiera część płynu zawartościom kiszki, będącym w stanie hypotonicznym, a to dla wyrównania ciśnienia osmotycznego. Mniej znaczne będzie ciśnienie osmotyczne płynu, wprowadzonego do żołądka lub kiszki u eklamptyczek z nerkami choremi; płyn, na tej drodze do ustroju wprowadzony, będzie odpowiedniejszy do obniżenia zgęszczenia drobinowego krwi, i wydalanie na drodze nerek odbywać się będzie bez ich podrażnienia.

(Deutsche Med. Woch. 1910 Nr. 1).

Jednocześnie prawie THIES ogłosił obszerną pracę doświadczalną nad wlewaniem roztworów fizyologicznych z kliniki chirurgicznej w Giessen, której wynikami jest zwrócenie również uwagi na niebezpieczeństwo wstrzykiwań fizyologicznego roztworu soli kuchennej (9‰) nie tylko w przypadkach cierpienia nerek, lecz również w licznych innych stanach chorobowych. Należy wystrzegać się stosowania ich szczególnie u młodych dzieci oraz w stanach charłacznych, w chorobach, przebiegających ze znaczną utratą soli, przy wygłodzeniach i w cierpieniach, powikłanych zmianami w sercu i w układzie naczyniowym. Wstrzykiwań tych nie należy robić w chorobach, w których następuje zatrzymanie w ustroju chlorku sodu oraz w przypadkach, w których bywa nadmierne wydzielanie innych soli; czyli że należy wstrzymać się od stosowania ich we wszystkich prawie chorobach gorączkowych. Przeciwwskazane są one również w żółtacze. Wstrzykiwania te są tem niebezpieczniejsze o ile wprowadza się do ustroju znaczną ilość, roztworu soli.

Ponieważ sód podstawia się w miejsce metali alkalicznych komórki ze szkodą prawidłowej równowagi pierwiastków komórkowych, o tyle większe jest niebezpieczeństwo, powodowane wstrzykiwaniem wody słonej. Ponieważ najkonieczniejszymi pierwiastkami niezbędnymi do utrzymania życia i czynności komórek są potas i wapień, brak więc ich powinien być zrównoważony; w tym celu do roztworu soli kuchennej należy dodać sól potasową i wapienną w ilości, odpowiadającej odsetkowi ich w ustroju, a więc 0,6% chlorku

sodu, 0,02% chlorku potasu i 0,02% chlorku wapnia. Roztwór ten, w porównaniu z surowicą krwi, będzie hypotonicznym. Jeżeli zaś roztwór, którego należy używać do wstrzykiwań, ma być izotoniczny, to trzeba powiększyć odsetek soli kuchennej oraz ilość potasu i wapnia w roztworze, dochodząc do tego mniej więcej stosunku: 0,85% chlorku sodu, 0,03% chlorku potasu i 0,03% chlorku wapnia.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u Chir. 1910. XXI.2).

Dr. J. R.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Protokół posiedzenia gastrologicznego z dnia 22 czerwca 1910 r.

1) Demonstracje:

a) RÓBIN przedstawił 22-letniego chorego S. S., który od 8 lat doznaje bólów periodycznych, zjawiających się mniej więcej co 4-5 tyg. i umiejscowionych w prawej połowie brzucha; bólem tym, dość silnym i trwającym 2-3 dni, towarzyszą zazwyczaj nudności i wymioty; w czasie bólów chory zawsze obserwuje sam wystąpienie twardego, bolesnego na dotyk guza w prawej 1/2 brzucha; guz ten po kilku dniach zaczyna się zmniejszać i zupełnie znika, aby po upływie jakiegoś czasu (paru tygodni) znów wystąpić przy nowym napadzie bólów.

W dyskusyi nad istotą owego „guza” zabierali głos LANDAU, GRUNDZACH REICHMAN i SKŁODOWSKI, kładąc nacisk na to, iż guz jest wodonerczem.

b) SIERPIŃSKI przedstawił 2 chorych ze zwężeniem przełyku. W pierwszym przypadku rozszerzenie było wrzecionowate rozpoznane przy pomocy promieni X, w drugim przypadku kol. S. przesondował plecinką № 28 chorego bez przeszkody.

Następnego dnia w pracowni kol. BAR-SZCZEWSKIEGO zbadano chorego, przy czem znaleziono serce znacznie powiększone we

wszystkich wymiarach, przepona jakby podniesiona ku górze. Choremu podano łyżeczkę papki bizmutowej — przełyk wypełnia się normalnie, na wysokości zaś 8 kręgu grzbietowego, rozszerzając się nieco, zagina się haczykowato na lewo w ten sposób, że dolny koniec haczyka, 2-2 1/2 cent. mający, idąc w kierunku do otworu przeponowego, leży prawie poziomo na przeponie, tworząc w ten sposób przy przejściu przez otwór przeponowy powtórne zagięcie i zaciśnięcie światła przełyku. To też słup bizmutu w tem miejscu ucina się. Taka sytuacja zdarza się podczas wydechu, ewentualnie podniesienia się przepony, podczas zaś głębokiego wdechu i opuszczenia się przepony przełyk wyprostowuje się, zagięcia maleją, i słup bizmutu przechodzi do części podprzeponowej przełyku, względnie żołądka.

Cały obraz przedstawia się tak, jak gdyby przełyk był za długi i zagiąć się musiał, lub też jakgdyby przepona zbyt się podniosła ku górze, zaginając przełyk i zaciskając światło jego w swym otworze o prawach rurki zagiętej.

Przeglądając dostępną odnośną literaturę, S. nie znalazł opisu nie rozszerzonego i zagiętego przełyku. Wielu autorów (STRÜMPFEL) przewidywało możliwość zagięcia przełyku, jako jeden z powodów jego niedrożności.

ci, szczególnie w tych przyp., gdzie organicznej przeszkody nie było, a skurczowi wpustu odmawiano istnienia.

Jako przyczynę takiego zagięcia wskazywano zbytne podniesienie się przepony bądź przez puchlinę brzuszną, guzy jamy brzusznej, guzy kiszki i t. p. W naszym przypadku możliwe jest to ostatnie przypuszczenie w związku z sutułowatą budową choro-

I w tym przypadku, zawdzięczając rentgenoskopii, można było wykazać przyczynę niedrożności przełyku, zgłębnik bowiem, a szczególnie twardy, czynił go dla badającego zawsze drożnym, bo prostym.

W dyskusyi REJCHMAN opisuje spostrzegany przez siebie podobny przypadek tętniaka aorty, w którym zgłębnik dobrze przez przełyk przechodził. Drugi przypadek jest podobny w części do przyp., opisanego przez kol. JANCZUROWICZA, i jest szczególnie interesujący z tego względu, że przełyk jest nie rozszerzony i zgięty.

SKŁODOWSKI dziwi się, że w II przyp. po 2 latach nie powstało rozszerzenie przełyku.

JUDT twierdzi, że nieznacznego rozszerzenia nie można w takich razach wyłaczyć, i że badanie roentgenoskopowe, przy pewnych staraniach, na to pytanie odpowiedź dać może.

REJCHMAN ostrzega przed opieraniem rozpoznania wyłącznie na roentgenoskopii, gdyż nieraz wyniki prześwietlenia są sprzeczne z wynikami zgłębnikowania, naprz. kasza bizmutowa może przejść swobodnie w kilka sekund, gdy istnieje niewątpliwa retencja w przełyku (naczczo około 150 cm. sz. płynu).

MINTZ dodaje, że w zwężeniach przełyku nerwowych przechodzenie zarówno kaszki bizmutowej, jak i pokarmów zależy od chwilowego kaprysu, — wskutek tego tedy czasem bizmut przechodzi, a pokarm nie — lub przeciwnie.

c) LANDAU odczytał rzecz p. t. „Kwas moczowy, dna i artretyzm”. Rzecz ta będzie drukowana w naszym piśmie.

W. Róbin.

Sekcja neurologiczno-psychiatryczna. Posiedzenie z dnia 17 września 1910 roku.

