



# WIZYTA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·  
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·  
· TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy Dr. A. Puławski i Dr. W. Starkiewicz.  
Wydawca Dr. W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji — Marszałkowska № 73.  
Telefon 26-79. Konto pocztowej Kasy Oszcz. № 982.

Ogólnego zbioru № 2842.

## ZAPARCIE NAWYKOWE

CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIOTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO.

### CASCARINE

$C^{12} H^{10} O^5$

### ŚRODEK



### LEPRINCE

$O^{12} H^{10} O^5$

### LECZĄCY RACJONALNIE PRZYCZYN

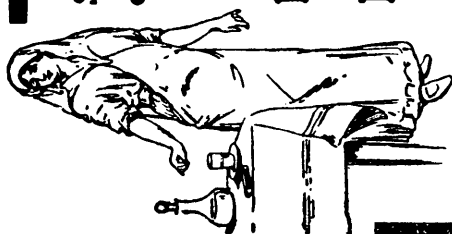
LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62, Rue de la TOUR  
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach a



R CIA.

Odpisany w Warszawie — Mokotowska 57 m. 6 w Wars.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE  
des USINES du RHÔNE  
à PARIS



**RODYNA** (Rhodine,  
Aspiryna francuska).

**NOWAMIDON**  
(Novamidon,  
Piramidon francuski).

**PYRAZOLINA** (Antipyrina francuska).  
**KELENE** (Chlorek etylu chemicznie czysty  
dla anestezy).

**SALOL** kwas Salicylowy i Salicylaty.

**SCUROCAINA** (Nowokaina francuska).

**SCURENALINA** (Adrenalina  
syntetyczna).

**CHLOROFORM i ETHER** dla anester

**ROFEINA** (Rodyna i Cofeina)  
0 gr. 50 0 gr. 05.

**REZORCYN** medyczna.

**PIPERAZYN**



20 Pastylek.

**Ferrosan**

Złożona nalewka żelaza. Łatwo strawny preparat żelaza, stosowany w blednicy i niedokrwistości. Flakon — około 250 grm.

**Ferrosan-Arsen**

Złożona nalewka żelaza z arsenem. Łatwo strawny preparat żelaza z arsenem, stosowany w blednicy i niedokrwistości. Flakon — około 250 grm.

**Fructalein**

Pastilli laxantes. Miękie pastylki owocowe z fenolftaleiną, używane jako lekki i nieszkodliwy środek czyszczący dla dorosłych i dzieci. Pudełko — 20 pastylek.

**Gargarol**

Tabulettae salis ad gargarismam. Tabletki z kompozycji soli izotycznych z surowicą krwi z dodatkiem mentolu do płukania jamy nosogardzielowej w celach leczniczych i profilaktycznych. Flakon — 25 tabl.

**Glyceri-Jell**

Zgęszczona gliceryna w tubach metalowych do udelikatnienia rąk, zwłaszcza dla chirurgów i ginekologów, zmuszonych często myć ręce w płynach antyseptycznych. Tuba — około 40 grm.

**Glyphosar Nr. 1, 2, 3,**

Injectiones c. natrioglycerophosphor., natrio kakodylic. et strychnin. nitrico, w 3-ch koncentracjach w ampulkach po 1, 2 cm. w opakowaniu po 12 sztuk, stosowane w blednicy, anemji i wycieńczeniu po chorobie, osłabieniu, odżywianiu.

**Gossyler w rurkach i stoikach**

Gossypium haemostaticum. Wata przesycona półtorachlorkiem żelaza, do tamowania krwi. Rurka — około 2 grm. Stoik — 100 grm.

**Haematosan**

Haematogenum, Haemoglobinum depuratum liquidum. Preparat z krwi zwierzęcej przyjemny w użyciu, stosowany w blednicy, niedokrwistości, neurastenji, osłabieniu nerwów, ozdrowianiu. Flakon — około 200 grm.

---

PP. Lekarzom wysyłamy na żądanie literaturę ewentualnie próby.

---

**Warszawskie Towarzystwo Akcyjne Handlu Towarami Aptecznymi**

dawniej

„Zjednoczeni Aptekarze“ i „Ludwik Spiess i Syn“

w Warszawie ul. Danilowiczowska 16.



# WIZYTA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE.

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJĘ  
TNOŚCI LEKARSKICH.

Warszawa, marzec 1921 roku.

Ogólnego zbioru № 2842

## O wpływie djagnostyki na rozwój terapii.

Wykład wstępny

Docenta D-ra B. Dębińskiego

wygłoszony dn. 22 stycznia 1921 roku w audytorjum kliniki chorób wewnętrznych  
Prof. Gluzińskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Terapia znajduje się w ścisłej zależności od djagnostyki. Rozwój wiedzy djagnostycznej i jej wpływ na terapię da się najlepiej zobrazować na historii metod badania narządu oddechowego, które ze względu na dostępność badania tego narządu zwykle wyprzedzają rozwój innych metod.

Od czasów starożytnych aż do początku XIX wieku djagnostyka opierała się na poznawaniu objawów lub zespołów klinicznych. Sławna klasyfikacja Sauvages'a (*Nosologie méthodique* 1731) jest pod tym względem typowa. Oto 10 klas, na które dzielił Sauvages wszystkie schorzenia: 1) wady (*vices*), 2) gorączki (*fièvres*), 3) zapalenia (*phlegmasies*), 4) kurcze (*spasmes*), 5) duszności (*anhelationes*), 6) osłabienia (*debilités*), 7) bóle (*douleurs*), 8) zaburzenia umysłowe (*vésanies*), 9) naciek (*flux*) i 10) wyniszczenie (*cachexies*).

Rozpoznanie jest, jak widzimy, czysto kliniczne. Do tego głównego rozpoznania dodawano jeszcze inne określenie również czysto kliniczne, oparte na przebiegu ostrym lub przewlekłym, na umiejscowieniu zewnętrznym lub wewnętrznym lub na innych objawach klinicznych (gorączka żółciowa, żółdkowa). Wprawdzie dotychczas jeszcze musimy zadowolnić się w wielu bardzo wypadkach rozpoznaniem czysto klinicznym, np. w chorobach skóry (eczema, psoriasis), w chorobach nerwowych (nerwice) i t. d. Djagnostyka taka ma jednak tę główną wadę, że umieszcza w jednej grupie schorzenia rozmaitego pochodzenia i odwrotnie dzieli inne schorzenia tego samego gatunku. Grupa gorączek np. mięśni, sprawy tak różnorodne jak gorączka przerywana (*febris intermittens*), gorączka powrotna (*febris recurrens*), gorączka tyfusowa (*typhus abdominalis*), gorączka gruźlicza (*febris tuberculosa hectica*) i t. d. Z drugiej strony takie objawy, jak gorączka, zapalenie, duszność, naciek, osłabienie są umieszczone w różnych grupach chorobnych, chociaż stanowią

części składowe jednej i tej samej choroby—gruźlicy płucnej.

Terapia w tym okresie djagnostyki była również czysto objawowa. Przeciwko gorączkom stosowano środki jednakowe bez względu na to, czy to była gorączka powrotna, tyfusowa, gruźlicza i t. d. Również jednakowe środki zalecano przeciwko bólom, nie zważając na to, czy te bóle zależały od schorzeń serca, płuc, żołądka i t. d. Przeciwko kaszlowi i duszności stosowano środki kojące niezależnie od tego, czy chory cierpiał na duszność i kaszel z powodu zaburzeń płucnych, czy też spraw zastoinowych w przebiegu wady serca lub zapalenia nerek.

W pierwszej połowie XIX wieku szkoła francuska z Laënnkiem, Louis, Andralem na czele dąży do oparcia rozpoznania na podstawach mocniejszych niż to było dotychczas. Dzieło Laënneka „*Traité de l'auscultation*“ (1819) stanowi punkt zwrotny i otwiera erę djagnostyki fizycznej. Metody fizyczne (osłuchiwanie, opukiwanie) dążą do zbadania stanu pewnych narządów (płuc, serca) za życia. Objawy kliniczne (rodzaj oddechu, szmery) służą jednak tylko do przewidzenia, do odgadnięcia zmian anatomicznych, jakie mają miejsce w danym narządzie.

Wspaniały rozwój anatomji patologicznej, który rozpoczął się w pierwszej połowie XIX wieku (Virchow) umożliwił porównanie objawów fizycznych ze zmianami, spostrzeganymi na sekcjach. W ten sposób powstała djagnostyka i klasyfikacja chorób organiczna, oparta na zasadzie anatomicznej.

W czasach nowszych djagnostyka organiczna udoskonaliła się jeszcze znakomicie dzięki badaniom mikroskopowym i zastosowaniu promieni Roentgena.

Badanie mikroskopowe płwociny (ciałka białe i czerwone, włókna sprężyste, kryształki, komórki nowotworowe i t. d.) pozwala głębiej poznać zmiany

anatomiczne, jakie zachodzą w płucach. Badanie mikroskopowe wysięków, (białe ciała wielo- i jednojądrowe, komórki nabłonkowe etc.) ułatwia rozpoznanie rodzaju wysięku. Badanie osadu moczu (walczki, ciała ropne, sole i t. d.) daje możliwość rozpoznania różnych schorzeń nerkowych. Badanie mikroskopowe krwi jest niezbędne dla rozpoznania cierpień krwi (anaemia, leucemia, anaemia pernicioza i t. d.) Radioskopia i radiografia pozwoliły badać narządy w stanie fizjologicznym, w skutek czego sprostowano niektóre błędne pojęcia o położeniach za życia narządów (np. żołądka).

W badaniach zmian anatomicznych narządu oddechowego metoda ta dała wynik szczególnie dodatni. Na tle powietrza, wypełniającego narząd oddechowy, odbijają się kontrastowo najdrobniejsze nacieki, ogniska zapalne w płucach, wysięki, przesięk w opłucnej i t. d.

Jeszcze dotychczas panuje klasyfikacja chorób według zasad organicznych; schorzenia układu oddechowego, krążenia, trawienia, wydzielania i t. d. Metoda organiczna położyła olbrzymie zasługi, wprowadzając na miejsce dawnej dowolności ścisłość naukową, i dotychczas jest dominującą w patologii. Djagnostyka i klasyfikacja organiczna nie odpowiada jeszcze jednak wszystkim wymaganiom nauki.

Przedewszystkiem samo stwierdzenie zmiany w jakimś narządzie, chociaż pozwala poznać głębiej przyrodę schorzenia, nie wykrywa jednak przyczyny tego schorzenia.

Wskutek tego do rozpoznania anatomicznego jak np. zapalenie opłucnej, zaczęto dodawać określenie przyczynowe: gruźlicze, metapneumoniczne lub też funkcjonalne, np. zapalenie nerek azotemiczne, chloremiczne i t. d.

