

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 7.

Warszawa d. 13 Lutego 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

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

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

TRESC. PRACE ORYGINALNE. Etiologia jaglicy, podał Juljusz Mutermilch. — Wpływ nikotyny na alkaliczność krwi, napisał Czesław Otto. (Dok.). — WYKŁAD KLINICZNY. O znaczeniu karmienia piersią niemowląt, podał H. Goldszmit. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzną*. 33. Seibert. (New - Jork). Kamfora i pneumokoki. — 34. E. Moro. Kliniczne wyniki naskórnego odczynu tuberkulinowego. — 35. O. Brus. O skutkach jednostronnej odmy piersiowej. — 36. L. Melchior. O leczeniu gruźlicy płuc przekrwieniem tkanki płucnej. — *Choroby dzieci*. 37. Göppert F. Zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego u dzieci. — *Choroby weneryczne*. 38. Hirschberg i Biehler. Trąd kości. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 grudnia 1909 roku do 14 stycznia 1910 r. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Etiologia jaglicy.

Podał

Juljusz Mutermilch

Ordynator oddziału ocznego szpitala starozakonných w Warszawie.

Po rozpatrzeniu sprawy istoty jaglicy nasuwa się niezmiernie ważne i ciekawe pytanie: jakiego rodzaju drobnoustroje dają impuls do rozwoju jaglicy? Czy istnieje specyficzny pasorzyt jaglicy, czy też wszelkie (lub pewna część przynajmniej) złośliwe, tak zwa-

ne chorobotwórcze bakterye zdolne są do wywołania wiadomych już nam perturbacyi w tkance łącznicowej?

Właściwie we wszystkich poprzednich wywodach moich zawiera się już konkretna odpowiedź na te pytania. Skoro weźmiemy pod uwagę fakty znane i niezbite, że 1-o błona śluzowa cewki moczowej, zakażona przez gonokoki, w pewnych warunkach nie sprzyjających podlega wszystkim kolejnym o charakterystycznym cyklu zmianom właściwym typowej jaglicy, — przeistoczeniu się nabłonka cylindrycznego w epidermoidalny, a tkanki

podnabłonkowej, adenoidalnej w zbitą, (*Finger. Archiv für Dermat. und Syphilis*, 1891. *Baraban. Revue médicale de l'Est* 15 Juin 1890), a 2-o, że i łącznica powiekowa również z łatwością i to bardzo często zakaża się przez te same pasorzyty, to drogą konsekwencji logicznej już *a priori* przypuścić możemy możliwość rozwinięcia się jaglicy pod wpływem gonokoków. Liczne spostrzeżenia kliniczne w zupełności zresztą potwierdzają to apriorystyczne przypuszczenie. Często miałem sposobność obserwowania chorych z *conjunctivitis gonorrhoeica acuta*, u których cierpienie to przeistaczało się w *conjunctivitis trachomatosa chronica*, obdarzone wszystkimi oznakami klasycznymi jaglicy — follikułami, brodawkami i łuszczką.

Conjunctivitis gonorrhoeica czasami ma przebieg łagodny czy to ze względu na mniejszą złośliwość specyficznych pasorzytów, czy też ze względu na odpowiednie i w porę rozpoczęte leczenie u osobników, znajdujących się w dobrych warunkach higienicznych. W takich razach możliwe jest kompletne *restitutio ad integrum* w sensie anatomicznym po wygaśnięciu sprawy zapalnej. W pewnym szeregu przypadków objawy zapalne w tem cierpieniu bywają niezmiernie gwałtowne. Obrzęk łącznicy, pokrytej szarawym nalotem, dosięga znacznych rozmiarów, wydzielina ropna jest bardzo obfita, a rogówka szybko ulega zakażeniu pomimo starannej opieki lekarskiej. Otóż, obserwując chorych z cierpieniem tego rodzaju, należących najczęściej do klasy ubogiej i niekulturalnej, przekonywałem się, że łącznica ich w ostatecznym rezultacie, po zupełnym zagojeniu się, zwykle po 8—12 tygodniach niczem — ani klinicznie ani anatomicznie — nie różniła się od łącznicy tych chorych, którzy przeszli typową, długo trwającą jaglicę. Ostra sprawa rzeżączkowa w tych przypadkach w bardzo krótkim czasie dokonała dzieła zniszczenia, a właściwie prze-

kształciła w wiadomym sensie tkankę łącznicową w daleko szybszem tempie, niż sprawa jaglicowa, która po latach całych i nieraz po wielokrotnych nawrotach osiąga ten sam cel.

Ale bardziej pouczające są dla nas te rodzaje zapalenia tryprowego łącznicy, które po pierwszym ostrem nasileniu przechodzą w stan chroniczny. W tych razach powrót do *status quo ante* widocznie jest już niemożliwy ze względu na głębsze zmiany, jakie zaszły w tkance adenoidalnej. Sprawa zapalna nie zniszczyła kompletnie i za jednym zamachem tkanki adenoidalnej, jak w przypadkach, powyżej przytoczonych, i dlatego wytwarza się ów znany już nam *circulus vitiosus*, który warunkuje właśnie charakterystyczny przebieg jaglicy.

Przypadki podobne, odsłaniające do pewnego stopnia tajemniczą etiologię jaglicy, miałem sposobność niejednokrotnie spostrzegać. Nie ulega też dla mnie wątpliwości, że olbrzymie rozwielenie się jaglicy i *conjunctivitis gonorrhoeicae* w Egipcie lub niektórych koszarach (w Rosyi) nie jest przypadkową koincydencją, i że pomiędzy temi dwiema postaciami chorobowemi istnieje nie dająca się zaprzeczyć związek przyczynowy.

Jeżeli więc weźmiemy pod uwagę, że *conjunct. gonorrhoeica* tylko o pewnym (średnim) natężeniu może dać początek przewlekłej sprawie zapalnej (jaglicy), to rozumiemy, dlaczego zaszczepienie chorym na jaglicę rzeżączki wywołuje szybkie wyleczenie (podobne doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne są powszechnie znane i najzupełniej stwierdzone, a nie praktykowane na szerszą skalę ze względu na niebezpieczeństwo, jakie grozi rogówce). W tych przypadkach dodatkowa, ostra sprawa zapalna w tempie śpieszonym niszczy resztki tkanki adenoidalnej i sprzyja wytworzeniu się pożądanej blizny.

Innemi słowy, — jaglica *plus* rzeżączka

równają się w swym wpływie na łącznicę działaniu jednej, ale o znacznym natężeniu sprawie rzeżączkowej. W równaniu tem, w pierwszej jego połowie, rzeżączkę, jako środek leczniczy, zastąpić można z powodzeniem przez j e k w i r y t y.

Poruszając kwestyę pasorzytniczego pochodzenia jaglicy rozpocząłem od rzeżączki, nie dlatego, że zaliczam ją do najczęstszych lub ważniejszych przyczyn jaglicy, ale głównie, aby wykazać możliwość łączenia się w jedną harmonijną całość kliniczną dwóch tak pozornie różnych postaci chorobowych.

Korzystając przez długi szereg lat z obfitego materiału szpitalnego, obejmującego wszelkiego rodzaju i różnego natężenia ostre zapalenia łącznicy, z których większość pod względem bakteriologicznym już jest dokładnie zbadana (*conjunct. catarrhalis epidemica*—Schwellungskatarrh—, *conjunct. catar. acuta* KOCH-WIEKSA, *conjunct. catar.*, wywołane przez *bacillus influenzae*, *diplobacillus MORAX-AELENFELDA* i t. d.), przekonałem się, że wszystkie one dzięki warunkom wysoce niehigienicznym, w jakich przebywa chory osobnik z proletaryatu warszawskiego, mogą służyć za punkt wyjścia do rozwoju jaglicy. Często miewałem pod stałą obserwacją całe rodziny, składające się z kilkorga osób, zarazem jednocześnie jednym z powyżej wymienionych ostrych zapaleń łącznicy, i nieraz konstatowałem, że nie u wszystkich członków rodziny, pomimo jednakowego leczenia, sprawa zapalna miała przebieg identyczny. Przekonywałem się najczęściej, że u dzieci i kobiet, pozostających w domu, sprawa zapalna zazwyczaj kończyła się względnie szybko i pomyślnie, a u ojców rodzin, którzy nie mogli przerywać zajęć swoich (w fabrykach lub warsztatach) dla systematycznego leczenia, choroba przeciągała się i przechodziła często w formę przewlekłą, mniej lub więcej ciężką, nieraz w typową jaglicę. W literaturze moż-

na znaleźć sporo podobnych spostrzeżeń, opartych na dużym materiale statystycznym (SCHILLING, GERKEN, WALLERSTEIN, NUEL i LEPLAT).

Zpośród wielu obserwacji, które przekonywały mnie o przejściu jednego ze zwykłych zapaleń w jaglicę, przytoczę dwie, charakterystyczne i ważne z tego względu, że chorymi miałem sposobność opiekowania się przez kilka lat z rzędu.

1) W przytulku dla sierot kilkunastu chłopców jednocześnie prawie zapadło na *conjunct. catar. epidemica*. Chorym zaleciłem najpierw częste przemywania worka łącznicowego słabym ciepłym roztworem sublimatu, a po przejściu okresu ostrego, kiedy silny obrzęk łącznicy zmniejszył się, a wydzielina przybrała charakter ropny, rozpocząłem tuszowanie łącznicy 1% roztworem *argent. nitric.* U wszystkich chorych, z wyjątkiem jednego, po 2 tygodniach nastąpiło kompletne wyzdrowienie. Wyjątkiem w tym przypadku był degenerant, z którym opiekunka jego w żaden sposób nie mogła sobie radzić. Nie pozwalał on sobie przemywać oczu, brudnymi rękami rozmyślnie rozcierał powieki, i tylko z trudem udało się jej parę razy zwabić go do ambulatoryum szpitalnego. W parę miesięcy później widziałem go z ciężką formą jaglicy. Łącznica usiana była follikułami i brodawkami, a na rogówce rozwinęła się gęsta łuszcza. We 2 lata później u chłopca tego, którego zmuszony byłem kilkakrotnie zatrzymywać w oddziale na czas dłuższy, rozwinęła się na łącznicy typowa blizna.

2) Robotnik, należący do najniższego proletaryatu, żonaty i obarczony 5 dziećmi, zachorował na *conjunct. gonorrhoeica* (a u t o i n f e k c y a). Forma zapalenia była wyjątkowo złośliwa. Wobec tego że cała rodzina gnieździła się w jednej małej norze, o rozpowszechnienie infekcyi wśród członków

tej rodziny było nietrudno. To też wszystkie dzieci (matka szczęśliwie uniknęła zarażenia się) zachorowały na *conjunctivit. gonorrhoeica*. Dzieci pozostały w domu, ojciec zaś zgodził się na leczenie w oddziale. Po 6 tygodniach chory wypisał się ze szpitala w doskonałym stanie. Komplikacyi ze strony rogówki nie było, na łącznicy rozwinęła się gładka błona. U wszystkich dzieci, leczonych ambulatoryjnie, z wyjątkiem najmłodszego, które po kilku tygodniach wyzdrowiało, rozwinęła się typowa jaglica. Wyjątkowo złe warunki higieniczne, niechęć do systematycznego leczenia się w oddziale były powodem długoletniego leczenia i niepomyślnego wyniku. U wszystkich chorych pozostały obszerne plamy na rogówkach po przebytej ciężkiej łuszczce.

(D. n.).

Z kliniki Terapeutycznej Warszaw. Uniwersytetu
w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Wpływ nikotyny na alkaliczność krwi.

Napisał

Czesław Otto

ordynator kliniki.

Według odczytu w Tow. lekarskiem Warszawskiem
w kwietniu 1909 roku.

(Dokończenie—Zob. Nr. 6).

Jak widać z załączonej tablicy⁹⁾ badań krwi królików normalnych, przeciętna zasadowość krwi całkowitej równa się 360 (liczba okrągła) mlgm. NaOH, z czego na alkaliczność mineralną przypada 166 mlgm., a na alkaliczność białkową 194 mlgm. Procentowo rzecz biorąc, na alkaliczność białkową wypadnie 54% ogólnej alkaliczności, a na mineralną tyl-

ko 46% tejsze ogólnej zasadowości. Alkaliczność więc organiczna, *resp.* białkowa, stanowi więcej, niż połowę ogólnej alkaliczności krwi.

Przeciętna alkaliczność osocza w moich doświadczeniach równa się 140 mlgm. NaOH, wahając się w granicach pomiędzy 133 i 146 mlgm. NaOH. Z tej ogólnej zasadowości na alkaliczność miner. przypada 121 mlgm. NaOH, a na białkową tylko 18 mlgm. NaOH. Biorąc rzecz procentowo, na alkaliczność mineralną wypadnie 86% ogólnej alkaliczności osocza, a na alkaliczność białkową przypada udział bardzo nieznaczny, bo stanowiący zaledwie 13% tejsze alkaliczności.

W 100 kub. krążków czerwonych przeciętna alkaliczność wynosi 859 mlgm. NaOH, wahając się w granicach pomiędzy 702 mlgm. i 1192 mlgm. NaOH; z tej ogólnej zasadowości 859 mlgm. NaOH na zasadowość miner. przypada 267 mlgm. NaOH, a na organiczną, *resp.* białkową, 592 mlgm. NaOH; o alkaliczności więc krążków decydują przeważnie związki organiczne, stanowiące 68% ogólnej zasadowości, gdy tymczasem alkalia mineralne stanowią zaledwie $\frac{1}{3}$ część tejsze zasadowości.