1. Męczkowski i Jaroszyński. Przypadek przypuszczalnego ucisku rdzenia 2 Higier. a) Przypadek idiotyzmu rodzinnego Tay-Sachsa, powikłanego wodogłowiem wewnętrznym. b) Przypadek *polioencephalomyelitis variolosa*. 3. Lapiński Tad. Przypadek jęczmieni, jęczmieniowej syringomyelii. 4. Sterling. Przypadek porażenia nerwu odwodzącego po nakłuciu lędźwiowym. 5. Radziwiłłowicz. William James (wspomnienie pozgonne).

1) Męczkowski i Jaroszyński przedstawili przypadek przypuszczalnego ucisku rdzenia.

Chory lat 40 od 5 miesięcy cierpi na silne bóle po stronie wewnętrznej przedramienia i w dwóch małych palcach ręki prawej. Przed miesiącem opadła mu prawa powieka, osłabła władza w kiści prawej. Przedmiotowo: prawa źrenica i prawa szpara oczna znacznie zwężone, prawa gałka oczna nieco zapadła, ciepłota ręki prawej podniesiona, siła ruchowa w dwóch ostatnich palcach osłabiona, pobudliwość na prąd elektryczny w dwóch ostatnich mięśniach międzykostnych zmniejszona. Prawa ręka i twarz pocą się bardziej. Rozpoznano nowotwór płuc, wzgl. oplucny, idący w stronę rdzenia (zajęcie korzeni, wychodzących z I grzbietowego i VIII szyjnego odcinka oraz ośrodk B. DUGG).)

W dyskusyi BUCHOWSKI rozpoznaje tu nowotwór klatki piersiowej, uciskający nerw współczulny.

Męczkowski uważa, że nowotwór leży bliżej rdzenia.

2) Higier przedstawił a) przypadek idiotyzmu rodzinnego Tay-Sachsa, powikłanego wodogłowiem wewnętrznym.

Chłopiec trzyletni, od 5 miesiąca życia zaczął zdradzać upadek inteligencji. Ślepotą zupełną. Drgawki. Odruchy ścięgnowe wzmożone. Objaw BABIŃSKIEGO. Zmiany na dnie oka typowe dla choroby Tay-Sachsa: wiśniowa malina na białym tle. Nakłucie lędźwiowe wykazało wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Referent rozpoznaje prócz choroby Tay-Sachsa — wodogłowiem wewnętrznym.

STERLING widział u tego dziecka poprzednio drgawki mykloniczne, wreszcie

choroba TAY-SACHSA może przebiegać z padaczką.

b) H. przedstawił przypadek *polioencephalomyelitis variolosa*.

20 letnia panna 5 miesięcy temu przebyła ospę, poczem dostała bólów głowy, porażenia kończyn, z trudnością łykała. Stopniowa poprawa. Przedmiotowo: niedowład kończyn dolnych, w mniejszym stopniu górnych, drżenie zamiarowe. Łykanie upośledzone, mowa nieco skandowana. Odruchy ścięgnowe żywe. Mówca rozpoznaje *polioencephalitis diffusa variolosa* z głównym siedliskiem w moście WAROLA. Możliwe jest przejście sprawy w stwardnienie wieloogniskowe.

3) ŁAPIŃSKI Tad. przedstawił przypadek padaczki, powikłanej syringomyelią.

Chory lat 32, obarczony neuropatycznie, cierpi na drgawki od 2-go roku życia. Przed kilku miesiącami dostał ostrej psychozy z omamami, z zaburzeniami w oryentowaniu się. Od paru miesięcy osłabienie władzy w palcach obu rąk. Przedmiotowo: skrzywienie kręgosłupa, zanik mięśni międzykostnych u rąk, obniżenie pobudliwości na ciepło i na zimno, a miejscami na ból, zbaczanie języka. Referent rozpoznaje gliozę mózgowordzeniową. Cierpienie łączy etiologicznie z padaczką, jako objaw wrodzonej nieprawidłowości rozwoju.

4) STERLING przedstawił przypadek porażenia nerwu odwodzącego po nakłuciu lędźwiowym.

Chora lat 26 przed 6 tygodniami dostała silnych bólów głowy z wymiotami, później drgawek, połączonych z zachowaniem przytomności. Po tygodniu od początku choroby

stwierdzono prawostronny bezwład kurczowy, który powoli ustąpił. Z powodu silnych bólów głowy dokonano nakłucia lędźwiowego, po którym tego samego dnia wystąpiło двоjenie się w oczach, a przedmiotowo stwierdzono porażenie nerwu odwodzącego prawego. Referent rozpoznaje zapalenie surowicze komór mózgowych, zaznacza, że porażenie n. VI wystąpiło po nakłuciu lędźwiowym bez związku z cierpieniem pierwotnym, podnosi rzadkość tych powikłań, objaśnia je podług BOUNIERA wahaniem płynu mózgorzzeniowego za pośrednictwem jądra DEJTERSA w pochewce nerwu VI. Jest to więc czuły odczynnik odruchowy na nakłucie lędźwiowe.

5. RADZIWIŁŁOWICZ wypowiedział wspomnienie pozgonne o Williamie JAMESIE.

Mówca scharakteryzował psychologa amerykańskiego jako wyznawcę metody introspekcyjnej w psychologii, empiryka w sposobach badania, zdecydowanego krytyka kierunku asocjacyjnego. JAMES był zwolennikiem kierunku ewolucjonistycznego, co znajduje wyraz we wszystkich jego filozoficznych poglądach. Mówca przyrównywa jego znaczenie dla psychologii ze znaczeniem DARWINA dla biologii. JAMESA uważać możemy za twórcę pragmatyzmu, t. j. kierunku praktycznego: uznawał on za konieczny wymagalnik prawdy, stwierdzenie jej użyteczności w życiu, jej przydatności do ciągłego udoskonalenia życia. Jego liczne dzieła z zakresu psychologii, filozofii posiadają pierwszorzędą wartość i wywołały ożywione spory naukowe.

St. Kopczyński.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych

— Nader ciekawe spostrzeżenie pęknięcia tętnicy głównej w przebiegu ropnicy zakomunikował dr SCHEUER na posiedzeniu Tow. lek. berlińskiego. Chory 33-letni, dotknięty ropowicą sto-

py lewej, skarżył się w przeciągu kilku dni na lekkie klucie w części dolnej płuca lewego od tyłu i zmarł nagle przy zadawalającym ogólnym stanie zdrowia. Badanie zwłok wykryło w płucach obecność olbrzymiej liczy-

by prosówkowych zawałów ropniczych i kilka większych ropni. W jamie opłucny prawej znajdowało się około 2-ch litrów płynu krwawego. Najciekawsze zmiany znaleziono w tętnicy głównej, na łuku której spostrzeżono pęknięcie poprzeczne ściany naczyń, naokoło którego znajdowało się rozległe nacieczenie drobnokomórkowe; nacieczenie to w niektórych miejscach uległo zropieniu. Zmian, przemawiających za przymiotem lub miażdżycą, nie znaleziono w żadnym z narządów. W danym więc przypadku powstało pęknięcie ściany tętnicy głównej na tle ropnicy prawdopodobnie pod wpływem chwilowego podniesienia ciśnienia krwi.

— O ostrem rozszerzeniu żołądka referował d-r HELLENDAL na posiedzeniu Tow. lek. w Düsseldorfie.

Ostre rozszerzenie żołądka powstaje często na tle przewlekłych cierpień tego narządu, lub występuje jako choroba samoistna po błędach w dyecie albo wreszcie po zabiegach operacyjnych; wielka śmiertelność tej choroby, wynosząca poprzednio do 85%, obniżyła się obecnie do 64,83%. W przypadku mówcy wystąpiło ono 5-go dnia po laparotomii przy dobrym ogólnym stanie chorej. Zaczęło się od kilkakrotnych wymiotów bardzo obfitych, ciepłota ciała była nieco podniesiona, a tętno dochodziło do 140. Ułożenie chorej na brzuchu pozostało bez wpływu, dopiero dwukrotne przemycie żołądka przyniosło chorej wielką ulgę. Zasługuje na uwagę, że po założeniu zgłębnika wydobyto z żołądka dużą ilość płynu bez względu na poprzedzające wymioty, i że wzdęcie żołądka nie zmniejszyło się bezpośrednio po jego opróżnieniu. Wskazywałoby to, że rozszerzenie zostało spowodowane przez gazy. Takie rozszerzenie żołądka może rozwinąć się w przeciągu 24 — 48 godzin i dochodzić do ogromnych rozmiarów: zupełnie zdrowy dotychczas żołądek może sięgać aż do spojenia łonowego i, według przypuszczeń niektórych badaczy, spycha wtedy kiszki cienkie do miednicy małej, sprawiając nadmierne rozciągnięcie kreski, a czasem i niedrożność dwunastnicy. Do tego czasu posiadamy opis 50 takich przypadków, potwierdzonych przez badanie zwłok. Te przypadki, zarów-

no jak i doświadczenia, wykonane na trupach przez ALBRECHTA, a na zwierzętach przez KELTINGA, BRAUNA i SEIDELA, potwierdzają przypuszczenia wspomniane; nie ulega jednak wątpliwości, że cierpienie omawiane znajduje się w związku z zaburzeniami w unerwieniu, które powodują niewydolność ruchową, na skutek zaś zastoju, spraw fermentacyjnych i wzmożonej czynności błony śluzowej powstaje rozszerzenie całego narządu.

