

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 29.

Warszawa d. 22 lipca 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.

TRZEŚĆ. PRACE ORYGINALNE: Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza-praktyka, napisał Cz. Czerwiński (Lublin). O prostej, podręcznej metodzie badania źrenic i o kilku mniej znanych objawach ze strony oka, napisał S Goldflam — STRESZCZENIA — *Choroby weneryczne*. 124 Leczenie przymiotu dużemi dawkami kakodylanu sodu. 125 S. J Meltzer (New York) Wstrzykiwanie leków, zwłaszcza salwarsanu w mięśnie lędźwiowe. 126. Wechselmann. O zapobieganiu odczynowi gorączkowemu przy śródżylnych wstrzykiwaniach salwarsanu. 127. F. Marschall. Uwagi o leczeniu przymiotu wrodzonego arsenobenzolem („606“). 128. J. v. Bókai (Budapeszt). Działanie lecznicze salwarsanu w przymiocie wieku dziecięcego. — WIADOMOSCI DROBNE. — I-szy Zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi, dnia 4-go i 5-go czerwca 1911 roku. — ODCINEK. W sprawie stosunku lekarza leczącego do leczonego i jego rodziny, podał J. Zawadzki. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza-praktyka.

napisał.

Cz. Czerwiński (Lublin).

(Rzecz odczytana na Zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Łodzi)

Największą zdobyczą współczesnego położnictwa niewątpliwie jest pełne zwycięstwo aseptyki nad antyseptyką. Zwolennicy tej ostatniej z Hofmeierem na czele stawiali jako zasadę odkażanie w każdym porodzie pochwy za po-

mością przestrzykiwań jednym z ogólnie używanych środków przeciwnilnych. Zarówno doświadczenie kliniczne, jak i badania bakteriologiczne dowiodły w ostatnich czasach, że sposób ten nie tylko że wogólności jest bezskuteczny w znaczeniu odkażenia przewodu rodnego, ale bywa wprost szkodliwy. Przemycania pochwy usuwają wprawdzie mechanicznie część zarazków, ale za to swoim działaniem chemicznem osłabiają żywotność komórek nabłonka, zmniejszają ich odporność w walce z tymi zarazkami chorobotwór-

cej; w czasie przesuwania się przodującej części płodu przez pochwę przypalony śluzem i innymi przeciwnościami nabłonek podnosi się, tworząc dwarstwa i może być na względnie dużym stopniu zestrzeni starty z powierzchni; innymi słowy, cała pochwa przedstawia wówczas taki nadzwyczaj dogodny dla powstania zakażenia; pozbawiając powierzchnię wydzielinę śluzową, środek przeciwnościami robi ją suchą, mało elastyczną i niebezpieczną przy przechodzeniu płodu: tworzą się w ten sposób fałdy, które mogą uleść nekrotyzacji i pękać. Eksperymentalnie stwierdzono, że normalna wydzielina pochwy u ciężarnej posiada własności bakteryobójcze, dzięki którym istnieje tak zwane „samooczyszczenie pochwy”, niszczenie zatem tego naturalnego środka samoobrony, przy jednoczesnym istnieniu innych, wyżej przytoczonych czynników, przyczynia się do zakażenia.

Zakażenie to może pochodzić z dwóch źródeł:

1) drobnoustroje mogą przenikać do wnętrza ciała z jej narządów płciowych, z odzieży, pościeli, wanny i t. p.; zakażenie jednak, powstałe tą drogą, ma zwykle przebieg łagodny. 2) Inaczej ma się rzecz z zakażeniami, których źródłem zakażenia są ręce lekarza, jego ubranie i t. d., przedmioty, które mogą pośrednio lub bezpośrednio w zetknięciu z błonami śluzowymi i skórą; lekarz, mający z konieczności styczność z chorobami

do jałowej pochwy najzłośliwsze powstają zakażenia.

Antyseptyka położnicza musi być całkowicie zaniechana, a miejsce jej powinna zająć aseptyka, która dąży do utrzymania stanu naturalnej czystości dróg płciowych za pomocą wyjaławiania wszakże nie bezpośrednio lub pośrednio, tylko w zetknięciu z rodzącą. Gotująca się w wodzie para wodna pod ciśnieniem oddaje doskonałe usługi w sprawie odkażania rąk, bielizny i rękawiczek; skóra rąk nie nadaje się jednak do stosowania podobnych wyjaławiania, a niestety, żadnej pewnej metody w tym względzie nie posiadamy. Dlatego też musimy z całym pedantyzmem trzymać się następujących, dziś ogólnie uznanych w aseptyce chirurgicznej zasad: a więc przede wszystkim nie wolno winniśmy zakażać własnych rąk (Są to środki unikania ich zetknięcia z chorymi i ranami, w szczególności zaś z zakażonymi i otwartymi ranami, z substancjami gnijącymi, kładającym się moczem, kałem i t. d.). Wyjaławianie rąk przepis bardzo trudny do wykonania, aseptyka, ale możliwy; przecież w w takich przypadkach ręce można uchronić od zakażenia za pomocą grubych gumowych rękawiczek, a tam, gdzie chodzi o wyjaławianie czucia, za pomocą cieniutkich rękawiczek gumowych, brudne opatrunki można czyścić przy pomocy kleszczyków i t. d.

Jeżeli jednak wbrew naszemu opinii, przy zachowaniu tych wszystkich zasad, ręce nasze uległy zakażeniu,

sada, t. zw. abstynencyi, to jest wstrzymania się na czas jakiś od wykonywania rękoczynów aseptycznych; przez ten czas zluszcza się zakażony naskórek, gruczoły potowe i łojowe wydają zarazki; to fizyologiczne samooczyszczenie może być wzmocnione kąpielami. Jakkolwiek ściśle nie można określić czasu tej naszej wstrzemięźliwości, przyjęto jednak, że 3—4 dni wystarcza, aby z powierzchni skóry znikły nabyte zarazki; jeżeli przytem pod ich wpływem na skórze rąk powstały pryszczki z zawartością ropną, to dopiero po 3—4 dniach od chwili ich zupełnego zagojenia się możemy spokojnie wrócić do pracy. Zasada wstrzemięźliwości obowiązuje i w tem znaczeniu, aby bez koniecznej potrzeby nie tylko rodzącej nie badać wewnątrznie, ale nawet unikać niepotrzebnego zetknięcia się rąk naszych ze wszystkim, co ma z nią przyjść w zetknięcie.

W razach koniecznej potrzeby ręce lekarza dotykają narządów rodnych rodzącej, i wtedy ręce te muszą być możliwie wyjałowione. W tym względzie nie wystarcza dokładne wymycie i wyjaławianie; lekarz praktyk powinien stale pielegnować swe ręce, w drobnych bowiem draśnięciach, starciach naskórka bakterjolog wykazuje całe gniazda zarazków chorobotwórczych; całość naskórka rąk jest zatem niezbędnym warunkiem ich czystości; ztąd wypływa przepis, że lekarz praktyk powinien stale chronić swoje ręce od różnych szkodliwości mechanicznych, termicznych i chemicznych; więc powinien on unikać grubszej roboty, nie powinien obcinać zbyt krótko paznogi, nie powinien bez potrzeby i zbyt gorliwie wyjaławiać swoich rąk; szczotka powinna być szeroka, dostatecznie miękka, mydło neutralne, woda niezbyt gorąca i niezbyt silne stężenie użytego do opłukiwania środka przeciwnilnego. Prace takich powag, jak BUMM, DÖDERLEIN, KRÖNIG, AHLFELD i innych, dowiodły, że drogą wyłącznie me-

chaniczną (szczotka, mydło, gorąca woda) nie możemy otrzymać bezwzględnej czystości rąk: pomimo tego, zdaniem tychże badaczy, mechaniczne oczyszczanie skóry pozostanie zawsze potężnym środkiem w odkażaniu rąk, lwią częścią tegoż, gdyż odkażanie drogą chemiczną bez uprzedniego dokładnego oczyszczenia mechanicznego pozostanie bez wartości.

Mycie rąk ma na celu mechaniczne usunięcie z powierzchni skóry resztek wydzieliny gruczołów łojowych i potowych, rozmiękczenie powierzchniowych warstw naskórka i, nakoniec, usunięcie ich za pomocą szczotki. Stosownie więc do tego celu myjemy najprzód parokrotnie ręce bez szczotki—mydłem lub spirytusem mydlanym, wodą ciepłą (o ile możliwości, bieżącą), a następnie dopiero wyjałowioną szczotką według zwykłych zasad. O ile mamy pod ręką wyjałowiony ręcznik, wycieramy nim dokładnie ręce i przystępujemy do chemicznego odkażenia, którego wartość zależy nie tyle od siły bakteryobójczej użytego środka, ile od jego zdolności przenikania w głębsze warstwy naskórka, aby tam na czas operacji osłabić i unieruchomić ukryte zarazki. Za najlepszy w tem znaczeniu środek obecnie większość uznaje alkohol absolutny (w braku jego można użyć spirytusu skażonego). Kończymy więc odkażanie rąk parominutowem myciem ich szczotką i wyskokiem; niektórych (FÜRBRINGER) metoda ta nie zadawała, żądają oni jeszcze następczego dokładnego opłukania rąk w sublimacie (1‰ lub sublaminie (1‰)—ten ostatni środek ma tę dodatnią stronę, że nie wpływa drażniaco na naskórek. Na ostatnim (tegorocznym) kongresie chirurgów w Berlinie uznano za najpewniejsze połączenie obu wymienionych metod chemicznych, a więc radzą zakończyć odkażanie rąk 5-cio minutowem myciem ich szczotką i 2‰ roztworem sublamininy w wyskoku.

Nieemożność absolutnego odkażenia skóry rąk za pomocą ogólnie używanych metod naprowadziła na myśl niedopuszczania do bezpośredniego zetknięcia skóry rąk naszych z czystą raną za pomocą gumowych rękawiczek. Te ostatnie łatwo wyjałowić przez gotowanie w 2% roztworze sody lub przez działanie pary pod ciśnieniem. Niewątpliwie, dopóki całość rękawiczki nie jest naruszona, pewni być możemy, że powierzchnia jej jest zupełnie jałowa; jeżeli jednak, jak się to często zdarza, w czasie wykonywania jakiegoś zabiegu powstanie w rękawiczce otwór, niebezpieczeństwo zakażenia staje się większym, aniżeli gdybyśmy od początku operowali dobrze wymytą ręką bez rękawiczki. Aby tego niebezpieczeństwa uniknąć, należy przed włożeniem rękawiczek odkażać ręce również dokładnie, jak gdybyśmy mieli operować bez rękawiczek; następnie po wymyciu należy ręce wytrzeć do sucha wyjałowionym ręcznikiem i wciągnąć suchą rękawiczkę na suchą rękę, co z łatwością daje się uskutecznić przez posypanie rąk wyjałowionym talkiem. Samo przez się rozumie się, że dla dokonania jakiegoś zabiegu wewnątrzmacicznego oprócz zwykłej rękawiczki należy pokryć całe przedramię wyjałowionym gumowym rękawkiem, dalej, że rękawiczka musi być nadzwyczaj dobrze dopasowana do wielkości ręki, aby nie uciskała palców i nie wywoływała w nich uczucia drętwienia, i nakoniec, musi być tak cienka, żeby nie osłabiała zbyt mocno czucia dotyku i, co zatem idzie, nie zmniejszała sprawności ręki przy wykonywaniu zabiegu.

A teraz postarajmy się odpowiedzieć na pytanie, czy przy tak postawionej sprawie używania rękawiczek w położnictwie, a tylko tak postawiona, będzie ona racjonalna, mamy prawo zobowiązać przeciętnego lekarza prowincjonalnego do przyjęcia zasady wykonywania operacji położniczych nie in-

czej, jak w rękawiczkach? Zdaje mi się, że byłoby to żądanie czysto teoretyczne. Lekarz praktyk może wyjałowiać swoje rękawiczki jedynie za pomocą gotowania czyli zawsze będzie używał wilgotnych rękawiczek, wkładanych na wilgotną rękę, co stanowi stronę ujemną: po paru gotowaniach cienka gumowa rękawiczka traci swoją elastyczność, rozciąga się, staje się za dużą, rwie się przytem z łatwością; niekiedy zdarza się, że już po jednorazowym użyciu rękawiczki nadają się do wyrzucenia, a ponieważ najczęściej rękoczynów położniczych lekarz prowincjonalny zmuszony jest wykonywać w praktyce ubogiej, względy materialne nie pozwolą mu na taki zbytek, jakim są w tych razach rękawiczki. Użyłem w danym razie wyrazu „zbytek”, gdyż jak mówi AHLFELD, jedna z największych powag w sprawach aseptyki położniczej, „przy dokładnem odkażeniu rąk naszych nawet najbardziej niebezpieczne zabiegi, jak wydobycie łożyska, dają co najmniej nie gorsze wyniki, niż wykonanie tychże zabiegów w gumowych rękawiczkach”, a znakomity chirurg KOCHER w swoim podręczniku chirurgii operacyjnej tak wyraża swój pogląd na omawianą sprawę: „rękawiczki trzeba nosić między operacjami, a zdejmować je na początku operacji”. Zasada ta współczesnej aseptyki musi obowiązywać każdego lekarza, była ona już omawiana wyżej, nie będę więc do niej wracał, dodam tylko, że do ścisłego wykonania jej wystarczają w zupełności rękawiczki z grubej gumy, które nie niszczą się tak prędko. Używać ich lekarz praktyk może i powinien przy wykonywaniu takich drobnych zabiegów, jak założenie cewnika do pęcherza moczowego, trzymanie krocza, wywiązanie główki i łopatek, usunięcie łożyska ze szpary sromowej, mycie sromu, podwiązanie pępowiny u noworodka i t. p. Jak więc widzimy, zachowanie się lekarza przy porodzie całkowicie określa się dokładną

znajomością zasad współczesnej aseptyki i da się sformułować w sposób następujący: lekarz praktyk powinien dokładnie poznać zewnętrzne metody badania ciężarnych i rodzących, aby tą drogą ograniczyć do minimum konieczność badania wewnętrznego, a tam, gdzie staje on wobec konieczności wprowadzenia ręki do przewodu rodnego, nie powinien ani na jedną chwilę zapominać o groźnym niebezpieczeństwie dla życia rodzącej, jakie ściśle wiąże się z niezachowaniem przepisów rozumnie pojętej czystości położniczej.