Jeżeli teraz porównamy z sobą krążki i osocze, to zauważymy, że pierwsze są znacznie bogatsze od osocza i w zasady mineralne i w zasady białkowe, i że o zasadowości krążków stanowią przeważnie związki organiczne, gdy natomiast o zasadowości osocza decydują prawie wyjątkowo zasady mineralne; liczby najjaskrawiej uwydatniają to przeciwieństwo: w 100 kub. krąż. alkaliczność białkowa wynosi 592 mlgm. NaOH, w 100 zaś kub. osocza dosięga ona zaledwie 18 mlgm. NaOH. Natomiast alkaliczność mineralna w 100 kub. krąż. wynosi 267 mlgm. NaOH, w 100 zaś kub. osocza 121, przy całkowitej jego zasadowości 140 mlgm. NaOH.

Mniej więcej do tych samych wyników doszedł A. LANDAU w swych badaniach krwi

⁹⁾ Schemat tablicy wzięto od A. Landau.

K r e w k r ó l i k ó w n o r m a l n y c h

Nr. doświadczenia	Data	Waga królika pierwotna — Kilo		mlgm. NaOH — w 100 kubikach										N w 100 kubikach				I gr. białka osocza reprecen. mlgm. NaOH	I gr. białka krąż. reprenzuję mlgm. NaOH	Stosunek osocza do krążków w %	Uwagi
		Waga królika w dzień upstnu krwi — Kilo	Alkaliczność krwi całkowita	Alkaliczność krwi mineralna	Alkaliczność krwi organiczna	Alkaliczność osocza mineralna	Alkaliczność osocza organiczna	Alkaliczność krążków całkow.	Alkaliczność krążków mineral.	Alkaliczność krąż. organiczna	N krwi całkow.	N osocza	N krążków	N osocza rozcieln.							
1	10. XII. 1908.	3,9	386,64	169	226,64	142	122,32	19,68	1192	322	870	2,6796	0,9290	8,4424	0,4035	76,7:23,3					
2	12. XII. 1908.	3,5	356,64	179,52	177,12	146	126	20	801	396	505	2,4890	0,8590	6,0667	0,3501	68,7:31,3					
3	15. XII. 1908.	3,7	360,32	160,16	200,16	133,32	119	14,32	867	252	615	2,4546	0,8223	6,0977	0,3362	69,1:30,9					
4	19. XII. 1908.	3,4	360	166,8	193,2	138,64	124	14,64	816	262	554	2,4540	0,8223	6,1029	0,3362	69,1:30,9					
5	21. XII. 1908.	3,2	346	164	182	137,32	166,6	20,72	702	244	458	2,5369	0,8854	5,3369	0,3421	62,9:37,1					
6	28. XII. 1908.	3,6	356	158	198	144	122,5	21,5	778	228	550	2,5931	0,8871	5,9949	0,3549	66,6:33,4					
Przeciętnie			360,98	166,24	194,74	140,21	121,73	18,47	859	267	502	2,5345	0,8675	6,3399	0,3505	3,4	14,5	68,8:31,2			
K r e w k r ó l i k ó w w c h r o n i c z n e m z a t r u c i u n i k o t y n a																					
1	4 I 1909.	3,5	270,52	155,51	125,01	131,32	120,08	10,24	553	189	364	2,4976	0,8712	6,86	0,3498	67:33		zastrzyk. przez rom.			
2	6 I 1909	3,5	263,98	158,64	105,34	133,64	123,32	10,32	507	201	306	2,3013	0,7432	5,5647	0,3905	67,8:32,2		0,093 nikot.			
3	10. I. 1909.	3,7	278,98	152,64	126,34	131,64	120	11,64	583	192	391	2,4143	0,7841	5,7851	0,3157	67,4:32,6		zastrzyk przez 10			
4	14. I. 1909.	3,7	280	150	130	126,30	112,5	13,8	576	222	354	2,5338	0,8788	5,7181	0,3489	65,8:34,2		miesiący			
5	16. I. 1909	3,7	266,66	163	103,66	127,32	118	9,32	707	305	402	2,4421	0,9093	7,2541	0,3927	76:24		ogółem 0,1 nikot.			
6	18. I 1909.	3,7	273,32	151	122,32	130,64	118	12,64	506	203	303	2,4993	0,8140	4,0067	0,3135	62:38					
Przeciętnie			272,24	150,13	120,11	130,14	118,4	11,32	572	218	354	2,4480	0,8334	5,8674	0,3368	2,2	9,6	67,6:32,4			
Normalnie			360,98	166,24	194,74	140,21	121,73	18,47	859	267	502	1,5345	0,8675	6,3379	0,3505	3,4	14,5	68,8:31,2			

królików normalnych. Różnica pomiędzy mojemu a jego badaniami znajduje się, zdaje się, w granicach dopuszczalnych błędów.

W 100 kubikach krążków czerwonych znajduje się średnio 6,34 gm. azotu, co odpowiada 39,62 gm. białka ($6,34 \times 6,25$). Ponieważ dla tej liczby krążków zasadowość organiczna wynosi 592 mlgm. NaOH, i równocześnie zawierają one 39,62 gm. białka, musi więc i wyżej określona ich zasadowość 592 mlgm NaOH być reprezentowana przez 39,62 gm. białka. Z tego wynika, że 1 gm. białka krążków reprezentuje zasadowość równoznaczną 14,5 mlgm NaOH.

Jeżeli teraz przejdziemy do osocza, gdzie w 100 kub. znajduje się przeciętnie 0,87 azotu, reprezentującego 5,4 gm. białka ($0,86 \times 6,25 = 5,4$), i gdzie zasadowość organiczna, zależna od białka, wynosi 18,47 mlgm. NaOH, to znajdziemy, że 1 gm. białka osocza reprezentuje zasadowość, równającą się 3,4 mlgm NaOH. Z tego nasuwa się bezpośrednio wniosek, że białko krążków i białko osocza są to dwie różnej wielkości jednostki; białko krążków jest przeszło 5 razy więcej zasadowe od białka osocza, jeżeli tak wyrazić się można.

Tą różnicą w zasadowości drobiny białkowej tłumaczy się prawdopodobnie fakt, że alkaliczność organiczna krwi i ilość zawartego w niej azotu nie znajdują się z sobą w ścisłym stosunku, czego jednak należałoby się spodziewać, przyjmując pod uwagę, że o alkaliczności krwi organicznej decydują zawarte w niej drobiny białkowe. Tak np. 2,49 gm. azotu (badanie Nr. 2) odpowiada alkaliczność białkowa 177 mlgm. NaOH, a 2,45 gm. N (badanie 3) 200 mlgm NaOH; toż samo można powiedzieć i o osoczu: 0,88 azotu w badanie Nr. 5 odpowiada alkal. biał. 20 mlgm., a w Nr. I 0,92 azotu—19 mlgm. Z zestawienia wyżej przytoczonych danych wynika bezpośrednio, że o alkaliczności organicznej krwi

decyduje nie ilość białka, lecz jakość drobiny białkowej, i że ta drobina białkowa osocza jest znacznie uboższa w zasady w porównaniu z drobiną białkową krążków.

Przechodzę teraz do moich doświadczeń w chronicznym zatruciu nikotyną.

Wszystkie króliki otrzymywały przez 10 miesięcy dożylnie nikotynę co drugi dzień, zaczawszy od dawki pierwotnej 1 : 10000 (1 gm. nikotyny Merka na 10000 gm. fizyologicznego roztworu soli kuchennej). Tego roztworu wstrzykiwano po jednogramowej strzykawce do żyły usznej, zwiększając stopniowo dawkę aż do 1 : 1000, i tę ostatnią stosowano z przerwami co drugi dzień przez 8 miesięcy. O ile zwierzęta traciły na wadze, zastrzykiwania wstrzymywano na kilka dni. Ostatecznie pierwsze 2 króliki otrzymały ogółem po 93 mlgm. nikotyny przy wadze $3\frac{1}{2}$ kilo, a 4 ostatnie po 100 mlgm. przy wadze $3\frac{2}{3}$ kilo.

Jak widać z załączonej tablicy ⁹⁾, przeciętna alkaliczność krwi całkowitej wynosi 272 mlgm. NaOH, wahając się w granicach od 266 do 280 mlgm. NaOH. Te wahania w ogólnej alkaliczności krwi trudno postawić w związku z ilością zastrzykniętej nikotyny, gdyż, jak widać z doświadczenia 4 i 5, przy "jednej i tej samej ilości zużytej nikotyny ogólna alkaliczność krwi w Nr. 4 wynosi 280 mlgm. NaOH, a w Nr. 5—266 mlgm. NaOH. Prawdopodobnie przyczyny należy szukać w większym lub też mniejszym podrażnieniu ośrodków nerwowych, wpływających na przeróbkę materii, o czym pomówimy później; możliwe, zdaje się, jest także przypuszczenie, że i mniejsza alkaliczność okazała się u tych królików, które przed doświadczeniami miały ją mniejszą, a większa alkaliczność tam, gdzie i pierwiej była ona wyższa, albowiem, jak to widać z tablicy, wahania całkowitej alkaliczności krwi

⁹⁾ porównaj Rzętkowski i Landau l. c.

APTEKA
E. GESSNERA

Jerozolimska 27, róg Kruczej

POLECA

DRAGEES MENTHOLI

(Antisepticum-Anestheticum)

zawierające: Mentholi 0,02, Natr. boraciei 0,10

stosowane przy katarze, zaflegmieniu kataralnem, zapaleniu dróg oddechowych, jak również i chronicznym krtaniowym katarze.

Doza: od 6 — 10 sztuk dziennie.

Pudełko 75 kop.

$C^{15} H^6 O$ — Santalol
 $C^6 H^{12} Az^4$ — Héxaméthylène — Tétramine
 (Syn.: Urotropine — Formine)
 $C^{13} H^{10} O^3$ — Salol

Eumictine

WSKAZANIA:

BLÉNORAGIA, ZAPALENIE PĘCHERZA, NEREK, PYELITIS
 PYELO-NEPHRITIS, PYURIA, BAKTERIURIA, FOSFATURIA
 AMMONIURIA, KAMIEŃ NERKOWE, etc. etc.

Środek przeciwrzęzączkowy pierwszorzędny, dzięki Santalolowi (pierwiastek działający essencyi Santalowej), środek moczopędny, bói kojący, rozpuszczający kwas moczowy etc. dzięki Héxaméthylène — tetraminie, posiadającej swoiste działanie.

Środek antyseptyczny etc., dzięki Salolowi, którego działanie na drogi moczowe zostało dowiedzione.

Teza doktorska (Paryż 1907): „*Traitement de la Blennorrhagie, l'Eumictine*”

D-r Jean Cremier, ancien interne de Saint-Lazare.

Leczenie radykalne, które dzięki specjalnemu przygotowaniu odbywa się bezpośrednio w kiszkaach.

Dawka: 8 do 12 kapsulek podczas jedzenia.

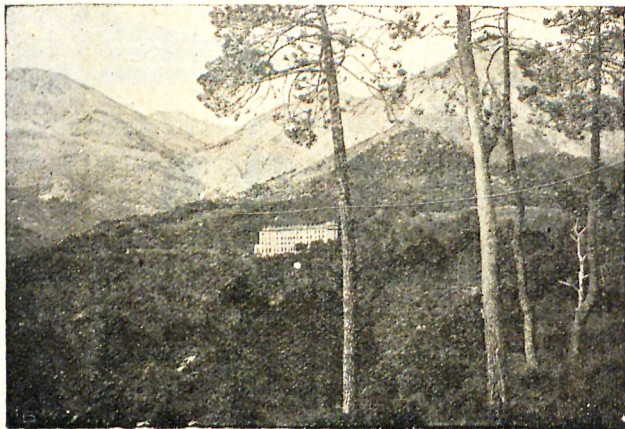


Próby i Literaturę: **PHARMACIE LANCOSME, 71, Avenue d'Antin, Paris. (8e)**

DETALICZNIE WE WSZYSTKICH APTEKACH.

Zakład Leczniczy Gorbio pod Mentoną (Riviera) 250 m. n. p. morza położony.

Prospekty dostarcza. Administracja
Gorbio pod Mentoną



Dla chorych wewnętrznych, nerwowych i rekonwalescentów, w najpiękniejszej i najzdrowszej okolicy południowej Francji w pobliżu lasu i wolnej od kurzu. Kuchnia dyetyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Ogrzewanie wodą gorącą we wszystkich pokojach.

Hemogen Magistra Klawe

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN. Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemii, chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, nieżyty żołądka, kiszek 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.

PIPERAZYNA MUSUJĄCA

Zawiera w załączonej do każdego stoika miarce 0,20 czystej Piperazyny.

MAGISTRA KLAWE.

Extractum **NANNING** Chinae

Najlepsze Stomachicum obecnej chwili.

Wskazania:

- 1) Brak apetytu u niedokrwistych.
- 2) Brak apetytu u skrofulicznych i gruźliczych.
- 3) Ostry i przewlekły nieżyt żołądka.
- 4) Choroby gorączkowe i cierpienia spowodowane ranami.
- 5) Zdrowienie.
- 6) Wymioty w czasie ciąży.
- 7) Chroniczny nieżyt żołądka, skutkiem nadużywania alkoholu.
- 8) Dyspepsja spowodowana Hg i JK.

Oryginalne flakony
po Rb. 1.50 kop.
do nabycia w aptekach
i składach aptecznych

Oryginalne opakowanie w NIEBIESKIM pudełku, z podpisem „Ryszard Fürst & Co.”

Jeneralni reprezentanci na Królestwo i Cesarstwo: Ryszard Fürst & Co., Warszawa, Aleje Jerozolimskie 37.

Dr. H. NANNING - CHINA WERKE - HAAG - HOLLAND.

u królików normalnych przekraczają granicę wahań u królików nikotynowanych.