W przypadkach podobnych, występujących po operacjach, bierze udział nie tylko narkotyk, jako czynnik przyczynowy, lecz i jako paraliżujący, a wreszcie i sam rękoczyn na drodze zwrotnej. Najniebezpieczniejsza jest postać, której za tło służy niedowład otrzewny; dla chorego stwarza on warunki równie niebezpieczne, jak samo zapalenie tej błony. Bardzo niebezpieczne, bo kończące się często zejściem śmiertelnym rozszerzenie żołądka, zależne od błędów dyetetycznych, dowodzi, że zwykła siła ruchowa, jak i wpływ unerwienia posiadają swoje granice. Udział układu nerwowego w rozwoju rzeczzonego cierpienia znajduje potwierdzenie w tych przypadkach; gdzie ono występuje po urazach brzucha lub w cierpieniach mleczka. W leczeniu najważniejszą rolę gra przemycie żołądka, które powtarzać należy kilkakrotnie w tych razach, kiedy po jednorazowym przemyciu żołądek zdradza tendencję do ponownego wzdęcia. Jeżeli po przemyciu wzdęcie żołądka nie zmniejsza się, a nadto istnieją objawy, przemawiające za niedrożnością dwunastnicy, to należy zastosować zalecane przez SCHNITZLERA ułożenie chorego na brzuchu. Wprawdzie BRAUN, SEIDEL i BORCHARDT nie chwala zgoła tej metody bez względu na bardzo zachęcające dane z literatury. U chorego BORCHARDTA po ułożeniu na brzuchu wystąpiło gwałtowne pogorszenie, a wreszcie zejście śmiertelne. Mówca w jednym podobnym przypadku odniósł wrażenie, że ciężko chory zmianę położenia znosi źle i przez czas bardzo krótki. Z drugiej znów strony THOMA, ALBRECHT i LICHTENSTEIN wypowiedzieli się na korzyść metody SCHNITZLERA: u chorych dwóch pierwszych autorów bez względu na dokonane a bezskuteczne przemycie żołądka objawy groźne ustąpiły po

3-godzinnem leżeniu na brzuchu, chory zaś LEICHTENSTERN w tych samych warunkach przebył w tej pozycji 36 godzin, t. j. do czasu ustąpienia niebezpieczeństwa. Wypływa stąd, że metodę SCHNITZLERA stosować należy, aczkolwiek po laparotomiach wymaga ona zachowania pewnych ostrożności. W tych przypadkach, kiedy zmiana położenia zawodzi, niektórzy autorowie zalecają dokonanie gastro-enterostomii. Ponieważ jednak zabieg ten w szeregu przypadków nie uchronił chorych od śmierci, przeto odzywają się głosy, ostrzegające przed wykonywaniem wspomnianego zabiegu wobec atonii żołądka. ZELLING, ZADE i KAYSER radzą zastosować jejunostomię, lecz dotąd nie ogłoszono spostrzeżeń, w których zabieg ten skończyłby się zejściem pomyślnem. Z przytoczonego wyżej wynika, że ostre rozszerzenie żołądka przedstawia sprawę chorobową, która w równej mierze powinna interesować jak lekarza praktyka, tak i specjalistę, zwłaszcza powinni być z nią dobrze obeznani ci, którzy wykonywają poważne zabiegi ginekologiczne lub operacje na drogach żółciowych. HELLENDALL zestawil 92 przypadki odnośne; spośród nich ostre rozszerzenie żołądka wystąpiło po zwykłych zabiegach operacyjnych 52 razy, a 40 po operacjach brzusznych, z których 12 dotyczyło operacji na drogach żółciowych, a 31 zabiegów ginekologicznych, wykonanych bądź przez pochwę, bądź przez otwarcie jamy brzusznej.

— Na posiedzeniu stowarzyszenia lekarzy w Strasburgu d-r v. TABORA poruszył sprawę upustu krwi i przewiązywania członków, jako środków leczniczych w zaburzeniach krążenia. Według mówcy, wskazania nasze obecne co do upustu krwi są zupełnie empiryczne, możemy jednak oprzeć je na podstawie zupełnie racjonalnej przez zastosowanie mierzenia ciśnienia żylnego krwi, co jednocześnie pozwoli nam dokładniej dozować sam upust. Otwarcie żyły (*venaesectio*) jest wskazane w zaburzeniach krążenia, połączonych z przepełnieniem układu żylnego, kiedy ciśnienie krwi w żyłach jest podniesione. Wiadomo, że objaw ten towarzyszy nie wszystkim przypadkom niewydolności serca. Tam jednak, gdzie

go spostrzegamy, powinniśmy starać się o obniżenie podniesionego ciśnienia za pomocą upustu do poziomu prawidłowego. W tym celu należy upuścić 300 — 500 ctm. sz. krwi, ponieważ upusty mniejsze nie prowadzą do otrzymania pożądanego przez nas wyniku, są więc bezcelowe. W tych przypadkach, w których upust takiej ilości krwi okazuje się niewykonalnym, otwarcie żyły można zastąpić przez przewiązywanie członków. Wynik, otrzymany po tym zabiegu, łatwo sprawdzić za pomocą mierzenia ciśnienia żylnego. To przewiązywanie zaleca się dla wzmocnienia efektu dokonanego poprzednio upustu krwi, o ile za pomocą tego zabiegu nie udało się osiągnąć należytego obniżenia ciśnienia w układzie żylnym. Dotychczas zapoznawano fakt, że zakres wskazań dla obydwóch tych metod jest znacznie szerszy, niż jakby to można było wnosić z dotychczasowego ich stosowania. Powinien on znaleźć zastosowanie nie tylko wobec obrzęku płuc w ich zapaleniu, lecz we wszystkich innych stanach niedomogi serca, połączonych z zastojami żylnymi, naturalnie, z uwzględnieniem ścisłej indywidualizacji chorych. Spostrzeżenia prelegenta dowodzą, że środki sercowe, zwłaszcza z grupy naparstnicy, wywierają po upuście krwi wpływ bez porównania i wybitniejszy i trwalszy w kierunku uwolnienia układu żylnego, niż bez zastosowania tej metody. Nawet i prawidłowe ciśnienie można znacznie obniżyć za pomocą przewiązywania członków. Taki bezkrwawy upust żylny posiada tę przewagę nad krwawym, że można go stosować często u tego samego chorego; nie jest on tak bardzo energiczny, a jednak pomimo to daje wyniki zupełnie zadawalające. Największa ilość upuszczonej krwi jednemu choremu, cierpiącemu na rozednięcie płuc, połączoną z ciężką niedomogą serca, wynosiła 750 ctm. sz. i dała wynik wprost zbawczy.