(D. n.)

O prostej, podręcznej metodzie badania źrenic i o kilku mniej znanych objawach ze strony oka

(zmiana szerokości źrenic przy oddechu Cheyne-Stokesa, widzenie barw widma we własnym włosie).

napisał

S. Goldflam.

II.

Spostrzegalem wielokrotnie w zaburzeniach w oddychaniu typu CHEYNE-STOKESA, że podczas okresu bezdechu (*apnoë*) źrenice się kurczą, rozszerzają się zaś wraz z powrotem oddechu, i to coraz bardziej, w miarę jak oddechy stają się głębsze. Zarówno zwężenie, jak i rozszerzenie źrenic nie dochodzi do *maximum*, i w obu fazach pozostaje oddziaływanie na światło zachowane. Ta gra źrenic powtarza się z największą prawidłowością, można ją dowolnie długo obserwować. Zjawisko rzeczzone występuje nie tylko w typowych przypadkach oddechu CHEYNE-STOKESA z bezdechem, ale też i tam, gdzie ta anomalia występuje tylko w zarysie, i trzeba jej się nie-

mał doszukiwać, gdzie po okresie oddychania, stającego się stopniowo coraz to płytszem, przyczem do bezdechu nie dochodzi wcale, następuje kolejno okres coraz to głębszych oddechów. (Przekonałem się wielokrotnie, że za mało zwraca się uwagi przy łóżku chorego na zachowanie się oddychania, a jednak właśnie objaw CHEYNE-STOKESA dostarcza ważnych wskazówek, zarówno dla rozpoznania, jak zwłaszcza dla rokowania; to ostatnie—chęć tu zaraz zaznaczyć—niekoniecznie jest zawsze niepomyślne, widziałem ustępowanie tego zaburzenia, chorzy poprawiali się, np. w przypadkach udaru mózgowego lub zapalenia mięśnia sercowego).

Objaw źreniczny występuje w zaburzeniach oddychania typu CHEYNE-STOKESA rozmaitego pochodzenia, zarówno w zapaleniu mięśnia sercowego z powodu wady serca, w zapaleniu nerek (mocznica), jak w przypadkach guza mózgowia (*meningitis serosa?*) i krwotoku mózgowego. Nie spostrzegalem tego objawu jedynie w tych przypadkach z oddechem CHEYNE-STOKESA, w których poprzednio istniała nieruchomość źrenic. W jednym przypadku mocznicy z oddechem CHEYNE-STOKESA, gdzie stosowano systematycznie morfinę, bardzo zwężone źrenice nie okazywały tego objawu; gdy jednak zmniejszono dawkę morfiny, i zwężenie źrenic osłabło, to, wedle relacji zaprzyjaźnionego ze mną kolegi, którego uwagę zwróciłem na tę sprawę, zjawisko to wystąpiło na jaw.

Chcę też zarazem zaznaczyć, że, gdy zaburzenie oddechu typu CHEYNE-STOKESA wywołuje tak wybitne zmiany, dotyczące stanu napięcia mięśni tęczówki, to, rzecz szczególna, tętno pozostaje bez zmiany.

Teorya, która ma wytłomaczyć rzeczzone zachowanie się źrenic, musi oczywiście objąć wszystkie objawy, składające się na zespół CHEYNE-STOKESA, w pierwszej zaś linii zaburzenia w oddychaniu. Istnieją w tym wzglę-

dzie dwie sprzeczne teorye. FILEHNE¹⁾ przypuszczał, że zmiany w narządzie krążenia są przyczyną zaburzenia w oddychaniu, i że wzmagający się skurcz tętnic opuszki (Erstickungsinnervation) jest przyczyną potęgującego się wciąż natężenia ruchów oddechowych, ten zaś nadmiar czynności oddechowej sprowadza przesylenie krwi tlenem, zwolnienie skurczu naczyniowego i okres bezdechu (w związku z osłabioną pobudliwością ośrodka oddychania).

Słuszny jednak czyni ROSENBACH zarzut, że domniemany przez FILEHNEGO skurcz tętnic jest czysto hipotetyczny, pochodzenie jego pozostaje całkiem niewyjaśnione, zwłaszcza zaś nie zgadzają się ze sobą objawy ze strony układu krwionośnego i oddechowego. I w moich spostrzeżeniach było uderzające, że fazy oddechowe zespołu CHEYNE-STOKESA pozostawały bez wszelkiego wpływu na czynność serca i tętna.

Nagromadzony kwas węglowy ma też, według LEUBEGO, drażnić ośrodek źreniczny w opuszce, a według FILEHNEGO, nerwy, zwężające naczynia, i sprowadzać rozszerzenie źrenicy ku końcowi pauzy oddechowej. ROSENBACH zwraca na to uwagę, że zwężenie źrenicy na początku bezdechu nie może zależeć od unerwienia właściwego okresowi zaduszaniu (Erstickungsinnervation), albowiem w owej chwili nie zachodzi ani podniesienie ciśnienia, ani *maximum* nagromadzenia kwasu węglowego. Nie daje się również sprowadzić rozszerzenie źrenicy do zachowania się krwiobiegu, albowiem zjawia się ono wraz z pierwszymi powierzchownymi wdechami, które przecież jeszcze nie zwiększyły we krwi zawartości tlenu.

Według teoryi ROSENBACHA, która wła-

ściwie stanowi rozwinięcie idei TRAUBEGO już w normalnych warunkach ujawnia się wyczerpalność ośrodków nerwowych, albowiem peryodycznie po każdym przejawie czynności narządów nerwowych następuje pauza. ROSENBACH nazywa to prawem peryodycznej czynności i widzi w tem zjawisku cechę właściwą każdej komórce żywej, mianowicie peryodyczne zawieszanie pobudliwości względem bodźca fizyologicznego. Pod wpływem pewnych zбочeń w odżywianiu mózgu (w cierpieniach mózgowych, chorobach narządów oddychania i krążenia) zachodzą zaburzenia, bądź ogólne w całym narządzie ośrodkowym, bądź też ograniczone do pewnych ośrodków, obniżające ich pobudliwość i potęgujące normalną wyczerpalność. Wyczerpanie się i zmęczenie mózgu prowadzi do stanu snu, a we śnie źrenice są zwężone. W chwili przebudzenia się, kiedy mózg odzyskuje swą pobudliwość, źrenice odrazu stają się szerokie i zdolne do oddziaływania. (Nie mogę zgodzić się z ROSENBACHEM, ani z tymi, którzy twierdzą, że w okresie zwężenia źrenic reakcja na światło znika i powraca dopiero wraz z nastaniem rozszerzenia. Sam stwierdzałem normalne zachowanie się reakcji na światło w obu fazach. Jako dowód, że zwężenie źrenicy nie jest maksymalne, mogłem właśnie przytoczyć, że źrenice jednakże pod wpływem światła jeszcze bardziej się zwężały; rozszerzenie następowało niezależnie od tego, że źrenice pozostawały pod wpływem silnego światła elektrycznej lampki).

Teorya ROSENBACHA zdaje się być najbardziej przyjętą, jest ona fizyologicznie uzasadniona i uwzględnia większość faktów. Równoległe zachowanie się pewnych faz zaburzenia oddechowego z odpowiednimi zmianami szerokości źrenic, jakkolwiek jest uderzające, nie dowodzi wszakże stosunku przyczynowego; są to zjawiska jedynie

1) Porówn. szczególnie artykuł Rosenbacha: Cheyne-Stokessches Athmungsphänomen w Real-Encyclopädie Eulenburgera Wyd. II, Tom IV s 132.

współrzędne ²⁾. Nie może też ująć uwagi wielkie podobieństwo, jakie zachodzi między omawianem zachowaniem się źrenic, a tem, jakie ma miejsce normalnie we śnie i w chwili przebudzenia się. Istotnie uderzyło mnie we wszystkich obserwowanych przypadkach, że chorzy w okresie bezdechu uspakajali się, mniej narzekali, powieki im opadały, sen ich ogarniał; z nastaniem okresu oddychania, pozornie lub istotnie dowolnych, coraz bardziej pogłębianych oddechów, chorzy stają się niespokojni, jęczą, skarżą się (duszość, ból głowy i t. d.). Nawet, według ROSENBACHA, chory zasypia na początku każdej pauzy, aby się znów obudzić natychmiast za powrotem oddychania. Zgodnie z ciężkim zazwyczaj stanem choroby, w którym występuje objaw CHEYNE-STOKESA, chorzy są mniej lub więcej nieprzytomni.

Sądzę, że zrozumienie wahania w szerokości źrenic, pozornie będącego w związku przyczynowym z fazami oddechowymi zespołu CHEYNE-STOKESA, nie będzie tak bardzo trudne, o ile się właśnie uwzględni, że jednocześnie zachodzą tu i pewne zmiany w świadomości właściwe stanom snu i przebudzenia i im podobnym. Osłabienie, wzgl. zawieszenie czynności kory mózgowej podczas drzemania, wzgl. snu i tem samym z kory i przez korę biegnących bodźców czuciowych, zmysłowych, psychicznych, bodźców, działających rozszerzająco na źrenice — może być przyczyną przewagi podczas bezdechu (w ze-

spole CHEYNE-STOKESA) ośrodka źrenicznego jądra nerwu okoruchowego — analogicznie ze zwężeniem źrenicy podczas snu (*rétrécissement cathypnique* według LAFONA ³⁾. Z przebudzeniem się ze stanu drzemania i z powrotem czynności kory mózgowej, wraz z fazą oddechową objawu CHEYNE-STOKESA, występują na jaw wspomniane czynniki, wpływające na rozszerzenie źrenicy (bądź czynnie, bądź też przez zahamowanie ośrodka śródmózgowego według mniemania BECHTEREWA, LAFONA), i faktycznie źrenica się rozszerza, analogicznie z tem, co się dzieje normalnie z chwilą przebudzenia się (*dilatation fondamentale* LAFONA).

III.

Przypadkowo zrobiłem następujące spostrzeżenie. Stałem zwrócony do jasno świecącego słońca i, aby wzrok uchronić, zmarszczyłem brwi, przyczem włosy ich znalazły się w mojem polu widzenia; otóż ujrzałem je lśniące wszystkimi barwami tęczy. Od tego czasu powtarzałem eksperyment ten wielokrotnie; możliwy on jest tylko przy jasno świecącym słońcu. Przy bliższem rozpatrywaniu wydał mi się włoszek brwiowy o wiele dłuższym i szerszym (do 1 cm.) a także przezroczystym i, jak włókno mięśniowe, mającym bardzo delikatne prążki podłużne i grubsze poprzeczne, te ostatnie lśniły wszystkimi barwami tęczy. Otóż modyfikowałem doświadczenie i otrzymywałem przy odpowiednim nastawieniu oka także piękny obraz od moich rzęs, które mi się przedstawiały w postaci barwnych snopów, od mészku (*lanugo*) na grzbiecie nosa, który się przedstawiał jako jasna wielobarwna szczecinka. Otrzymywałem też takie tęczowo zabarwione obrazy od włosów mojej głowy, o ile spadały

²⁾ Niekiedy spotyka się uwagę o wpływie oddychania na szerokość źrenic, np. u Groenouw (Gräfe-Saemisch: Handbuch der gesammten Augenheilk. Tom. XI, część I. 1904), że przy każdym wdechu ma następować nieznaczne rozszerzenie, przy każdym wydechu zwężenie źrenic. Napróżnom szukał podobnych zmian u osobników zdrowych. Jakkolwiek zmieniałem warunki badania, kazałem oddechać szybko, głęboko, zatrzymywać oddech na wysokości wdechu, w końcu głębokiego wydechu, zmiany w szerokości źrenic nie mogłem dostrzedz.