Jeżeli teraz zwrócimy uwagę, że z ogólnej alkaliczności 272 mlgm. NaONaOH na alkaliczność mineralną przypada 150, a na alkaliczność białkową 120 mlgm. NaOH, to przekonamy się, że przy obniżeniu ogólnej alkaliczności krwi z 360 do 272, a więc o 88 mlgm. (liczba okrągła) głównie zmniejszyła się alkaliczność białka (z 196 do 120 mlgm. NaOH, a więc o 75 mlgm. NaOH), natomiast alkaliczność mineralna pozostała nieznacznie obniżoną: (zamiast 166 mlgm. NaOH wynosi ona 150 mlgm. NaOH). Jeżeli teraz obniżenie alkaliczności krwi wyrazimy w procentach, to na ogólną alkaliczność wypadnie 24%, na białkową 38%, a na mineralną 10% pierwotnej swej wartości, inaczej powiedziawszy, ogólna alkaliczność krwi utraciła 24%, natomiast białkowa utraciła 38% pierwotnej swej wartości, a alkaliczność mineralna tylko 10% tejże wartości.

Z tego wyniku bezpośrednio wniosek, że obniżenie alkaliczności krwi po dożylnem stosowaniu nikotyny dotyczy przeważnie alkaliczności organicznej, alkaliczność zaś mineralna pozostaje tylko nieznacznie zmniejszoną.

Alkaliczność 100 kub. osocza krwi króli-

ków, trutych chronicznie nikotyną, wynosi 130 mlgl. NaOH, jest więc ona w porównaniu z normą mniejsza o 10 mlgl. NaOH, co stanowi stratę alkaliczności, wynoszącą 7% pierwotnej wartości.

Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na poszczególne składniki osocza, to na alkaliczność mineralną wypadnie 118 mlgm. NaOH, a na alkaliczność organiczną, respect. białkową 11,32 mlgm. NaOH. Przy porównaniu z normą okaże się, że alkaliczność mineralna zmniejszyła się o 3,3 mlgm., co wynosi 2% pierwotnej wartości, a alkaliczność organiczna o 7 mlgm. NaOH, co wynosi 39% pierwotnej wartości. Wynika więc, że osocze krwi traci w chronicznem zatruciu nikotyną tylko na alkaliczności organicznej, resp. białkowej. Na stratę alkaliczności mineralnej można poniekąd nie zwracać uwagi wobec nieznacznego jej zmniejszenia, znajdującego się całkowicie w granicach błędu, dopuszczalnego w naszych badaniach.

Jeżeli teraz, znając stosunek osocza do czerwonych ciałek, obliczymy procentowo zawartość alkali organicznych i mineralnych w 100 kub. krwi królików nikotynowanych, uwzględniając zasady krążków i osocza, to otrzymamy:

	mlgm. NaOH.	
alkal. krążków białkowa	114,17	41,9%
„ „ mineralna	70,10	25,7%
„ osocza białkowa	7,94	2,9%
„ „ mineralna	80,03	29,4%
	<hr/> 272,24	100% (okrągła cyfra).

W normalnych fizyologicznych warunkach toż samo rozczłonkowanie zasad w krąż-

kach i osoczu krwi normalnej daje następujące cyfry:

alkal. krążków białkowa	182,03 mlgm. NaOH	50,5%
„ „ mineralna	82,49 „ „	22,9%
alkal. osocza białkowa	12,71 „ „	3,2%
„ „ mineralna	83,75 „ „	23,4%
	<hr/> 360,98 mlgm. NaOH	100%

Porównajmy teraz wzajemny stosunek zasad, rozczłonkowanych w 100 kub. krwi królików normalnych i nikotynowanych. Przy ogólnej alkaliczności krwi królików nikotynowanych, wynoszącej 272 młgł. NaOH, na alkaliczność białkową krążków wypada 114 młgł. NaOH, a więc 41,9% ogólnej alkaliczności; u normalnych królików też sama alkaliczność wynosi 182 młgł. NaOH, co stanowi 50,5% ogólnej alkaliczności. Obniżyła się zatem alkaliczność białkowa krążków o 68 młgł., co stanowi stratę 37% NaOH. Alkaliczność krążków mineralna u królików nikotynowanych wynosi 70 młgł. NaOH (strata 14%), co stanowi 25,7% ogólnej alkaliczności, natomiast u królików normalnych 82 młgł. NaOH, co stanowi 22,9% ogólnej alkaliczności. Wypada więc, że, chociaż liczbowo alkaliczność krążków mineralna obniżyła się niżej normy, to jednak % pozostała prawie niezmienną, a nawet trochę wyższą ponad normę. Takie zachowanie się alkali mineralnych należy poniekąd, zdaje się, uważać za zjawisko zastępcze przy znacznej utracie alkali organicznych.

Alkaliczność mineralna osocza krwi królików nikotynowanych wynosi 80 młgł. NaOH, co stanowi 29,4%, ogólnej (272 młgł.) alkaliczności, a alkaliczność białkowa u tychże królików równa się 8 młgł. (liczba okrągła) NaOH; porównując tę alkaliczność z alkalicznością osocza krwi królików normalnych, otrzymamy, że alkaliczność mineralna osocza zmniejszyła się o 3 młgł. (strata 5,7%), a białkowa 4 młgł. NaOH (strata 23%). Jeżeli jednak zwrócimy uwagę na procentowy stosunek tych dwóch rodzajów zasadowości, to okaże się, że zasadowość białkowa w stosunku do ogólnej zasadowości została prawie bez zmiany, a zasadowość mineralna natomiast nawet zwiększona. Tożsamo zjawisko obserwowaliśmy w krążkach, lecz tylko wyrażone znacznie jaskrawiej.

Alkaliczność 100 kub. osocza krwi królików, trutych chronicznie nikotyną, wynosi 130 młgł. NaOH; jest więc w porównaniu z normą mniejsza o 10 młgł. NaOH, co stanowi stratę alkaliczności, wynoszącą 7% pierwotnej wartości. Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na poszczególne składniki osocza, to na alkaliczność mineralną wypadnie 118 młgł. NaOH, a na alkaliczność białkową 11,32 młgł. NaOH. Przy porównaniu z normą okaże się, że alkaliczność mineralna zmniejszyła się o 3,3 młgł. co wynosi 2% pierwotnej wartości, a alkaliczność białkowa o 77 młgł. NaOH, co wynosi 39% pierwotnej wartości.

Alkaliczność 100 kub. krąż. czerwonych wynosi 572 młgł. NaOH, obniżyła się zatem alkaliczność krążków o 287 młgł. NaOH, co stanowi 32% pierwotnej wartości. Z ogólnej alkaliczności krążków (572 młgł. NaOH) na alkaliczność białkową wypada 354 młgł. NaOH, (62%) a na mineralną 218 młgł. (38%). Porównawszy z normą, otrzymamy, że alkaliczność białkowa krążków obniżyła się o 238 młgł. NaOH, a alkaliczność mineralna o 49 młgł.; straciły więc krążki 40% pierwotnej alkaliczności organicznej. Porównując raz oddzielnie alkaliczność krążków i osocza, przekonamy się, że liczbowo krążki czerwone tracą znacznie więcej swej alkaliczności, aniżeli osocze ¹⁰⁾.

Przechodzimy teraz do określenia zasadowości białka krążków i osocza. Azot 100 kub. krążków reprezentuje (6,25 × 5,86) 36,62 gm. białka; ponieważ tej ilości białka odpowiada alkaliczność 354 młgł. NaOH, to okaże się, że 1 gm. białka krążków reprezentuje zasadowość, wynoszącą (354:36,62) 9,6 młgł. NaOH. W normalnych fizyologicznych wa-

¹⁰⁾ 100 kub. krążków straciły 238 młgł. białk. i 49 młgł. alk. mineral, a 100 kub. osocza, straciły 3,3 młgł. alk. mineral. i 7 młgł. alk. białk.

runkach 1 gm. białka krążków reprezentuje zasadowość, wynoszącą 14,5 mlgm. NaOH., obniżyła się zatem zasadowość białka krążków u królików nikotynowanych o 3,9 mlgm. NaOH, co stanowi stratę 27%. Co do białka osocza, to w 100 kub. (osocza) znajdujemy go $0,8334 \times 6,25 = 5,2$ gm., i ta ilość białka reprezentuje zasadowość wynoszącą 11,32 mlgm. NaOH; jeden więc gram białka osocza reprezentuje zasadowość, wynoszącą $= \frac{11,32}{5,2} 2,2$ mlgm. NaOH, co w porównaniu z normą 3,4 mlgm. NaOH wykazuje obniżenie zasadowości białka osocza o 1,4 mlgm., a więc stratę 41%.

Jeżeli teraz porównamy ze sobą alkaliczność, reprezentowaną przez białko osocza (2,2) i krążków (9,6,) to okaże się, że białko krążków królików nikotynowanych jest 4 razy więcej zasadowe, aniżeli białko osocza. Prawie tenże sam stosunek zasadowości białka krążków do zasadowości białka osocza ($14,5:3,4 = 4$) znajdujemy w normalnych fizyologicznych warunkach. Wynika więc, że, chociaż białko krążków i osocza zmienia swą zasadowość w zależności od postronnych czynników, wzajemny ich stosunek ku sobie pozostaje jednak nietknięty.

Jak w normalnych warunkach zauważono, brak prostego stosunku pomiędzy alkalicznością krwi organiczną i zawartością w niej azotu, *resp.* białka, tak samo i we krwi królików nikotynowanych zauważyć się daje coś podobnego: mianowicie alkaliczności krwi organicznej 103 mlgm. (Nr. 5) odpowiada ilość azotu 2,4421, a w Nr. 3 tejże alkaliczności, wynoszącej 126 mlgm., odpowiada 2,4143 grm. azotu. Jak i w normalnych fizyologicznych warunkach należy objaśniać to zjawisko różnicą budowy drobiny białkowej w każdym poszczególnym przypadku.

W osoczu znajdujemy też samą osobliwość, na co wskazują przypadki 4 i 5.

A teraz rodzi się pytanie, jak sobie objaśnić obniżenie alkaliczności krwi wobec faktu, że wstrzykujemy do żyły związek alkaliczny? Pozostają dwie alternatywy: *primo*, nikotyna w ustroju zwierzęcym utlenia się do kwasu nikotynowego, i ten wiąże wolne alkalia, obniżając zasadowość krwi, przyczem należałoby przypuszczać większe powinowactwo kwasu nikotynowego do alkaliczności białkowej, gdyż ta przeważnie się obniża, aniżeli do alkaliczności mineralnej, i *secundo*, nikotyna działa na ośrodki nerwowe, wpływając na przeróbkę materii, wskutek czego zmieniona cząsteczka białkowa traci pierwotną własność wiązania kwasów, inaczej powiedziawszy, staje się jakby mniej zasadową.

Jeżeli przyjmiemy pierwszą alternatywę i dopuścimy, że nawet wszystka nikotyna, zastrzyknięta do krwi, utlenia się do kwasu nikotynowego, to, biorąc roztwór nikotyny 1:1000, bierzemy jakoby roztwór kwasu nikotynowego ¹¹⁾ prawie w tymże samym stosunku. Zastrzykując więc 1 mlgm. nikotyny, zastrzykiwalibyśmy przy naszym dopuszczeniu prawie 1 mlgm. kwasu nikotynowego. Waga cząsteczkowa kwasu nikotynowego, wyliczona z jego formuły C_5H_7NCOOH , jest 120 gm., biorąc więc roztwór 1:1000, bierzemy jakoby $\frac{n}{120} C_5H_7NCOOH$. Kwas siarczany, którym mianujemy $\frac{n}{20} H_2SO_4$, jest w stosunku do powstającego jakoby kwasu nikotynowego $\frac{n}{120} C_5H_7NCOOH$ sześć razy silniejszy, 1 więc mlgm. $\frac{n}{20} H_2SO_4$ będzie wiązał tyle alkalii, co 6 mlgm. $\frac{n}{120} C_5H_7NCOOH$. W zatruciu chronicznem nikotyna ogólna alkaliczność krwi

¹¹⁾ W samym przypuszczeniu jest błąd na korzyść kwasu nikotynowego.

¹²⁾ N oznacza wagę cząsteczki.

obniżyła się o 88 mlgm., t. j. zamiast 360 mlgm. $\frac{n}{20}$ H₂SO₄ zużyto go o 88 mlgm. mniej dla nasycenia 100 kub. krwi. Ponieważ 1 mlgm. $\frac{n}{20}$ H₂SO₄ jest równoznaczny 6 mlgm.

$\frac{n}{120}$ C₅H₄NCOOH, to 88 mlgm. $\frac{n}{20}$ H₂SO₄ = t. j. 528 mlgm. kwasu nikotynowego.

Z tego wyliczenia wynika bezpośrednio, że dla obniżenia alkaliczności krwi o 80 mlgm.

$\frac{n}{20}$ H₂SO₄ należałoby na każde 100 kub. krwi wstrzyknąć 80 mlgm. 1:1000 nikotyny, gdy

tymczasem w rzeczywistości zastrzyknięto królikowi (dośw. N. 4) przez 10 miesięcy 100 mlgm. Przeczy więc to wyliczenie naszemu przypuszczeniu o możliwości zatrucia kwasnego w obserwowanych przypadkach.

Wobec tego musimy się zgodzić z drugim przypuszczeniem, t. j. z wpływem nerwowym, i obniżenie alkaliczności krwi po zastrzykiwaniu nikotyny uzależniać tylko od tego ostatniego czynnika, inaczej bowiem sam proces obniżania alkaliczności krwi byłby niezrozumiały.

WYKŁAD KLINICZNY.

O znaczeniu karmienia piersią niemowląt.