Następnie dla wielu schorzeń klinicznych nie można wykryć odpowiednich zmian anatomopatologicznych, przynajmniej w obecnym okresie wiedzy. Do takich schorzeń należą np. wszystkie nerwice.

Wreszcie kierunek czysto anatomiczny odbił się ujemnie na terapii. Istotnie bowiem w umyśle anatomopatologa, który na autopsji stwierdza zmiany głębokie i nieuleczalne np. jamę w gruźlicy płucnej, rodzi się sceptycyzm co do skuteczności jakiegokolwiek terapii, a nawet nihilizm terapeutyczny. Zarzut ten czynił już przed wiekiem Laënnekowi Broussais i z oburzeniem wołał: nie zadawajcie się stwierdzeniem zmian anatomicznych, lecz wsłuchujcie się w krzyk narządów, co w języku nowożytnym znaczy, że lekarz powinien zwracać uwagę na zmiany funkcjonalne.

Djagnostyka funkcjonalna zaczęła rozwijać się już od początku XIX wieku, a szczególnie od czasu wielkich odkryć w dziedzinie fizjologii, dokonanych przez Claude-Bernarda. Jest to kierunek najbardziej wybitny w medycynie współczesnej.

Istnieje wiele schorzeń, w których jest nieznanie podłoże anatomiczne, gdy tymczasem znane są objawy funkcjonalne, a niekiedy nawet jest możliwa ich reprodukcja doświadczalna. Jako przykład niech posłużą wszystkie nerwice sercowe, większość niemiarności tętna (extrasystole, niemiarności oddechowe, niektóre rodzaje bradykardji i tachykardji) z cierpień narządu oddechowego — dychawica oskrzelowa, krztusiec. W dychawicy oskrzelowej, podczas gdy podłoże anatomiczne jest wytłomaczone tylko częściowo, a przyczyna nie jest jasna, rozpoznanie funkcjonalne jest doładnie znane (skurcz mięśni oskrzelowych, jak również mięśni oddechowych,

wych, a w szczególności przepony brzusznej). Tak samo w krztuscu zmiany anatomiczne nie są charakterystyczne, lecz objawy funkcjonalne i mechanizm napadów jest zrozumiały i od dawna znany.

Djagnostyka funkcjonalna pozwala wogóle przeniknąć w głąb procesów fizjologicznych różnych narządów: badanie moczu (glycosuria, azoturia, phosphaturia, różne wskaźniki moczu, dają nam pojęcie o funkcji nerek; urobilinuria, glycosuria alimentaria świadczą o zaburzeniach wątroby, badanie chemiczne treści żołądka pozwala rozpoznać procesy patologiczne żołądka i t. d.

Wpływ djagnostyki funkcjonalnej na terapię jest bardzo duży. Podczas gdy djagnostyka anatomiczna, tak znakomita pod względem poznania istoty choroby, pod względem terapeutycznym była bezpłodna, to djagnostyka funkcjonalna odwrotnie daje cenne wskazówki lecznicze. Za pouczający przykład mogą posłużyć zapalenia nerek. Dopóki w patologii zapalenia nerek panowała djagnostyka czysto anatomiczna (nephritis parenchymatosa, interstitialis), dopóty terapia tego schorzenia stała na martwym punkcie. Dopiero kiedy rozróżniono postaci funkcjonalne tego cierpienia (nephritis chloruremica hydrofigenes, azotemica uremigenes, nephritis hydremica hypertensiva), to i wskazania terapeutyczne rozszerzyły się. Poza dietą mleczną zastosowano dietę bezsolną, czysto bezazotową, dietę z ograniczeniem płynów i t. p. Tak samo w gruźlicy płuc rozpoznanie czysto anatomiczne doprowadziło do przekonania o nieuleczalności tego schorzenia. Tymczasem oparcie się na rozpoznaniu funkcjonalnym (niedostateczna wentylacja płuc, wyniszczenie demineralizacja) daje wskazania lecznicze, na których dotychczas opiera się współczesna metoda sanatoryjna: wypoczynek, oddychanie czystym powietrzem, mocne odżywianie, podawanie pokarmów obfitujących w tłuszcze, w sole fosforowe, wapienne i t. d.

Rozpoznanie kliniczne, anatomiczne, czy funkcjonalne nie daje jednak pojęcia o przyczynie choroby. Pierwiastek przyczynowy do określenia choroby wprowadzano dawniej tylko do cierpień, wywołanych przez czynniki fizyczne (oparzenie, odziebanie, uduszenie etc.) i przez niektóre chemiczne (otrucie).

Rozpoznanie przyczynowe zaczęto wprowadzać jednak dopiero w okresie najnowszym od czasu niebywałego rozwoju nauki o chorobach zakaźnych, który zawdzięczamy Pasteurowi, Kochowi i t. d. Dopiero w tym ostatnim okresie wyświetlono istotne przyczyny wielu chorób, jak gruźlica, przymiot, zapalenie płuc, tyfus brzuszny, powrotny, malarja i t. d.

Rozpoznanie przyczynowe opiera się nie tylko na wykryciu zarazka swoistego, lecz i na określeniu różnych odczynów biologicznych, stwierdzonych przez różnych badaczy i mających obecnie duże zastosowanie w klinice, jak np. odczyn aglutynacyjny Vidala w tyfusie brzuszny, Weil-Felixa — w tyfusie plamistym, odczyn odchylenia dopełniacza Bordet-Gengou i Wassermana w przymiocie, odczyn tuberkulinowy miejscowy i ogólny w gruźlicy i t. p.

W r. 1905 Lancereaux i Poulesco zaproponowali wprowadzenie klasyfikacji chorób na podstawie czysto etjologicznej. Przedstawia się ona jak następuje:

1. *Physinomy* czyli choroby spowodowane przez czynniki fizyczne: odmrożenie, oparzenie i t. d.

2. Cheminozy czyli choroby spowodowane przez czynniki chemiczne: alkoholizm, zatrucie jodem, fosforem, ołowiem i t. d.

3. Bionozy czyli choroby spowodowane przez czynniki biologiczne z poddziałami:

zoonozy — przez pasorzyty zwierzęce, (taenia, ascaris lumbricoides, trichinae etc.)

phytinozy — przez pasorzyty roślinne (tuberculosis, actinomycosis, lues, staphylococcus etc.)

zyminozy — pasorzyty fermenty.

4. Neuronazy — choroby układu nerwowego, spowodowane czynnikami poprzednimi: epilepsja, histerja i t. d.

5. Neoplazinozy (nowotwory) — fibroma, myoma, sarcoma, carcinoma, których etiologia jest niezbadana.

W klasyfikacji tej do oznaczenia choroby nazywa się narząd, w którym choroba jest umiejscowiona z dodatkiem „pathia“ i dołącza się określenie etiologiczne np. pneumopathia tuberculosa, pneumopathia pneumococcica, neuropathia syphilitica i t. d.

Klasyfikacji tej jednak można uczynić przede wszystkim ten zarzut, że dwie ostatnie kategorie (neoplazinozy i neuronazy) nie są oparte na etiologii, następnie zaś wiele schorzeń o etiologii nieznaney, np. wiele bardzo chorób skórnych nie znalazłoby miejsca w tej klasyfikacji. Wreszcie do powstania choroby musi przyczynić się wiele różnorodnych spraw: np. miażdżycy naczyń jest wynikiem wielu przyczyn: dziedziczności, alkoholizmu, przymiotu i t. d.

Djagnostyka etiologiczna wywarła wielki wpływ na rozwój terapii. Poznanie przyczyn chorób i zrozumienie mechanizmu odporności czynnej i biernej umożliwiło zastosowanie terapii swoistej za pomocą surowic leczniczych (błonica, czerwotka, drętwa karku i t. d.) i szczepionek zapobiegawczych (przeciwtufusowa, przeciwcholeryczna, przeciwdżumowa i t. d.) Wykrycie laseczników gruźliczych wywołało w następstwie zastosowanie tuberkuliny jako środka leczniczego w początkowych okresach gruźlicy płucnej i w przypadkach gruźlicy umiejscowionej w oku, w nerkach, w stawach i t. d. Wreszcie wykrycie pasorzytów chorobotwórczych dało możliwość zastosowania na szeroką skalę środków zapobiegawczych przeciwko różnym epidemjom: w cholery i tyfusie brzuszny izolacja chorych w szpitalach, kwarantanny, dezynfekcja, filtrowanie i gotowanie wody do picia; w dżumie — niszczenie szczerów, roznosicieli zarazków, izolacja chorych; w tyfusie plamistym — tępienie pasorzytów ludzkich (wszy), przez które przenosi się zarazki; w zimnicy — niszczenie komarów, osuszanie błot, polewanie środkami dezynfekcyjnymi (nafta) wód stojących; w gruźlicy — dezynfekcja płwocin, mieszkań, odzieży.

Idealem nowoczesnej djagnostyki jest rozpoznanie

integralne: objawowe, anatomiczne, funkcjonalne i etiologiczne. Dążeniem tego kierunku jest również terapia swoista etiologiczna lub też wynikająca ze wskazań, opartych na rozpoznaniu schorzeń funkcjonalnych.

Djagnostyka schorzeń narządu oddechowego być może że najwięcej zbliży się do ideału rozpoznania integralnego. W zapaleniu płuc np. są znane wszystkie elementy rozpoznania: jest dobrze zbadane podłoże anatomiczne, (przekrwienie, zwątrobiecie czerwone lub szare), są dobrze znane objawy kliniczne (kłucie w boku, gorączka, płwocina rdzawa, oddech oskrzelowy, trzeszczenia), jest odkryta przyczyna (pneumokok) i jest wytłomaczony mechanizm fizjologiczny objawów klinicznych (rozpoznanie funkcjonalne). Tak samo w gruźlicy płuc rozpoznanie kliniczne: kaszel, płwocina, duszność, gorączka, bóle klatki, wychudnienie, poty nocne, rozpoznanie anatomiczne: nacieki gruźlicze, rozpad, jamy gruźlicze; rozpoznanie etiologiczne: laseczniki Kocha; wreszcie rozpoznanie funkcjonalne: wytłomnienie fizjologiczne objawów klinicznych. Rozpoznanie jest również integralne w zapaleniach oskrzeli, w rozedmie, w markości, pylicy, ropniach płuc, w zapaleniu opłucnej i t. d.

Nieliczne są cierpienia, gdzie niektóre czynniki są nieznanne; np. w zgorzeli płuc czynnik etiologiczny nie jest dokładnie znany; w dychawicy oskrzelowej podłoże anatomiczne i czynnik etiologiczny nie są jeszcze dokładnie zbadane.