— D-r JOACHIMSTHAL przedstawił na posiedzeniu Tow. lekarzy Charité w Berlinie swój sposób rozpoznawania i leczenia wrodzonego zwężenia kulszyszy u niemowląt. Wbrew przyjętemu obecnie pogładowi na sprawę leczenia rzeczzonego cierpienia, mówca od kilku lat stosuje od-

prowadzenie zwichnięcia po upływie pierwszego roku życia. Wczesne rozpoznanie udaje się mówcy zawsze przy uwzględnieniu pewnego objawu, który pozwalał oznaczyć ustawienie główki kości udowej u dzieci starszych. Jeżeli w przypadku zwichnięcia jednostronnego obydwu biodra zgiąć do kąta prostego i ustawić je w możliwie jednakowej addukcyi, to można spostrzedz charakterystyczną różnicę w ustawieniu osi obydwu bioder. Gdy po stronie zdrowej, stosownie do centralnego ustawienia główki, kierunek biodra odpowiada panewce, kontur wewnętrzny uda tworzy jednostajnie wklęsłą linię, to po stronie chorej, zarówno przy dobrze wyrażonej *luxatio iliaca*, jak i przy zwichnięciach niezupełnych lub *luxatio supracotyloidea*, rzuca się w oczy przemieszczenie dośrodkowego końca uda ku tyłowi i górze wskutek zmiany kierunku osi biodra, co jeszcze wyraźniej zaznacza się przez wypuklenie się najwyższej części powierzchni wewnętrznej biodra, zależnie od występowania mięśni przywodzących uda. Objaw ten występuje i przy obustronnem zwichnięciu. W postę-

powaniu swem JOACHIMSTHAL kieruje się dwoma względami. Naprzód, dzięki odpowiedniemu ułożeniu dziecka, udało się mu zapobiedz zanieczyszczeniu się opatrunku do tego stopnia, że w przeciągu dwóch lub trzechmiesięcznego okresu ustalenia kończyny nie tworzy się wyprysk, a opatrunek zmienia się raz lub dwa razy przez cały ten czas. Powtóre — przy tak wczesnem rozpoczynaniu leczenia poprawa następuje tak szybko, że na 24 przypadki, leczone w ten sposób, ani razu nie otrzymał wyniku ujemnego. Tak pomyślne wyniki skłoniły właśnie autora do wczesnego rozpoczynania leczenia. W celu ustalenia kończyny posługuje się on pewnego rodzaju łóżkiem gipsowem, składającym się z tylnej części zwykłego opatrunku ustalającego, do którego za pomocą opaski gipsowej przymocowuje się udo, zgięte pod kątem prostym i ustawione w należytej addukcyi. Uderzająca zwłaszcza była długotrwała sztywność stawów przy zwichnięciu obustronnem bez względu na stosunkowo krótki okres ustalenia.

K. Z.

Wiadomości drobne.

= Sprawa stwierdzania osobistości całkowicie dziś polega na dokonywaniu pomiarów antropometrycznych systemem BERTILLONA oraz na daktyloskopii. Obecnie d-r TAMASSIA (Arch. d'antrop. crimin. 180) zaleca obok tego inną metodę bardzo łatwą. Polega ona na fotografowaniu sieci żył na tylnej stronie ręki. Sieć ma układ charakterystyczny, swoisty dla każdego osobnika. Fotografować należy obie ręce po uprzedniem opuszczeniu ich na dół, ew. po podwiązaniu przedramienia, w razie potrzeby można przed fotografowaniem odrysować na skórze przebieg żył.

TOMASSIA odróżnia 6 typów:

1. Żyła główna idzie węzowato i łączy się z innymi żyłami na swoim przebiegu.

2. Zarys drzewiasty: 3 — 4 żył dążą do palców, gdzie dzielą się na kilka gałęzi, przebiegają je zazwyczaj inne żyły.

3. Zarys w postaci sieci: żyły przecinają się w różnych kierunkach, tworząc czworoboczne oczka, niekiedy sercowate lub jajowate. Jedna z żył jest grubsza.

4. Zarys w postaci litery V — dwie żyły główne łączą się u podstawy palców.

5. Sieć w postaci podwójnego Y, różniącą 4 żyły, które łączą się po 2, i jedną wystającą.

6. Sieć skomplikowana, utworzona z kombinacji wyżej opisanych.

(Biologica I, 1911).

= Typy ludzkie. Prof. CHARPY, MANOUVRIER i F. RÉGNAULT starają się na zasadzie pomiarów ustalić dwa typy człowieka: *homo latiformis* i *homo longiformis*. *H. latiformis* ma klatkę piersiową szeroką, krótką, kwadratową, ramiona szerokie, poziome, wymiar poprzeczny klatki wynosi 0,18 — 0,19

wysokości ciała, podstawa klatki jest szeroka, kąt mieczykowaty rozwarty, ma 80° i więcej. Klatka piersiowa *h. longiformis* jest wąska, długa z ramionami opadającymi, wymiar poprzeczny = 0,17 wysokości ciała, podstawa klatki wąska, kąt ostry = 60° i mniej. Mostek u ludzi wysokich jest długi, u krępych krótki, żebra u krępych stoją poziomo, u wysokich skośnie. Sutki kobiet krępych są okrągłe, o szerokiej podstawie, u wysokich zbliżone do siebie o wąskiej podstawie i raczej stożkowate. Miednica krępych ma niewysokie i skośne doły biodrowe, wogóle jest szeroka, wymiar poprzeczny stanowi 0,3 wysokości ciała. Miednica ludzi wysokich jest wysoka, ze stojącymi pionowo dołami biodrowymi, wymiar poprzeczny mniejszy, niż 0,28 wysokości ciała. Różnicę miednic można wymierzyć na żywym, mierząc kąt, utworzony przez fałdę pachwinową i linię poziomą, idącą od brzegu górnego kości łonowej, u ludzi wysokich wynosi on 45°, u krępych spada poniżej 25°.

Również i nachylenie miednicy jest różne u obu typów, u krępych miednica nachyla się ku przodowi, spojenie łonowe stoi nisko, narządy płciowe zewnętrzne u kobiet leżą bardziej ku tyłowi, podczas gdy miednica wysokich jest prosta, nieco tylko pochylona, spojenie łonowe wystaje ku przodowi, narządy płciowe zewnętrzne również widoczne od przodu. Przewód rodny jest skrzywiony (TILLAUX), co wywołuje w czasie porodu częste pęknięcia krocza. Skutkiem pochyleń ku przodowi miednicy u krępych kość krzyżowa jest wydatna, ogonowa odsunięta ku tyłowi, pośladki są wzniesione, wysokie fałda podpośladkowa w stosunku do łona stoi wysoko, rowek międzypośladkowy jest krótki. Wysocy z prostą miednicą nie mają wygięcia kręgosłupa, pośladki nie wystają, plecy są płaskie, fałda podpośladkowa jest krótka, przeciwnie, rowek międzypośladkowy długi.

Przeźród między łonem a wyrostkiem mieczykowatym u krępych jest większa, brzuch wystaje skutkiem wykrzywienia kręgosłupa w części lędźwiowej i nachylenia miednicy, kiszka gruba jest długa, przeciwnie,

u *h. longiformis* ściany przednie brzucha są krótsze, brzuch płaski. Biodra krępych są szerokie skutkiem nachylenia miednicy i małego kąta szyi biodrowej (115° — 122°), wysocy mają biodra wąskie, kąt szyi biodrowej waha się od 131° — 138°, skutkiem wąkości bioder wysocy a otyli mają uda zbliżone, co powoduje częstą pryszczycę, przeciwnie, uda krępych są oddalone od siebie.

Kończyny krępych są krótkie i grube, wysokich długie i cienkie. Nogi i ręce krępi mają szerokie i krótkie, wysocy długie i wąskie, szyję mają długą, prostą, twarz wydłużoną, czaszkę wysoką, natomiast krępy ma szyję szeroką i krótką, twarz szeroką, czaszkę rozrośniętą w kierunku poprzecznym.

Oprócz tych 2 typów RÉGNAULT opisuje jeszcze typ grubych (*crassiforme*), cechujący się większymi wymiarami przediotylnymi miednicy, klatki piersiowej i czaszki. Mostek wypukły, klatka piersiowa wypukła, czaszka wydłużona, czoło wydatne.

Oczywiście, zdarzają się typy mieszane z tułowiem krótkim i wydłużonymi kończynami lub odwrotnie, są one następstwem skrzyżowania lub też duru brzuszno, który, jak wiadomo, powoduje wzrost szybki kości długich. Pijaństwo, gruźlica, niedomoga tarczycy również skutkiem zaburzeń we wzroście mogą powodować różne kombinacje, toż samo głód i nędza. Na dysharmonię wpływają też i sporty i zajęcia. Marynarze np. mają krótkie nogi i wydłużoną szyję oraz kończyny górne.