Podał

H. Goldszmit.

Mogę spotkać się z zarzutem, iż zabieram czas i miejsce, by dowieść, że oczywiście jest oczywiste. W rzeczy samej, niema dziś już ani jednego, bodaj odosobnionego głosu po stronie sztucznego żywienia, — teoretycznie panuje zupełna jednomyślność. Jednakże często jeszcze pediatricy pomawiają ogół lekarzy o niedocenywanie wartości naturalnego żywienia osesków piersią, o chwiejność ich stanowiska w tej sprawie, o karygodną uległość smakowi i przesądom publiczności.

W roku 1903 Płockie tow. lekarskie wydało arkusz, obliczony na szerokie rozpowszechnienie, czego dowodzi cena: rubel za sto egzemplarzy. Spotyka się tam zdanie, bezmiernie r e z y k o w n e, jeśli nazwać je ogólnie, z obowiązującą względem kolegów kurtuazyą.

„Bywa nieraz i tak, że pokarm matki jej dzieciom nie służy, tak, że jedno po drugim, jak się to w niektórych rodzinach zdarza,

umiera ku wielkiemu zmartwieniu matki i ojca”.

Zdanie to jaskrawo ilustruje stosunek lekarzy - praktyków do sprawy, którą specjaliści tak decydują:

„Jedyny, w pełni odpowiadający celowi, jedyny, zabezpieczający przed ciężkimi chorobami trawienia jest dla niemowlęcia pokarm piersi matczynej. Lekarz, który uwalnia matkę od karmienia lub odradza i skłania do sztucznego żywienia, sprzeniewierza się swym obowiązkom, popełnia przestępstwo nie tylko w stosunku do powierzonego jego pieczy dziecka, ale i wobec generacji” (HEUBNER).

Szkodliwość sztucznego żywienia wybiegła dziś daleko poza przewód pokarmowy.

„Nie tylko zaburzenia przewodu pokarmowego, ale i eklampsja, laryngospasmus, znaczne anomalie w tworzeniu się krwi i kości wiążą się najczęściej ze sztucznym żywieniem. Częstokroć figurujące w statystyce zapalenie płuc lub inny powód śmierci jest tylko ostatnim aktem sztucznego żywienia” (FINKELSTEIN).

Zbyt daleko zaprowadziłoby omawianie FINKELSTEINOWSKIEJ dekompozycji i intoksykacji, gdzie punkt ciężkości stanowczo i raz na zawsze przesunięto — z wczorajszego lub

jutrzejszego „stołeczka” na dziedzinę ogólnej przemiany materii w pierwszych miesiącach życia dziecka.

Od dziś już omawianie chorób przewodu pokarmowego dzieci starszych łącznie z niemowlętami—będzie niedopuszczalne; HEUBNER idzie dalej. Osobno na 70 stronicach mówi o chorobach sztucznie karmionych osesków, a w krótkim dodatku na 4 stronicach załatwia się z niedomaganiem i osesków, karmionych piersią. Tylko taki podział nie zaciera konturów każdej po szczególe postaci chorobowej z jej odmienną fizjonomią i konsekwencyami.

Zwracamy się do statystyki, mówi nam, że przy karmieniu piersią procent śmiertelności osesków bogatych i biednych jest nieledwie ten sam (PRINZING); bierzemy do pomocy eksperyment, przekonywa, że myszy, świnki, króliki giną przy karmieniu mlekiem kobiety lub krowy; udajemy się do laboratorium, poucza nas ono, że mleko matki jest nie tylko jedynie czyste i żywe, zawiera własności bakteryobójcze i fermenty, współdziałające trawieniu, — ale że samo białko, niezależnie od stosunku sernika do laktalbuminy, jest swoiste. Każde z odkryć pogłębia jeszcze przekonanie o znaczeniu naturalnego karmienia.

Skąd więc bierze się legenda o szkodliwości mleka matki i aż tak znacznej, że zabija? Gdzie tkwi źródło nieporozumienia?

„Musimy wyraźnie oddzielić sprawę karmienia zdrowego oseska od chorego lub pochodzącego od chorych rodziców, — mówi CZERNY. — Stanowisko to zdaje się być samo przez się zrozumiałe, było jednakże pozostawiane w pediatrii bez uwagi aż do ostatnich czasów—i prowadziło do różnych wniosków o metodach żywienia, — gdyż materyał, na którym je próbowano, był różny”.

Chore czy słabe dziecko przy idealnym sposobie żywienia będzie się słabiej rozwijało, gdy zdrowe potrafi się uporać i z nieracjonalnem sztucznem żywieniem, — granice tolerancji wahają się na dużej przestrzeni. Tam, gdzie nieracjonalne żywienie poczyniło daleko idące spustoszenia, tolerancja nawet względem mleka kobiecego spaść może do zera.

Drugim momentem nieporozumienia jest różnica w poglądach na wartość patognomoniczną wypróżnień karmionego piersią oseska.

Jeden z ostatnich „starych” FIŁATOW, który w wielu razach wyprzedził wiek swój o lat dziesiątek, — pragnie na zasadzie liczby i jakości wypróżnień klasyfikować cierpienia przewodu pokarmowego. BAGIŃSKI, który w sprawie żywienia osesków po to tylko cytowany jest nieomal, by tem oczywiście stwierdzić niewłaściwość stanowiska przeszłości, — spotykał nawet *cholera infantum* u dzieci, piersią karmionych, szczęściem, „rzadziej”, niż u sztucznie żywionych, — gorzej, że przemilcza, czy u wyłącznie piersią karmionych, czy u dokarmianych i czem mianowicie. Ileż to razy owo pozorne „dziecko przy piersi” jest dokarmiane nieracjonalnie od pierwszych tygodni życia.

SCHLOSSMANN, podkreślając wielokrotnie stwierdzony fakt, że pewna kategoria niemowląt rozwija się na zdrowe i mocne dzieci, nie dając ani jednego idealnego stolca, zaznacza, — że „jeśli podobnie odporne niemowlę spotka się z lekarzem, który żąda, by za wszelką cenę niemowlę dawało stolce książkowe (dem Lehrbuch gemäss), więc żółto — złotego koloru, konsystencyi purée z kartofli, o kwaśnym zapachu i odczynie, — rozpoczyna się między lekarzem i dzieckiem rozpaczliwa walka (verzweifelter Kampf), w której dość często dziecko prada ofiarą”. — SCHLOSSMANN przytacza własny przypadek, gdzie dziecko na mącznokoniakowej dyecie, konając niemal, dało wreszcie zwycięzcy tyle oczekiwany stolec, zgodny z przepisem,

Trudno zliczyć przypadki, gdzie lekarze, wypowiadając wojnę tłuszczowi lub cukrowi, ulepszają szeregiem przepisów skład pokarmu matki; niekiedy uzbrajają się do walki w lekarstwa.

Czteromiesięczna Jadzia (Nr. 317 książki szpitalnego ambulatorium) spożyła cztery flaszki emulsji rycynowej ze szczodrej dłoni lekarza kolejowego — i przysłała do zdrowia, mając po 5 — 6 „złych” stolców na dobę.

Dwumiesięczny Czesio z bólkami (Nr. 1387) jedną wypił flaszkę i do połowy tylko, że była to jednak kodeina (!) — omal nie zasnął na zawsze.

Jakkolwiek nauka nie zna patosu, nie przystają godności jej wykrzykniki, — przypadki podobne nazwać trzeba — strasznymi!

Już w punkcie pierwszym wspomniałem, że mogą w błąd wprowadzić lekarza w jego poglądach na wartość leczniczą mleka kobiecego przypadki, gdzie chore wskutek niewłaściwego żywienia niemowlę bądź umiera, bądź bardzo powoli przychodzi do zdrowia przy piersi. — Sprawa ta znajdzie szerokie omówienie w drugim tomie CZERNEGO, nie jest jednak i dziś już tajemnicą. Zależnie od natężenia i jakości czynników szkodliwych (białko, tłuszcz, węglowodany) — i reparacja następuje różnie.

„Choćby odnośnie do wymiotów — mówi KELLER, — różnią się znacznie różne dzieci między sobą. Podczas gdy u jednego wymioty znikają nieomal tego samego dnia, gdy odstawiliśmy sztuczne pożywienie, i nie powracają więcej, — u drugiego ciągną się bez zmiany przez cały okres karmienia piersią; u trzeciego wymioty ustępują i występują na nowo. Naogół jest to ten objaw, który przy karmieniu piersią znika najpóźniej”.

Słusznie zauważa KELLER, że zdrowienia przy karmieniu piersią nie można porównywać ze zdrowieniem po chorobach infekcyjnych, gdzie tolerancja względem spożywanego pokarmu, zdolność assimilowania pokarmu przez organizm nie są zakłócone.

Tyle co do nieporozumień w stosunku do dziecka, więcej ich jest zapewne w stosunku do matki karmiącej.

MONTI w obszernym, bo trzytomowym podręczniku chorób dzieci rozpoczyna rozdział o naturalnem żywieniu od statystyki śmiertelności — i oblicza ją na 10 — 17% śmiertelności u karmionych piersią, na 82 — 89% śmiertelności u sztucznie karmionych; — nie przeszkadza mu to wszakże w odnalezieniu tylu ograniczeń i zastrzeżeń, że dziwić się należy, jak wobec tego sam się zalicza do stronników karmienia piersią. Zdaniem MONTIEGO, w rodzinach, gdzie panuje niepokój, podniecenie, zmienność usposobienia, co źle wpływa na skład

pokarmu, dziecko nie może być przez matkę karmione. Więc przez mamkę? — Ależ mamka tembardziej będzie podlegała niepokojom, wzruszeniom, co wpłynie na skład jej pokarmu. — Jasny ztąd dalszy wniosek.

I tu właśnie znajdujemy wyjątkowo niekrytycznie opisany przypadek, gdzie siedmioro dzieci zdrowej matki w 7 — 8 — 9 — 10 miesiącu umierały na *meningitis tbc.* „Ich kenne eine Familie....” — to o wiele za mało, jeśli się coś niezwykłego opowiada i daleko sięgające wyprowadza wnioski.

Skreślanie punkt po punkcie przeciwwskazań do karmienia piersią — było pracą znużoną, na szczęście już ukończoną.

Kiedy BUNGE zrobił tragiczne odkrycie, że na 665 kobiet aż 483 było niezdolnych do karmienia, DIETRICH znalazł ich tylko 10%. — PINARD uznał dla Paryża 99% zdolnych do karmienia, a BLAKER dla Londynu 96% — i tylko 1% niezdolnych z powodu braku pokarmu. — Tylko przeszkody natury gospodarczej, socjalnej — w sferze robotniczej — i niechęć lub nieznamość techniki karmienia są powodem rozpusty sztucznego żywienia niemowląt.

Nieznamość techniki karmienia, brak konsekwencji, stałości w postanowieniach — jest czwartym i ostatnim punktem nieporozumienia, — o tem jednak pomówić należy osobno, by rozwiać raz na zawsze legendę, że przepis: co trzy godziny pierś w ciągu 10 minut — jest wskazaniem we wszystkich przypadkach właściwym, rozsądnym...

LITERATURA.

1. Podręczniki. Bagiński, Heubner, Filatow, Finkelstein, Monti.
2. D. Kindes Ernährung. Czerny.
3. Handbuch d. mediz. Statistik. Prinzing.
4. Schlossman, Monatsschr. f. Geb. u. Gynäkol 139 17.
5. Keller: Kranke Kinder an d. Brust Jahrb. f. Kinderheilk 1901.
6. Moro. Exper. Beitr. zur Frage d. künstl. Säuglern. Münch. med. Woch 07 Nr. 45.

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

Medycyna wewnętrzna

33 Seibert (New-York). Kamfora i pneumokoki.

Dotąd w zapaleniu płuc kamforę stosowano w drugiej połowie choroby dla zwałczenia zagrażającego życiu osłabienia serca.

W ostatnich czasach autor, zachęcony wynikami, osiągniętymi w kilku ciężkich przypadkach zapalenia płuc, zaczął stosować kamforę w dużych dawkach w postaci zastrzykiwań podskórnych oleju kamforowego (12 cent. sz. 20%, roztworu 2 razy dziennie) od początku do końca choroby. Zastrzykiwania, w ten sposób dokonane, autor dotąd stosował u 21 chorych z ciężkim zapaleniem płuc, u których badanie bakteryologiczne wykazało zakażenie pneumokokami. Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Ostateczny tak pomyślny wynik niczego by może nie dowodził, gdyby nie to, że 1) ani w jednym przypadku nie nastąpił krytyczny spadek ciepłoty (*crisis*), że 2) zamiast niego następowała powolna poprawa już po pierwszym zastrzyknięciu, że 3) po dalszych zastrzykiwaniach stale następowała dalsza poprawa, i że 4) trwanie choroby było krótsze. Wszystko to, zdaje się, przemawia za tem, że kamforę w dostatecznych dawkach należy uważać za środek, zabijający pneumokoki we krwi. Oprócz tego spostrzeżenia autora każą przypuszczać, że 1) kamfora w dużych dawkach, od dłuższego już czasu stosowana w postaci zastrzykiwań podskórnych w zapaleniu płuc, szczególnie w Niemczech, nie tyle działa jako środek, podniecający czynność serca, ile jako bakteryobójczy, i 2) że używana dotąd przez autora dawka kamfory nie reprezentuje maximum, jakie chory w zapaleniu płuc bez szkody, a z większym pożytkiem może znieść.

Co się tyczy tolerancji ustroju względem tak dużych dawek kamfory, pod tym względem powołuje się autor na doświadczenie innych lekarzy (ESSER - Bonn, Würtz-Strassburg).

Wytłomaczyć sobie łatwo można sku-

teczność kamfory w zapaleniu płuc, jeśli przyjąć, że od samego początku choroby pneumokoki dostają się do krwi. Że tak jest, dowodzą badania ROSENOWA (Chicago), który na 175 przypadków zapalenia płuc w 160 znalazł pneumokoki we krwi często już w 12 godzin po pierwszym dreszczu wstrząsającym.