³⁾ Arch. d'Ophthalmol. 1909 S. 428.

mi przed oko, i spoglądałem na słońce. Widziałem te zjawiska i wtedy, gdy promienie słoneczne oświetlały moje włosy z tyłu i z boku. Wreszcie widziałem tęczowo lśniące włoski grzbietowej powierzchni dłoni przy bocznym oświetleniu promieniami słońca.

Wkrótce przekonałem się, że zjawisko to wcale nie jest wyłącznie z włosem związane, że zwykła nitka (czarnego, białego albo szarego koloru) przy zachowaniu powyższego warunku doświadczenia, to jest trzymana między promieniami słońca a okiem, lśni barwami widma, przyczem w pewnym oddaleniu od oka (więcej niż 10-12 cm.) zjawisko to ginie, a staje się coraz wyraźniejszym przy zbliżeniu nitki, która oczywiście wydaje się szerszą. Prócz tego, jeśli trzymać jaką tkaninę (robiłem doświadczenia z bawełną, wełną i jedwabiem rozmaitej barwy) w mniejszym lub większym oddaleniu od oka przed słońcem i patrzeć poprzez nią, otrzymuję się również bardzo ozdobny obraz, który wygląda, jak firmament z gwiazdami, lśniącemi wszystkimi kolorami (i wypełniającymi oczka tkaniny), albo jak wielobarwny piasek. Można to wrażenie porównać z obrazem, jaki się otrzymuje w ultramikroskopie od koloidalnych roztworów pewnych metali. Wiele zależy od szczelności tkaniny. Chustki do nosa dobrego gatunku są cienko i gęsto tkane i prawie wcale nie przepuszczają promieni. Przeciwnie, jeśli oka tkaniny są zbyt duże, wtedy promienie przechodzą przez nią zwyczajnie, nie dając powodu do objawów załamania się ich; można jednak wtedy przez złożenie dwóch warstw tkaniny otrzymać rzeczoną grę barw.

Przy oświetleniu sztucznym (świeca, lampa elektryczna) nie udaje się wywołać tego zjawiska lub tylko w bardzo bladej formie. W dniu bezsłonecznym również się go nie otrzymuje; włosy moich brwi wydają się wtedy ciemne, z podłużnymi włókienkami

i mniej wyraźnym prążkowaniem poprzecznym.

Nie tylko w przenikającym świetle, ale też i padającym (odbitem) tkanina przy patrzeniu pod kątem przedstawia się w postaci lśniącej od barw.

Jak tłumaczyć te zjawiska? Z góry zastrzegam, że moja kompetencja w tym względzie nie dorasta zawilosci przedmiotu, a z piśmiennictwa dostępne mi są dane bardzo skąpe. Znajduję więc u BRÜCKEGO¹⁾, że własność oka rozpraszania barw można sobie łatwo w ten sposób uwidocznic, że się wpatruje w kłębek białych nici na takiej odległości, na jakiej pojedyncze nici nie mogą być dokładnie widziane z powodu tworzących się kręgów rozpierzchłych; wtedy kontury nici przedstawiają się nam w barwach. W pewnym podręczniku fizyki znajduję, że zabarwione kolorami widma obrazy w wąskich odstępach między rzęsami przy zmrużonych powiekach zawdzięczają swe powstanie dyfrakcyi (załamywaniu się światła). Nawet w tak znanym dziele H. von HELMHOLTZA „Optyki fizyologicznej” nie mogłem znaleźć tu należących, podobnych postrzeżeń²⁾.

Mnie się zdaje, że wszystkich powyżej podanych zjawisk nie należy rozpatrywać z jednego punktu widzenia. Jeśli w wypadku z nitką tęczowe zabarwienie zjawia się tylko na odległości bliższej niż 12 cm. od oka, aby stać się coraz jaskrawszem, im bliżej oka, a więc na takiej odległości, na której nastawienie i dokładne widzenie już nie mogą mieć miejsca, to upatrywać można w tem dowód, że zjawisko to wywołane zostaje przez aberacyę chroma-

¹⁾ Fiziologia, 1876 S. 165. Tłumaczenie.

²⁾ Pewna znajoma, bardzo inteligentna osoba, której opowiedziałem o moim spostrzeżeniu, oznajmiła mi, że jako dziewczynka rozkoszowała się wywoływaniem tego zjawiska w swoich brwiach i rzęsach w warunkach takich samych, jakie podałem

Do uspokojenia nerwów i wywołania snu



Bromural

(a-Monobromisovalerianylomocznik)

Przepisuje się: jako Sedativum 0,3 g. kilka razy dziennie; jako słabe Hypnotikum 0,6 g. przed udaniem się na spoczynek jako proszek lub w tabletkach.

Rp: 1 Oryginalna rurka tabletek Bromuralu (Knoll) po 0,3 Nr. X lub XX.

Próby literaturę darmo.

KNOLL & Co Ludwigshafen am Rhein.

GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat Robin'a w ziarenkach

Glicerofosfat wapna i sody

Jedyny przyswajalny preparat fosforu

Wzmacniający system nerwowy

Sposowany w szpitalach paryzkich.

Działa skutecznie w neurastenii i przepracowaniu umysłowym, przeciw krzywicy, osłabieniu kości w okresie wzrastania dzieci, w okresie ciąży i podczas karmienia i t. d.

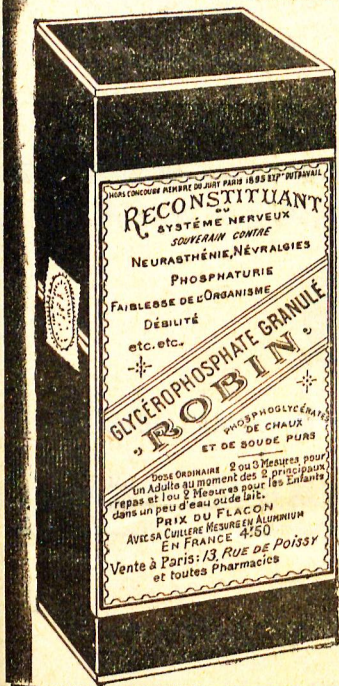
Przyjemny w smaku; przyjmować należy z wodą lub mlekiem.

Dla diabetyków przygotowuje się w postaci pastylek.

Sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

13, rue de Poissy, Paris.

Próby za pośrednictwem W-go W. HOFFMANN et Co
w Warszawie Zielna 46.



Ze świeżego tranu

EMULSIO à la SCOTT c. $1\frac{1}{2}$ ‰ LECITHIN

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwustearynoglycerinofosforowego) lekko jako takowy asymilujący się w organizmie i nie wywołujący szkodliwego wpływu na narządy trawienia. W połączeniu z tranem pozbawionym swego nieprzyjemnego smaku w postaci emulsji daje nam typ środka wielce pożytecznego w chorobach: rachityzmie, angielskiej chorobie, cierpieniach płuc, skrofułach, neurastenii, anemii i t. p.

Sposób użycia: 1 — 3 łyżek dziennie dla dorosłych.

Cena flaszki 225 grm. — 1 rb.

poleca

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

Jerozolimska 27, róg Kruczej.



tyczną. Ta ostatnia, zdaje mi się, najlepiej tłumaczy zjawisko z włosiem brwi, ile, że nigdy nie mogłem dostrzedz pomiędzy barwnymi widmami czarnych smug, które musiałyby się tworzyć przy dyfrakcyi. Tęczowe zaś lśnienie tkanin, zarówno w świetle przenikającym, jak i padającym, wydaje mi się możliwem do wytłomaczenia przez dyfrakcyę.

Powyższe objaśnienie podaje, nie upierając się przy jego trafności, w nadziei, że

wkrótce ci, co lepiej sprawę znają, całą rzecz przedstawią w należytem oświetleniu.

Sprostowanie. W pierwszej części niniejszej pracy (Nr. 28) dostrzeżono następujące błędy drukarskie: na str. 706 w szpalcie drugiej w 1-ym wierszu od góry zamiast „sd-é-sobie”, powinno być „spo-sobie”; w wierszu 7-ym zamiast „w cieniu”, powinno być „w ciemni”; w wierszu 10-ym od dołu zamiast „przyją-“, powinno być „przyjąć”.

STRESZCZENIA

Choroby weneryczne.

124. Leczenie przymiotu dużemi dawkami kakodylanu sodu.

CAFFREY, zastrzykując codziennie pod skórę 0,06 do 0,18 kakodylanu sodu, otrzymał szybkie zabliznienie owrzodzenia przymiotowego wargi dolnej ust, któremu towarzyszyło obrzmienie gruczołów chłonnych i podjęzykowych wraz z wysypką grudkowatą.

Wielu lekarzy amerykańskich stosowało również z powodzeniem zastrzykiwanie kakodylanu sodu w uporeczywych przypadkach przymiotu, nie poddających się działaniu rtęci.

H. A. SCHIRRMANN (z Portsmouth), który leczył w ostatnich dwóch latach przeszło 200 syfilityków kakodylanem sodu, twierdzi, że środek ten w swem działaniu przewyższa wszystkie inne; zastrzykiwał on pod skórę codziennie 0,2 wspomnianego związku arsenu; po 7 do 10 dniach znikaly najcięższe objawy przymiotu. W wyjątkowych przypadkach leczenie kakodylanem sodu łączył z rtęciowem.

Niezależnie od powyższych spostrzeżeń PROKHOROW, lekarz szpitala ziemskiego w Jamburgu, ogłosił sposób leczenia przymiotu kakodylanem sodu, stosowanym w dużych dawkach.

Odpowiednio do przeprowadzonych

przedwstępnie doświadczeń najwyższa dawka, pozwalająca liczyć na maximum działania, wynosi 0,1 na kilogram wagi ciała; cho-remu zatem, ważącemu 70 kilogramów, zastrzykiwano 7,0 kakodylanu sodu.

Do wstrzykiwań takich przygotowywać należy roztwór zawsze na poczekaniu, biorąc na 7,0 związku 3 do 4,0 c. s. wody przekroplonej, przyczem otrzymany płyn wyjąławiać należy w probówce przez ogrzanie nad lampką spirytusową.

Jakkolwiek bardzo zgęszczony, roztwór ten jednak nie sprowadza wcale odczynu miejscowego i ulega tak szybkiemu wchłanianiu, że już po kilku minutach wydechane powietrze ma zapach czosnku. Zapach ten znika po 3 do 4 dniach, co jest najlepszym dowodem szybkiego wydzielania się kakodylanu sodu. Zastrzykiwania robić należy co 5 dni, w przypadkach jednak, gdy dawki są mniejsze (0,02 na kilo), przerwy mogą być krótsze.

Ból na miejscu zastrzyknięcia bywa bardzo mały, ciepłota ciała nie podnosi się, zaburzeń ze strony narządu wzrokowego nie bywa, nudności i bóle głowy występują wyjątkowo; czasem występuje wysypka rumieniowa podobna do wysypki po zastrzykiwaniach surowicy przeciwbłoniczej.

Pod wpływem dużych dawek omawianego środka autor spostrzegł bardzo szybkie znikanie ciężkich objawów przymiotu

z poprawą znaczną stanu ogólnego chorych, waga ciała powiększała się (w jednym przypadku do 9-ciu kilogramów).

Doświadczenia powyższe dowodzą, że kakodylan sodu w dużych dawkach jest bardzo skutecznym środkiem przeciwprzymiotowym, przewyższającym pod wieloma względami działanie zastrzykiwań rtęciowych.

(La Semaine med. Nr 20, 1911).

J. Wojciechowski.

125. **S. J. Meltzer (New York). Wstrzykiwanie leków, zwłaszcza salwarsanu w mięśnie lędźwiowe.** (Rzecz odczytana na posiedzeniu New York Academy of Med 2 marca 1911 r.)

Wstrzykiwania środków lekarskich w mięśnie znajdują zastosowanie w medycynie od lat blisko 30. Uciekano się do nich głównie w celu uniknięcia bólu i ropni, a nie w celu przyspieszenia wchłaniania, gdyż niektórzy badacze, jak NEUMANN i FINGER i inni, byli przekonani, że wstrzykiwania śródmięśniowe pod tym względem ustępują wstrzykiwaniom podskórnym. Przed kilku laty autor z AUBREEM drogą doświadczeń na królikach (w instytucie ROCKFELLERA) wykazali, że po zastrzyknięciu adrenaliny w mięśnie lędźwiowe występuje natychmiast wzmoczenie ciśnienia krwi nie mniejsze i dłużej trwające, niż po wstrzykiwaniu do żył, podczas gdy wstrzykiwania podskórne wywoływały wzmoczenie ciśnienia b. nieznaczne; po wstrzyknięciu zaś w mięśnie pośladowe wpływ iniekcji na ciśnienie był nieznaczny i krótkotrwały. Podobny wynik dały próby z innymi środkami leczniczymi. Wyniki te zostały stwierdzone przez MORGENROTHA wogóle i w doświadczeniach z antytoksyną przeciwbłoniczą.