Ludzie krępi z rozwiniętym lepiej przeżwaniem pokarmowym trawia łatwiej znaczne ilości pokarmów, są często żarłokami i tyją łatwiej.

Notują jeszcze inne mniej ważne różnice. Fakty te zasługują na dalszą obserwację i sprawdzenie.

(Biologica Nr. 1, 1911)

= Jako przyczynek do dyetetyki w skazie moczanowej, podajemy zawartość związków purynowych w poszczególnych pokarmach.

Zawartość związków purynowych w %:

a) pokarmy zwierzęce			b) pokarmy roślinne				
Mleczko ciel.	1.2075	Szynka	0.1386	Czekolada	1 43	Kartofle	0.0024
Wątróbka ciel.	0.3303	Kotlet wołowy	0.1365	Groch zielony	0.0765	Bulka pszenna	} ani śladu
Bifstek	0,2478	Baranina	0.1158	Soczewica	0.0750	Ryż	
Połudwic. woł.	0.1566	Zajac	0.1140	Mąka owsiana	0.0636	Tapioka	
Kura	0.1554	Dorsz	0.0699	Chleb	0.0400	Salata	
Indyk	0.1512	Flaki	0.0687	Szparagi	0.0258	Kalafiory	
Połudw. wiep.	0.1458	Mleko	0.0060	Cebula	0.0093		
Sandacz	0 1398	Ser i masło	ślady				
Połudwica ciel.	0.1395						

(Biologica 1, 1911).

J Z.

Wiadomości bieżące.

USTAWA WARSZAWSKIEGO STOWARZYSZENIA LEKARZY.

Podajemy poniżej w dosłownym tłumaczeniu zalegalizowaną dn. 13 b. m. przez Komisję do spraw stowarzyszeń w Warszawie ustawę Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy.

Starania około legalizacji trwały czas dłuższy i, na szczęście, zostały uwieńczone pożądanym wynikiem. Dziś mamy znów instytucję pierwszorzędno dla lekarzy znaczenia, wypełniającą w życiu towarzyskim i społecznym lukę, jaka powstała po nieoczekiwanym zamknięciu b. Stowarzyszenia lekarzy polskich.

Aczkolwiek ustawa nie odpowiada bynajmniej warunkom obecnym naszego życia, aczkolwiek nacisk główny położono w niej na stronę towarzyską, organizacja bowiem muzeów, pracowni etc. to rzecz dalekiej jeszcze przyszłości, i w tych skromnych ramach przy usilnej pracy zarządu działać można bardzo wiele w kierunku naszych spraw zawodowych. Mówimy zarządu, gdyż ustawa, jak widzimy, całą pracę i całą odpowiedzialność wkłada na zarząd, który zastąpić musi wszelkie wydziały w innych tego rodzaju instytucjach. Wybór przeto zarządu będzie najważniejszym zadaniem i najważniejszym krokiem na zebraniu organizacyjnym, które odbędzie się niebawem. Musi on stanowić zespół ludzi z inicjatywą, jednakim obdarzonych duchem i ofiarnych pod względem czasu, który dla kierownictwa instytucją poświęcić muszą. Zarząd ma w nowej instytucji prawa wszelkie, ale też ponosi i wszelką odpowiedzialność za byt stowarzyszenia.

Mamy nadzieję, że nowe stowarzyszenie zyska odrazu znaczną liczbę członków, tembardziej, iż dla kolegów najmłodszych ustawa określa składkę na rb. 6 rocznie w ciągu pierwszych pięciu lat praktyki, i że pod kierunkiem zarządu, którego cechy określiliśmy powyżej, instytucja powinna się rozwijać szybko ku pożytkowi licznej rzeszy lekarzy warszawskich, pozbawionych przez czas dłuższy instytucji towarzysko-zawodowej.

Kasa chorych, która istniała przy b. stowarzyszeniu, musi wobec nowej ustawy zyskać legalizację, o co zaraz poczynione będą kroki ze strony b. jej Zarządu.

I. Nazwa Towarzystwa

§ 1. Zatwierdzone na zasadzie ustawy niniejszej Stowarzyszenie nosi nazwę „Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy”.

II. Cele Stowarzyszenia.

§ 2. Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy ma na celu:

a) spółdziałanie wzajemnemu zapoznaniu i zbliżaniu osób, pracujących teoretycznie lub praktycznie na polu nauk lekarskich, oraz ich rodzin.

b) wspólne obrady członków nad sprawami, dotyczącymi działalności naukowej i zawodowej członków Stowarzyszenia,

c) dostarczanie członkom Stowarzyszenia i ich rodzinom rozrywek towarzyskich.

III. Zakres działalności Stowarzyszenia.

§ 3. Stowarzyszenie rozciąga swą działalność na gubernie Królestwa Polskiego.

NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

HISTOGENOL

Naline

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

w **Paryżkiej Akademii Nauk,**
w **Paryżkim Towarzystwie Terapeutycznym,**
w **Paryżkim Towarzystwie Biologicznym**

i w rozprawach, przedstawionych kompetentnemu sądowi Paryżkiego Fakultetu Lekarskiego.

HISTOGENOL NALINE stosuje się z doskonałym wynikiem w ciągu kilku lat w szpitalach, sanatoriach, lecznicach i klinikach całego świata. Przepisuje się do leczenia i wyleczenia: przewlekłych katarów oskrzeli, gruźlicy, małokrwistości, neurastenii, cukrzycy, żółtów, limfatyzmu i zimnicy i w wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego.

HISTOGENOL NALINE należy podawać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie dorosłym i 2 łyżek deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptekach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celu uniknięcia zafałszowań należy wyraźnie przepisywać.

HISTOGENOL NALINE w postaci „ELIKSIRU“ lub **HISTOGENOL NALINE** w postaci „ZIARENEK“ i sprawdzić czy rzeczywiście podpis **A. Naline** znajduje się na szyjce butelki.

Histogénol Naline znajduje się w sprzedaży we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

HURTOWA SPRZEDAŻ U FABRYKANTA

A. Naline, Pharmacien de 1-re Classe à Villeneuve-La-Garenne, près Paris-St-Denis (Seine)

Składy **HISTOGENOLU** we wszystkich aptekach Rosyji i w Rosyjskiem Towarzystwie Handlu Aptecznym i Towarami, Kazanskaja 12 w Petersburgu, w Charkowie i Jekaterynburgu, w Towarzystwie Lemme i C ow Rostowie nad Donem i Odessie, w Towarzystwie Juratat w Kijowie, w Kaukazkiem Towarzystwie Handlu Towarami Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferrejna w Mie.

MUIRACITHIN

Uwaga! Jedynym fabrykantem oryginalnego zagranicznego „Muiracithinu“ jest Ernst Aleksander.

Wybitnie skuteczny środek przeciwko **Impotencji** i wszystkim cierpieniom **neurastenicznym,**

następnie w praktyce ginekologicznej w przypadkach **braku popędu, dyspareunii, amenorrhoe, w hypoplach**

sii wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthessii sexualis, nerwowych stanach przygnębienia. **WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW.**

Literatura. Tajn. Radea Lek. Prof. Eulenburg—Berlin, Fürbringer — Berlin, Pawłow — St. Petersburg Weideman—St- Petersburg, Hirsch —St. Petersburg, Holländer - Berlin, Posener—Berlin, Rebourgeon—Paryż, Goll—Zurich, Popper—Igls bei Senator, Hirsch—Kudowa. Steinsberg—Franzensbad, Waitz—Paryż, Wright—Londyn, Piliver—Odessa, Fürth—Dervent, Kraus—Wiedeń, Quastler—Wiedeń, Kitaj—Wiedeń.

NORIDAL

Nadzwyczaj skuteczne i prawie we wszystkich przypadkach **absolutnie pewne czopki przy wszelkich CIERPIENIACH HEMOROIDALNYCH** do racjonalnego i pewnego usuwania wewnętrznych i zewnętrznych hemoroidów, **DO TAMOWANIA KRWOTOKÓW** (nawet w przypadkach zadawnionych) wybitnie działające **ADSTRINGEN KIZKOWE i ANTISEPTICUM.** Czopki Noridolowe odpowiadają nowoczesnym wymaganiom leczenia hemoroidów i zawierają następujące skuteczne składniki **Cacii chlorat. 0,05. Calcii jodat 0,01, Paranephrin. 0,0001, Balsam. peruv. 0,1.**

[Cena rub. 1,60 za pudełko.] **Literatura:** Prof. Boas—Berlin, Kehr—Halberstadt, Pickard—Berlin, Sandberg—Berlin, Zibell—Monachium, Wright—Londyn, Silvestri—Rzym, Dawson—Londyn

Literatura i próby gratis i franko.