Terapia schorzeń narządu oddechowego, pomimo wielkiego postępu, nie dotrzymuje kroku rozwojowi djagnostyki. W większości schorzeń narządu oddechowego wskazania lecznicze wyływają z zaburzeń funkcjonalnych. W zapaleniu oskrzeli np. wskazania terapeutyczne wynikają ze stwierdzenia takich zaburzeń funkcjonalnych, jak kaszel, płwocina, duszność, gorączka, bóle klatki i t. d. W zapaleniu płuc wskazania lecznicze są zależne głównie od stanu serca; terapia skierowana jest do podtrzymania funkcji serca. W gruźlicy płuc metoda sanatoryjna jest skierowana przeciwko zaburzeniom funkcjonalnym (nie-dostateczna wentylacja płuc, złe odżywianie, gorączka i t. d.) W dychawicy oskrzelowej terapia jest skierowana przeciwko zaburzeniom funkcjonalnym: ból w boku, duszność i t. d.

Terapia etiologiczna, pomimo licznych badań i prób, nie dała wyników pozytywnych. W zapaleniu płuc surowica nie jest jeszcze środkiem skutecznym. W gruźlicy płuc tuberkulina, pomimo wyników dodatnich w niektórych przypadkach gruźlicy, umiejscowionej w oku, nerkach, stawach lub też w początkowych okresach gruźlicy płucnej, w całości nie może być jeszcze uważana za środek swoisty.

Z tego, co powiedziałem, wynika, że terapia jest ściśle zależna od rozpoznania, że każdemu okresowi rozwoju djagnostyki odpowiada właściwa terapia i że w miarę postępu djagnostyki rozwija się odpowiednio i terapia.

## Odczyn poadrelinowy w rokowaniu.

Napisał Dr. Seweryn Sterling.

Stosowanie lecznicze adrenaliny (suprareniny, paranefriny, epireniny, względnie astmolizyny) jest obecnie powszechne; najdawniej stosowana była

w chirurgji, jako środek przeciwkrwotoczny zewnętrzny. W medycynie wewnętrznej stosują niektórzy adrenalinę w krwotokach płucnych; tu, jeśli ona działa, to

nie przez skurcz naczyń płucnych, na nie bowiem albo wcale nie działa, albo je rozszerza; teoretycznie działanie adrenaliny, sprzyjające powstawaniu skrzepu, wyobrazić sobie można albo jako skutek chwilowy zagęszczenia krwi (skurcz naczyń obwodowych wypycha część surowicy do tkanek), albo jako skutek skurczu mięśni śledziony, dzięki czemu ze śledziony wyciśnięta zostaje do krwi znaczna ilość płytek krwi, trombocytów. Więcej prawdopodobieństwa ma skuteczność stosowania adrenaliny w krwawieniach żołądkowych. Szeroko stosowana jest adrenalina w osłabieniu mięśnia sercowego w przebiegu chorób zakaźnych. Naczynia tego mięśnia nie kurczą się, lecz rozszerzają pod wpływem adrenaliny, co musi wpłynąć ożywczo na jego odżywienie i sprawność; zbyt jednak krótkotrwałe jest to rozszerzenie (nawet po stosowaniu adrenaliny dożylnie lub, wielokrotnie na dobę, podskórną), by można było na tej drodze oczekiwać znaczniejszego wyniku leczniczego. Przypuścić raczej należy, że adrenalina działa na zakończenia nerwu sympatycznego, uczulając mięsień lub nerwy serca na działanie normalnych bodźców i tą właśnie drogą wzmacnia sprawność mięśnia sercowego. Tak czy inaczej — jest to *myotonicum* sercowe fizjologiczne, a hypofunkcja układu chromochłonnego (następująca nieraz po hyperfunkcji, że wskażę np. dalsze okresy przerostu serca) powoduje asystolję. Wreszcie, znane jest działanie lecznicze adrenaliny, stosowanej w postaci astmolizyny (*suprareninum hydr. synthet. plus hypophysinum*) w napadach duszniczy samoistnej (*asthma essentialis*: nadmiar ciałek eozynochłonnych we krwi, ich obecność w płwocinie); to działanie ma zależeć od wzmożenia napięcia (*tonus*) nerwu współczulnego, by tą drogą przewyciężyć napięcie nerwu błędnego, towarzyszące astmie prawdziwej.

Nie lecznicza jednak rola adrenaliny, lecz jej miejsce wśród (tak nielicznych) metod farmakologicznych prognostycznych stanowi przedmiot tej pracy.

Odczynowi ogólnemu, występującemu po adrenalinie należy się miejsce poczesne w rokowaniu w niektórych chorobach zakaźnych; ta jej rola jest zresztą zupełnie niezależna od wartości adrenaliny, jako leku. To znaczy, że lecznicze własności adrenaliny nie grają w tej metodzie żadnej roli. Wnioski prognostyczne mamy po jednorazowym, po pierwszym zastosowaniu adrenaliny.

Używając od lat paru adrenaliny, stwierdziłem, że przypadki, w których adrenalina wywołuje żywy, a tem bardziej gwałtowny odczyn, kończą się pomyślnie, wbrew rokowaniu, opartemu na istnieniu szeregu objawów klinicznych niepomyślnych. Wyjątkowo często miałem możność stwierdzenia tego faktu klinicznego w przebiegu epidemii grypy. W wielu dziesiątkach przypadków najcięższych, w przypadkach, tak złą mających opinię powikłań płucno-opłucnowych, w okresie najwyższego nasilenia choroby, wybitny odczyn po adrenalinie pozwolił mi na kategorię zmianę rokowania niepomyślnego na pomyślne.

W parę minut po zastrzyknięciu podskórnym adrenaliny (1 cm.<sup>3</sup> zwykłego, 1% roztworu) spostrzegamy zazwyczaj pewne zblednięcie twarzy, czasem kołatanie serca, tętnienie w skroniach, drżenie rąk, przyspieszenie tętna o 10 do 20 uderzeń, niewielkie podniesienie parcia tętniczego.

U pewnej kategorii osobników żadnego zupełnie odczynu nie widzimy. U innej jednak kategorii chorych wszystkie wyliczone objawy widzimy spotęgo-

wane: kołatanie serca bardzo silne, uczucie opresji, uczucie strachu, bardzo silne drżenie, znaczne przyspieszenie tętna (o 30—50 uderzeń), znaczne wzmożenie parcia tętniczego, do 200 Hg. i wyżej. (Bywa, że tętno wolnieje; jest to skutek podrażnienia ośrodku nerwu błędnego przez wysokie parcie tętnicze).

Ten burzliwy odczyn niepokoi chorego, przeraża otoczenie, o ile lekarz nie uprzedzi o możliwości jego wystąpienia; nie uprzedzi, że jest to odczyn pożądanym.

We wszystkich przypadkach grypy, w których zastosowanie adrenaliny wywołało taki wybitny odczyn, stawiam rokowanie pomyślne.

To doświadczenie, zebrane w przebiegu grypy, potwierdziłem w przypadkach ciężkich zapalenia płuc krupowego i w czasie obecnej epidemii duru brzuszego. Rzecz prosta, że rokowanie, na tej próbie wydolności serca oparte, nie przewiduje skutków takiego powikłania, jak mechaniczne obrażenie schorzałej powierzchni błon kiszki, t. j. obfite krwotoki

Usprawiedliwienie teoretyczne wartości prognostycznej tego objawu (którego brak nie upoważnia jednak do rokowania niepomyślnego), wymaga przypomnienia pewnych danych z nauki o czynności nerwów roślinnych.

Dwa układy stanowią ugrupowanie nerwów roślinnych: układ nerwów sympatycznych i układ nerwów autonomicznych (zwą je też parasympatycznymi), których najpotężniejszym przedstawicielem jest nerw błędny. Nie wchodząc w anatomiczne rozgraniczenie tych układów, przypomnę tylko, że prawie wszystkie narządy życia roślinnego są unerwione zarówno przez nerwy sympatyczne, jak i przez autonomiczne; przypomnę też, że działanie fizjologiczne tych dwu układów jest prawie zawsze antagonistyczne. Wyjątek z zasady pierwszej stanowią gruczoły potne, mięśnie włosów i część mięśni naczyń trzewnych, które otrzymują włókna jedynie od nerwu sympatycznego. Przykład antagonizmu obu układów widzimy np. w przyspieszeniu czynności serca przez sympatyczny n. accelerans, a zwolnienie — przez autonomiczny n. vagus; widzimy — w przyspieszeniu ruchów robaczkowych kiszki przez autonomiczny nerw błędny i zahamowaniu tych ruchów przez sympatyczny nerw trzewny.

O odrębnych właściwościach obu układów przekonywa fakt istnienia trucizn wybiórczych, t. j. mających powinowactwo bądź do n. sympatycznych, bądź do n. autonomicznych. Te właściwości stanowią podwalinę prac doświadczalnych (i klinicznych), na których są oparte nasze wiadomości o roli nerwów życia roślinnego. Przypomnieć jednak należy, że znane są od tego prawa wyjątki, mianowicie: atropina działa na autonomiczne włókna w oku, śliniankach, sercu, mięśniach, oskrzelach, kiszki, ale też na gruczoły potne, unerwiane wyłącznie przez nerw sympatyczny.

To wybiórcze działanie farmakologiczne chciano (Eppinger i Hess) użyć jako podstawę do klasyfikacji konstytucji organizmów ludzkich. Próbowano podzielić ludzi na sympatykotoników i wago-toników — stosownie do tego, czy badanie farmakologiczne zdradziło u nich przewagę w napięciu jednego lub drugiego z tych układów. (Układ autonomiczny jest wybiórczo pobudzany przez pilokarpinę, a hamowany przez atropinę; układ sympatyczny, — pobudzany przez adrenalinę. Ludzie, którzy w obrębie działania n. autonomicznych żywo reagują na pilokarpinę, nieczuli zaś są na adrenalinę, są to wago-tonicy. Ci zaś,



którzy żywo reagują na adrenalinę, są to sympatykotonicy).

Jakkolwiek ta doktryna nie ostała się jako podstawa klasyfikacji konstytucji, była jednak bardzo płodna w następstwa kliniczne. W chwili obecnej nie mówi się już tak stanowczo—w wynikach badań farmakologicznych—o istnieniu u danego osobnika objawów wrodzonego, niejako stałego napięcia w jednym lub drugim z układów roślinnych, nie mówi się już o sympatykotonikach lub wago-tonikach, jako o typach konstytucyjnych.