To szybsze wchłanianie płynów, wstrzykniętych w mięśnie lędźwiowe, autor objaśnia w ten sposób, że po 1-e mięśnie obfitują w naczynia krwionośne włosowate, za pomocą których przeważnie, w myśl przyjętych obecnie poglądów, następuje wchłanianie roztworów; po 2-e powłokę tych mięśni stanowią powięzie (*fasciae*) nieelastyczne; wstrzykiwania więc śródmięśniowe zwiększają ciśnienie wewnątrzmięśniowe, co przyczynia się do rozchodzenia się płynu po naczyniach włosowatych; tych zaś warunków nie posiada tkan-

ka łączna. Szczególniej pod tym względem nadaje się, zdaniem MELTZERA, m. krzyżolędźwiowy, posiadający korzystniejsze po temu warunki anatomiczne, niż mięśnie pośladowe, gdyż, jako mięsień duży, okrągły, złożony z gęstej, zwartej masy pęczków mięśniowych, złączonych nieznaczną ilością tkanki łącznej, bardziej jest izolowany od rozmaitych przyległych tkanek, niż jakikolwiek inny mięsień w ustroju. Autor ostrzega przed wstrzykiwaniem w m. czworoboczny lędźwi, gdyż mięsień ten jest stosunkowo cienki i nie nadaje się do wstrzykiwań śródmięśniowych, które w tem miejscu mogą wywoływać następstwa niepożądane. Własne spostrzeżenia autora dotyczą zaledwie 12 pacjentów, będących pod obserwacją innych lekarzy. Działanie lecznicze występowało, rzecz można, nie mniej szybko; niż po innych sposobach; objawy drugo, i trzeciorzędne znikły zadziwiająco prędko. Co do odczynu WASSERMANN (badał prof NOGUCHI i jego asystent) na 7 przypadków w 6 okazał się ujemnym, w jednym pozostał dodatni. Z tych 12 przypadków w 10 nie było objawów ubocznych, w jednym nieznaczny obrzęk na miejscu iniekcji, który znikł całkowicie; o jednym nie otrzymał wiadomości. W 8 przypadkach nie było skargi na bóle, z 4 pozostałych 3 dotyczyły osobników otyłych, u których nie wyłączone było prawdopodobieństwo wstrzyknięcia w tkankę podskórną, ostatni zaś dotyczył kobiety, wprawdzie nie otyłej, ale z objawami histeryi.

Co się tyczy techniki, to chory winien leżeć na brzuchu, pod który mężczyznom podkłada się jedną lub dwie poduszki; igłę wklada się mniej więcej w miejscu połączenia średniej i wewnętrznej części linii, łączącej najwyższy (najbliższy głowy) punkt grzebienia biodrowego z 3 lub 4 wyrostkiem ciernistym (nb. podzielonej na 3 równe części). Z początku igła ma być wetknięta prostopadle do brzucha, dopóki nie dojdzie do powięzi. Po przebiciu tej ostatniej ostrze igły winno być skierowane naprzód (ku głowie), pionowo i nieco na zewnątrz. Sama igła powinna posiadać dość duże światło i długość nie mniejszą, niż 3 cale.

Wnioski autora dają się streścić, jak następuje: wstrzykiwanie płynów w m. *sacrospinalis* ma przewagę nad wstrzykiwaniem w

mięśnie pośladowe, tembardziej zaś nad wstrzykiwaniem w tkankę podskórną; w ograniczonej liczbie przypadków przymiotu iniekcye salwarsanu w tkankę tego mięśnia działały szybko i stanowczo korzystnie na objawy drugo- i trzeciorzędne przymiotu i na odczyn WASSERMANNĄ, nie wywołując bólu, ani innych poważnych następstw.

„Zdaje mi się—kończy autor—że wstrzykiwanie w mięśnie lędźwiowe zarówno salwarsanu, jak i innych środków wymaga opar- tego na krytyce stwierdzenia przez sumiennych obserwatorów”.

(Medical Record 25 marca 1911).

126. Wechselmann. O Zapobieganiu odczynowi gorączkowemu przy śródżylnych wstrzykiwaniach salwarsanu.

Po omówieniu poglądów rozmaitych autorów i własnego na powstawanie gorączki po zastrzykiwaniach śródżylnych salwarsanu, autor, opierając się na doświadczeniu, zdobytem na 800 wstrzykiwaniach śródżylnych, podaje szereg odnośnych wskazówek, streszczając je, jak następuje:

1) Mycie naczyń szklanych wodą i mydłem, przepłukiwanie z początku wodą z wodociągu, następnie wyjałowioną wodą przekroploną. Sucha sterylizacja. 2) Wygotowanie w wodzie przyrządu do wstrzykiwań w ciągu kwadransa. 3) Filtrowanie za pomocą twardego sączka roztworu (0,9 proc.) soli kuchennej, gotowanie energiczne w ciągu godziny, dolewanie na miejsce wyparowywanego płynu wody filtrowanej przekroplanej, gotowanej w ciągu ½ godziny. Ochładzanie w lodowni. Ogrzewanie do 36° i wstrzykiwanie wmiarę możliwości natychmiastowe. 4) Ogolenie pola operacyjnego, obmycie mydłem i sublimatem, zawinięcie w kompresy muslinowe, przesiąknięte spirytusem 50 proc., obmycie raz jeszcze eterem przed nakłuciem (jodyna stepia igły).

(Deutsch. med. Woch. 27 kwietnia 1911).

127. F. Marshall. Uwagi o leczeniu przymiotu wrodzonego arsenobenzolem („606”).

Powołując się na zdanie FOURNIERA, że „przymiot jest chorobą przewlekłą i wymaga leczenia przewlekłego”, i na wywody swoje,

świeżo ogłoszone w pismach (Med. Press and Circ, Lancet, Brit. Med. Journ.); autor stwierdza, że dotychczas wszelkie usiłowania leczenia poronnego tej choroby okazały się daremnymi. Co się tyczy „606”, to jakkolwiek przy stosowaniu tego środka niektóre objawy przymiotu ulegają istotnie poprawie czasowej, nie można tego nazwać leczeniem przymiotu. Autor streszcza wyniki dotychczasowe, jak następuje: 1) Niema powodu na to, że leczenie poronne przymiotu czyli *therapia sterilisans magna* może się urzeczywistnić za pomocą „606” lub zapomocą jakiegokolwiek innego leku. 2) Niedowiedziano, że arsenobenzol może zapobiegać objawom trzeciorzędnym i parasyfilitycznym, gdyż to wymaga długoletniej obserwacji. 3) Arsenobenzol szybko działa leczniczo na pewne zaburzenia przymiotowe, zwłaszcza typu wrzodziejącego ¹⁾, ale działanie to nie jest stałe. 4) Jeśli mówić o wskazaniach, to przeważnie tam, gdzie rtęć nie działa; są to przypadki rzadkie; prócz tego zdarzają się przypadki, gdzie oba te środki są bezskuteczne. 5) Arsenobenzol ma liczne przeciwwskazania. 6) Jak się zdaje, działa w słabym stopniu albo wcale nie działa w przymiocie trzew i cierpieniach parasyfilitycznych. 7) Wstrzykiwanie, zwłaszcza śródżylnie tego środka, jest bardzo ryzykowne. 8) W obecnym stanie naszej wiedzy żaden środek nie może zastąpić rtęci?

Co do stosowania „606” u niemowląt, istnieją 2 drogi: bezpośrednia i pośrednia. Co się tyczy bezpośredniego sposobu, to spostrzeżenia WECHSELMANNA, dotyczące 5-rga dzieci (*lues cong.*), z których 3-je zmarło, oraz HERXHEIMERA i REINCKEGO, dotyczące 2-ga dzieci 2—miesięcznych, zmarłych wkrótce po zastrzyknięciu (jedno 4-go dnia, po 0,04 i drugie nazajutrz po 0,025; u obu wystąpiła nekroza mięśni pośladow.), nie przemawiają za przewagą tego środka nad rtęcią. Autor zastanawia się nad spostrzeżeniem, że po leczeniu nie znaleziono krętków w żadnym narządzie prócz płuc, gdzie spirochety były w stanie agglutynacji i zwyrodnienia, co

¹⁾ Por. artykuł Bókaya.

było dowodem niszczącego działania leku na te drobnoustroje. „Może to być ciekawe pod względem naukowym”, powiada autor, „ale naszym zadaniem jest przede wszystkim leczenie chorego, nie demonstrowanie po śmierci martwych krętków”. Przypisywanie śmierci w tych razach wytworzeniu się jądów skutkiem zagłady krętków jest czysto teoretyczne; prawdopodobniejszą przyczyną wydaje się działanie trujące leku lub wstrząs wskutek bólu, spowodowanego zastrzyknięciem.

Pomyślny wynik otrzymał SEQUEIRA w przypadku przymiotu dziedzicznego po 2-eh wstrzykiwaniach w dawce 0,02 i 0,06 (wiek dziecka? B. P.), ale za wcześnie jeszcze wnioskować, czy nie będzie nawrotu.

Sposób pośredni stosowali SEQUEIRA oraz DUHOT, TAEGE i in. w przypadkach, w których objawy przymiotu dziedzicznego zniknęły u dzieci po zastrzykiwaniu „606” karmiącym je matkom. Ponieważ w pokarmie tych ostatnich nie napotymano wcale lub b. mało arsenu, przypisywano działanie wydzielaniu się z mlekiem przeciwciał. Pomijając jednak fakt, że w niektórych przypadkach niemowlęta były uprzednio leczone wcieraniami rtęci, to gdyby nawet stwierdzono, że ani matka, ani dziecko nie były leczone za pomocą Hg., oraz gdyby hipotetyczne przeciwciała były przyczyną zniknięcia objawów przymiotu, nie można, zdaniem M., mówić o leczeniu tej choroby, gdyż to znikanie objawów okazało się czasowym, a nie byłoby chyba rzeczą praktyczną (choć ciekawą pod względem naukowym) w dalszym ciągu robić wstrzykiwania matce przez cały czas karmienia, nawet gdyby to okazało się rzeczą bezpieczną. Wiadomo, że w łagodnych przypadkach omawianej choroby następuje najczęściej poprawa po rtęci z kredą, w cięższych po wcieraniach rtęciowych, i że racjonalne leczenie takie przez czas dłuższy zapobiega w znacznym stopniu objawom drugorzędym (przymiot dziedziczny późny).

Jedynym uzasadnieniem stosowania arsenobenzolu lub innego przetworu As w przymiocie mogłaby być możliwość leczenia poronnego i leczenie takich zaburzeń, wobec

których zwykle sposoby leczenia są bezskuteczne, wszelako niema dowodu, że takie leczenie poronne jest możliwe, a opisano przypadki gdzie irteć i „606” pozostały bez skutku (GAUCHER), oraz przypadki, leczone „606” z nawrotem, po którym nastąpiła poprawa, gdy zastosowano leczenie rtęcią (LANE).

W dalszym ciągu autor zbija kolejno argumenty, przytaczane (przez ALMROTHA, WRIGHTA i in.) w obronie środka „606”. Uwagi swoje kończy M. wnioskiem, że stosowanie arsenobenzolu w przymiocie dziedzicznym pozbawione jest uzasadnienia, że ze względu na możliwe groźne następstwa (prawdopodobnie wszystkie jeszcze są znane) jest bezwarunkowo przeciwwskazane, i że przepowiedzieć można, iż w razie rozpowszechnienia się tego środka i wyrugowania przezeń leczenia rtęcią wzrośnie liczba i natężenie objawów trzeciorzędnych, i wzmoże się śmiertelność niemowląt.

(The Brit. Journ. of Childrens Diseases March 1911).

128. J. v. Bókay (Budapeszt). Działanie lecznicze salwarsanu w przymiocie wieku dziecięcego.

W obszernym artykule autor opisuje 26 przypadków przymiotu u dzieci, leczonych salwarsanem w szpitalu „Stephanie” w Budapeszcie przy współdziałaniu docenta L. VERMESA (oftalmologa) i Z. v. BÓKAYA. Z tej liczby przypada 23 na przymiot wrodzony (z nich 13-ro w pierwszym roku życia, 10-ro powyżej roku) oraz 3 na nabyty (1½ r., 3 l., 11 l.).

Wszystkie dzieci poniżej roku były dobrze rozwinięte i dobrze odżywiane, karmione piersią matek, które wraz z dziećmi przyjęte były do szpitala na 10—14 dni; później dzieci te były leczone ambulatoryjnie. Salwarsan w 25 przypadkach stosowano bezpośrednio (1 raz podskórnie, 24 razy w mięśnie pośladkowe), w jednym przypadku pośrednio, t. j. przez pokarm matki, której zastrzyknięto ten środek pod skórę. Śródżylnych wstrzykiwań nie próbowano. Wyniki zestawione w tablicach i rysunkach, są następujące.