Wszystko to wskazuje, że przy leczeniu kamforowem kamfora wchodzi bezpośrednio w zetknięcie z pneumokokami we krwi i działa na nie zabójczo. To klinicznie osiągnięte doświadczenie w sprawie zabójczego działania kamfory na pneumokoki należało uzupełnić badaniem bakteryologicznem. W tym celu z polecenia autora dokonane były badania HENSELA i WELCHA. HENSEL wykazał, że posiewy pneumokoków na odżywkach, do których dodana była $\frac{1}{10000}$ część kamfory nigdy nie wschodziły, gdy hodowle, użyte do kontroli, dalej rosły. WELCH najpierw zastrzykiwał pewnej liczbie królików wymierzoną ilość zawiesiny pneumokokowej do żyły usznej; wszystkie zwierzęta zdechły.

W drugiej seryi doświadczeń naprzód zastrzykiwał zwierzętom zawiesinę pneumokokową a w godzinę później 1 cent. sz. 20% oleju kamforowego; taka sama ilość kamfory była zastrzykiwana co 12 godzin. I te zwierzęta zachorowały, lecz po 2 dniach, z wyjątkiem jednego, zaczęły się poprawiać. Dowodzi to, że kamfora w dostatecznej dawce znajdujące się we krwi pneumokoki zabija.

Autor objaśnia sobie działanie kamfory w ten sposób, że przechodzi ona z oleju bardzo powoli do krwi, a tem samem stopniowo rozwija się działanie. Że krąży ona we krwi i wydziela się przez płuca, dowodzi zapach kamfory z ust chorych. Te ciągle wydzielanie się kamfory wraz z oddechem przeszkadza też kumulatywnemu jej działaniu.

W końcu autor zwraca się z prośbą do lekarzy, którzy zechcą spróbować leczenia za pomocą kamfory, by trzymali się następujących prawideł:

1) O ile można najwcześniej robić zastrzykiwania.

2) Powyżej podanej dawki nie zmniejszać, raczej zwiększać.

3) Robić zastrzykiwania co 12 godzin, by dać kamforze czas do ulotnienia się.

4) Odkazić naturalnie przez wygotowanie zarówno olejek kamforowy, jak i strzykawkę.

5) Podaną przez autora dawkę co 12 godzin wstrzykiwać tak długo, dopóki ciepłota ciała, tętno i oddech nie będą normalne.

(Münch. Med. Woch. 1909, Nr. 36).

F. Ar.

34. E. Moro. Kliniczne wyniki naskórne-go odczynu tuberkulinowego.

Autor zestawia w referowanej pracy wyniki stosowania swej metody od czasu jej ogłoszenia, t. j. od r. 1907 i 1908. Opis jej, jako znany ogólnie, pomijam. W ciągu 1½ roku odczynu próbowano na 1034 dzieciach, które podzielono na 4 główne grupy: gruźlicy wyraźnej, zółzów, podejrzenia co do gruźlicy i bez podejrzenia gruźlicy.

W pierwszej grupie było 83% wyników dodatnich i 17% ujemnych, w drugiej 87% dodatnich i 13% ujemnych, w trzeciej 73,5% dodatnich i 26,5% ujemnych, wreszcie w czwartej—12,5% dodatnich i 87,5% ujemnych.

Badanie pośmiertne, tak ważne pod względem kontroli, wykazało, że w 23 przypadkach, w których makroskopowo żadnych zmian gruźliczych nie było, odczyn naskórny dał wynik ujemny, — zaś w 21 przyp., w których gruźlicę znaleziono, odczyn był 7 razy ujemny, 14 razy dodatni. Z tych 7 ujemnych przypadków trzy dotyczyły gruźliczego zapalenia opon mózgowych i jeden prosówkowej postaci gruźlicy. W jednym przypadku wyraźnej gruźlicy o odczynie ujemnym zastrzyknięcie 0,01 g. tuberkuliny pod skórę dało bardzo silny odczyn. Z pozostałych dwóch w jednym była gruźlica ogólna, w drugim—stara, zupełnie zwapniała gruźlica gruczołu krezkowego.

Porównanie odczynu Moro z odczynem PIRQUETA wykazuje prawie zupełną równoległość z pewną przewagą pod względem wyników dodatnich na korzyść PIRQUETA. Po-

wtórzeń odczynu Moro w przypadkach o wyniku ujemnym zmniejsza jeszcze bardziej tę różnicę.

Na pytanie, czy odczyn jego można uważać za swoisty, odpowiada autor twierdząco. Dodatni wynik u osób z klinicznym brakiem objawów gruźlicy nie może być pozytywny za wadę odczynu, gdyż niepodobna kontrolować delikatniejszej metody badania sposobami mniej czułymi. Dane sekcyjne przekonywają, że odczyn dodatni wykrywa prawie bez wyjątku wyraźne, niekiedy ukryte, a nawet nieraz i wygojone zmiany gruźlicze. Z tego więc dodatniego wyniku wnosić można tylko, że ustrój już reagował samoistnie na zakażenie gruźlicze. Za tem przemawia wzrost liczby wyników dodatnich wraz z wiekiem i spora liczba ich u chorych z padaczką i purpurą. Co się tyczy stopnia odczynu, to ten zależy, między innymi, od pobudliwości układu nerwowego, właściwości skóry, stopnia odżywiania i ogólnego stanu.

Odczyn ujemny naogół przemawia za tem, że w danej chwili ustrój jest wolny od gruźlicy. Istnieje jednak w szczegółach szereg wyjątków: 1) odczyn nieraz bywa ujemny u chorych z bardzo posuniętą gruźlicą i prawie zawsze w przypadkach z szerzeniem się procesu drogą krwi (prosówka i zapalenie opon); 2) odczyn bywa ujemny w przebiegu odry i nieraz pewien czas (3 tygodnie) po wystąpieniu wysypki; 3) w pierwszym półroczu u ssawców często bardzo odczyn bywa ujemny; 4) wreszcie w 5% przypadków gruźlicy, klinicznie stwierdzonej, odczyn nie daje rezultatu pożądanego.

Doświadczenia innych autorów na dzieciach i dorosłych potwierdzają wyniki autora. (Brauers Beitr. zur Klin. der Tub. T. XII. Z. 2).

M. Gantz.

35. O. Bruns. O skutkach jednostronnej odmy piersiowej.

Autor badał na królikach i psach skutki sztucznej odmy piersiowej i przekonał się, że wielką rolę w powstawaniu wyników odgrywa tu przegroda śródpiersiowa, która u psów jest dość podatna i przeszkadza powstawaniu zupełnej niedodmy płuca, gdy tymczasem

u królików występuje ona wybitnie. Co się tyczy ilości krwi w płucu zapadniętem, to już po kilku sekundach jest ona mniejsza, niż w płucu zdrowym, a wraz z trwaniem odmy zmniejsza się jeszcze bardziej.

Badania mikroskopowe stwierdzają w płucu przy sztucznej odmie daleko sięgająca niedodmę. Pęcherzyki nie zawierają już powietrza, ściany zaś ich stykają się zupełnie, przyczem komórki śródbłonne nigdzie nie skleją się lub zrastają—co zresztą już dawno opisywał DUNIN przy odmie uciskowej. Podobnie nie widać zmian zapalnych w oskrzelach nawet po kilkumiesięcznym trwaniu odmy piersiowej. Jedynie w ścianach oskrzeli daje się zauważyć pewne zwiększenie ilości tkanki łącznej, co autor stawia w zależności od złego ukrwienia tętniczego tkanki. Krew żylna, przyniesiona przez tętnicę płucną, dostaje się do żył płucnych w bardzo nieznacznej ilości przez zwężone łoża włosowate, pozostając tu następnie skutkiem braku *vis a tergo* i przyspieszenia oddechowego krwi. Powstaje więc zastój żylny, a nie przekrwienie tętnicze w znaczeniu BIERA, — skutkiem zaś zastoju następuje zastój limfy i rozrost tkanki łącznej.

W ten sposób odma piersiowa u człowieka działa nie tylko drogą unieruchomienia płuca, lecz powodując rozrost tkanki łącznej naokoło ognisk gruźliczych.

Bliższe badanie zmian w układzie krwionośnym przy odmie sztucznej przekonało autora, że podczas wdechu żyły piersiowe napęniają się obficie krwią. Że zaś ten zastój nie zależy od ucisku azotu na wielkie żyły wewnątrzpiersiowe i na prawe serce a od znacznego zwężenia całego układu krwionośnego płuca skutkiem spadnięcia się tego organu — tego dowodzi znaczne rozszerzenie prawego serca. Niewątpliwie krążenie zostaje upośledzone i skutkiem zmienionej pracy ssącej płuca, ew. klatki piersiowej.

Prócz rozszerzenia prawego serca stwierdził autor i przerost prawej komory również skutkiem powyższych przyczyn.

(Brauer's Beitr. zur Klin. der Tub. t. XII z. I.).

36. L. Melchior. O leczeniu gruźlicy płuc przekrwieniem tkanki płucnej.

Autor na 11 chorych szpitalnych posta-

nowił wypróbować działanie maski KUHN. Ponieważ jednak jest ona niezbyt przyjemna w użyciu (czuć ją bowiem stale karbolem) i jest dość droga (15 Mk.), więc M. posiłkował się zbudowaną podobnie maską tańszą i łatwiej podlegającą odkazaniu. Sprawa zasadza się na tem, że chorzy wdychają przez małą szparkę, która zresztą może być dowolnie zmniejszana, wydychają zaś przez specjalny wentyl. KUHN sądzi mianowicie, że mały dopływ powietrza powoduje rozrzedzenie się jego w płucu i wywołuje wchłanianie się jego; za tem znów idzie obfity dopływ krwi do naczyń płucnych, lepsze przyswojenie tlenu, przedłużenie wdechu na koszt wydechu, więc i dłuższe odświeżanie krwi w naczyniach, a wreszcie i przepełnienie krwią płuca, ta zaś ma znów dodatnio oddziaływać na miejsca chore, niszcząc jednocześnie laseczniki KOCHA. KUHN notuje u chorych, leczonych jego metodą, poprawę podmiotową i przedmiotową, zmniejszenie się liczby prątków w płwocinie, znaczne zwiększenie się liczby czerwonych krążków krwi. STOLZENBURG potwierdza taką wybitną poprawę. Autor nie może pochwalić się takimi wynikami. Ani ciepłota, ani tętno, ani kaszel, ani obecność prątków, zdaniem jego, nie wykazują żadnego działania w ich kierunku metody KUHN. Wprawdzie waga chorych wzrastała, w tym samym jednak tygodniowym stosunku, co i przed rozpoczęciem tego leczenia. Liczba czerwonych krążków istotnie powiększała się, lecz często wkrótce wracała do pierwotnej wysokości. Ciśnienie krwi po każdym seansie również zmniejszało się nieco. Na pojemność płuc wpływała maska o tyle, że zwiększała się ilość powietrza zostającego (Residualluft), gdy pojemność właściwa (Vitalcapazität) się zmniejszała.

Wreszcie, co się tyczy objawów przedmiotowych, to i pod tym względem nie udało się autorowi stwierdzić poprawy, co więcej, sądzi on, że rzeżenia nie tylko nie znikają po użyciu maski, lecz przeciwnie, stają się wyraźniej słyszalne.

(Tak odbiegające od własnych wyniki leczenia objaśnia KUHN w następnym tomie XIII tego czasopisma tem, że M. nie używał jego maski, lecz innej, a pozatem stosowanie

metody było zbyt krótkie, gdyż dopiero po 4-tygodniowej wprawie zaczyna się przejawiać właściwe działanie. (Przyp. sprawozd.)

(Brauers Beitr. zur Klin. der Tuberculose 1909, T. XII Z. 3.)

M. Gantz.

Choroby dzieci.

37. Göppert F. Zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego u dzieci.

Autor opiera obserwacje swoje na 130 przypadkach.

U dzieci w pierwszym półtoraroczcu choroba objawia się szybkim podniesieniem ciepłoty; płacz i podniecenie wskazują na dotkliwe cierpienie. Następują wymioty 1 — 2 razy dziennie podczas pierwszych 3 dni. Od dech znacznie przyspieszony. Czwartego — szóstego dnia występuje, jako objaw charakterystyczny, trwożliwy wyraz i szara barwa twarzy. Zarówno jak i w innych infekcyjnych chorobach, daje się stwierdzić u osesków zwiększona liczba wypróżnień śluzowych. Ciepłota waha się zazwyczaj między 39% — 40%, niekiedy opada do 37° raz lub dwa razy dziennie, by rychło znów się podnieść przy towarzyszeniu zatrważających objawów: dzieci stają się nader blade, kończyny — chłodne, paznogie — sine. Podczas krótkich okresów bezgorączkowych powraca humor, dzieci bawią się i śmieją.

Śluzówka jamy ustnej zaczerwieniona, sucha. Brak wody w ustroju wywołuje najcięższe objawy i pociąga za sobą konieczność wlewań. Jako objaw groźny, występuje niekiedy wzdęcie brzucha i znaczny obrzęk nerki z ogromną bolesnością przy ucisku.

Niektóre przypadki — mimo obfite wydzielanie ropy — przebiegają bez jakichkolwiek zaburzeń ogólnych. W innych atoli przypadkach po przejściu okresu gorączkowego znajdujemy ropę w moczu jeszcze w ciągu wielu tygodni i miesięcy.

Nie bacząc na leczenie, w 20% wszystkich przypadków następują nawroty.