Prawdziwy „Muiracithin i Noridal“, tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez **Ministerium Przemysłu i Handlu.**

Kantor chemicznych preparatów — St. Petersburg Małaja Koniuszannaja 10.

Reprezentant **S. Rościszewski** Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46.

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ

PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

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

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

GLYCÉRO-DALLOZ

GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ

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

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

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

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

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

PROBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

MACZKA NESTLÉ MLECZNA

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

Lekarze zalecają Epilepticon D-ra WEILA,

jako środek działający skutecznie przy
 epilepsji.

Cena dużego $\frac{1}{4}$ pudełka=60 proszk. 4 rs.
 Epilepticon w małych $\frac{1}{4}$ pudełkach dosko-
 nale działa przy nerwowem osłabieniu, neu-
 rastenii, rozdrażnieniu, wyczerpaniu, mi-
 grenie, hysterii i nerwowej bezsenności.

Wyłączny Wyrób:

uprzywil. „APTEKA POD ŁABĘDZIEM”

Frankfurt n./M.

Próby i literaturę wysyła p. p. Lekarzom
 na żądanie

Główn. przedstaw. na Rosję i Król, Pols.

Apteka E. Treutlera,
 Warszawa, Nowy-Swiat 60.

TERMOGEN

Wata lecznicza.

Zastępuje skutecznie nalewkę jodową, zwy-
 czajną watę, olejek krotonowy, plastry, gorczy-
 czniki i wszelkiego rodzaju kataplazmy, wcierania
 i okłady.

Stosowanie Termogenu jest wskazane: w gość-
 cu, dnle, bólach neuralgicznych, w kolce wątro-
 bowej, bólach i t. p.

Jestto środek pomocniczy, w niczem nie zmie-
 niający leczenia przepisanego przez lekarza,
 N. B. Próby wysyła się pp. doktorom
 na żądanie.

Biuro francuzkich produktów farmaceutycz-
 nych Gabriel Pommier, 27, ulica Pan-
 telejmonowska, St. Petersburg.

IV. Środki działania.

§ 4. Dla urzeczywistnienia celów zawartych w § 2 Ustawy Stowarzyszenia, stosownie do § 28 Przepisów czasowych o stowarzyszeniach i z zachowaniem praw istniejących w tym zakresie Stowarzyszenie:

a) organizuje zebrania członków ze sprawozdaniami, referatami, odczytami i dyskusją nad kwestyami z zakresu medycyny i praktyki lekarskiej.

b) Urządza wykłady i odczyty publiczne z zakresu nauki i praktyki lekarskiej.

c) Urządza pracownie, muzea, biblioteki, wydaje pisma peryodyczne, książki, katalogi, zbiory bibliograficzne z zakresu nauk lekarskich, prowadzi dział informacyjny w zakresie nauk lekarskich i działalności lekarskiej, organizuje ankiety, zbiera materiały i ogłasza konkursy.

d) Układa na propozycję władz lub z własnej inicjatywy projekty i raporty w sprawach zdrowotnych i szpitalnych oraz w innych sprawach zawodowych.

e) Urządza wystawy z zakresu nauk lekarskich, organizuje zjazdy i wycieczki, utrzymuje stosunki z towarzystwami krajowymi i cesarstwie i zagranicą.

f) Utrzymuje lokal otwarty dla członków i wprowadzanych gości z biblioteką i czytelnia, bilardem, grą w szachy, i t. p. ogólnie zezwolonemi rozrywkami, z wyjątkiem różnego rodzaju gier hazardowych, które są stanowczo w lokalu Stowarzyszenia wzbronione.

g) Urządza dla członków i ich rodzin oraz osób zaproszonych przedstawienia, koncerty, odczyty literackie, wieczory tańcujące i rauty.

h) Wydaje wsparcia członkom Stowarzyszenia.

UWAGA: Kasa pomocy wzajemnej może zacząć działalność po zarejestrowaniu ustawy oddzielnej.

V. Prawa Stowarzyszenia.

§ 5. Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy jest osobą prawną; stosownie do § 20 Przepisów czasowych o stowarzyszeniach, Stowarzyszenie ma prawo nabywać i sprzedawać majątek ruchomy i nieruchomy na drodze kupna, darowizn i legatów, tworzyć kapitał, zawierać umowy i transakcje hipoteczne, dawać zobowiązania, pożywać i stawać w sądzie.

VI. Wstępowanie i ustępowanie członków.

§ 6. Członkami Stowarzyszenia mogą być osoby pełnoletnie, które ukończyły nauki

lekarskie. Członkowie dzielą się na zwyczajnych i honorowych.

UWAGA. Członkami nie mogą być osoby, praw pozbawione przez sądy lub wyłączone za czyny przeciwne honorowi z tego lub innych stowarzyszeń oraz stosownie do § 7 i 8 Przepisów czasowych o stowarzyszeniach, uczniowie oraz wojskowi i marynarze wojenni.

§ 7. Osoby, życzące sobie zapisać się na członków zwyczajnych Stowarzyszenia, winny zawiadomić o tem Zarząd Stowarzyszenia i muszą być przedstawione przez 2-ch członków Stowarzyszenia. Listę kandydatów wywiesza się na przeciąg 4 tygodni w lokalu Zarządu Stowarzyszenia. O przyjęciu kandydata decyduje Zebranie ogólne przez balotowanie większością 2/3 członków obecnych. Członków honorowych wybiera zebranie ogólne większością 3/4 głosów członków obecnych na przedstawienie Zarządu z pośród osób wyjątkowo zasłużonych dla celów, przez Stowarzyszenie podjętych.

§ 8. Członkowie mają prawo w każdej chwili ustąpić ze Stowarzyszenia po uprzednim zawiadomieniu o tem Zarządu. Członek, który w ciągu roku nie wnieśli składek, może być wykreślony z listy członków Stowarzyszenia większością głosów ogólnej liczby członków Zarządu. Członek, działający na szkodę Stowarzyszenia lub spełniający czyn przeciwny zasadom honoru, może być wykreślony z listy członków z decyzji Zebrania Ogólnego przez balotowanie tajne większością 2/3 głosów członków obecnych.

VII. Składki członków i wnoszenie składek.

§ 9. Wysokość składki rocznej dla członków określa się na rb. 12 rocznie; w ciągu pierwszych lat 5 od dnia ukończenia studiów lekarskich członkowie zwyczajni płacą tylko rb. 6. Członkowie honorowi są od opłat członków zwolnieni.

§ 10. Składki powinny być wnoszone przez członków w ciągu pierwszego kwartału za rok z góry albo półrocznie lub kwartalnie w ciągu pierwszego miesiąca każdego półroczu lub kwartału na ręce skarbnika Zarządu lub jego zastępcy za kwitem sznurowym, który stanowi dowód opłacenia składki przez członka.

VIII. Prawa członków.

§ 11. Wszyscy członkowie Stowarzyszenia mają prawo korzystania z lokalu, biblioteki, czytelnia i wogóle wszystkich urządzeń Stowarzyszenia, udziału w zebraniach Stowarzyszenia, stawiania i podtrzymywania

wszelkich wniosków oraz czynnego i biernego wyboru do Zarządu i komisji rewizyjnej Stowarzyszenia.

IX. Skład Zarządu, sposób wyboru i uzupełnienia.

§ 12. Zarząd Stowarzyszenia składa się z 12 członków i 6 zastępców, zawiadujących na posiedzeniach Zarządu z prawem głosu doradczego. Członkowie Zarządu wybierają na rok spośród siebie prezesa, wiceprezesa, sekretarza, skarbnika, gospodarza lokalu oraz ich zastępców.

§ 13. Członków Zarządu wybiera Zebranie Ogólne na 3 lata. Z liczby członków Zarządu corocznie ustępuje z prawem ponownego wyboru 4 członków, w ciągu pierwszych lat 2 przez losowanie, w latach następnych według starszeństwa wyboru. Zastępców wybiera Zebranie Ogólne corocznie na rok jeden.