U dzieci poniżej roku przy rozpoznaniu oprócz wywiadów (co do choroby, ewent.

poronień matki) brano pod uwagę: w 11 przypadkach wysypkę, obok której w 2-ch przypadkach notowano zapalenie kostno-chrzastkowe, w 3-ch pęknięcia lub owrzodzenie ust, w 2-ch zmiany paznogi; następnie w 1 przypadku lepieże płaskie w okolicy odbytu i sromu.

U dzieci powyżej roku w 4 przypadkach notowano zapalenie rogówki, zapalenie tarczy oraz guz mózgu i nieznaczne wodogłowie, w 4-ch lepieże. U wielu podeszwy połyskujące, sapka i t. p. W 3-ch przypadkach przymiotu nabytego notowano raz (1½ roczn.) wrzód twardej żołądki i lepieże odbytu raz lepieże migdałów.

We wszystkich przypadkach stwierdzono przed zabiegiem odczyn dodatni WASSERMANN, w 18-tu przypadkach, pod tym względem zbadanych, po pewnym czasie (po 18 do 112 dniach) 9 razy ujemny (3 razy nawrót: po 3-ch miesiącach, 5-iu tygodniach, 6-iu tygodniach), 6 razy słabo dodatni, 3 razy *lysis* w słabym stopniu. Wynik zgodny ze spostrzeżeniami, dotąd ogłoszonymi. Wykonywanie odczynu (przez G. TURANA) według metody WASSERMANN—NEISSER—BRUCKA.

Płyn do zastrzykiwania przygotowywano sposobem WECHSELMANNA (zawiesina obojętna sporządzona za pomocą kwasu octowego i ługu sodowego), po kilku uprzednich próbach z innymi metodami. Po stosowaniu salwarsanu, jak widać z opisu autora, w pewnej liczbie przypadków stwierdzono gorączkę, dochodzącą w kilku przypadkach do 39,1—39,8° w odbytnicy i trwającą najdalej do 3-ej doby, następnie nacieczenia skóry, co do tych ostatnich — największe występowały po roztworach glikolu, najmniejsze po użyciu zawiesiny, zobojętnionej działaniem kwasu octowego na ług sodowy; w 3-ch przypadkach następstwem była ograniczona zgorzel skóry (raz też w przypadku płasawicy, opisanym przez autora w Deut. med. Woch., wystąpiła zgorzel skóry po użyciu metody WECHSELMANNA).

Działaniu leczniczemu omawianego środka BÓKAY przypisuje znaczne zblednienie i znikanie w stosunkowo krótkim czasie wysypki, niezmiernie szybkie znikanie lepieży oraz pęknięć na wargach, szybkie

(2—3 dni) oczyszczanie się syfilitycznych wrzodów (w ustach i gardzieli), opornych wobec leczenia Hg, również szybkie wydatnienie się wpływu dodatniego (w kilka dni do jednego tygodnia) na nacieczenia na dłońiach i podeszwach ustąpienie po 4—5 dniach bólu w stawie łokciowym w 2 przypadkach z *osteochondritis cubitorum* (podobny wynik otrzymał HOCH-INGER), ustąpienie w ciągu 2 ch tygodni zapnogi owarzadzającej wszystkich paznogi i znacznych zmian przymiotowych skóry i to bez żadnych zabiegów miejscowych prócz zachowania czystości. Prócz tego działaniu leczniczemu salwarsanu przypisuje autor wybitnie szybki wpływ pomyślny na sapkę wbrew zdaniu ESCHERICH, który w r. z otrzymał wręcz przeciwne wyniki.

Szczególny nacisk kładzie B. na pomyślne wyniki, otrzymane po zastosowaniu tego środka w cierpieniach przymiotowych oka, zwłaszcza rogówki, tembardziej, że, jakkolwiek nie stosowano żadnego leczenia miejscowego, 2 przypadki zapalenia śródniąszowego rogówki zostały uleczone, w 2-ch zaś zmniejszenie się zmętnienia rogówki pozwala spodziewać się wyleczenia.

Wogóle autor widzi w salwarsanie cenny środek leczniczy w zapaleniu rogówki dzieci, dotkniętych przymiotem dziedzicznym, stając w sprzeczności z poglądami, dotychczas ogłoszonymi przez innych badaczy (TOMASZEWSKI, IGER-SHEIMER, TREUPEL, NEISSER, KUSNITZKY, LINDEMAYER, SCHANZ, SANDMANN-WECHSELMANN, SEELIGSOHN, FEHR, GLÜCK, FRAENKEL, GROUVEN, JADASSOHN).

Guzy śledziony, jakkolwiek zmniejszały się z ustąpieniem objawów przymiotu, wszelako niemal w każdym przypadku pozostawał nieznaczny przerost śledziony, pomimo że odczyn WASSERMANN pozostawał już stale ujemnym.

Wreszcie autor przyznaje, że w 3 przypadkach (w jednym pomimo kilkakrotnych zastrzykiwań razem 0,085 g. salwarsanu) nastąpiła niewątpliwa recydywa.

Do tej kategorii należy jedyny przypadek pośredniego zastosowania salwarsanu. Dotyczył on dziecka 3 miesięcznego z wy-

sypką grudkową, którego leczenie rozpoczęto od wstrzyknięcia karmiącej go matce (dotkniętej również wysypką syfilityczną) 7 cm. sz. emulsji neutralnej arsenobenzolu w okolicę międzyłopatkową. Po tygodniu wysypka prawie bez zmiany, po zastrzyknięciu b e z p o ś r e d n i e m wysypka znikła; po 6-ciu tygodniach niewątpliwym nawrót.

Pomimo to autor sądzi, że spostrzeżenia jego nie potwierdzają w żadnym razie sceptycyzmu czasopisma „La Clinique Infantile”. B. na mocy swoich spostrzeżeń dochodzi do wniosku, że ssawcy, będący w zadawalającym stanie zdrowia i karmione piersią, znoszą dobrze i bez szkody salwarsan w ilości 1 cg.

na 1 kg. wagi ciała (wbrew zdaniu DÖBLINA, który zaleca jaknajwiększą ostrożność przy stosowaniu podskórnym lub śródmięśniowym salwarsanu, uważając 0,03 za dawkę śmiertelną u dziecka poniżej 3-ich miesięcy, a za dawkę leczniczą 5—6 mg. pro kg.).

W końcu B. wnioskuje na mocy swoich spostrzeżeń, że pod względem szybkości działania symptomatycznego należy przyznać wyższość salwarsanowi nad przetworami rtęci w przymiocie wieku dziecięcego.

(Wien. Klin. Woch. 1911. 27. IV).

B. Polikier.

Wiadomości drobne.

+ W r. 1910 w Prusach było ogółem 247 wypadków pokąsania ludzi przez zwierzęta wściekle lub podejrzone o wściekliznę; jest to cyfra najniższa w ubiegłym 10-leciu. Ciekawe jest, że największa liczba wypadków przypada na Szląsk, Poznańskie i Prusy Wschodnie. Z ogólnej liczby pokąsanych zmarł na wściekliznę tylko 1.

(Münch. Med. Woch. 1911 Nr. 28).

+ BAYER robił szereg doświadczeń nad j o d i v a l e m, nowym przetworem jodowym, zawierającym 47% jodu; zachwał on ten środek ze względu na szybkie działanie jodu (po 10 minutach mocz wykazywał jod), na wybitne powinowactwo do tkanki nerwowej (neurotropizm), na brak objawów jodyzmu nawet przy dłuższym użyciu. Dawki: 2 — 3 razy dziennie po 0,3. Wskazania: stwardnienie tętnic, różne sprawy sy-

filityczne, zwłaszcza dotyczące układu nerwowego.

(Therapie der Gegenw. VII 1911).

+ SCHÖPPLER zaleca pastylki f o r m a m i n t o w e w zapaleniu gardła nieżyłowym lub mieszkowym; rozpuszczają się one w ślinie szybko, wywiązując wolny formaldehyd, który przy polykaniu śliny działa odkażająco na błonę śluzową ust i gardzieli.

(Münch. med. Woch. 1911 Nr. 28).

+ DARIN uważa za najbardziej skuteczny w migrenie następujący środek:

Rp. Coffeini valerianici 0,05
Antifebrini 0,1
Phenacetini 0,2

S. Dwa — trzy proszki dziennie.

(Journal de med. de Paris 1911 Nr. 27).

S. O.

I-szy ZJAZD LEKARZY PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO W ŁODZI dnia 4-go i 5-go czerwca 1911 roku.

Sprawozdanie B. Łuczyckiego i St. Skalskiego.

Dzień pierwszy (Medycyna publiczna).

J. DEHNEL (Sosnowice): „Rozwój i stan szpitalnictwa w Zagłębiu Dąbrowskiem w ciągu ostatnich 25 lat oraz uwagi o szpitalach na prowincyi”.

Szpitala urzędowe i fabryczne w Zagłębiu nie stoją na wysokości zadania. Dla dobra naszego szpitalnictwa w naszych warunkach Towarzystwa Lekarskie i ogół lekarzy powinni się przyczynić do poprawy tych stosunków, wniknąć w sprawy szpitalne oraz otoczyć szpitale właściwą fachową opieką.

A. JAROSIŃSKI (Sterdyń): „O szpitalnictwie w gubernii Siedleckiej” (autoreferat w Nr. 22 Medycyny).

W dyskusyi kol. MĘCZKOWSKI nie tak ponuro zapatruje się na stan szpitalnictwa w kraju i jest zdania, że przy dobrej wierze w swe siły, staraniu i energii, drogą inicjatywy prywatnej można do pewnego stopnia naprawić braki naszego szpitalnictwa.

H. TREKNER (Łódź): „Stano obecny szpitalnictwa w Łodzi”.

Brak ogólnego szpitala miejskiego, 1083 łóżka w 16 szpitalach i lecznicach, 30 łóżek dla rodzących; 12 łóżek w oddziale gruźliczym w półmilionowym mieście, przodującym całej Europie pod względem śmiertelności na gruźlicę, nie odpowiada najskromniejszym wymaganiom. Mówca uważa za konieczne podjęcie budowy szpitala ogólnego miejskiego, przytułków położniczych, sanatorium ludowego dla gruźliczych.

W. CHODŹKO (Kochanówka): „Stano opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem”.

Mówca stwierdza, że w chwili obecnej zaledwie $\frac{1}{10}$ część umysłowo chorych mieszkańców Królestwa znajduje miejsce w szpitalach psychiatrycznych w kraju; szpitale istniejące nie odpowiadają wymaganiom nau-

kowym. Ofiarność prywatna nie może wydołać rosnącemu wciąż zapotrzebowaniu miejsc. Mówca sądzi, że po wprowadzeniu samorządu miejskiego i wiejskiego w Królestwie sprawami zdrowotności publicznej winna zarządzać instytucja centralna na wzór byłej Rady głównej opiekuńczej zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskiem albo Assistance publique we Francyi, z organem specjalnym do spraw opieki nad umysłowo chorymi (których w kraju jest około 20,000). Każda gubernia Królestwa powinna otrzymać przynajmniej po jednym specjalnym szpitalu dla umysłowo chorych na 700 łóżek, obejmującym oddziały uleczalnych, kolonie robocze i rolnicze, dział opieki rodzinnej, oddział dla niezamożnych chorych nerwowych i ambulatoryum dla chorych nerwowych, umysłowych i alkoholików. Należy stworzyć na terytorium Królestwa Towarzystwo pomocy dla niezamożnych umysłowo chorych, wychodzących ze szpitali; pożądane jest stworzenie towarzystw wzajemnej pomocy, ubezpieczających od wypadków chorób umysłowych na wzór stowarzyszenia w Norymberdze. Nowobudowane zakłady prywatne dla umysłowo chorych powinny być obliczane na znaczną liczbę łóżek, zaopatrzone w urządzenia komfortowe kosztem towarzystw akcyjnych, w tym celu zawiązanych. W celu opracowania podstaw naukowych szpitalnictwa psychiatrycznego mówca nawołuje do szybkiego utworzenia Towarzystwa neurologiczno-psychiatrycznego. Wnioski d-ra Chodźki zgodnie z jego żądaniem będą przekazane komisjom stałym zjazdów lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego oraz zjazdów neurologów i psychiatrów polskich.

J. BRUDZIŃSKI (Warszawa): „Współczesne szpitalnictwo dziecięce”.

Po krótkim rysie historycznym rozwoju szpitalnictwa dziecięcego u nas i w innych

krajach mówca wskazuje konieczność uwzględnienia w szpitalach dziecięcych specjalnych zarządzeń dla uniknięcia zakażeń wewnątrzszpitalnych. Źródłem tych zakażeń jest ambulatoryum, dlatego winno ono być odpowiednio urządzone, posiadać kilka separaetek. Drugim źródłem zakażenia są przypadki podejrzane, dlatego też powinny one przejść przez t. z. stację obserwacyjną. Prócz tego należy urządzać specjalne pawilony dla poszczególnych chorób zakaźnych. Zarówno w oddziałach chirurgicznych, jak i w oddziałach zakaźnych powinna być pewna liczba t. z. boków i pokojów—separaetek dla odosabniania chorych. Dla uniknięcia rozszerzania chorób zakaźnych powinno być ograniczone odwiedzanie chorych. Przy szpitalach dziecięcych winna istnieć stacja dla chorych niemowląt. Mówca nawołuje lekarzy prowincjonalnych do zajęcia się sprawą budowy szpitali dziecięcych na wzór Łodzi i Lublina.