U dzieci starszych na pierwsze miejsce występują objawy ze strony pęcherza moczowego. Zatrzymanie moczu, bóle przy urywaniu, zmiany w ciepłocie wraz z dreszczami

występują często po dłuższych przerwach. Niekiedy choroba przybiera charakter cierpienia chronicznego.

Ostateczną dyagnozę stawiamy na podstawie badania drobnowidzowego: obecności w moczu drobnoustrojów i ciałek ropnych. Rokowanie zależy od wczesnego rozpoznania i od odpowiedniego leczenia.

W leczeniu istnieją dwa główne punkty: 1) przepłukiwanie miedniczek nerkowych przez dostarczanie dużej ilości płynów, 2) osłabianie energii życiowej drobnoustrojów przez leki.

W pierwszym rzędzie zatem postawić należy obfite dostarczanie herbaty i wód alkalicznych, ewentualnie wlewania 150 — 200 gr. (40 — 41°C) wody karlsbadzkiej (Mühlbrunn) przez kateter na drodze nosowej lub 1/2 litra (30 — 40°C) — przez odbytnicę 2 — 3 razy dziennie.

W ostrych przypadkach dawać należy przedewszystkiem salol w ilości 0,05 — 0,25 — 8 razy dziennie; najmniejsza dawka odpowiada wiekowi 2 — 5 miesięcy, największa 1 1/2 — 3 lat. Po 8 — 10 dniach, w lekkich przypadkach wcześniej, przejść można do *urotropiny* — 1,0 dziennie w przeciągu 2 tygodni. Jako trzeci środek zaleca autor *hipopol* 1,0 — 1,5 dziennie.

W chronicznych przypadkach omawianego cierpienia daje się dwa ostatnie środki w małych ilościach (0,5 — 1,0 dziennie) niekiedy w ciągu 6 — 8 tygodni. Po czterotygodniowej przerwie powtarza się leczenie.

O ile opisane wyżej metody leczenia nie dają pomyślnych wyników należy zastosować przepłukiwanie pęcherza (HEUBNER, ESCHERICH).

(Berl. klin. Woch 1909, Nr. 14).

Józef Judt

Choroby weneryczne i skóry.

38. Hirschberg i Biehler. Trąd kości.

W cierpieniach kości w trądzie autorowie odróżniają dwie sprawy: przerostową i zanikową, przyczem prawie zawsze przerost przechodzi w zanik. W guzowatej postaci trądu mamy zapalenie okostny i zapalenie szpiku kostnego. Laseczki trądu znajdowano we wszystkich tych postaciach. Naj-

częściej zdarzają się zapalenia okostny, a inne cierpienia są nader rzadkie. Cierpienia kości w trądzie guzowatym bynajmniej nie stoją w związku z ciężkim przebiegiem danego przypadku. Kości, zajęte przez trąd, zmieniają swój wygląd bardzo łatwo odpowiednio do największego napięcia mięśni, co zwłaszcza zauważyć się daje na długich kościach kończyn. Przy trądzie plamistym spotykamy lekkie zapalenia okostny i zaburzenia odżywcze nerwowe kości, jakie widzimy w lekkich postaciach trądu znieczulającego (*lepra nervorum*). W trądzie znieczulającym zauważyć się dają różnorodne zmiany w kościach, stawach i tkankach je otaczających, przyczem zmiany w kościach występują w tej postaci trądu b. wcześniej.

W trądzie guzowatym zmiany w kościach mają charakter zapalno-plastyczny, a w trądzie znieczulającym — zwyrodniający, choć często charakter zwyrodniający łączy się z plastycznym, zwłaszcza w trądzie guzowatym.

Najczęściej ulegają cierpieniu kości kończyn, a przede wszystkim kości palców u nóg. Palce rąk cierpią później. Na kościach przedramienia i goleni mamy zapalenia okostny, wybitnie występujące w trądzie guzowatym. W trądzie znieczulającym spotykamy zanik całego narządu kostnego.

Wogóle w trądzie autorowie spostrzegali następujące zmiany w kościach: zapalenie okostny, wyrośle kostne (*exostoses*), zanik kości, rozszerzenie przestworów szpiku kostnego, zanik chrząstek stawowych, próchnice, lamliwość, okaleczenie (*mutilatio*), tworzenie się martwaków (*sequester*) i wtórne zniekształcenie kości.

Obszerna ta praca, której treść możliwie krótko starałem się podać, ozdobiona jest dwudziestoma kilkoma roentgenogramami, doskonale wykonanymi, i kilkoma bardzo udatnymi fotografiami.

(Dermatologische Zeitschrift. Sonder Abdruck aus Bd. XVI, Heft 7, 1909).

Edmund Kurella.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kiniczne z dnia 19 października 1909 roku.

Teodor HEJMAN wypowiedział odczyt „o otosklerozie”.

Opierając się na zebranych przez siebie materyale anatomo-patologicznym i drobnowidzowym, HEJMAN skłania się do poglądu tych badaczy, którzy otosklerozę uważają za zapalenie, które bierze swój początek z jamy bębenkowej. Główną i jedyną podstawę anatomiczną tego cierpienia stanowi zrost kostny strzemięcia z okienkiem owalnym oraz zamurowanie okienka okrągłego. Następnie prelegent przedstawił objawy otosklerozy, rozpoznanie różniczkowe między otosklerozą czystą, pierwotną, nie powikłaną cierpieniem błędnika, a otosklerozą powikłaną zajęciem błędnika; między otosklerozą a pierwotnym cierpieniem błędnika i jego zakończeń nerwo-

wych i wreszcie między otosklerozą, a sprawami zrostowymi w jamie bębenkowej.

Co do etiologii otosklerozy HEJMAN zbija pogląd HABERMANN, który uważa syfilis za najczęstszą przyczynę otosklerozy. W swojej statystyce, która obejmuje 223 przypadki otosklerozy, HEJMAN stwierdził, że najczęstszą jej przyczyną jest małokrwistość, drugie miejsce zajmuje dziedziczność, następne syfilis, dalej idzie ciąża i poród. HEJMAN jest zdania, że wszelkie leczenie miejscowe jest bezpożyteczne i często jest nawet szkodliwe.

W dyskusyi HEWELKE przypomina, iż przy wywiadach co do dziedziczności należałoby trzymać się metody według tablic genealogicznych LORENZA.

GURANOWSKI zwraca uwagę na pogląd MALHERBA, który otosklerozę tłumaczy arteriosklerozą i wzmożeniem ciśnieniem krwi i ra-

dzi stosować t. zwaną przez niego surowicę „*serum antisclereux*” t. j. *serum Trunczek* z dodaniem 0,5 — 1% pilokarpiny. Dziedziczność otosklerozy jest niewątpliwa. GURANOWSKI stwierdził ją w 33% swoich przypadków, dziedziczy się jednak nie chorobę, lecz usposobienie do choroby.

ERLICHÓWNA Marta wygłosiła rzecz o wartości metody barwników GASISA w rozpoznawaniu gruźlicy.

Posiedzenie kliniczne z dnia 26 października 1909 roku.

MISZEWSKI demonstruje duży guz głowy u noworodka ośmiodniowego. Guz, prawdopodobnie *lymphangioma multiloculare* zachodzi do jamy ustnej. Dziecko ssać nie może, ale pokarmy przyjmuje.

KOPCZYŃSKI Stanisław przedstawił przypadek odosobnionego porażenia nerwu pierśsiowego długiego czyli mięśnia zębatego przedniego większego po uśpieniu chloroformem.

SŁAWIŃSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „Przyczynki do chirurgii naczyń krwionośnych”. Po krótkim zarysie rozwoju szwu naczyń krwionośnych i przedstawieniu obecnie używanych sposobów łączenia tych naczyń SŁAWIŃSKI opisuje szew CARELLA, cieszący się największym uznaniem; przedstawione zostają również używane w tym celu igły i jedwab, wyjąłowany w wazelinie

Szew naczyń (tętnic i żył) u ludzi nie zawodzi, o ile jednak bywał wykonany na naczyniach zdrowych, na tętnicach chorych natomiast nie dawał się nieraz wcale wykonać.

Niepomyślnie wypadła dwukrotnie wykonana przez SŁAWIŃSKIEGO próba powstrzymania zgorzeli starczej kończyn dolnych, a to za pomocą zespolenia dośrodkowego odcinka tętnicy udowej, przeciętej w kanale HUNTERA, z obwodowym odcinkiem tejże żyły, zabieg powyższy miał skierować krew ze zwężonej tętnicy do obwodu przez drożne żyły. Oba przypadki dotyczyły osobników starych i wyniszczonych.

W dyskusji prof. KRYŃSKI uważa, że kwestya leczenia zgorzeli na tle arteriosklerozy przez zastępowanie tętnicy przez żyłę jest

fizyologicznie błędnie postawiona. Największą przyszłość ma łatanie żył.

CZARKOWSKI Józef zwraca uwagę, że CARREL radził nie przeszczepianie, lecz zdjęcie *tunica vaginalis* naczynia przy leczeniu zgorzeli, powstałej na tle arteriosklerozy. Tam, gdzie mamy do czynienia z *gangraena spasmatICA*, to, usuwając torobkę, usuwamy również i spłoty nerwów sympatycznych, przez co możemy wywołać pożądany efekt.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2 listopada 1909 roku.

Kazimierz ORZEŁ pokazał dziecko jedenaścioletnie z niezwykle wielką przepukliną mózgową wrodzoną.

GLIŃSKI przedstawił: 1) przypadek rozległych zmian żeber z obu stron klatki piersiowej wskutek syfilisu; 2) przypadek zimnych ropni gruźliczych, powstałych na plecach chorego wskutek przedostawania się wysięku gruźliczego surowiczego z opłucny do tkanek, powierzchowniej leżących, podczas wielokrotnych przekłuć opłucny. Ten ostatni fakt może mieć pewne nawet praktyczne znaczenie wobec stosowania autoseroterapii wysięków opłucny.

KOZERSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „O miejscowym działaniu radu na tkankę zwierzęcą i ludzką”. Przypomniawszy naturę i własności trojakich promieni radu, KOZERSKI przebiegł sposoby mierzenia ilości promieni, ich przenikliwości przez rozmaite warstwy ciała, wreszcie odczynu, jaki w żywej tkance wywołują. Następnie omówił szczegóły techniki napromieniania, przedstawił 5 przyrządów, których używa, przystosowanych do rozmaitych celów. Przedstawił rezultat szeregu pomiarów dawek, otrzymanych przy naświetlaniu przez rozmaite filtry. Wreszcie streścił wyniki terapeutyczne innych i swoje z 5-letniego okresu, podczas którego rad stosuje, ilustrując wykład fotografiami z natury.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16 listopada 1909 roku.

MUTERMILCH Stanisław demonstruje preparaty krwi, pochodzące z przypadku ciężkiej małokrwistości, wywołanej obec-

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy

Nowo-karlsbadzkie kryształy

Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, 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-Świat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

KARPIŃSKIEGO

SOLE do KĄPIELI

z KWASEM WĘGLOWYM (CO₂)

zastępujące kąpiele w Nauheim, Kissingen.

KARPIŃSKIEGO Sole do kąpiele z kwasem węglowym Nauheimskie działają znakomicie w astmie, cierpieniach nerwowych, zapaleniach oskrzeli bronchitis rozedmie płuc, wadach serca, nerwowej niemocy płciowej i t. p. niemniej doskonały środek do pobudzenia krążenia krwi.

- 2) KARPIŃSKIEGO sole do kąpiele borowinowych z kwasem węglowym
- 3) " " " " jodowo-bromowych " "
- 4) " " " " balsamiczno-sosnowych " "
- 5) " " " " siarczanych " "
- 6) Wyciąg z igliwia sosnowego w tabletkach; jest to suchy ekstrakt z igliwia sosnowego, prasowany z chlorkiem sodowym, zawierającym jodki i bromki, bardzo dogodny w użyciu i łatwo rozpuszczalny.

Broszury gratis i franco.

Laboratorium Chemiczno-Farmaceutyczne

Fr. KARPINSKI w Warszawie, Elektoralna 35, telefonu 600.

Niedorozwinięte i w naukach cofnięte dzieci mogą otrzymać wykształcenie elementarne podług metod specjalnych, a także przygotowanie do zawodowej pracy

w Instytucie
Wychowawczo-Naukowym

dla dzieci

MAŁOZDOLNYCH
Oboźna Nr. 4.

Pracownia analityczno-lekarska

D-a Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)

telefon 73-46 albo 44-83.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą

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 brzuszne, paski przepuklinowe. Przyjęcie od 4-6, w Domu zdrowia, Leszno 33 od 11-1.

D-r M. Springer

dokonywa próby Wassermann'a,
Marszałkowska 142 telef. 179.53.

Nowe katalogi ilustrowane franco

Nowe katalogi ilustrowane franco

MUIRACITHIN

Wybitnie skuteczny środek przeciwko impotencji i wszystkim cierpieniom neurastenicznym, następnie w praktyce ginekologicznej w przypadkach braku, libido, dyspareunii, amenorrhoe w hypoplazii wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthezii sexualis, nerwowych stanach przygnębienia. **WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW.**

Literatura: Tajn. Rada Lek. Prof. Eulenburg-Berlin, Fürbringer — Berlin, Pawłow — St. Petersburg Weideman — St. Petersburg, Hirsch — St. Petersburg, Holländer — Berlin, Posoner — 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 **ADSTRINGENS KISZKOWE i ANTISEPTICUM**. Czopki Noridalowe odpowiadają nowoczesnym wymaganiom leczenia hemoroidów i zawierają następujące skuteczne składniki: Caclii chlorat. 0,05. Caclii jodat. 0,01, Paranephrin 0,0001, Balsam. peruv. 0,1.