Wrażliwość (reactibilitas) danego układu na swoisty dlań czynnik farmakologiczny świadczy jedynie o tem, że układ jest anatomicznie nieuszkodzony i fizjologicznie sprawny

Wobec antagonistycznego działania obu układów, stopień wrażliwości każdego z nich nie jest ścisłą funkcją stanu danego układu samego w sobie. Stan wysokiego napięcia czynnościowego nerwu błędnego zmniejsza efekt czynnościowy normalnego napięcia nerwu sympatycznego. I odwrotnie. Średnie zaś napięcie nerwu błędnego może dać wynik czynnościowy wysoki dzięki atonji antagonisty. Pod tym względem kątem widzenia należy oceniać objawy kliniczne. Są to trudności podobne do napotykaných przy poszukiwaniu pierwszego źródła czynnych w danym zjawisku hormonów. Bo też w stopniu wielkim zależy od nich napięcie nerwów roślinnych (w stopniu o wiele mniejszym od środkowego narządu nerwowego).

Trudnością drugą jest różny anatomiczny stan narządu, którego czynność ma stanowić probierz pobudliwości danego nerwu. Podrażnienie mechaniczne nerwu błędnego daje zwolnienie skurczów serca nieuszkodzonego; stopień tego zwolnienia jest wtedy funkcją stanu napięcia nerwu błędnego. Mięsień anatomicznie zmieniony wykaże to zwolnienie w stopniu znacznym nawet przy niewielkim napięciu nerwu błędnego. Utrudnia to ocenę stanu układu nerwowego roślinnego. Wnioskujemy wówczas w klinice o niesprawności mięśnia, poszukując jednak innymi metodami źródła tej niesprawności: mięsień sam, czy nerw błędny.

Trudność trzecią stanowi fakt, że zdarzają się osobniki, na których adrenalina np.—obok słabo wyrażonego działania wybiórczego na układ sympatyczny wogóle—działa jeszcze ściślej wybiórczo, a silnie na rozgałęzienia tego nerwu w niektórych tylko narządach; wywołuje więc u jednych osobników jedynie np. przyspieszenie tętna, u innych—podniesienie parcia krwi i diurezę, u innych—tylko drżenie silne.

Wolno też zarzucić, że wprowadzony lek działa nie tylko na jeden z obu układów nerwowych, ale też i na same narządy. Ta sprawa, z punktu widzenia kliniki, mało nas w tej chwili obchodzi.

Badania, dotyczące wpływu pewnych trucizn na oba układy nerwów, należą do grupy czynnościowego badania sprawności narządów życia roślinnego. W danym razie chodzi nam o badanie nerwów, wysyłających swe włókna do mięśnia sercowego.

Z metod tej grupy, stosowanych w klinice, wliczyć wypada:

1) *Arythmia respiratoria*. Zmiana odległości między kolejnymi skurczami serca (uderzeniami tętna) podczas oddychania jest sprawą znaną. Zwykle zjawia

się ona przy oddychaniu głębokim i powolnym. Jeśli występuje przy oddychaniu powierzchownem lub podczas umyślnej przerwy oddechowej, to świadczy o nadmiernej wrażliwości ośrodka nerwu błędnego.

2) *Reflexus oculo-cardiacus*. Objaw Aschnera. Przy uciskaniu gałek ocznych występuje zwolnienie, zmniejszanie się aż do zniknięcia tętna—jako objaw wzmożonego napięcia nerwu błędnego.

3) Objaw uciskowy Cermaka. Uciśnienie nerwu błędnego w jego przebiegu wzdłuż tętnicy szyjnej wywołuje niekiedy zwolnienie tętna.

Objaw Cermaka może świadczyć nie tylko (albo nie tyle) o wysokiem napięciu nerwu błędnego, ale też i o niewydolności mięśnia sercowego.

4) Dermografja. Lekkie potarcie skóry przedmiotem tęym ma wywołać (po 10—15 sekundach) linię białą. Sergent wnioskuje z tego objawu o istnieniu niedomogi nadnercza; Rozenfeld (Gaz. Lekarska 1919 40. 41) temu przeczy, nie przypisując temu objawowi żadnego znaczenia.

5) Stosowanie trucizn wegetatywnych. A) Adrenaliny. 1) Po zastrzyknięciu pod skórę występują wyżej opisane objawy, które po upływie 10—20 minut mijają bez następstw; wyjątkowo tylko chorzy dłużej czują jakąś dolegliwość. Mocny odczyn adrenaliny świadczy o wysokiem napięciu czynnościowym, panującym w układzie nerwu sympatycznego. 2) Odczyn Loewiego. Po wpuszczeniu do worka łącznicowego jednej do 3 kropli kupnej adrenaliny obserwujemy zachowanie się źrenicy. U człowieka normalnego nie widzimy zmiany żadnej. Sympatykonicy wykazują rozszerzenie źrenicy. 3) Cukromocz. Adrenalinę zastrzykujemy naczcho; po upływie sześciu godzin zazwyczaj, co 2 godziny, badać moc. Osobnik normalny cukru nie wykazuje (co najwyżej ślady); sympatykotonik ma cukromocz (aż do trzech procent). 4) Obraz krwi. Podczas pierwszej pół godziny po zastrzyknięciu spostrzegamy we krwi limfocytozę (po której występuje leukocytoza wielojądrowa); jest to prawdopodobnie skutek skurczów rytmicznych śledziony, silniej występujących u sympatykotoników.

B) Pilocarpina. 0,5 do 1 cm.<sup>3</sup> roztworu jedno-procentowego wywołuje u osobników ze szczególnie wrażliwym układem autonomicznym silne uczucie gorąca, obfite bardzo poty i ślinienie, pobudzenie ruchów kiszek, bicie serca, nawet zawroty głowy—objawy zresztą szybko przemijające.

C) Atropina. Zastosowanie podskórne 0,0005—0,001 (w roztworze 1‰) wywołuje znane objawy ze strony ślinianek, źrenicy, kiszek. Jeśli chodzi o jej działanie na serce, to ważnem jest spostrzeżenie dotyczące się zwolnienia tętna w okresie wyzdrowienia. Zależy ono od stanu napięcia ośrodka nerwu błędnego; zastosowanie atropiny poraża ten środek i bradycardia mija. Jeśli to nie następuje—jest to dowodem bardzo wysokiego napięcia czynnościowego nerwów autonomicznych.

Po tem szkicowym przypomnieniu danych faktycznych wracam do zajmującego nas zagadnienia.

Jak wspomniałem, nie ostała się teoria, dzieląca ludzi na konstytucyjnych wago-toników i sympatyko-

toników. To znaczy, że nieściśły jest podział, który przypuszcza wrodzoną niezmienną dzielność i stałe w jednym kierunku trwające skoordynowanie gruczołów o wydzieleniu wewnętrznym. Zachowanie się bowiem nerwów życia roślinnego może być uważane za odbicie i wyraz zachodzącej w organizmie pracy i gry wzajemnej tych gruczołów. Ale „konstytucja“ może być też mianem nie cech statycznych, tylko cech dynamicznych. Jeśli konstytucją osobnika nazwiemy sposób, w jakim organizm jego reaguje w danej chwili na wpływy zewnętrzne, natenczas z nauki Eppingera i Hessa pozostanie pojęcie istnienia przewagi w danym okresie pewnych czynników, które utrzymują w napięciu bądź układ autonomiczny, bądź układ sympatyczny. Tym czynnikiem są przede wszystkim hormony.

Ze wszystkich narządów życia roślinnego dominującą rolę w utrzymaniu życia gra układ naczyniowy. Zejście choroby zależy, w linii ostatniej, od stanu tego układu. Wiele danych za tem przemawia, że osobniki o wysokim tonus nerwu sympatycznego mają wydolniejszy mięsień sercowy, aniżeli — *caeteris paribus*—osobniki inne. Wiele danych przemawia za tem, że jest ten stan mięśnia *eo ipso* funkcją matematyczną sprawności wydzielniczej układu chromochłonnego. Niewydolność układu chromochłonnego może być skutkiem wyczerpania czynnościowego nadnerczy, albo też skutkiem ich schorzenia anatomicznego. Przykładem najczęstszym jest błonica z towarzyszącymi jej zmianami nadnercza i z jej śmiercią sercową (czemu nie przeczą zmiany, wykazane w samym mięśniu). Podobnie się często dzieje w przebiegu duru brzuszego. Mamy tu wybiórcze działanie pewnych trucizn bakteryjnych na układ chromochłonny, a przez to i na nerw sympatyczny. Mamy z drugiej strony przykład wybiórczego działania jądów bakteryjnych na nerw błędny: w dyzenterji mianowicie mamy pobudzenie nadmierne czynności nerwu błędnego, aż do jego wyczerpania, porażenia; skutkiem pośrednim tego stanu jest względna przewaga nerwu sympatycznego, czego dowodem jest korzystne działanie lecznicze atropiny w pierwszym okresie tego cierpienia i występowanie, w okresie drugim, objawu Loewi'ego i cukromoczu pokarmowego (który jest tu wyrazem nadmiaru, względnego, adrenaliny we krwi).

W stosowaniu klinicznym omawianego odczynu prognostycznego postępować należy w ten sposób. Zaczynamy od stwierdzenia obecności odruchu oczno-sercowego. Jego brak zmusza nas do ograniczenia wartości objawów poadrenalinowych (sympatykotonia względna, jak w dyzenterji), jeśli one wystąpią. Z punktu widzenia teoretycznego, bardzo żywy odruch oczno-sercowy ograniczyć powinien wnioski poadrenalinowe, ponieważ silne napięcie nerwu błędnego utrudnia wystąpienie objawów nerwu sympatycznego. Z tegoż punktu widzenia wystąpienie silnych objawów poadrenalinowych, w razie istnienia wyraźnego odczynu oczno-sercowego, powinno dawać szczególnie pomyślne rokowanie. Tak też było w dwu spostrzeganych bardzo ciężkich przypadkach zapalenia płuc grypowego. (W jednym z nich rozpoznanie

brzmiało: Brochopneumonia gripposa bilateralis. Pleuritis purulenta sinistra. Wyzdrowienie po 5 tygodniach trwania choroby; bez operacji).

Po zastrzyknięciu adrenaliny wystarcza sprawdzenie obecności objawów ogólnych; w razie ich braku, można poszukiwać innych opisanych objawów. Objawy ogólne występują bardzo wybitnie jedynie po pierwszym zastrzyknięciu; po następnych stają się coraz słabsze. (W nawrocie duru brzuszego zastrzyknięcie powtórzone po trzech tygodniach wywołało ponowny żywy odczyn). Przeciw przykrym objawom podmiotowym stosuje się waczenie amonjaku.

Brak odczynu nie przesądza rokowania; czyni je jednak wątpliwem.