S. BRONOWSKI (Warszawa): „O stanie materialnym lekarzy Królestwa Polskiego (na zasadzie odpowiedzi na kwestyonaryusz) i o środkach poprawy tego stanu”.

W celu zebrania materiału mówca rozesał 1524 kwestyonaryusze: o 18 pytaniach co do stanu materialnego, warunków pracy zawodowej, działalności społecznej i t. d. Odpowiedzi nadeszło 720. Z zestawienia nadesłanych cyfr wynika, że najwięcej zarabiają interniści, następnie psychiatrzy i neurologdzy, chirurdzy, ginekołodzy, okuliści, dentyści, pediatrizy, lekarze chorób narządów trawienia, chorób skórnych i wenerycznych, laryngolołdzy i w końcu t. z. praktycy ogólni. Lekarze w swych odpowiedziach zaznaczają bardzo niską płać lekarską w szpitalach, brak płatnych asystentów szpitalnych, bardzo niskie uposażenie posad lekarskich (szkoły, koleje, fabryki) i nadmiar rozmaitej pracy filantropijnej w przytułkach i lecznicach. Zdrowsi i wytrzymalsi lekarze pracują po 16 godzin na dobę, by podolać pracy szpitalnej i praktyce prywatnej, praktyka lekarska w Warszawie skupia się w rękach kilkudziesięciu „wziętych” lekarzy. Połowa ludności Warszawy leczy się u felczerów, znachorów, babek wskutek ustawicznego podrywania zaufania ku leka-

rzom przez następujące czynniki: 1) słabe przygotowanie młodych lekarzy, 2) zaniedbana etyka lekarska, 3) nienaginanie się lekarzy do pojęć ludu, traktowanie go z góry, 4) brak znajomości tanich leków, 5) popieranie felczerów przez niektórych praktyków i używanie ich jako faktorów do ściągania chorych, w końcu plagę stanowią 6) apteki, wydające lekarstwa według przepisów felczerskich i znachorskich. Aby podnieść stan naszego zawodu zarówno moralny, jak materialny mówca stawia następujące postulaty: wobec braku wyższej uczelni trzeba się starać o rozwój Towarzystwa Naukowego, o doprowadzenie oddziałów szpitalnych do poziomu klinik; należy szerzyć wśród lekarzy przekonanie, że wszelka praca lekarska musi być należycie opłacana, trzeba doskonalić się w obranej specjalności. Lecznice prywatne należy znieść, liczbę chorych, przyjmowanych w ambulatoriach prywatnych, ograniczyć. Szkoły felczerskie zastąpić szkołami dla sanitaryuszów i dozorców. Starać się o stworzenie kontroli nad aptekami. Lekarze winni unikać środków patentowanych. Dążyć do podniesienia poziomu wykształcenia akuszerok, masażystek, babek.

Dr. A. JAROSIŃSKI (Sterdyń): „Stanie wiskoi byt lekarza na prowincyi”. (Autoreferat w Medycynie Nr. 22).

W dyskusyi Ant. KĘDZIERSKI zgadza się na pierwszą część odczytu kol. BRONOWSKIEGO, nie sądzi jednak, by walka z aptekami i urządzenie apteczek domowych oraz utworzenie stanowisk lekarzy gminnych mogło zaradzić złemu. Wynagrodzenie lekarzy, zarówno jak każde inne reguluje się popytem i podażą; umowy niewiele pomogą, bo lekarz musi konkurować nie z lekarzami, lecz z partaczami. Dola lekarza na prowincyi jest rzeczywiście tragiczna, ale skargi świadczą o słabości i złemu nie zaradzą. Pomódz mogą jedynie najszersze zrzeszania się. Mówca jest za utworzeniem kasy emerytalnej, jeżeli warunki na to pozwolą, tymczasem nawołuje do zakładania towarzystw oszczędnościowych.

Kol. ZALESKI z powodu odczytu kol. JAROSIŃSKIEGO zaznacza, że położenie materialne lekarza na prowincyi, jakkolwiek nie jes-

Aperitol

Nazwa prawnie zastrzeżona N. P. P. zameldow.
Isowaleryl + Acetyl-Phenolphthalein.
działa łagodnie i bez bólu absolutnie nie-
szkodliwy

Środek przeczyszczający
w postaci

smaczych
Cukierków owoc.
Oryginalne pudełko,
zawiera 16 sztuk.

łatwo rozpuszczal.
Tabletek
Oryginalna rurka
zawiera 12 sztuk.

Aperitol zawiera PHENOLPHTALEINĘ, dosko-
nały środek przeczyszczający związany che-
micznie z WALERYANĄ działający kojąco na
ból w brzuchu.

Bornyval

(Isovalerjanat Borneolu)

Znakomity środek kojący

we wszystkich nerwicach narządów krążenia,
trawienia i układu nerwowego posiada wzmo-
żone działanie swoiste walerjany, i nie wywo-
luje objawów ubocznych.

Wskazania szczególne: Nerwica serca i naczyń,
Hysterja, Hypochondrya, Neurastenia, Bezsen-
ność i ból głowy pochodzenia nerwowego. Za-
burzenia w miesiączkowaniu. Astma nerwowa.

Atonia żołądka i kiszek.

Dawka: 3—4 razy dziennie
jedną kapsułkę.

Oryginalne pudełko zawiera 25 kapsulek.

Próby i literatura na żądanie
pp. lekarzy gratis.
J. D. RIEDEL A.-G. BERLIN N. 39

SANATOGEN BAUERA

jest wskazany w wypadkach bled-
nicy, neurastenii i wyczerpania
organizmu, wynikającego z cho-
rób płuc, żołądka lub serca.

Główny przedstawiciel na
Królestwo i Cesarstwo, Fabian
Klingsland w Warszawie, chętnie
przysyła na żądanie Sz. Panów
lekarzy bezpłatne próby Sanato-
genu wraz z ściśle naukową lite-
raturą.

Tylko Bauera Sanatogen w
pudełkach zaopatrzonych w **czer-
woną banderolę** jest oryginalnym.



ZAKŁAD CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNY

D-ra E. Reichsteina, w Warszawie

Marszałkowska 149, tel 42-17.

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

W dniu 1 Lipca otwarta została **Wielka Fabryka Wód Mineralnych**

TOWARZYSTWA KOMANDYTOWEGO APTEKARZY WARSZAWSKICH

pod kierunkiem specjalisty prawnika farmacji p. **JANA NIEWĘGŁOWSKIEGO**. Marszałkowska 49, telef. 87-59.

Sanguinal, Kombinacye Sanguinalu.

P. p. lekarze, życzący sobie posiadać preparat, składający się ze krwi i żelaza, absolutnie się przyswajający, **pozbawiony wszelkiego działania ubocznego**, a przytem **szybko i stale działający**, proszeni są o wypróbowanie naszego **SANGUINALU**. Pozwalamy sobie prócz tego zwrócić uwagę na kombinacye Sanguinalu z arsenikiem, chininą, extr. Rhei, guajakolem, jodem, kreozytem, natrium cinnamylicum i Vanadyną. Wszystkie te kombinacje okazały się po wieloletnich próbach wielce skutecznymi.

— Specyalna literatura i próby na żądanie. —

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

Fabryka Chemiczna.

Reprezentant na Król. Polskie, Litwę, Zachód, Południową, Centr. Rossyę i Kaukaz. Dom Handlowy, S. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6.

Muiracithin

Części składowe Muirapuama, Lecithina. Rad. liqu.

Wskazania: Impotentia virilis, neurastenia płciowa i inne choroby układu nerwowego.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

KACEPE * BALSAM *

Części składowe: Octowo-salicylowy-Mentholester, octowo-salicyloaetylowy ester, maść lanolinowa.

Wskazania: Wcieranie uśmierzające bóle i lecznicze w dniu, gościcu, rwie kulszowej, migrenie, newralgii, pleuritis i innych chorobach przebiegających z bólami, doskonały środek do masażu przy przepracowaniu mięśni podczas sportów działa znacznie skuteczniej, niż zwykle używany salicylometylowy ester (gaultheria lub ojek starzysłany) posiadający przykry zapach.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Noridal

Części składowe: Calc. chlor., Calc. iod., Bals. peruv.

Wskazania: Hemoroidy, Krwotoki, Pruritus anus, Tenesmus, Nieżyt odbytnicy, bolesne oddawanie stolca, rozpadliny i wyprzenie okolicy odbytu.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Skład główny na Rossyę: Kantor chemicznych preparatów.

St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant. St. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6, telef. 128.46.

zadawalające, poprawiło się znacznie w porównaniu z tem, co było lat temu 20 lub 30. Stan kulturalny i materialny ludu podniósł się; lud leczy się chętniej i płaci lepiej. Dostateczny zasób wiedzy i wytrwałość muszą wyrobić lekarzowi znośne warunki istnienia.

Kol. SKAŁSKI w sprawie odczytu kol. BRONOWSKIEGO zaznacza, że liczba lekarzy w Warszawie jest wyższa od 700, jaką podaje mówca. Uważa za mylne zdanie kol. BRONOWSKIEGO co do niskiego poziomu etyki lekarskiej w Łodzi. Na poparcie swego zdania przytacza opinię kol. BRUDZIŃSKIEGO, który w jednym z przemówień na obecnym Zjeździe podnosił dobre stosunki, panujące wśród lekarzy łódzkich.

Prof. CIECHANOWSKI przedstawia stosunki z bytu lekarzy galicyjskich, stwierdzając, że w ogólnym zarysie mają one bardzo wiele analogii ze stosunkami lekarzy prowincjonalnych w Królestwie. Obraz ma te same światła i cienie, tylko co do dochodów wypada w zmniejszeniu, mianowicie średni i minimalny dochód lekarza w Galicyi jest mniejszy, niż w Królestwie; ale tak samo warunki bytu — materialne i moralne — są różne w różnych częściach kraju, zależnie od poziomu kultury i stanu ekonomicznego ludności w tym lub innym powiecie. Daleko idąca analogia stosunków lekarskich w Galicyi i Królestwie stwarza analogię i co do programu i sposobu działania. Dla poprawy bytu i warunków pracy lekarzy jedną z najważniejszych dróg jest zrzeszenie się, jak to się okazało praktycznie w Galicyi (Związek krajowy lekarzy galicyjskich, ustanowienie taks lekarskich, zatwierdzanych przez Izby lekarskie), przestrzeganie etyki lekarskiej i podnoszenie kultury ludności. Mówca popiera myśl przygotowywania młodych lekarzy do praktyki prowincjonalnej. Co do zabezpieczenia na starość i bytu rodzin, to w Galicyi doszli teraz do przekonania, że założenie własnych kas emerytalnych jest obecnie niemożliwe (badania przeprowadzone przez Izby lekarskie); dlatego mówca popiera wywody kol. ZAWADZKIEGO o kasach oszczędnościowo-pożyczkowych.

Kol. GOLDENBERG z naciskiem zaznacza, że obrazek, naszkicowany przez kol. JARO-

SIŃSKIEGO, jest zgodny z prawdą jeszcze i teraz. Wielu kolegów w małych miasteczkach zarabia około półtora tysiąca rubli rocznie. Proponuje udzielanie pomocy młodym lekarzom na dalsze studia po ukończeniu uniwersytetu.

Kol. PEŁCZYŃSKI sądzi, że popyt na lekarzy na prowincyi jest mały z dwu przyczyn: małego przygotowania lekarzy, osiadających na prowincyi, i nieznamomości psychologii ludu i wynikającej ztąd nieufności do lekarzy.

Odpowiadając oponentom, kol. BRONOWSKI nawołuje, by lekarz, pochodzący ze wsi, osiadł na prowincyi, lekarz zaś, urodzony w mieście, niech w mieście pracuje. Zdaniem mówcy, będzie to korzystniej dla lekarzy i otoczenia. Kol. KĘDZIERSKIEMU odpowiada, że nie radzi walczyć z aptekarzami, a apteczki domowe zaleca w celu umożliwienia korzystania ubogiej ludności z lekarstw. Nie zaleca prócz tego kolegom prowincjonalnym dawać więcej porad bezpłatnych i nawołuje do utworzenia stanowisk lekarzy gminnych i okręgowych. Kol. SKAŁSKIEMU odpowiada, że wnioski swoje co do poziomu etyki wśród lekarzy łódzkich oparł na wynikach ankiety, nie odpowiada więc za ich treść.