Literatura: Prof. Boas — Berlin, Kehr — Halberstadt, Pickard — Berlin, Sandberg — Berlin, Zibell — Monachium, Wright — Londyn, Silvestri — Rzym, Dawson — Londyn.

Literatura i próby gratis i franko.

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant: S. Rościszewski — Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46.

Prawdziwy „MUIRACITHIN“ i „NORIDAL“ tylko w rosyjskiem opakowaniu zatwierdzonem przez Ministerium Przemysłu i Handlu.

Stale, łatwo wchłaniające się, niedrażniące

MAŚCIE

otrzywać można przez stosowanie nowe.

Podstawy dla maści „MITIN” prof. Jessner'a

Odpowiedniej do wyrobu wszelkich maści i past
Bardzo łatwo się daje mieszać z ciałami stałymi i płynnymi.

MITIN-CRÈME

zastępuje Cold-Crème
doskonała maść chłodząca.

MITIN-PASTE

zastępuje Pastę cynkową
Wyborna maść ochronna.

MITINUM HYDRARGYRI

Nadzwyczaj łatwo dająca się wcierać 33 $\frac{1}{3}$ % wa maść rtęciowa.

Do kuracyi zapomocą wcierań
W rurkach szklanych z tłokiem z podziałką.

MITIN-

MYDŁO

PUDER DLA DZIECI

PUDER

dla celów lecznicz. i kosmetycznych.

Licht-Mitin od piegów

Frost-Mitin od odmrozenia

KREWEL & Co G. m. b. H. Kolonia n. Renem

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6, tel. 123.46.

nością włosogłówki (*trichocephalus dispar*) u 14-letniego chłopca. W jakiegokolwiek cząstce kału, wprost pod mikroskopem rozpatrywanej, znajdowano kilkadziesiąt i setki jajek na preparacie. Stan krwi następujący: Ilość hemoglobiny 10%. Liczba czerwonych krążków = 700,000 w mm. sześć. Liczba białych ciałek = 2,500 w mm. sześć; z tych 88% limfocytów i tylko 12% wielojądrowych neutrofilów. Ani normo—, ani megaloblastów, jak również myeloblastów, myelocytów nie znaleziono.

Chory zmarł w 2 dni po badaniu krwi, tak, że nie można było przeprowadzić leczenia, polegającego na wypędzeniu pasorzytów.

LUXENBURG demonstrował 25 letnią chorą z zębem nadliczbowym szyjowym. W obu dołach obojczykowych wyczuwają się twory twarde — lewy niewielki, prawy dość długi, idące od boków kręgosłupa nazewnątrz i wewnątrz. Na rentgenogramie (okazane zostały 2 klisze i 2 skiagramy) widać po stronie prawej zebro z poprzeczną przerwą, czyli z 2 części złożone, oraz wybitnie długi wyrostek poprzeczny VII kręgu szyjowego. Po stronie lewej zebro jest bardzo krótkie, wyrostek zaś taki, jak i po stronie prawej.

Z powodu pokazu LUXENBURGA RZĘTKOWSKI pokazuje zdjęcie rentgenogramowe, na którym doskonale widać parę żeber szyjowych, opierających się o trzon ostatniego kręgu szyjowego, zaginającego się ku przodowi.

RZĘTKOWSKI zdał sprawę ze swych badań nad składem chemicznym mięśnia sercowego w stanach zaburzeń kompensacji. Rz. oznaczał w mięśniu lewej i prawej komory azot (białko), NaCl i suchą substancję. W stanach, przebiegających z rozszerzeniem komory prawej, w mięśniu tejże znajdował Rz. zmniejszenie odsetkowe w niej białka (substancji kurczliwej), powiększenie ilości H_2O i bardzo wyraźne powiększenie w niej ilości NaCl, przy zwiększeniu frakcji sucha substancja minus białko, minus NaCl, którą Rz. uważa za malującą do pewnego stopnia ilość materiału energetycznego, energii potencjalnej, jaką mięsień roporządza. Rz. wypowiada przypuszczenie, czy dyskompensacja nie polega na tem, na utraceniu przez

mięsień zdolności przerabiania materiału energetycznego na pracę pożyteczną pod wpływem zatrucia np. NaCl.

W dyskusyi PAWIŃSKI zaznacza, że niewątpliwie należy przypuścić, że w sercu zachodzić muszą zmiany chemiczne. Zmiany te należy porównywać ze zmianami, otrzymanywanymi przez histologów w mięśniach serca zwierząt przemęczonych.

MUTERMILCH Stanisław zaznacza, że nie można odrzucić przypuszczenia, że zwiększenie ilości NaCl jest nie przyczyną dyskompensacji, lecz skutkiem długotrwałej dyskompensacji.

LANDAU Anastazy względne zmniejszenie się suchej pozostałości mięśnia sercowego przypisuje większemu nagromadzeniu się w nim limfy, obrzękowi serca. Za obrzękiem serca wskutek jego niedomogi przemawiają dane co do zawartości chlorków: limfa jest bogatsza w chlorki od tkanki mięśniowej, i dlatego obrzęk jej powoduje znacznie wyższe od normalnych cyfry NaCl.

Posiedzenie kliniczne z dnia 23 listopada 1909 roku.

Andrzej-Alfred HEJMAN demonstrował 2 przypadki przetoki wrodzonej szyi u chłopca czteroletniego i u mężatki 20-letniej, obarczonej aż dwiema podobnymi przetokami.

TUCHENDLER Antoni przedstawił chorego, u którego rozpoznał samoistne rozszerzenie przełyku; w przypadku tym T. wyłącza wszelkie organiczne sprawy, zwięzające wpust, a mogące mieć w następstwie takie rozszerzenie ścian przełyku, i jako przyczynę uważa skurczowe przewlekłe zamknięcie wpustu.

HEWELKE demonstruje czterolistną zastawkę aortalną od chorej, zmarłej w jego oddziale. Sprawa jest rozwojowa, anomalia ta jest wrodzoną, obwód aorty wynosi 4 ctm.

BONDY wygłosił rzecz pod tytułem „Próba tuberkulinowa wśródskórna (MANTOUX)”. Rozpatrzywszy 725 znanych z literatury przypadków, w których stosowana była próba MANTOUX, oraz na podstawie własnych 37 spostrzeżeń, BONDY na podstawie porównania wyników, osiągniętych za pomocą badań klinicznych, badań pośmiertnych i stosowania je-

dnocześnie innych metod rozpoznawczych za pomocą tuberkuliny, przychodzi do wniosku, że sposób MANTOUX odznacza się wysoką czułością i swoistością. Podkreśla znaczenie tej próby u osesków i u małych dzieci. Ujemny odczyn tej próby jest argumentem pierwszorzędnym, przemawiającym za nieobecnością gruźlicy.

W dyskusyi GANTZ sądzi, że, jeżeli odczyn wewnątrzskórny ma być o wiele jeszcze

czulszy od odczynu PIQUETA, to jest to jedna z głównych wad nowego sposobu z punktu widzenia klinicznego. Dla celów praktycznych, a więc dla klinicysty ważnem jest, by metoda wykrywała ogniska czynne, a nie wszelkie ukryte i już zagojone zupełnie (np. gruczoły zwapniałe w przypadkach, przytaczanych w ostatniej pracy przez MORO),

Tadeusz Wilczyński.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława

za czas od 14 grudnia 1909 r. do 14 stycznia 1910 r.

Epidemia ospy naturalnej wzmagą się coraz szybciej, obejmuje coraz więcej ognisk—mieszkań przy ulicach miasta Warszawy, jak śródmieścia, między innymi przy ulicach: Chmielnej (6 domów, z których w jednym 2 mieszkania), Elektoralskiej (2 domy), Marszałkowskiej (3 domy), Nowogrodzkiej (2 domy) i t. d. (patrz niżej), tak i z kranców miasta: Dobrej (4 mieszkania w jednym domu), Gęsiej (po 2, po 3 mieszkania w jednym domu), Niskiej (5 domów), Stawki (6 domów), i t. d. (patrz niżej). Liczba przybywających do szpitala chorych na ospę naturalną waha się od 3 do 8-ku i 10-ciu dziennie. Ogółem przybyło w miesiącu omawianym 167 chorych na ospę naturalną, w tej liczbie 49 mieszkańców, wcale nieszczepionych od urodzenia, pozostali raz szczepieni we wczesnem dzieciństwie, zejść śmiertelnych okazało się 34, w tem 2 przypadki ospy krwotocznej (czarnej) i 1 przypadek ospy naturalnej u dziecka 2 letniego, gdzie zejście śmiertelne nastąpiło w okresie rekonwalescencyi skutkiem wybuchu raka wodnego na twarzy (*noma*).

Z cech znamienych epidemii obecnej ospy naturalnej należy zaznaczyć: 1) t. zw. „rasch ospowy” nader rzadko się spotyka u chorych, obecność tego objawu przemawia za lżejszą formą ospy, 2) okres formowania się pęcherzy jest może nieco krótszy, pęcherze na ciele chorych rzadziej mają tendencyę do

zlewania się w obszerne lakuny ropne ospowe, jak to było w poprzednich epidemiach, 3) liczba ropni podskórnych ospowych w pojedynczych ciężkich przypadkach niewielka, 4) komplikacje ze strony oczu i uszuw nieciężkie, z małymi wyjątkami, 5) nieliczne komplikacje ze strony krtani i płuc.

Prócz chorych na ospę naturalną szpital w ciągu pół miesiąca sprawozdawczego przyjmował chorych na tyfus wysypkowy, bynajmniej nie wygasły u nas.

Ogółem w miesiącu omawianym przybyło 167 (67 m. 100 k.) chorych, z poprzedniego miesiąca pozostało 116 (52 m. 64 k.), wypisano zdrowymi 115 (46 m. 69 k.), zmarło 37 (17 m. 20 k.), na miesiąc następny pozostało 131 (56 m. 75 k.).

Dni szpitalnych 283 chorych przebyło 3376.

Poszczególne ospa naturalna i tyfus wysypkowy przedstawiły się w następujących cyfrach:

O s p a n a t u r a l n a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 93 (43 m. 50 k.), przybyło nowych 138 (63 m. 75 k.), wypisano zdrowymi 82 (39 m. 43 k.), zmarło 34 (16 m. 18 k.), na miesiąc następny pozostało 115 (51 m. 64 k.). Zejścia śmiertelne, które nastąpiły u chorych na ospę naturalną w miesiącu omawianym, dają się podzielić na 6 kategorii, według klinicznych obserwacyi, a mianowicie

cie: I-a—2 przypadki ospy krwotocznej (czarnej): 1) u 18-letniej służącej katoliczki (Freta 1), 2) u 36-letniego woźnego katolika (Górna 8); II-a — 6 przypadków zejść skutkiem ciężkich komplikacji: 1) 2 letni chłopiec, katolik, syn garbarza skór, skutkiem raka wodnego (*noma*) w okresie zdrowienia; 2) 4-o letni chłopiec, katolik, syn wyrobnika, skutkiem komplikacji: *orchitis*, *phimosis*, *otitis media dextra*, *blepharitis*, 3) 17-o letni katolik, wyrobnik, skutkiem komplikacji zapaleniem płuca lewego (przy kaszlu wypluł askarydę), 4) 49-o letni katolik, robotnik, skutkiem komplikacji ropniami ospowymi i odleżyną, 5) 25-o letnia katoliczka, służąca, skutkiem róży w okresie rekonwalescencji po ciężkiej formie ospy, 6) 31-o letnia służąca, katoliczka, skutkiem formy ospy b. zbliżonej do krwotocznej (powikłanie ciążą w 5-ym miesiącu i poronieniem w 7-ym dniu choroby) — osobnik, raz szczepiony w dzieciństwie, w pozostałych przypadkach zejść śmiertelnych ospa nie była szczepiona wcale; III-a kategoria zejść skutkiem formy ospy płaskiej, zapadającej się z sinemi centkami w pustułach obejmuje 7 przypadków: 1) 4-ro miesięczny chłopiec wyznania Mojżeszowego, 2) 4-ro letni chłopiec, katolik z przytułku, 3) 6-io letni katolik przy matce robotnicy, 4) 7-io letni katolik przy rodzicach, 5) 10-letni katolik przy matce robotnicy, 6) 16-o letni katolik przy ojcu, 7) 33 letni kelner, katolik, alkoholik. IV-a kategoria zejść skutkiem formy ospy zlewającej się w średnim stopniu: 1) 8-io miesięczna dziewczyna wyznania Mojżeszowego przy matce, 2) 12-to miesięczny chłopiec wyznania Mojżeszowego przy ojcu introligatorze, 3) 1½ roczny chłopiec wyznania Mojżeszowego przy rodzicach, 4) 3½ roczna dziewczynka wyznania Mojżeszowego przy rodzicach (ojciec przemysłowiec), 5) 4-ro letnia katoliczka dziewczynka przy rodzicach (ojciec przemysłowiec), 6) 5-cio letnia katoliczka przy ojcu stróżu, 7) 10-cio letni chłopiec, katolik, przy matce wyrobnicy, 8) 19-o letni katolik, dorożkarz, 9) 19-o letni służący, 10) 21-o letnia katoliczka, służąca, 11) 23-y letnia katoliczka, służąca, obok zlewającej się formy ospy ciężkie komplikacje w krtani. V-ta kategoria zejść obejmuje 4 przypadki ciężkiej ospy naturalnej, nie dającej się przyłączyć do

wyżej wymienionych klinicznych jej postaci: 1) 12-to miesięczna dziewczynka, katoliczka, przy rodzicach (ojciec robotnik), 2) 2-u letnia dziewczynka wyznania Mojżeszowego, 3) 5-cio letnia katoliczka, dziewczynka, przy matce, 4) 10-cio letni chłopiec, katolik, przy rodzinie. Nakoniec do VI-ej kategorii dają się zaliczyć przypadki zejść śmiertelnych w pierwszą lub drugą dobę po przybyciu do szpitala: 1) 6-cio miesięczna dziewczynka wyznania Mojżeszowego, 2) 6½ miesięczna dziewcz. wyz. Mojżeszowego, 3) 12-stomiesięczny chłopiec wyznania Mojżeszowego przy matce, 4) 2-u letni katolik przy rodzicach (ojciec wyrobnik).