Opisane przezemnie przed wielu laty przyspieszenie względne czynności serca jako objawu prognostycznego w gruźlicy płuc niepomyślnego—przypisują francuzi osłabieniu działalności mięśnia sercowego wskutek niedomogi czynnościowej nadnerczy. Ten związek między czynnością nadnercza odbywać się ma przez nerw sympatyczny. Bliższe wytłomaczenie związku między odczynem poadrenalinowym a rokowaniem daje praca Deutscha (Wien. kl. W. 1917. 35), który w obecności tego odczynu upatruje też wskazanie do pomyślnych widoków stosowania tuberkuliny i wypowiada domniemanie, że obecność wydzielin sympatykotropowych osłabia działanie szkodliwe jadu gruźliczego, hamuje postęp sprawy chorobnej. (Gdyby czynnościom układu chromochłonnego przypisać rolę obronną w gruźlicy, natenczas osłabienie działalności mięśnia sercowego, niskie parcie krwi i przyspieszenie tętna byłoby dowodem wyczerpania przemęczonego czynnością obronną nadnercza, dowodem ich hypofunkcji po hyperfunkcji).

Przyspieszenie tętna może jednak zależeć też od stanu tarczycy. *Hyperthyreosis* jest dla jednych wyrazem podrażnienia zapalnego tarczycy przez toksyny gruźlicze; dla innych—wyrazem hyperfunkcji w celach obronnych. Deutsch broni poglądu ostatniego, przypisując tarczycy rolę podobną do roli nadnerczy.

Ze swej strony dodam, że przy *hyperthyreosis* mamy niewielkie przyspieszenie tętna bez obniżenia ciśnienia, właściwego tachykardji względnej, źle rokującej.

Próby stosowania adrenaliny do rokowania w gruźlicy, podjęte z pomocą jednego z moich współpracowników na oddziale szpitalnym i w szpitalu dla lekkogruźliczych w Chojnach pod Łodzią, zostały przerwane przez wojnę rosyjską, względnie przez brak sił lekarskich. O wyniku wolno — z natury rzeczy—mówić dopiero po dłuższym czasie. Na ogół jednak spostrzeżenia dotychczasowe wykazały, że objawy poadrenalinowe (najczęściej użyty: odczyn Loewi'ego) dawały wyniki zupełnie zgodne z wynikami rokowania, opartymi na objawach klinicznych. W jednym przypadku suchot podchronicznych (Koch plus), przy stanie gorączkowym, trwającym wiele tygodni, powikłanym ciężkim grypowym zapaleniem płuc odoskrzelowem, bardzo burzliwy odczyn poadrenalinowy przepowiedział nie tylko pomyślne zejście grypy, ale też pomyślny przebieg sprawy gruźliczej; chora obecnie (po pół roku) ma się doskonale.



# Uproszczona technika badania promieni X za pomocą refleksradiometru.

Napisał

**Dr. Jan Modrzewski,**

starszy ordynator szpitala Ś-go Wincentego á Paulo w Lublinie.

W dniu 4 lutego r. b. pokazywałem na posiedzeniu Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego zbudowany przezemnie przyrząd, technicznie upraszczający znacznie badanie promieni X, a obmyślony na następującej zasadzie. Do największej diafragmy, wsuwanej pod dolny otwór lokalizatora do lampy rentgenowskiej, przymocowałem płaskie drewniane pudełko wysokości 4–5 ctm. tak, że środkowy punkt dna odpowiada środkowi koła otworu diafragmy, a więc i oczywiście środkowemu pionowemu promieniowi, wychodzącemu z antykatory. Dno pudełka zrobione jest z małego ekranu fluoryzującego powierzchnią fluoryzującą na zewnątrz t. j. ku dołowi, wewnątrz zaś na ekranie umieściłem, jak to się zwykle robi, aluminiową skalę radiometryczną z odpowiednią numeracją.

Pod kątem 45° na zewnątrz od fluoryzującej powierzchni ekranu przymocowałem lustro, obudowane z boku, mniej więcej tej samej wielkości co ekran.

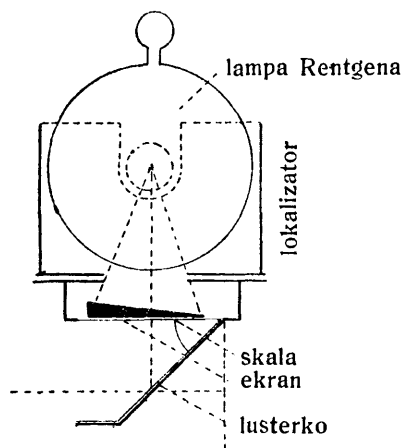
Rzecz prosta, że po puszczeniu w ruch lampy cień skali radiometrycznej, otrzymany na ekranie,

można z łatwością obserwować z boku, patrząc w głąb obudowania, obejmującego lustro, już nawet w pokoju widnym, a tembardziej trochę przyćmionym lub zupełnie ciemnym.

Cały przyrząd daje się jednym ruchem, jak każda diafragma, wsunąć pod ustawioną w pionie lampę, a więc oszczędza czas, zużywany zwykle na kłopotliwe przekręcanie lokalizatora celem otrzymania poziomego mniej więcej pęczka promieni, jakiego wymagają do obserwacji używane dotychczas radiometry. Poza tem obserwowanie efektu promieni z boku pozwala pracującemu uniknąć przebywania w sferze promieniowania, gdyż nie wszystkie radiometry zaopatrzone są w ochronne tarcze metalowe.

Z powyższych względów przyrząd ten śmiało polecić mogę pp. kolegom, mającym styczność z rentgenologią, tem bardziej że budowa jego jest tak prosta, że każdy rentgenolog nawet sam go sobie skonstruować potrafi.

Załączony szablonowy szkic poglądowo wyjaśnia stosunek refleksradiometru do lokalizatora z lampą i pracę w nim promieni X i świetlanych.



VIII. Z KAZUISTYKI ZAKŁADU ANATOMII PATOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO.

## Gastro-colo-stomia non lege artis facta.

Podał

**Dr. Zdzisław Michalski,** asystent zakładu.

Dnia 10. XII. 1920 r. wykonałem sekcję zwłok mężczyzny lat 51 (l. prot. sek. 671). Klinicznie rozpoznano — *neoplasma abdominis, colitis chron.* Zmarły, głuchoniemy, na migi skarżył się wciąż na ból w brzuchu. Badana za życia treść żołądka, mocno cuchnąca, wykazywała ogólną nadkwasotę (50). Stolec wolny kilka razy dziennie.

Przystępując do sekcji, zwróciłem uwagę na znaczne wyniszczenie chorego i zauważyłem na skórze brzucha białą bliznę (polaparatomijną) od wyrostka mieczykowego do pępka. Po otwarciu jamy brzusznej ogromnie rozszerzony żołądek zajmował prawie całe pole widzenia. Badanie stosunków narządów wykazało w okolicy odźwiernika zespolenie na ograniczonej przestrzeni jelita z tylną ścianą żołądka. Początkowo z powodu cienkości jelita miałem wrażenie, że jest to zespolenie z jelitem cienkim, jednak okazało się, że jelita cienkie opadły aż do miednicy małej, zespolona zaś jest z żołądkiem gałęź poprzeczna jelita grubego, znacznie ścieńczała.

Po otwarciu żołądka okazało się co następuje: w dniu dużego wrzodu okrągłego, o brzegach bardzo twardych, jest silnie umocowana pętla jelita grubego. Obie gałęzie, doprowadzająca i odprowadzająca, drożne. Żołądek wypełniony treścią pokarmową i kałową. Badając jelita cienkie, znalazłem w nich półpłynny kał, co świadczy, że pokarm dostawał się i do nich przez odźwiernik. Pomimo to chory zmarł z wyniszczenia, o czym świadczył znaczny zanik narządów.

Ponieważ znane są przypadki samoistnego zespolenia jelita grubego z żołądkiem przy wrzodzie tegoż przeto mimowoli nasunęła się myśl, iż i w danym przypadku otwór między żołądkiem a poprzeczną wytworzył się samoistnie. Jedna tylko blizna laparotomijna skierowywała myśl w stronę dokonanego zabiegu chirurgicznego i mimowoli zmuszała do szukania danych, któreby przemawiały za takim zabiegiem. Przypuszczenie to potwierdzał poniekąd:

1) sposób zespolenia nader ścisły i dokładny, z tylną

ścianą żołądka, 2) zrosty zewnętrzne ściśle ograniczone do miejsca zespolenia.

Te dane jednak nie wydały mi się dostateczne do bezwzględniego rozstrzygnięcia sprawy, dlatego też wyciąłem z kilku miejsc ścianę żołądka z zespoleniem z nią jelitem, spodziewając się wyjaśnienia w preparacie mikroskopowym. I rzeczywiście wyjaśnienie to znalazłem.

Przedewszystkiem na preparacie widać ściśle przyleganie mięśniówki żołądka do mięśniówki jelita, w różnych zaś miejscach z dwu stron mięśniówek widać: 1) ogniska nacieków zapalnych tuż przy mięśniach, ułożone w symetrycznej od siebie odległości; 2) badanie ognisk nacieków wykazuje, iż składają się one z limfocytów, a tu i owdzie widać komórki olbrzymie, z kilkunastoma jądrami, ułożonymi w jej środku, komórki o charakterze komórek olbrzymich, układających się obok ciał obcych (Fremdkörperriesenzelle). 3) Na preparatach barwionych metodą van Giesona rzuca się w oczy charakterystyczny układ i przebieg włókienek tkanki łącznej w mięśniach.

Włókienka te biegną pionowo przez obiedwie mięśniówki od jednego ogniska nacieku do drugiego, a komórki i ich jądra układają się równolegle pasmami tak, jak gdyby grupowały się naokoło jakiegoś ciała obcego.

Obrazy te przemawiają za tem, iż ogniska nacieków wytworzyły się w miejscu wkłucia igły, zaś tkanka łączna, jako odczyn organizmu, wzdłuż przebiegu szwu.

Na zasadzie więc tych danych mikroskopowych i makroskopowych należy stwierdzić, iż w danym wypadku miałem do czynienia z podwójnym błędem chirurgicznym: 1) mniejszym, polegającym na zeszcyciu jelita grubego z żołądkiem, mniejszym, gdyż błędy takie są zawsze możliwe, o czem wspominają wybitni chirurdzy, 2) drugim większym, polegającym na zeszcyciu jelita grubego z dnem wrzodu, gdyż wygląd wrzodu, jego rozmiary i stopień rozszerzenia żołądka nie pozwalają przypuścić, aby wrzód wytworzył się dopiero następowo.

### Odcinek.

## Kilka cyfr z działalności oddziału obserwacyjnego w szpitalu Dzieciątka Jezus w r. 1920.<sup>1)</sup>

Podał

Dr. med. A. A. Puławski, lekarz naczelny szpitala Dz. Jezus.