A. SZCZEPANIĄK (Radom): „O z a w o d o w e m z e s p o l e n i u l e k a r z y”. Zmiany w stosunkach społecznych oraz w zapatrywaniach na wartość pracy lekarskiej zmuszają nas do prostowania fałszywych pod tym względem poglądów. Ogół dostrzega jedynie jednostki, które, zdobywszy praktykę, zdobyły i zasoby, nie widzi zaś, że większość lekarzy żyje ze swej pracy z dnia na dzień, nie może zabezpieczyć ani sobie, ani rodzinie spokojnego jutra. Skoro lekarz pracuje z narażeniem własnego życia nad ratowaniem innych, skoro obowiązany jest spieszyć z pomocą każdej chwili dnia i nocy, ma on prawo wymagać należytego wynagrodzenia za swą pracę. Lekarzowi nie wolno uchylać się od obowiązków społecznych, nikt jednak nie ma prawa zwalać całego ciężaru filantropii na barki lekarza. Chęć należytego służenia społeczeństwu swą wiedzą i pracą, współdziałania z ogółem pracy społecznej, wreszcie przedświadczenie o potrzebie poprawy stosunków koleżeńskich nakazują nam zrzeszyć się w celu podniesienia

moralnej, intelektualnej i materialnej kultury wśród ogółu lekarzy oraz w celu zwiększenia wydajności pracy naszej dla zadośćuczynienia obowiązkom społecznym.

Mówca proponuje: 1) w celu moralnego podniesienia znaczenia lekarzy w oczach ogółu należy uregulować stosunki wzajemne przez omówienie i przyjęcie pewnych prawideł postępowania; 2) w celu zabezpieczenia się od wyzysku osób i instytucji ustanowić obowiązującą skalę wynagrodzenia, którą wszyscy lekarze dla wiadomości ogółu powinni wywiesić w swych poczekalniach. Rozszerzeniem tych dwóch punktów jest regulamin, przyjęty przez Tow. lekarskie Radomskie, a zaprojektowany przez mówcę.

Stosunki lekarzy wzajemne do siebie i do pacjentów powinny być regulowane przez Towarzystwa lekarskie za przykładem Tow. lekarskiego radomskiego i innych.

J. ZAWADZKI (Warszawa): „W sprawie bytu lekarzy. O ubezpieczeniu lekarza i jego rodziny.” (Drukowane w Nrze 22 Medycyny)

W dyskusji kol. FIDLER wskazuje konieczność utworzenia kasy emerytalnej dla lekarzy Królestwa Polskiego. W tym celu należy zebrać materiały i przygotować odpowiedni memoriał dla przyszłego Zjazdu lekarzy prowincjonalnych Królestwa.

Br. SAWICKI (Warszawa). „W sprawie kształcenia młodych lekarzy.”

Poziom wiedzy lekarskiej zależy od wielu czynników. Najważniejsze są: szkoła lekarska, szpitale, towarzystwa lekarskie oraz organizacja kursów praktycznych dla młodych lekarzy. Zasób wiadomości praktycznych, z jakim my i nasi następcy opuszczaliśmy ławy uniwersyteckie, był nadzwyczaj ubo-

gi, tembardziej, że Uniwersytet przez długie lata nie posiadał klinik ginekologicznej i ocznej. Lekarz w Królestwie po otrzymaniu dyplomu jest znacznie słabiej przygotowany do pracy praktycznej, niż kolega jego z Zachodu. Towarzystwa lekarskie w prowincji mało dać mogą wobec swej małej żywności i po większej części wiedzą żywot suchotniczy. Jeśli nie są one w stanie czynić doniosłych odkryć naukowych, to kilka referatów zbiorowych lub spostrzeżeń kazuistycznych może zapełnić jeden lub dwa wieczory na miesiąc. Mówca proponuje utworzenie kursów praktycznych dla lekarzy w Warszawie, które w Niemczech rozwinęły się znakomicie. Zapoczątkowane w Krakowie, zostały zwinięte dla braku słuchaczy.

Przedstawiwszy w ogólnych zarysach sprawę szpitali na Zachodzie, mówca uważa, że szpitalnictwo i pomoc lekarska u nas są nad wyraz opłakane, i podaje projekt przyszłej organizacji asystentów szpitalnych na zasadach następujących: 1) Połączenie obowiązków asystentów oddziałowych z obowiązkami obecnych lekarzy miejscowych. 2) Zapewnienie asystentom odpowiedniego utrzymania. 3) Równomierne rozmieszczenie asystentów po oddziałach. 4) Unormowanie ich pracy tak, by zajęcia ich nie przeszkadzały pracy w oddziałach. 5) Wprowadzenie do szpitali tych urządzeń, które są potrzebne ze względu na leczenie chorych oraz na potrzeby asystentów. W roku zeszłym wskutek usilnych starań kuratora i lekarza szpitala Śtej Trójcy ministeryum spraw wewnętrznych zgodziło się na utworzenie etatowej posady asystenta chirurga z pensją 500 rb. i prawami służby państwowej. Nominacja ta może być wzorem dla innych.

(D. n.)

O D C I N E K

W sprawie stosunku lekarza leczącego do lekarza leczonego i jego rodziny.

W poruszonej przez nas sprawie otrzymaliśmy szereg listów od żon lekarzy. Nie możemy podawać wszystkich w całości ze względu na brak miejsca, musimy przytoczyć natomiast dwa najbardziej charakterystyczne, których treść dowodzi, jak pilna jest poruszona przez nas sprawa, i jak słusznie nakreśliłmy stosunek wzajemny.

Oto list pierwszy:

Szanowny Panie!

Przepraszam najmocniej, że jako interesowana poniekąd pozwolę sobie przesłać słów parę w kwestyi poruszonej.

Oddawna pożądane było unormowanie stosunku lekarza leczącego do kolegów i ich rodzin leczonych. Otóż rozumiem dobrze, że uprzejmość koleżeńska nie pozwala traktować rodzin lekarzy, jak zwykłych pacjentów, z drugiej jednak strony rodziny lekarskie bardzo dużo korzystają z bezinteresownej pomocy kolegów. Proponuję więc oznaczenie pewnego ustępstwa z taksy, obowiązującej zwykłych pacjentów. O wysokości ustępstwa zadecydują kompetentni lekarze.

Takie jasne postawienie kwestyi uprościłoby ją obustronnie, nie obarczając lekarzy pracą bezinteresowną, której w naszych obecnych społecznych warunkach mają i tak dosyć.

Przepraszam raz jeszcze, że ośmieliłam się przesłać tych słów parę, ale korzystałam wielokrotnie z bezinteresownych usług i drogiego czasu Sz. PP. Lekarzy, i żał mi, iż etyka lekarska nie pozwala mi wdzięczności mej inaczej wyrazić, tylko głęboko chować ją w sercu.

Z poważaniem Żona lekarza.

List drugi:

Niezmiernie ważną bolączką stanu lekarskiego poruszył d-r J. ZAWADZKI.

Konieczność rozwikłania tej sprawy tak już dojrzała, a nienormalność obecnego położenia tak silnie, niekiedy tragicznie daje się we znaki lekarzom oraz ich rodzinom, że, jak sądzę, gdyby jej wreszcie nie był poruszony i dość szczegółowo omówił lekarz, byłaby to musiała prędzej czy później uczynić którakolwiek z nas — żon lekarzy.

D-r J. ZAWADZKI pisze: „Lekarz (a ja dodam: i każdy członek jego najbliższej rodziny) ma prawo być leczony tak, jak każdy chory”... Otóż, podług mnie, z tego tylko punktu widzenia wolno daną sprawę rozpatrywać i, licząc się sumiennie nie z frazesem, lecz z czynem, o losach radykalnej zmiany w tych stosunkach decydować.

Bo tu nie idzie o piękny gest, o pieczołowite przechowywanie czcigodnych, niestety, dziś zmurszałych pamiątek, ale o życie ludzkie. Tu już nie idzie tylko o to, że lekarzy krępuje bezpłatne korzystanie z czyichś usług, ale o to przede wszystkim, że te usługi w danych razach dość niechętnie bywają nam udzielane, że niekiedy ofiarą tych stosunków padają dzieci nasze.

Wzajemna wymiana usług rzadko kiedy może nastąpić.

Szczególniej stosunki prowincjonalne są tego faktu jaskrawą ilustracją. Żywo stoi mi przed oczyma list, otrzymany przed kilku laty przez pewnego lekarza prowincjonalnego od nieznanego mu dotąd kolegi, który, ciężko zaniemógłszy, przybył w swe strony rodzinne i w jakiejś zapadłej wioszczynie dogorywał.

Wezwał jednego kolegę, potem drugiego z tych, którzy mieszkali najbliżej. Każdy z wezwanych przybył, ale, widząc beznadziejnie chorego kolegę, ograniczył się na jednej wizycie. Po raz drugi wezwany znalazł sposób wymówienia się. I rzeczywiście, droga fatalna, roztopy jesienne i wlec się tu dwie, trzy mile po to tylko, aby jeszcze raz stwierdzić, że choremu pomódz już w niczem nie można!

Ale swoją drogą do takiegoż beznadziej-

nego chorego jeżdżą wszak lekarze i dwa i dziesięć razy, gdy idzie o płatnego pacyenta. Więc też nieszczęsny umierający, zwracając się do trzeciego z kolei, pisze wprost: „Przyjeżdżajcie i przyjmijcie ode mnie honorarium, jak od każdego pacyenta”... a potem dodaje te znamienne słowa: „czyż dlatego, że jestem lekarzem, mam umierać bez pomocy lekarskiej?”

Jeszcze smutniej przedstawia się sprawa, gdy zachoruje dziecko w rodzinie lekarza prowincjonalnego.

Jeżeli, jak słusznie twierdzi d-r J. Z., lekarz nie powinien leczyć siebie samego, to tembardziej nie ma wprost prawa podejmować się leczenia własnego dziecka.

Ten sam człowiek, który zasłużenie cieszy się opinią myślącego i energicznego lekarza, wobec niebezpieczeństwa, grożącego własnemu dziecku — jest tylko bezradnym, przerażonym ojcem, nie umie ratować, lecz rozpaczać... Więc oto zwraca się do zamieszkałego o wiorst, dajmy na to, kilkanaście kolegi, do którego ma szczególne zaufanie z prośbą o przyjazd. Odpowiedź telegraficzna brzmi: „chory jestem na influencję”, albo drugim razem na odmianę: „chory jestem na anginę”.

Oczywiście, jest to tylko w grzecznej formie powiedziane: „odczepcie się, moi kochani, odemnie”. Sprawa wyjaśnia się przy osobistym widzeniu, i pigułkę odmowy osładza się argumentem: „Jesteście przecież sami dobrym lekarzem... podziwiam zawsze wasze dyagnozy...” i t. p. Tak w najogólniejszych zarysach wyglądają stosunki lekarzy pomiędzy sobą na prowincyi.

Tymczasem postawienie tej sprawy na gruncie nie tyle koleżeńskim, ile wogóle I u d z k i m dać może zbawienne rezultaty. Nie mogę, na przykład, zapomnieć ważnej, ludzkiej przysługi, jaką kiedyś wyświadczył pewien chirurg z miasta gubernialnego rodzinie kolegi z dość odległego miasteczka.

Na pierwsze wezwanie telegraficzne pierwszym zdarzającym się pociągiem przybył do zupełnie obcych ludzi, aby im wyratować dziecko (które też wyratował), i zażądał, prócz zwrotu kosztów podróży, zwrotu przeciętnego dziennego dochodu.

Ciężkie i fałszywe jest również położenie lekarza, przybyłego z prowincyi w celu szukania pomocy lekarskiej do miasta.

I znów jednym z kół zębatych, o które zahacza się akcja racjonalnej pomocy, jest owo korzystanie bezpłatne z usług ludzi obcych. Sytuacja stać się może pożyteczną, gdy choroba trwa długo, i gdy w grę wchodzi nie zwyczajne porady, ale zabiegi chirurgiczne. Dla operacji umieszcza się chorego w szpitalu lub lecznicy, ale choroba może trwać całe miesiące, a nasze lecznice pomimo ustępstw, czynionych rodzinom lekarzy (zresztą dość niechętnie, a niekiedy grubiańsko), są zbyt kosztowne, aby z nich przez czas długi ludzie średnio zamożni korzystać mogli¹⁾. A szpitale ze swą atmosferą zbyt silnie szarpiają nerwami współczesnego człowieka. Więc umieszcza się chorego w domu prywatnym. Ale jakże tu żądać od lekarza, znanego specjalisty, zawałonego pracą fachową, aby codzień lub co drugi odwiedzał chorego? Jakże żądać, aby tyle czasu i fadygi poświęcał dla ludzi zupełnie obcych bezpłatnie?