§ 14. W razie ustąpienia członka Zarządu przed terminem lub też niemożności pełnienia obowiązków przez czas dłuższy, obowiązki jego obejmuje zastępca według ilości głosów otrzymanych przy wyborze.

X. Kompetencja Zarządu.

§ 15. Posiedzenia Zarządu odbywają się w miarę potrzeby według uznania prezesa Zarządu lub na żądanie 4 członków Zarządu, w każdym razie co najmniej raz na miesiąc. Dla prawomocności postanowień konieczną jest obecność prezesa lub jego zastępcy i co najmniej 6 członków Zarządu. Sprawy są rozstrzygane prostą większością głosów, z wyjątkiem spraw o wykreśleniu członków (§ 8). W razie równości głosów głos przewodniczącego przeważa. Uchwały Zarządu zapisują się do protokołu, który podpisują prezes i sekretarz Zarządu.

§ 16. Do obowiązków Zarządu należy:

a) Zarządzanie i kierownictwo działalnością Stowarzyszenia wogóle stosownie do ustawy niniejszej oraz zarządzanie wszelkimi sprawami Stowarzyszenia i jego majątkiem ruchomym i nieruchomym, kupno, wynajęcie i sprzedaż majątku.

b) Zawieranie wszelkich umów, przyjmowanie zobowiązań i wierzytelności, zaciąganie pożyczek, przyjmowanie i zwalnianie personelu, oznaczenie dla niego wynagrodzenia i pensji w granicach zatwierdzonego przez Zebranie Ogólne preliminarza.

c) Określanie wysokości opłat za karty, bilard, wstęp gości oraz kar.

d) Przyjmowanie darowizn i legatów bezwarunkowych.

e) Tworzenie spośród członków Stowarzyszenia i rzeczoznawców komisji dla wykonania poleceń Zarządu w sprawach, należących do kompetencji Zarządu.

f) Wydawanie członkom zapomóg.

g) Otrzymywanie korespondencji pocztowej i telegraficznej, nie wyłączając pieniężnej, przesyłek kolejowych i innych oraz wydawanie upoważnień do ich odebrania.

h) Przedstawicielstwo Stowarzyszenia na zewnątrz, utrzymywanie i podtrzymywanie w jego imieniu stosunków na zewnątrz.

i) Układanie sprawozdań rocznych i preliminarzy budżetowych, przygotowywanie wniosków dla zebrania ogólnego i przedwstępne rozpatrywanie wniosków członków, przedstawionych w terminie określonym, co do wniesienia ich pod obrady Zebrania Ogólnego (§ 20), zwoływanie Zebrań Ogólnych.

j) Stawianie wniosków na Zebraniach Ogólnych o wyborze członków honorowych.

k) Baczenie, aby członkowie Stowarzyszenia zachowywali przepisy etyki lekarskiej.

l) Wykreślanie członków z listy Stowarzyszenia w razie przewidzianego w § 8 ustawy zalegania w opłacie składek.

m) Opracowywanie i przedstawianie Zebraniu Ogólnemu projektów zmian ustawy niniejszej.

§ 17. Przedstawicielem Stowarzyszenia na zewnątrz w stosunkach zewnętrznych jest prezes Zarządu lub jego zastępca, który łącznie z sekretarzem lub jego zastępcą podpisuje papiery w imieniu Stowarzyszenia, plenipotencje sądowe i do władz administracyjnych i wogóle wszelkie akty i umowy, nie wyłączając rejentalnych i hypotecznych. Zobowiązania, czeki i t. p. podpisuje prezes lub jego zastępca łącznie ze skarbnikiem lub zastępującym jego miejsce członkiem Zarządu.

XI. Miejsce urzędowania Zarządu.

§ 18. Miejscem zamieszkania Towarzystwa „Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy” oraz jego Zarządu jest m. Warszawa.

XII. Zachowanie porządku w lokalu Stowarzyszenia.

§ 19. Lokalem Stowarzyszenia zarządza członek Zarządu-Gospodarz.

§ 20. Osoby, przebywające w lokalu Stowarzyszenia, obowiązane są zachować porządek należyty, grzeczność i przyzwoitość; obowiązek baczenia na to wkłada się na gospodarza lokalu, innych członków Zarządu oraz członków dyżurnych, wyznaczonych przez Zarząd.

§ 21. Prócz członków uczęszczać mogą jako goście za opłatą ustaloną przez Zebranie Ogólne osoby, przedstawione przez jednego z członków Stowarzyszenia, który własnoręcznie zapisuje nazwisko i godność gościa do oddzielnej, przechowywanej u szwajcara księgi i odpowiada na zasadzie ustawy niniejszej za zachowanie się gościa.

§ 22. W Stowarzyszeniu dozwolone są wszelkie gry z wyjątkiem hazardowych lub takich, co do których wzbronienia nastąpiło rozporządzenie rządowe.

§ 23. Warunki szczegółowe gry określają prawidła przez Zarząd opracowane i zatwierdzone przez Zebranie Ogólne.

§ 24. Gra w karty w lokalu Stowarzyszenia trwać może do g. 1 $\frac{1}{2}$ w nocy, po tym czasie grający członkowie lub goście płacą karę w wysokości, oznaczonej przez Zebranie Ogólne, gra jednak wogóle trwać nie może dłużej, niż do g. 6 $\frac{1}{2}$, i o tej porze lokal musi być bezwarunkowo zamknięty.

XIII. Termin i sposób zwoływania Zebrania Ogólnego.

§ 25. Zebrania Ogólne dzielą się na zwyczajne i nadzwyczajne. Zwyczajne zwołuje corocznie Zarząd w Warszawie najpóźniej w kwietniu. Nadzwyczajne Zebrania Ogólne zwołuje Zarząd według swego uznania oraz w ciągu 6 tygodni po otrzymaniu odpowiedniego, motywowanego żądania Komisji rewizyjnej lub 40 członków Stowarzyszenia.

§ 26. Termin i miejsce Zebrania Ogólnego Zarząd ogłasza w 3 pismach miejscowych według swego wyboru przynajmniej na 2 tygodnie przed terminem zebrania. Wnioski członków na piśmie powinny być składane Zarządowi przynajmniej na tydzień przed terminem Zebrania Ogólnego.

XIV. Zakres praw Zebrań Ogólnych.

§ 27. Zebranie Ogólne jest najwyższą instancją dla rozstrzygania spraw Stowarzyszenia.

Zebranie Ogólne:

a) przyjmuje i zatwierdza bilans i sprawozdanie Zarządu i Komisji rewizyjnej Stowarzyszenia oraz przedstawia instrukcje i preliminarz budżetowy.

b) upoważnia Zarząd do zaciągnięcia zobowiązań i pożyczek, przekraczających normy budżetowe.

c) Rozstrzyga sprawy, dotyczące kupna i sprzedaży nieruchomości.

d) Przyjmuje darowizny i legaty warunkowe na rzecz Stowarzyszenia.

e) Zalicza kandydatów w poczet członków oraz decyduje w sprawie wydalenia

członków w wypadkach przez ustawę przewidzianych.

f) Wybiera członków Zarządu, zastępców i członków Komisji rewizyjnej.

g) Rozstrzyga w instancji ostatecznej wszelkie sprawy, przedstawiane przez Zarząd w imieniu Zarządu lub też na wniosek członków Stowarzyszenia.

h) Zatwierdza projekty zmian ustawy.

i) Decyduje w sprawie likwidacji Stowarzyszenia.

§ 28. Zebranie Ogólne jest prawomocne w obecności najmniej $\frac{1}{4}$ liczby członków zamieszkałych w Warszawie. W razie gdy zebranie nie dojdzie do skutku wskutek braku kompletu członków, Zarząd zwołuje Zebranie powtórne w terminie przez siebie określonym dla zadecydowania tych samych spraw, ale nie wcześniej, niż po 2 tygodniach; zebranie to jest prawomocne bez względu na liczbę członków obecnych, o czym należy uprzedzić wszystkich członków Stowarzyszenia.

§ 29. Wszelkie sprawy Zebranie Ogólne decyduje prostą większością głosów oddanych. W sprawach o przyjęciu i wykreśleniu członków, projektów zmian ustawy, likwidacji Stowarzyszenia i postanowien co do majątku Stowarzyszenia na wypadek likwidacji wymagana jest większość $\frac{2}{3}$ głosów członków obecnych na Zebraniu.