Oddziały obserwacyjne, potrzebne, są w każdym szpitalu, nieodzowne w szpitalach większych jako „siła“, broniąca szpital od zarazy, wyrównująca do pewnego stopnia omyłki niedopatrzeń, jakie zdarzają się, niestety, zbyt często w izbie przyjęć każdego szpitala. Poruszałem już to zagadnienie w swoim poprzednim sprawozdaniu<sup>2)</sup> i dlatego dłużej się nad niem zatrzymywać nie będę, jak również nad historją i urządzeniem takiego tymczasowego oddziału obserwacyjnego w naszym szpitalu (otworzonego w końcu r. 1918). Poprzestanę na podaniu ważniejszych danych z roku ubiegłego i kilku uwag, z niemi związanych.

W roku sprawozdawczym<sup>3)</sup> przyjęto chorych z miasta 465 (191 m. + 274 k.), z innych oddziałów naszego szpitala 40 (24 m. + 16 k.) razem 505 osób. Chorzy tej drugiej kategorii albo zostali niewłaściwie zakwalifikowani na oddziały, albo podlegli przypadkowemu zakażeniu, które nie zjawilo się tak wyraźnie, aby ich można było przesłać bezpośrednio do właściwego szpitala.

Z pośród ogółu chorych, jak zwykle, dość pożądana liczba (59 m. + 91 k. = 150) a więc prawie 30% (tyleż co w r. ub.) okazała się wolną od zarazy, o jakie byli podejrzewani w izbie przyjęć. Najczęściej była to gruźlica, zapal. płuc lub opłucnej, zimnica, grypa, choć zdarzały się i inne cierpienia (*apen-*

*dicitis, perametrītis, peritonītis*), które się tu dostały wprost przez niedopatrzenie i nie dość ściśle zbadanie. Bywały takie przypadki ciężkie, kończące się śmiercią wkrótce po przyjęciu (6 m. + 9 k. = 15), z drugiej strony — przypadki przemijającej gorączki lub lekkiej infekcji, które wkrótce wypisywały się do domu (36 m. + 35 k. = 71); przypadki, nie kwalifikujące się do dalszej obserwacji w oddziale, przenoszono na właściwe oddziały szpitalne (100 m. + 138 k. = 238). Tu należą, oprócz zakwalifikowanych niewłaściwie, przypadki grypy i zapalenia płuc po teje, których nie dało się przenieść do innych szpitali z powodu braku miejsc, przypadki zimnicy, niekiedy duru brzuszno-groźnego w okresie zdrowienia. Do specjalnych szpitali dla zakaźnych przesłano ogółem 170 osób (69 m. + 101 k.)

Jako metodę przyjęto, aby chorych w oddziale obserwacyjnym trzymać jaknajkrócej. Przeciętna liczba dni szpitalnych na jednego chorego wynosiła 4,6 (2331 dni na 505 chorych). Chorzy oprócz obserwacji klinicznej objawowej podlegali badaniom krwi, wydzielin i t. d. na szeroką skalę, w czem skuteczną pomoc okazywała pracownia chemiczno-bakterjologiczna, będąca pod zarządem kol. S. Muttermilcha. W roku sprawozdawczym wykonano w niej dla oddziału obserwacyjnego ogółem 463 badania, w tem 170 badań na odczyn Widala (48 dodatnich), 97 na odczyn Weil-Felixa (12 dodatnich<sup>1)</sup>), 29 badań na plazmodje malaryczne (14 dodatnich) 30 na krętki Obermeyera (13 dodatnich), 12 na odczyn Wassermana (2 dodatnie), 61 badań

<sup>1)</sup> Referat, wygłoszony na posiedzeniu klin. Szpit. Dz. Jezus d. 9. I. 21.

<sup>2)</sup> G. L. 1920 Nr. 4, odcinek.

<sup>3)</sup> Poprzednie sprawozdanie obejmowało 1½ miesiąca 1918 r. (15. XI.—31. XII.) i cały rok 1919. Ogólna liczba chorych, przyjętych w r. 1919, wynosiła 424 osoby (192 m. + 232 k.)

<sup>1)</sup> Odczyn ten w okresach początkowych duru plamistego zbyt często zawodzi i dla oddziałów obserwacyjnych małą posiada wartość.

morfologicznych krwi, 5 posiewów krwi, 13 badań płynu mózgoworodzeniowego, 9 badań bakterjol. kału i t. d. Prostsze badania moczu i płwociny wykonywano na oddziale.

Z chorób zakaźnych ostrych przesunęło się na oddziale obserwacyjnym 33 przyp. duru wysypkowego (21 m. — 12 k.), tj. o wiele mniej niż w r. ubiegłym (119). Najwięcej tych wypadków było w pierwszej połowie roku (24). Za to było więcej przypadków duru brzuszego (17 m. — 52 k. = 69) (w r. ub. 46). Jeszcze więcej było chorych na dur powrotny (30 m. — 7 k. = 37), w r. ub. 4. Płonicy było 6 przyp. (3 m. — 3 k.), czerwonki — 22 przyp. (11 m. — 11 k.) w roku ub. 2, róży — 27 przyp. (10 m. — 17 k.) w r. ub. 6, dżętwicy — 7 przyp. (4 m. — 3 k.), grypy hiszpańskiej przyjęto 114 przyp. (42 m. — 72 k.) w r. ub. 13, zimnicy było 23 przyp. (7 m. — 16 k.) w r. ub. 16. Do oddziału obserwacyjnego dostał się jeden przypadek nosaczyny, przeniesiony z oddziału wewnętrznego, gdzie leżał jakiś czas z rozpoznaniem wątpliwem. Chory zmarł wkrótce po przeniesieniu na oddział obserwacyjny.

Te same desiderata, które wypowiedziałem w sprawozdaniu zeszłorocznem, muszą powtórzyć i obecnie. Należy wybudować nowy odpowia-

jący współczesnym wymianiom oddział obserwacyjny, posiadający separátky dla różnego rodzaju częścię spotykanych zaraz, dwie łazienki, pokój do dezynfekcji bielizny i naczyń i t. d. według wzorów, których nie brak. Niezależnie od tego należy dobrać i wyszkolić odpowiednią liczbę służby pielęgnarskiej i zobowiązać ją do ścisłego przestrzegania regulaminu, mającego na celu ochronę szpitala od zaraz. Do tego potrzebna jest szybka egzekutywa, której brak tymczasem uczuwa się w naszych szpitalach. W związku z tem stoi doprowadzenie do pełnej sprawności kamer dezynfekcyjnych w naszych szpitalach tak co do ich konstrukcji po większej części przestarzałej (brak dezynfekcji formalinowej) jak i obsługi (wyszkolonych dezynfektorów). Na tę ostatnią okoliczność wydział szpitalnictwa w ostatnich czasach zwrócił już szczególną uwagę. Ze strony personelu lekarskiego (lekarzy dyżurnych) należy wymagać większej uwagi i staranności w segregacji chorych, ażeby małych i nieszczęólnie urządzonych oddziałów obserwacyjnych nie zapelniać chorymi, którzy się tam nie kwalifikują. Naturalnie, że pomyłki w odwrotnym kierunku, tj. posyłanie chorych zakaźnych (zwłaszcza z drem plamistym lub płonicą) na oddziały niezakaźne pociągają za sobą jeszcze gorsze następstwa. Trzeba się więc trzymać . . . złotego środka.

## Przegląd biljograficzny.

### Leon Wachholtz. Szpitałe Krakowskie (1220—1920).

Tom 1. Kraków 1921, 134 in 8-vo druk  
W. L. Anczyca i S-ki Cena 50 mk.

Towarzystwo miłośników historii i zabytków Krakowa wydaje oprócz ilustrowanego Rocznika, Bibliotekę Krakowską (dotychczas 58 numerów). 59-ym numerem tej cennej biblioteki jest praca Dr. Wachholtza, stanowiąca 1-szy tom dzieła, będącego owocem kilkuletniej pracy, opartej na źródłach z pierwszej ręki, owianej miłością dla starego grodu naszej sławy i kultury. Rozdział 1 tej pracy autor poświęca powstaniu i rozwojowi szpitali w dawnej Polsce. Zakłady takie, jak wszędzie w Europie, powstały z inicjatywy duchowieństwa katolickiego i znajdowały się pod jego zarządem, mając charakter przytułków dla wszelkiego rodzaju nędzy ludzkiej. Królowie i magnaci oraz bogate mieszczaństwo łożyło na nie fundusze i obdarzało różnemi przywilejami. Szpitale, w ówczesnem znaczeniu tego słowa, znajdowały się zwykle pod opieką bractw zakonnych, z których najbardziej rozpowszechnionem u nas byli Duchacy, sprowadzeni do Polski, według Długosza, przez Iwona Odrowąza, biskupa krakowskiego i obsadzeni w Prądniku około Krakowa w r. 1220. Od tej daty rozpoczynają się dzieje naszego szpitalnictwa, choć właściwie pierwszy szpital w Polsce był założony w r. 1170 w Poznaniu przez Mieszka III i oddany pod zarząd innemu bractwu Joannitom (Długosz nazywa ich Templarii). Był to właściwie przytułek dla ubogich i chorych podrózników. Oprócz tych 2 bractw szpitalami naszymi opiekowali się Miechowici (Bożogrobcy, Krzyżacy gwiazdźści, Bonifratrzy, (zajmowali się chorymi umysłowymi), Siostry miłosierdzia albo córki Św. Wincentego á Paulo, (sprowadzone do Polski przez Marię Ludwikę w r. 1668), Rochici (od 1713 pracujący głównie na Litwie).

Nie posiadamy dokładnej liczby szpitali, jakie w Polsce istniały. Giedroyc zestawil szpitale, o których istnieniu znalazł wzmiankę, w liczbie 668. Niewątpliwie było ich więcej. Sądząc z opisów, powiada Wachholtz, nie były one gorsze od szpitali, jakie w danych wiekach istniały na zachodzie Europy. Zarząd szpitala spoczywał z początku w ręku osób duchownych, potem był powierzany jednemu z rajców miejskich, noszącemu tytuł prowizora, jednakże pod ścisłą kontrolą biskupów, którzy wizytowali szpitale i wydawali dekrety dotyczące się wewnętrznej gospodarki. Dekrety te, jak twierdzi W., nacechowane są troskliwością o dobro chorych, wielką tolerancją i godnością (szczególnie w stosunku do kobiet brzemiennych i podrzutków). O leczeniu i lekarzach posiadamy wiadomości bardzo skąpe. Lecznictwo w owych czasach spoczywało głównie w rękach duchowieństwa, a lek rze świeccy dopiero w czasach późniejszych zrozumieli doniosłość szpitali dla pogłębienia wiedzy lekarskiej (Boerhave, Van-Swieten). Rozdział 2-gi poświęcony jest ogólnemu rzutowi oka na szpitale krakowskie w wiekach ubiegłych i podaje cały szereg szpitali, obecnie już nie istniejących (św. Ducha, Rocha, Marcina, Sebastjana, Jadwigi, Mikołaja i innych.) Z przytułków tych istnieje dotąd tylko Dom księży emerytów przy kościele św. Marka.