Jakże chętnie zaproponowałoby mu się zwykle pobierane przez niego w takich razach honorarium, i jakże trudno propozycya taka w obec panujących zwyczajów i tradycji przez usta przejść może! Jakież lęk ogarnia, iż będzie ona zrozumiana jako wymówka za niedość gorliwe zajęcie się bezpłatnym pacjentem! — I w rezultacie — ciężko chorego wozi się co drugi dzień do szpitala, narażając tem śmiertelnie wymęczoną ofiarę strasznej choroby na jeszcze jedną mękę więcej.

* * *

To są fakty, z życia wzięte. Czyż nie świadczą one wymownie, że wspólność zawodu niezbyt silnym jest łącznikiem pomiędzy lekarzami, i że sprawa bezinteresownego leczenia w imię dobra lekarzy i ich najbliższej rodziny musi uleść jaknajradykałniejszej modyfikacyi w duchu zupełnej swobody

¹⁾ Zwłaszcza, gdy chore jest dziecko, i z niem stale w lecznicy matka przebywać musi.

oceniań swych usług według uznania każdego lekarza poszczególnie.

Bo od tych przywilejów, które nam teraz przysługują -- chroń nas Boże!

Bądźmy dla kieszeni każdego lekarza, do którego mamy zaufanie, pożądanymi pacjentami -- i nie więcej

Niech w stosunkach ordynującego lekarza do chorych z rodzin lekarzy panuje ta jasność i szczerłość, jaka panować może tylko między płatnym lekarzem i płacącym pacjentem.

Dziś bowiem fałszywe bywa niekiedy położenie nietylko tego, który darmowe usługi bierze, ale i tego, który je daje. W beznadziejnych przypadkach chirurgicznych możeby u zwykłego, płacącego pacyenta powiedział lekarz szczerze otoczeniu chorego, że nie warto go już męczyć operacją, która polepszenia dać nie może, u bezpłatnie zaś leczonego krępuje podobną szczerłość obawa, iż tę rezygnację wytłumaczy sobie rodzina chorego, jako niechęć wykonania darmo poważnych zabie-

gów chirurgicznych, za które zwykle lekarz suto bywa opłacany.

Za prawdziwą zasługę poczytywać należy d-rowsi J. ZAWADZKIEMU poruszenie tej palącej sprawy.

Przełamał on pierwsze lody i ułatwił otwarte i śmiałe, choć może powolne i stopniowe zrywanie z pokutującym często na naszą zgubę przeżytkiem

Żona lekarza.

Oba listy są niewątpliwymi dokumentami życiowymi, ostatni szczególnie podaje fakty, wzięte z życia, przemawiające lepiej, niż dziesiątki argumentów sofistycznych, które podnoszą obrońcy dzisiejszej anarchii w tych stosunkach. Tu zaznaczyć musimy, iż sprawa jest na dobrej drodze. Postulaty, przez nas postawione, zostały już przedyskutowane w Zarządzie Warsz. Stow. lekarzy i będą podane szczegółowej dyskusji na najbliższem zebraniu ogólnem. Przyjęcie ich stanowić będzie postęp znaczny w stosunkach między lekarzami.

Józef Zawadzki.

Wiadomości bieżące.

— Uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego w Krakowie, zwołane w dn. 17. Lipca w celu uczczenia jubileuszu pół-wiekowego istnienia *Przeglądu Lekarskiego* zagał prezes Towarzystwa prof. Nap. Cybulski. Potem przemawiali: wiceprezes Akademii umiejętności prof. Zoll; dziekan wydziału lekarskiego uniw. jagiellońskiego prof. Kader; przedstawiciel warszawskiego Towarzystwa Naukowego dr. Janowski; przedstawiciel uniw. praskiego prof. Hlava; profesor uniw. petersburskiego Bechterew; przedstawiciele towarzystw lekarskich: warszawskiego—dr. Gajkiewicz, lubelskiego dr. Staniszewski, radomskiego—dr. Fidler, petersburskiego—dr. Zaleski, kijowskiego—dr. Trzebiński; przedstawiciel *Medycyny i Kroniki Lekarskiej* dr. J. Zawadzki i wielu innych. Na mowy te odpowie-

dział redaktor *Przeglądu Lekarskiego* prof. Ciechanowski.

— Z powodu jubileuszu *Przeglądu Lekarskiego* Tow. lekarskie krakowskie mianowało członkami honorowymi następujących lekarzy:

Z Warszawy: d-ra Józefa Bielińskiego, d-ra Henryka Dobrzyckiego, d-ra Władysława Gajkiewicza, d-ra Zygmunta Kramsztyka, d-ra Stanisława Markiewicza i d-ra Alfreda Sokołowskiego.

Z Łodzi: d-ra Seweryna Sterlinga.

Z Wilna: d-ra Aleksandra Wojnicza i d-ra Władysława Zahorskiego.

Z Kijowa: d-ra Karola Rumszewicza.

Z Poznania: d-ra Franciszka Chłapowskiego.

Z Petersburga: d-ra Otona Czeczotta,

d-ra Józefa Ziemackiego i d-ra Stanisława Zaleskiego.

Z Paryża: d-ra Jana Babińskiego.

Z Pragi: d-ra Chodounskyego, dra Jarosława Hlave, d-ra Emanuela Maixnera i d-ra Antonina Vesselyego.

— Z Ciechocinka otrzymujemy od kol. F. ARNSTEINA list następujący:

Kąpiele kwasowęglowe, w ostatnich kilkunastu latach wprowadzone do terapii chorób krążenia i układu nerwowego, zyskały popularność zarówno wśród lekarzy, jak i publiczności, leczącej się w zdrojowiskach, stały się, że się tak wyrażę, modnymi. Ze szerokie ich stosowanie jest w rzeczy samej usprawiedliwione—nie potrzebuje dowodzenia. Z drugiej jednak strony zauważyć się daje wśród lekarzy, wysyłających chorych do zdrojowisk, pewna skłonność do szablonowego zalecania tego zabiegu bez należytego uwzględnienia istotnych wskazań. Z tego powodu liczba chorych, którym zalecono kąpiele kwasowęglowe, jest niewątpliwie większa, aniżeli wymaga tego potrzeba. Wiedzą dobrze o tem lekarze zdrojowi.

Nie mówimy już o tem, że kąpiele kwasowęglowe znacznie zwiększają koszt leczenia w zdrojowisku, co dla ludzi mniej zamożnych nie jest bez znaczenia, że zdrojowiska nie są najczęściej w możności dostarczyć tych kąpiele w tak wielkiej liczbie, co znowu krzywdą się staje dla tych, którzy ich rzeczywiście potrzebują. Ze szczególnym jednak naciskiem zaznaczyć wypada, że to szablonowe zalecanie kąpiele kwasowęglowych często połączone jest ze szkodą dla chorych, którym szczególnie potrzebne jest leczenie kąpielowe, bardziej odpowiadające cierpieniu. Do Ciechocinka np. przybywają dotknięci dną, chorobliwą otyłością i t. p., dla których kąpiele solankowe, borowinowe i inne zabiegi leczenia termalnego stanowią najważniejsze wskazanie lecznicze. Chorym tym

lekarze niejednokrotnie z byle jakich powodów zalecają kąpiele kwasowęglowe, wywierające niewątpliwie zbyt słaby wpływ na cierpienie podstawowe.

Z powyżej podanych powodów sądziłbym, że pewna oględność i wstrzeźliwość w zalecaniu zbyt modnych kąpiele kwasowęglowych byłaby bardzo pożądana i z pożytkiem szczególnie dla chorych w zdrojowiskach, którzy w krótkim stosunkowo czasie winni korzystać z leczenia.

Na tę okoliczność należałoby zwrócić uwagę przy wysyłaniu chorych na leczenie do zdrojowisk.

— Wyszedł z druku Pamiętnik Zjazdu Chirurgów Polskich w Warszawie d. 6, 7 i 8 października 1910 r., pod redakcją d-ra L. Zembrzuskiego. Obszerny tom o 560 str. zawiera nie tylko wszystkie prace, odczytane na Zjeździe i rozprawy, lecz także i prace, zgłoszone na Zjazd i nie wypowiedziane wskutek braku czasu.

— Docenci Uniwers. Lwowskiego R. Rencki i M. Hermann — zostali mianowani profesorami nadzwyczajnymi, pierwszy na katedrze medycyny wewnętrznej, drugi — chirurgii.

Zmarli.

— D-r Bolesław Bogdański, urodz. w Poznaniu w 1847 r., zmarł w Warszawie 9 lipca 1911 r.

— D-r Bronisław Westen, lekarz naczelny szpitala ziemskiego w Samarze, urodzony w r. 1852, zmarł w Samarze 27 czerwca 1911 r.

— Prof. Herman Senator, urodzony w 1834 r. w Gnieźnie, słynny ze swych prac w dziedzinie patologii i terapii, zmarł w Berlinie 14 lipca 1911 r.

OOPHORIN

(Nazwa zastrzeżona)

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

Degrasin — środek otłuszczający z gruczołów tarczowych w najsilniejszym stężeniu. Zbadany zapomocą doświadczeń nad przemianą materii i odpowiednio dawkowany.

1 dawka = 40 tabletkom.

Wszelkie inne organo-preparaty.

Fabryka Berlińska preparatów organo-terapeutycznych.

D-r. Freund & D-r. Redlich, Berlin NW. 6, Luisenstrasse 21.

Próby i literatura za pośrednictwem Ak. Tow. Fr. Karpiński. Apteka — Warszawa.

Hemogen Magistri Klave

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku; nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany przy wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.

POLECA

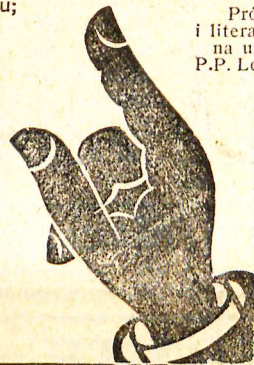
LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-94.



Zawiera wszystkie
alkaloidy i garbni-
ki właściwe korze.

(Extract. fluid. complet. cort. Chinae.)

CHINEXPLET

MAGISTRA
KLAWE

Nowo-karlsbadzka kuracya nowo-karlsbadzkie kryształły Nowo-karlsbadzkie kryształły Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzyey. 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. TREUPLERA

Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZ PŁATNIE.

VITTEL

GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm
podagrę
artretyzm

Reprezentant: Ch. Fortier

Moskwa
Małaja Łubianka N-r 14.



Pracownia Analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
łądkowej, kału, wydzielin z narządów moczow-
wych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej. Serodyagnostyka syfilisu.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr. 22)
telefon 73-46 ablo 44-33.

D-r Adam Maciąg

b. asystent kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel. ordynuje jak
lat ubieg. w Karlsbadzie, Alte Wiese d. Börse

„MATERNITE“

Prywatny Zakład
GINEKOLOGICZNO-AKUSZERYJNY

Doktorów:

Z. Endelmana | O. Goldberga
J. Ślaskiego | S. Janczewskiego
ul. Boduena 5. Telef. 41-96.

Pobyt od 2 1/2 do 8 rub. dziennie. Ambulatorjum.
Informacji udziela Zarząd.



Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Barzyń-
skiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jasielewicza, Na-
tansona, Neugebauera, Reutta, Rytki, Staniszewskiego,
Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera.

Przyjmuje za opłatą od 2 1/2 do 6 rs. dziennie. Sala porodo-
wa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacja. Elektryczna
oświetlenie.

PRACOWNIA ROENTGENOLOGICZNA

D-ra S. Rubinrota

Graniczna 8. Telef. 103-58

Godziny przyjęcia od 5 — 7 pp.
i na zamówienie.

Instrumentarium nowoczesne. Zdjęcia
momentalne. Aparat przenośny.

Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

D-ra Antoniego Tuchendlera

Oesophagoskopia, Rekto- i Romanoskopia

przyjęcie od 1—3 pp.

ul. Muranowska 29

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

Dr. Med. M. WOLFHEIM

z Warszawy ordynuje jak zwykle
od 1 Maja do 1 Października

w Bad Nauheim Rheinhardstrasse 1—3.

Reichenhall, willa Schönheim

ordynuje jak corocznie D-r W. Sadowski.

Docent D-r Jan Pruszyński

ordynuje jak w roku ubiegłym

w KRYNICY „pod Berłem“

Baden pod Wiedniem

Kąpiele siarczane pierwszorzędne.
Kuracja winogronowa.

D-r HENRYK KÜMMERLING

lekarz zdrowoty (polak) udziela bliższych informacji.

MELLIN'S FOOD

DLA ODŻYWIANIA DZIECI I DLA CHORYCH

Krochmal jest szkodliwy dla dzieci, i dlatego należy go unikać przy sztucznym karmieniu. Mleko krowie uważać należy za najracyonalniejszy pokarm dla dzieci, które przez dodanie przymieszki Mellin's Food staje się znacznie lepiej strawne i łatwiej się wchłania. Mieszanki takie nie zawierają krochmalu.

Próbki Mellin's Food wysyłają bezpłatnie pp. lekarzom przedstawiciele T-wa Mellin's Food na Rossyę — S h a n k s & C°. Moskwa, Kuznieckij Most. 3.