Chorzy na ospę naturalną przybyli z 71 ulic miasta Warszawy i z 7-iu poblizszych wsi, a mianowicie: Bonifraterska 27, Burakowska 8, Ceglana 19 (2 przypadki), Chmielna 23, 30, 49, 83, 108, Chłodna 37, 39, Ciepła 3, 14, 26, Dobra 8 (5 przypadków), Dzika 17, Dzielną 5, 31, 36, 48 (2 przypadki), Elektoralna 1, 3, Gęsia 61 (2 przypadki), 69 (3 przypadki), Grzybowska 11, 17, 48, Graniczna 8, Hoża 35, Kaliksta 11, Karmelicka 27, 67, Kościelna 10, Krak. Przedm. 19, Kopernika 42, Krochmalna 11, 34 (2 przypadki), Krucza 9, Leszno 54, 71, 100, Łochowska 55, Litewska 4, Łucka 12, Młynarska 4, 59, Miedziana 18, Miła 24, 31, Muranowska 32, Nalewki 35 (2 przypadki), Niska 14, 38, 48, 54, 63, Nowogrodzka 18, 59, Nowolipie 29, 69, Litewska 4, Nowolipki 35, Nowiniarska 16, Nowomiła 40, Okopowa 63, Ogrodowa 40, Orła 6, Ordynacka 11, Pawia 14, 51, 88, Prosta 42, Piekarska 7, Przemysłowa 2, Pańska 83, Solec 64, Śliska 39, 54, Sienna 3, 89, 91, Sosnowa 12, Solna 15 (2 przypadki), Szczęśliwa 3, Stawki 10, 67, 71 (4 przypadki), 75, Stare Miasto 36, Spokojna (areszt), Strzelecka 31, Szczygła 4, Smocza 41, Świętojerska 8, 34, Tarczyńska 18, 20, Twarda 23, Wilcza 27, Wielka 34, Wolska 22, Wolność, 14, Zajęcza 11, Złota 50, Żytnia 16 (2 przypadki), Górna 8 (variola haemorrhagica), ze wsi Czyste, Koło, Kręgi, Mokotów, Potok, Szczedryń, Radziwiłów i Wilanów. Dni szpitalnych 231 chorych przebyło 2753.

T y f u s w y s y p k o w y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 7 (4 m. 3 k.), przybyło nowych 8 (2 m. 6 k.), wypisano zdrowymi 9, zejść śmiertelnych nie było, na miesiąc

następny pozostało 6 (1 m. 5 k.). Dni szpitalnych 15 chorych przebyło 275.

Chorzy na tyfus wysypkowy przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Aleksandryjska 8, Brukowa 24, Grochowska 4, szpital Dzieciątka Jezus, Tamka 17 (3 przypadki), Twarda 16, Wolska 35 (posługaczka szpitalna).

T y f u s b r z u s z n y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 12 (4 m. 8 k.), przybyło nowych 2 (1 m. 1 k.), wypisano zdrowymi 9 (2 m. 7 k.), 1 m. 37-letni dorożkarz katolik zmarł po recydywie tyfusu brzuszego było *nephritis*, następnie *polyarthritis*, na miesiąc następny pozostało 4 (2 m. 2 k.).

Dni szpitalnych 15 chorych przebyło 162.

Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym pozostawali chorzy z poprzedniego miesiąca: 1 m. na odrę pozostał na miesiąc następny i 3 matki przy dzieciach chorych na ospę.

Nakoniec w miesiącu omawianym przybyli chorzy po części ze służby szpitalnej, 2 k. na grype, z których jedna wyzdrowiała, 1 pozostała na miesiąc następny, 2 (1 m. 1 k.) na włóknikowe zapalenie płuc: 1 k. 48 lat, katoliczka, wyrobnicą, przywieziona w agonii po kilkogodzinnym pobycie w szpitalu zmarła, 1 m. pozostał na miesiąc następny; 5-cio letnia dziewcz. na raka wodnego twarży (*noma*), przy rodzicach (ojciec mularz) po kilkunastogodzinnym pobycie w szpitalu zmarła, 1 chłop. urodzony siłami natury przez matkę pielęgnującą starsze dziecko chore na ospę, wypisany zdrowym i 13 matek przy dzieciach chorych na ospę.

Zamiejscowych chorych przybyło 9 (4 m. 5 k.).

Biletów odmownych wydano 21.

Śmiertelność miesięczna 13,6%.

Wiadomości bieżące.

— Od grona osób, zajmujących się uczczeniem 45-letniej pracy kol. Dobrzyckiego, otrzymujemy odezwę następującą:

Czterdzieści pięć lat minęło od chwili, gdy Henryk Dobrzycki po ukończeniu wydziału lekarskiego stanął w szrankach bojowników o dobro społeczeństwa. A rozpoczął swą działalność pod świeżem wrażeniem nieszczęść Ojczyzny, ciósów, które złamały wielu i znacznie przerzedziły zastępy działaczy. Tylko garść duchów silnych, czerpiących siły w niespożytem źródle wiary w przyszłość narodu mimo wszelkie nieszczęścia, stanęła wówczas do pracy, aby rozpocząć nową budowę na świeżych zgliszczach... Śród tych budowniczych lepszej przyszłości narodu zajął miejsce poczesne Henryk Dobrzycki. Do pracy stanął z młodzieńczym zapałem, ze świadomością celów. I oto znajdujemy go na wszelkich polach pracy społecznej, jak z wytrwanym spokojem, z wiarą w spełnienie zamierzeń, z zupełnym zaparciem oddaje się całkowicie na usługi społeczeństwa, które ukochał. I czy to idzie o fizyczne odrodzenie narodu, czy o rozwój najwyższych jego aspiracji duchowych, Dobrzycki zawsze działa z jednaką ścisłością, z jednaką umiejętnością i jednaką miłością dla kraju.

Zająwszy poważne stanowisko w nauce,

dzięki pracom nad gruźlicą, pierwszy w Europie propaguje i urzeczywistnia sanatorium ludowe, pierwszy również rozwiewa legendę o kołtunie polskim i wskazuje źródło choroby w braku kultury. Umiłowany kraj z bogacić pragnie, rozwijając naturalne bogactwa zdrojowisk, tworząc nowe ich typy (Sławuta), popierając skutecznie rozwój innych (Pieskowa Skała), ogniskując całą działalność w wydziale zdrojowisk Towarzystwa Higienicznego, nawołując słowem i czynem do popierania wód krajowych. Wiedząc, jaką rolę odgrywa wobec braku wszechnicy prasa naukowa polska, odradza „Medycynę,“ wlewając w nią nowe siły i nowego ducha. Z miłości dla ludu pracuje nad sposobami ochrony od wypadków przy maszynach rolniczych. A jednocześnie jako lekarz staje na świeczniku nauki i, zyskując coraz większe uznanie, tysiącom chorych przynosi ulgę w cierpieniach. Rozumiejąc wreszcie, że wyrazem najwyższym kultury danego narodu jest sztuka, popiera ją skutecznie, bądź wydając pracę o Andriolim, bądź też stając na czele Towarzystwa muzycznego, jako muzyk ukształcony. Tu dzięki niezmordowanej energii przyczynia się do obdarzenia Warszawy pomnikiem Szopena—tej harfy ducha polskiego.

To też plon żywy tej 45-letniej niezmordo-

wanej pracy budzić podziw powinien. Dziś, gdy po tyloletniej pracy nie ustaje Dobrzycki w dalszych około dobra społecznego zabiegach, społeczeństwo zimowe Jego lata umilić ma obowiązek i dać widomy wyraz wdzięczności za pracę niezmordowaną.

Jedyną formą tej wdzięczności może być utrwalenie Jego imienia na przyszłość przez stworzenie *funduszu użyteczności publicznej imienia Henryka Dobrzyckiego*. Fundusz ten po zebraniu przeznaczy Jubilat na cel Jemu najbliższy, a tem samem i dla społeczeństwa najużyteczniejszy.

To też zwracamy się do wszystkich tych, którzy zasługi prawdziwe cenić umieją, do wszystkich, którzy rozumieją, że społeczeństwo ma obowiązek czczenia swych dobrych synów, o wpłacanie składek na ręcę osób upoważnionych, pewni, że wobec zasług Jubilata odezwa nasza skutek odniesie.

— W dniu 1-m b. m. odbyło się posiedzenie Komisji Meteorologicznej przy Wydziale III-m Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, na którym, w dziale spraw bieżących, obradowano w dalszym ciągu nad utworzeniem pod Warszawą Obserwatorium Meteorologicznego i Astronomicznego. W sprawie tej zyskano cenne współdziałanie i pomoc ze strony pp. Gryżewskiego i d-ra Malewskiego z Grodziska. Po rozpatrzeniu szczegółów sprawy zgodzono się, aby już w r. b. zorganizować obserwacje meteorologiczne w pełnym zakresie na terytorium zakładu leczniczego w Grodzisku, przyczem obecni wyrazili podziękowanie za uczynione przez inż. Gryżewskiego, w imieniu Zakładu Grodzkiego, propozycje co do ułatwień w pokryciu kosztów, związanych z tem przedsięwzięciem naukowem.

Sprawę przeniesienia pod Warszawę

Obserwatorium Astronomicznego im. d-ra Jędrzejewicza postanowiono odłożyć do czasu zebrania potrzebnego na to większego funduszu, licząc, że znajdą się ludzie ofiarni, dzięki którym i ta doniosła potrzeba da się w bardzo bliskiej przyszłości pomyślnie załatwić ku pożytkowi nauki naszej.

Pozatém wygłosili referaty: p. W. Smorsarski — „O usłonecznieniu w Warszawie”, p. Wł. Gorczyński — „O nowych badaniach z meteorologii rolniczej” i p. R. Merecki — „O nieznanym spostrzeżeniach meteorologicznych w Polsce z XVII i XVIII stulecia”.

— W dniu 3-m b. m. odbyło się posiedzenie Wydziału III-go Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, na którym wygłoszono komunikaty:

1. P. Wł. Gosiewski: „O zasadzie indukcji według teorii prawdopodobieństwa”.

2. P. F. Kucharzewski: „Piśmiennictwo techniczne polskie. II. Inżynierya z mierznictwem”.

3. P. J. Eismond: „Badania doświadczalne nad rozwojem ryb spodoustych. Ciąg dalszy”.

4. P. J. Sosnowski: „Dalsze badania nad pobudliwością mięśni bezkręgowców”.

5. Pp. Z. Lorec i T. Wolski: „O nowym gatunku Strzebli (*Phozinus Dybowskii* nov. spec.)” (przedstawił p. J. Tur).

6. P. T. Banachiewicz: „Sposób wyznaczania spłaszczenia Wenus i czasu jej obrotu dokoła osi”.

— Przy Towarzystwie lekarskiem Warszawskim powstała Sekcja pediatryczna.

— Na r. 1910 w wydziale szpitalnym Stow. lek. polskich powołano Komisję, złożoną z kol. Kamockiego, Męczkowskiego, Sadowskiego, Br. Sawickiego i Sz wajcera.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszurę prof. **Jaworskiego** i doc. **Mięsowicza**: „O deprawacyi wykonawstwa lekarskiego”.

STOVAÏNE

Najsilniejszy, najtańszy środek miejscowo znieczulający.
Dawka taka sama jak kokainy.

ATOXYL

Najsilniejszy i najmniej trujący z pomiędzy organicznych związków arsenikowych.

TUBERCULIN TEST

do rozpoznania gruźlicy za pomocą oftalmologicznej reakcji.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Środek par excellence wzmacniający w neurastenii, anemii mózgowej, przepracowaniu i rekonwalescencji.

Les Etablissements **POULENC FRÈRES** - PARIS

Jeneralny reprezentant Adolf Weinstein
w Warszawie Nowo-Jasna 6.

ŻELAZO!

Fersan

FOSFOR!

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina)
około 90% subst. białkowych rozpuszczalnych w wodzie zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, ponosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.

Kołaczyki czekoladowe jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk)

PANOM LEKARZOM piśmiennictwo i próbki bezpłatnie

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kołaczyki fersanowe.

Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych (w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk).

Fersan-Werk, Wien IX

D-ra A. WANDER'A (S. A.) z Bernu (Szwajcaria). Fabryka założona w 1865 roku.

Ovomaltine

Długoletnie znakomite rezultaty osiągnięte przy używaniu tego leczniczo-dietetyczno-odżywczego pożywienia lecytynowego z łatwo przyswajalnym fosforem w postaci organicznej, w cierpieniach nerwowych, kataralnych żołądka i kiszek, Carcinoma, Ulcus ventriculi, Typhus abdominalis, Influenza, Pneumonia, Tuberculosis, Chlorosa, Rachitis i t. p. chorobach; przez osoby słabowite, wycieńczone, dzieci, kobiety ciężarne i karmiące, stawiają Ovomaltynę na pierwszym miejscu wśród pierwszorzędných środków leczniczo-odżywczych.

Ovomaltyna niezbędna przy mlecznej kuracji. Stale używana i zalecana w Leysin, Davos i w innych sławnych sanatoriach. Przygotowanie łatwe; należy tylko rozpuścić Ovomaltynę w gorącym mleku lub wodzie (nie gotując).

PROBKI I LITERATURA NA ŻĄDANIE. Przedstawiciel A. BARDET, Warszawa, Wspólna 64.