Rozdział 3-ci zawiera dzieje szpitala św. Ducha (*Hospitale magnum S. Spiritus*). Instytucja ta, której początek sięga czasów Leszka Białego (1202—1227), przez 7 wieków dawała przytułek bezdomnym, chorym, podrzutkom, sierotom i kobietom brzemiennym, dzieliła dobre i złe losy prastarej stolicy i zasłużyła sobie na wdzięczną pamięć i poszanowanie. Szpital ten w roku 1879 został przeniesiony do budynków szpitala św. Łazarza. „W budynkach św. Ducha, powiada autor, pomieszczono jakby na ich pohafbanie

areszty miejskie. składy i t. d.“ Nie dość na tem, te mury, na które Kraków patrzył przez siedem niemal wieków, które w każdym innym mieście europejskiem — jak pisał Tomkowicz—gmina wzięłaby w opiekę, starała się utrzymać, upiększyć, urządzić w nich muzeum lub archiwum, ówczesna Rada Miejska skazała na zagładę nawet wbrew protestowi c. k. komisji centralnej dla zachowania zabytków w Wiedniu. Przeciwno zburzeniu tych i innych wiekowych gmachów oświadczał się kilkakrotnie Jan Matejko i w końcu odesłał Radzie Miejskiej uzyskany przez niego dyplom obywatelstwa honorowego. Szczegółowe dzieje szpitala św. Ducha, zawierające bardzo wiele danych charakterystycznych i ciekawych, malu-

jących współczesne obyczaje i nastroje, nie nadaje się do krótkiego streszczenia. Trzeba to przeczytać w oryginalnie, jak również opisy szpitala scholarów św. Rocha (lazarety wojskowe) i szpitala św. Sebastjana i Rocha.

Autorowi należy się wdzięczność, że podjął się pracy, tak zmużonej, nie mogącej liczyć na poczytność, pozornie nieaktualnej. Jest to los wszelkich prac źródłowych, z których dopiero korzystają następne pokolenia. Bez nich jednakże obejść się nie może żaden historyk, który zechce odmalować całość rozwoju kultury danego kraju i społeczeństwa.

A. Puławski.

## Streszczenia i wyciągi.

### 5. Stefan Rozentel. O napadach w otępieniu wczesnem.

Kwestja napadów, napotykaných w przebiegu otępienia wczesnego (dementia praecox), wiąże się ściśle z zasadniczym problematem co do istoty tej choroby, dotąd wcale nie wyjaśnionej. Podczas gdy jedni uczeni sądzą, że w podłożu objawów psychopatycznych leży proces mózgowy, organiczny, inni skłonni są do rozpatrywania tych objawów ze stanowiska psychogenetycznego.

Jako jeden z argumentów przytaczają pierwsi napady w przebiegu otępienia wczesnego, widząc w nich przejaw wyraźny choroby organicznej. Po krytycznej wyczerpującej ocenie wszystkich od Kahlbauma aż po Bleulera i Jaspersa wypowiedzianych w tym względzie poglądów, przytacza autor 7 własnych przypadków z napadami o rozmaitym charakterze. Jedne z nich były wyraźnie „mózgowe“ (zwrotna nieruchomość źrenic, stałe drżenie stopowe, a przede wszystkim utrata przytomności), inne były już mniej typowe w tym względzie (mniej głęboka, przemijająca utrata przytomności, przemijający objaw Babińskiego i hiperkineza), jeszcze w innych istniała wyłącznie krótkotrwała utrata lub zamroczenie świadomości, nawet omdlenie lub stan do omdlenia podobny bez wszelkich oznak organicznego cierpienia mózgowego; wreszcie występowały w przypadkach autora naprzemienne napady sztywności i zwiotczenia układu mięśniowego całego ciała z t. zw. woskowatością mięśni (flexibilitas cerea) bez wyraźnego zamroczenia świadomości lub bez możności stwierdzenia tego objawu. Dla stwierdzenia faktu, czy mamy do czynienia w danym napadzie z objawami zaburzenia mózgowego, czy też nie, R. rozpatruje kolejno najpierw objawy psychiczne, t. zw. „organiczne“, t. j. te, które świadczą zazwyczaj o cierpieniu organicznem mózgu, następnie zaś neurologiczne: brak odruchu źrenicznego na światło, zaburzenia w odruchach skórnych, spec. objawy Babińskiego i Oppenheima, drżenie stopowe, odruchy kolanowe, wreszcie sztywność ciała ogólna oraz częściowa oraz stany podrażnienia ruchowego wszelkiego rodzaju i natężenia, a dalej zaburzenia czuciowe i ciśnienie płynu mózgoworodzeniowego i objawy sympatyko- i wago-toniczne. Po dokładnej analizie tych wszystkich objawów zarówno psychicznych, jak i neurologicznych R. dochodzi do wniosku negatywnego, że brak dotąd dostatecznych kryteriów, które pozwalałyby odróżnić napad „mózgowy“ od „psychicznego“ w przebiegu otępienia wczesnego.

Maurycy Bornsztajn.

### 4. Ch. Abadie. Wycinanie spłotów współczulnych na tętnicy szyjnej wewn. (Sympathectomie pericarotidienne).

Autor opisuje szczególny rodzaj zaniku nerwu wzrokowego, zależny od stałego skurczu tętnic nerwów ocznych. Jako charakterystyczne cechy autor podaje: 1) typowe zwężenie pola widzenia, występujące początkowo po stronie nosowej, później i u dołu, 2) znaczne wahania w natężeniu zaburzeń wzrokowych, zmieniające się nieomal co godzina, 3) zwężenie źrenic, często większe z jednej strony, brak odruchu świetlnego i słabe oddziaływanie na środki rozszerzające źrenicę (mydriatica), 4) biała brodawka o wyraźnych brzegach, tętnice są wyraźnie zwężone, kaliber żył jest dobrze zachowany.

Wychodząc z założenia, że cierpienie zależy od skurczu tętnic nerwów ocznych, autor próbował leczyć dwa przypadki za pomocą operacyjnego usuwania spłotów współczulnych na tętnicy szyjnej wewn. W pierwszym przypadku początkowo obserwowana była poprawa, później pogorszenie; w drugim zaś — żadnej poprawy nie było.

Messing.

(La Presse médic. Nr. 62, r. 1920).

### 5. A. Chauffard, Gy Laroche i A. Grigat. O źródłach cholesteryny i rodzajach cholesterynemji w organizmie.

Laroche i Grigat w poprzedniej swej pracy w 1912 r. zachwiali przypuszczenie Flinta o tem, iż układ nerwowy jest głównem źródłem cholesteryny.

Źródłem cholesteryny w organizmie są:

- 1) pokarm — cholesterynemja znika przy zmianie pokarmu,
- 2) gruczoły wewnętrznego wydzielania,
- 3) wątroba.

Z gruczołów wydzielania wewnętrznego największą rolę odgrywają nadnercza i żółte ciała jajników. Kora nadnerczy zawiera dużo lipidów, podwójnie przelamujących światło (najwięcej w warstwach kłębkowej i promienistej) wraz z tłuszczami obojętnymi. Barwienie kwasem osmowym wykrywa dwa rodzaje tłuszczów:

- 1) jedne barwią się na czarno i nie rozpuszczają się w ksylolu — są to tłuszcze obojętne.
- 2) inne rozpuszczają się w ksylolu, skąd zabarwienie ich jest szare; są to lipoidy.

Przy barwieniu błękitem Nilu tłuszcze obojętne barwią się na czerwono, cholesteryna na różowo, fosfatydy na niebiesko.



ści wątroby i żółtacze wskutek zatrzymania wydzielania żółci. Więcej cholesteroliny w żółci bywa w zapaleniu nerek przewlekłym i u kobiet w ciąży.

Przeznaczenie tłuszczów i lipidów:

Pierwsze występują jako jednostki ciepłorodne, drugie podlegają szeregowi przemian w ciała o znacznym stopniu właściwości odrębnych.

Wątroba wydziela cholesterolinę w większej ilości niż zawiera ją żółć.

Wreszcie autorzy omawiają cykl płodowy przemiany cholesteroliny:

Płód potrzebuje lipidów dla tworzenia ośrodków nerwowych.

Zródłem lipidów są:

- 1) organizm matki,
- 2) łożysko (nie gra większej roli),
- 3) tworzenie się u płodu samego.

Krew żyły łożyska, idącej od łożyska do płodu zawiera więcej cholesteroliny niż krew tętnic, ponieważ płód zatrzymuje cholesterolinę, dostarczaną przez matkę (przeciwnieństwo w stosunku do mocznika).

*Dr. Dąbrowska Janina.*

*Annales de Médecine 1920 r. T. VIII, Nr. 3.*

## Wiadomości bieżące.

— Polskie Tow. Okulistyczne zamierza urządzić w Warszawie Zjazd okulistów z całej Polski z następującym planem obrad: 1. Rozszerzenie działalności P. T. Ok. na całą Polskę. 2. Walka z jaglicą. Obecny stan pomocy szpitalnej dla chorych na oczy. 3. Wykłady naukowe i kliniczne. Projektowany termin zjazdu, obliczonego na 3 dni, między 15 a 20 lipca r. b. Zarząd P. T. Ok., zapraszając niżej wymienionych okulistów polskich do wzięcia udziału w Zjeździe, prosi uprzejmie o jaknajwcześniejsze zgłaszanie odczytów pod adresem: Warszawa, Smolna Nr. 8, P. T. Ok. lub do B. R. Gepnera, Warecka 11.

— Kol. Karol Rozenfeld, prezes Tow. Lekarskiego

Częstochońskiego, z powodu ukończenia 25-o lecia pracy lekarskiej, naukowej i społecznej został zaszczycony wyborem na członka honorowego przez Tow. Częstochońskie i Tow. Lekarskie Zagłębia.

— Wyszel z druku Pamiętnik Kliniczny Szpitala Dzieciątka Jezus. T. III i IV. Pamiętnik ten, opracowany przez d-ra A. Landego, obejmuje sprawozdania z posiedzeń klinicznych w szpitalu w r. 1918 i 1919. Wyszel on ze znacznym opóźnieniem i w skrótowaniu, co w słowie wstępem zaznaczono i usprawiedliwiono brakiem funduszy; w przyszłości Pamiętnik znów ma wychodzić w poprzedniej objętości.