XV. Prowadzenie rachunkowości.

§ 30. Majątek Stowarzyszenia dzieli się na:

I. Kapitał obrotowy, który tworzy się a) ze składek rocznych członków, b) z dochodów dozwolonej w lokalu gry, c) z opłaty wejściowej i kar, d) z odsetek od kapitału zapasowego.

II. Kapitał zapasowy, który tworzy się a) z darowizn na ten cel przeznaczonych, b) z funduszy asygnowanych w tym celu przez Zebranie Ogólne.

III. Kapitał zapomóg, który tworzy się a) z darowizn na ten cel przeznaczonych, b) z funduszy asygnowanych w tym celu przez Zebranie Ogólne.

§ 31. Dla powiększenia funduszy Stowarzyszenie ma prawo przyjmować ofiary jednorazowe i peryodyczne oraz legaty z zachowaniem ich przeznaczenia oraz urządzić, z zachowaniem praw obowiązujących, wszelkiego rodzaju na dochód swój zabawy, przedstawienia teatralne, koncerty, bale, odczyty, widowiska, wykłady, pogadanki.

§ 32. Zarząd Stowarzyszenia prowadzi księgi buchalteryjne, sprawozdania i biurorowość zgodnie z prawami obowiązującymi i

zwyczajami. Rok administracyjny kończy się z rokiem kalendarzowym.

XVI. Komisya rewizyjna.

§ 33. Komisya rewizyjna składa się z 5 członków i 2 zastępców, wybieranych na rok przez Zebranie Ogólne.

§ 34. Komisya rewizyjna a) ma prawo przeglądać księgi Stowarzyszenia i protokoły posiedzeń Zarządu, b) sprawdzać stan kasy przynajmniej raz na rok, c) ma prawo żądać od Zarządu zwołania Zebrania Ogólnego najpóźniej w terminie 6 tygodniowym od dnia otrzymania piśmiennego żądania i wprowadzenia na porządek dzienny Zebrania spraw i wniosków, wskazanych przez Komisję, d) przedstawia Zebraniu Ogólnemu sprawozdanie roczne ze swej działalności oraz swe wnioski.

§ 35. Komisya rewizyjna ma prawo delegować swych członków dla dokonania rewizji (p. b i c § poprzedniego). Z czynności tych spisać należy odpowiedni protokół.

XVII. Zmiana Ustawy.

§ 36. W razie potrzeby dokonania zmian w ustawie, Zarząd po opracowaniu projektu zmian i zatwierdzeniu projektu przez Zebranie Ogólne w sposób przewidziany w §§ 21, 22 i 23 Ustawy niniejszej, wnosi projekty do zatwierdzenia przed władze odpowiednie stosownie do § 27 Przep. Czas. o Stowarzyszeniach.

XVIII. Likwidacya Stowarzyszenia.

§ 37. Likwidacya Stowarzyszenia może nastąpić wskutek jednostronnego prawnego postanowienia Zebrania Ogólnego w sposób przewidziany w §§ 21, 22 i 23 Ustawy niniejszej lub na zasadzie Przep. Czasowych o Stowarzyszeniach.

§ 38. W razie likwidacyi Stowarzyszenia majątek przechodzi na rzecz Kasy Zapomóg dla Wdów i Sierot po Lekarzach przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem. W celu uregulowania stosunków majątkowych, zgodnie ze wskazówkami Zebrania Ogólnego, toż Zebranie wybiera, w razie likwidacyi, Komisję Likwidacyjną.

XIX. Założyciele Stowarzyszenia.

§ 39. Założycielami Stowarzyszenia są: D-r Leon Babiński, D-r Józef Jaworski, D-r Walenty Kamocki, D-r Tomasz Reutt, D-r Bronisław Sawicki i D-r Witold Szumlański.

— Miastu naszemu przybył wzorowy zakład leczniczy przy ul. Jerozolimskiej 65. Zakład ten, przeniesiony z ul. Boduena, mieści się w domu, specjalnie na ten cel postawionym, zastosowano więc w nim wszystkie ulepszenia techniczne co do rozkładu pokoi, ogrzewania, oświetlenia, przewietrzania i t. p. Zakład zajmuje V piętr. Na parterze urządzono ambulatoryum, gabinet konsultacyi, oraz gabinety przyjęć lekarzy, poczekalnię, szatnię etc.; na I piętrze mieści się zakład ortopedyczno-chirurgiczny i Zandera kol. W. Łapińskiego i W. Reklewskiego, na pozostałych piętrach 30 pokoi dla chorych. Na każdym piętrze jest kredens, sala opatrunkowa, na ostatnim piętrze urządzono wspaniałe 2 sale operacyjne, umywalnie, pokój sterylizacyjny. Sala operacyjna prócz oświetlenia zwykłego ma oświetlenie Zeissa, pozwalające skupić światło na dowolnem polu operacyjnym, a obok tego urządzenia do elektrokaustyki. Na jednym z piętr mieści się doskonale urządzona sala porodowa. Na korytarzach podłogi wyłożono korkiem i linoleum, co w zupełności tłumi hałas, tembardziej, że do pokoi prowadzą drzwi podwójne. Urządzenie pokoi w zupełności odpowiednie. Zakład jest własnością kol. S. Anteckiego, S. Cykowskiego, S. Gurbskiego, J. Laskowskiego, A. Leśniowskiego, R. Rauma, Z. Sławińskiego, W. Smoniewskiego, A. Wertheima i W. Łurakowskiego. Życzymy mu powodzenia, na które w zupełności zasługuje.

ARHEOL

C¹⁵ H²⁶ O

Jedyny czynny pierwiastek wyciągu santalowego

**RZEŻĄCZKA
KATAR PĘCHERZA
MOCZOWEGO****ARISTOCHEIN**

Antipyreticum pozbawione smaku; wskazywane w tych przypadkach, w których stosuje się chininę, zwłaszcza w praktyce dziecięcej.

ESTORAL

środek na katar nosa przyjemny i łatwy w zastosowaniu. Zalecany w różnego rodzaju Rhinitis i Ozaena; również stosowany skutecznie w chronicznym cierpieniu tuby Eustachjusza oraz w chronicznym ropieniu środkowego ucha.

EUSTENIN

przeciww arteriosklerozie, anginie pectoris i tętniakom aorty.

Bardzo polecany we wszystkich tych przypadkach, w których bywa pożądanym połączenie leczenia jodem z theobrominą.

Na żądanie się p.p. Lekarzom literaturę i próby.
Przy zamówieniu prosimy o powołanie się na ogłoszenie Nr. 20b.

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

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

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany materji i wzmagając zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczianów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,
PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,
ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,
WZMAGA DIUREZĘ

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

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Hemogen Magistra Klawe

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN.
 Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemji, chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, nieżyty żołądka, kiszki i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2-3 łyżki stołowe dziennie, dla dzieci 2-3 łyżeczki.

Hemorin Magistra Klawe

czopki hemoroidalne, połączenie jodotleniku bizmutu z resorcyną.

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

STOVAINE

Najskuteczniejszy, najmniej trujący i najtańszy ze wszystkich środków znieczulających miejscowo. Dawkowanie takie same jak kokainy.

ATOXYL

Najskuteczniejszy, najmniej trujący z organicznych przetworów arsenowych.

TUBERCULIN TEST

W celu rozpoznania gruźlicy za pomocą reakcji ocznej prof. Calmette'a.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Reconstituens, neurastenia, anemia mózgu, zmęczenie, rekonwalescencya

Les Etablissements **POULENC FRÈRES** - PARIS

Jeneralny przedstawiciel Adolf Weinstein
w Warszawie — Nowo-Jasna 6.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne

*pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr. Bengué.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy

Nowo-karlsbadzkie kryształy

Dr. Brackebuscha

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

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZ PŁATNIE.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO ORTOPEDYCZNY

D-ra E. Reichsteina, w Warszawie

Marszałkowska 149, tel. 42-17.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według

Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

D-ra Antoniego Tuchendlera

Oesophagoskopia, Rekto- i Romanoskopia

przyjęcie od 1—3 pp.

ul. Muranowska 29