## NEKROLOGJA.

**Zmarli:** Dr. Henryk Dziedzicki zmarł w Warszawie dn. 12 marca 1921 w wieku lat 74. Poza ciężką pracą zawodową lekarską zajmował się z zamiłowaniem entomologią, studiując specjalnie ciekawą gałąź nauki o owadach dwuskrzydłych. W dziedzinie tej położył niespożyte zasługi; w ciągu 30-letniej pracy na tem polu opracował i ogłosił kilkanaście specjalnych monografii; na szczególne zaznaczenie zasługuje praca, ogłoszona po niemiecku wspólnie z d-rem Szablmem w r. 1911 p. t.: Ein neues System der Automyiden von ihren Formenzeichen. W uznaniu zasług naukowych na tem polu s. p. Dziedzicki był zaliczony w poczet członków korespondentów sekcji fizjograficznej Krakowskiej Akademii Umiejętności, oraz był on członkiem licznych towarzystw naukowych polskich i zagranicznych.

Dr. Józef Villaume, lekarz Sanitarny Warszawy, b. długoletni lekarz ordynacji Zamoyskiej w Szczepieszynie, zmarł w Warszawie w 73-m roku życia.

## Nadesłane.

1. Jan Danysz. Teoria chorób zakaźnych i niezakaźnych (tłomaczenie z francuskiego przez d-ra W. Moraczewskiego) Lwów—Warszawa. Księżnica polska. 1921.—2. Nauka polska, jej potrzeby, organizacja i rozwój. Rocznik Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1920. — 3. Dr. med. Al. Żebrowski. Zarys Otiartji (ze 109 ilustracjami) Warszawa 1921. — 4. Fr. Giedroyc. Słownik Lekarski Polski do działu

chorób skórnych i wenerycznych. Warszawa. — 5. Prof. Casimir Majewski. Ankyloblépharon total avec kyste précornéen (odb. z Revue gen. d'Ophthalmologie T. XXXV). 6. Stef. Sterling-Okuniewski. Przyczynę do epidemiologii cholery (odb. z przegl. Epidem. T. 1). — Tenże. Objawy czerwonkowe w przebiegu niektórych postaci zimnicy.

## TREŚĆ NUMERU.

	strona		strona
Doc. Dr. Dębiński. O wpływie dagnostyki na rozwój terapii	25	Przegląd bibliograficzny. Leon Wachholtz. Szpitale krakowskie (1220—1920)	33
Dr. Seweryn Sterling. Odczyn poadrelinowy w rokowaniu	27	Streszczenia i wyciągi: 3. Stefan Rozental. O napadach w otępieniu wczesnem	34
Dr. Jan Modrzewski. Uproszczona technika badania promieni X za pomocą refleksradiometru	31	4. Abadie. Wycinanie spłotów współczulnych na tętnicy szyjnej wewn. Sympathectomie pericarotidienne	34
Dr. Zdzisław Michalski. Gastro-colo-stomia non lege artis facta	31	3. A. Chauffard, Guy Laroche et Grigant. O źródłach cholesteroliny i rodzajach cholesterolinemji w organizmie	34
Odcinek. Dr. med. A. Puławski. Kilka cyfr z działalności oddziału obserwacyjnego w szpitalu Dzieciątka Jezus w r. 1920	32	Wiadomości bieżące	36
		Nekrologja	36

**Redaktorzy: Dr. A. Puławski i Dr. W. Starkiewicz. Wydawca Dr. W. Szumlański.**

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru z pozostawieniem marginesu.

**Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.**

**Administracja otwarta w dni powszednie od 5 i pół do 7-ej.**

**WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“** razem z „Tygodnikiem Lekarskim“ i „Przeglądem Lekarskim“ Od 1 kwietnia 1921 w Warszawie i na prowincji kwartalnie Mk. 150. Cena pojedynczego numeru 20 m. **CENA OGŁOSZEŃ** za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej Mk. 30, na pozostałych Mk. 20. Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Biuro Reklamy Polskiej — Jasna № 10. Dom Handlowy L. i E. Metzl i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Falek — Bo-nerowska 11. Na Francję wyłącznie M-r. Gray de Gourcy, Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.



# Ogłoszenie konkursu.

Celem obsadzenia stałej **posady lekarza salinarnego** przy Zarządzie państw. żupy solnej w Kosowie ogłasza się niniejszem konkurs z terminem wnoszenia podań do dnia 31 maja 1921 roku.

Do tej posady są początkowo przywiązane pobory X klasy rangi urzędników państwowych łącznie z przejściowymi dodatkami, aprowizacja, o ile ta będzie przyznana dla personelu żupy solnej, ryczałt na konie, pobór materiału opałowego według normy dla urzędników salinarnych za opłatą połowy ceny zakładowej, systemizowany deputat soli, tudzież prawo do emerytury, względnie zaopatrzenia wdowy i sierot.

Instrukcja określająca obowiązki lekarzy salinarnych jest do przejrzania w godzinach urzędowych w Kancelarii Zarządu państw. żupy solnej w Kosowie.

Ubiegający się o posadę lekarza salinarnego mają wnosić podania, zaopatrzone odpowiedniemi załącznikami, curriculum vitae, jako też oświadczeniem, że są obznajmieni z obowiązującą instrukcją dla lekarzy salin. wprost do Zarządu państw. żupy solnej w Kosowie w powyżej podanym nieprzekraczalnym terminie.

Podania później wniesione, lub nieodpowiadające warunkom konkursu nie zostaną uwzględnione.

Wynik konkursu zatwierdza Dyrekcja państw. zakładów salinarnych w Krakowie, której przysługuje prawo zupełnie dowolnego wyboru między kandydatami.

Kosów dnia 6 kwietnia 1921 roku.

**Zarząd państwowej żupy solnej.**



**ASTHMIN-  
MOTOR**

*w formie papierosów albo tytoniu  
Usuwa szybko napady duszniczy  
i wszelkie objawy astmy.*

SKŁAD GŁÓWNY: **WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”**  
*Żądać w aptekach i składach aptecznych.*

## Purgosan „Motor“

Środek przeczyszczający w pastylkach, zawierających po 0,12 fenoltaleiny i 0,18 masy kakaowej poleca

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“  
Warszawa, Marszałkowska 23.

**Felczer** masażysta, lat 30, 10 lat w zawodzie, obeznany z hydroterapią, elektroterapią **posady** i bakterjologią, poszukuje sezonowo lub na stałe w sanatorium i t. d, zaraz lub później.

Łaskawe oferty

Kaczmarek, Grudziądz, ul. Lipowa 3.

## Hipolit Amber

**Skład narzędzi chirurgicznych**

Warszawa, Marszałkowska 139, wprost bramy, I-sze piętro. Telef. 230-23

poleca po cenach przystępnych: wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły do strzykawek i chirurg., termometry i t. p.

Reperacja i odnawianie tychże.

Naprawa strzykawek Rekord.

Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla celów med. R. Graf & Co. Norymberga.

**Katgut z najlepszych i zdrowych kiszek w motkach i kłębках.**

ZAKŁAD ZDROJOWY

## „BUSKO“

Okres kąpielowy tego-  
roczny trwać będzie

**od 15 maja do 30 września.**

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszem zawiadamia WW. PP. Doktorów, iż

## „MOTOFER“

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

**Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“**

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

**Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.**

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

**SOLEC**

Sezon od 20-go maja do 20-go września.

Ceny kuracji niższe niż w innych zdrojowiskach krajowych. Dojazd przez st. Kielce lub st. kolei galicyjskiej Szczucin, skąd 15 km. do Solca. Prospekty wysyła Zarząd Solca, poczta Stopnica, ziemi Kieleckiej.

Zakład Wód Mineralnych Siarczano-Słonych znanych ze swej skuteczności w reumatyzmie, artretyzmie, chorobach skórnych, nerwowych, przymiocie. **Kąpiele błotne, słoneczne. Hydroterapia.** Ordynować będzie dr. Wł. Harajewicz,**ZAKŁAD WODOLECZNICZY i SANATORJUM****Dra KUPCZYKA**

spec. chorób nerwowych

**Kraków, Szujskiego I. 9.**

Wskazania: Chor. nerwowe, żołądka i jelit, niedokrwistość podagra, cukrzyca, otyłość, choroby serca.

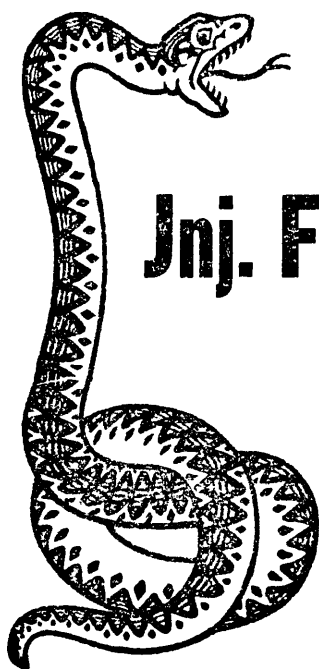
Farbwerke dawn. Meister Lucius i Brüning, Hoechst nad Menem.  
**Filja w Łodzi.****Baczność wobec zafałszowań Salvarsanu!**

Z rozmaitych stron otrzymujemy podrabiane opakowania Salvarsanu i Neosalvarsanu, fabrykowane najoczywiście w większej ilości i wysyłane poczęści również i zagranicę. Opakowania, pudełka tekturowe, zewnętrzne i wewnętrzne etykiety wraz z pieczętkami lakowymi, jak również i „sposoby użycia” są ludzko naśladowane; ampulki szklane zawierają żółto zabarwiony proszek, podobny z wyglądu do Neosalvarsanu. Proszek składa się z trującej bieli chromowej, zmieszanej z gipsem i ciężkim szpatem, z zabarwionej soli kuchennej i dwuwęglanu sodu itd., nie wykazując najmniejszych śladów związku Neosalvarsanu.

Szczególniej ostrzegamy przed rozpowszechnianiem przez fałszerzy tak zw. «opakowaniami po-oceanowemi», przedstawiającemi bez wyjątku grube oszustwo. Podobne opakowania w regularnym handlu środkami lekarskimi nie istnieją zupełnie, nie były nigdy przez nas wykonywane, a tem samem, sprzedawane.

Panowie Lekarze proszeni są dla swego własnego pożytku próżne opakowania z Neosalvarsanu, jak również „sposoby użycia” itp. niszczyć i nie wydawać ich handlarzom, gdyż materiały te zużytkowywane bywają li tylko w celach oszukańczych.

Korzystnem jest nabywanie preparatów Salvarsanu jedynie w tych aptekach i składach, które przyjmują na siebie odpowiedzialność za prawdziwość tych środków. Odrzucać trzeba wszelki towar, pochodzący od podejrzanych dostawców lub też z wątpliwych źródeł.

**Ampulae sterilis. vitr.****Jnj. FERROFAG I, II, III Gessner****(żelazo, arsen, fosfor)**

POLECA

**Apteka Mag. Farm. Jana Gessnera**

dawniej E. GESSNER

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.

UWAGA Literatura na żądanie — gratis i franco

