



№ 38.

Warszawa, d. 21 Września 1918.

Rok LIII.

AZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE.

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WIEDZY
I SŁUŻBY LECZNICZEJ.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2755.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

Dr JÓZEF JAWORSKI.

Gospodarka finansowa zarządów miejskich w Królestwie Polskiem z wyłączeniem Warszawy.

Cena m. 1.50. — Skład główny w księgarni E. Wende i S-ka.

CITOBARYUM

Nowy środek
KONTRASTOWY
w prześwietlaniu
i
leczeniu
promieniami Roentgena
**kanału żołądkowo-
kiszecznego.**

Znaczne uproszczenie,
Ułatwienie i oszczędzenie czasu
w porównaniu z dotychczasowym
stosowaniem środków kontrastowych.

Literatura na żądanie.

W sprawie sprowadzania zwracać się do
pp. NACHTLICHTA I KAMIENSKIEGO. Warszawa, Tłomackie 1.

E. MERCK — Darmstadt.

POHL'S GELODURAT.

Ważne dla pp. LEKARZY.

Obecnie znajdują się w sprzedaży w aptekach następujące oryginalne preparaty:

Pohl's Gelodurat 1) c. Digitalis titr. 0.1, 2) c. Theobromin-Digitalis 0.25, 3) c. Tct. Valerianae tripl. 0.5, 4) c. Kali Jodati 0.5, 5) c. Natr. Jodati et c. Diuretin, 6) c. Ferr. arsenicos, 7) c. Gelokal 0.2 i 0.5, 8) c. Ol. Santal ostind. 0.5, 9) c. Kawa Santal 0.3, 10) c. Benzol c. Ol. Olivarium 0.25, 11) c. Phosphor 0.0005 c. Ol. Amygdal 0.25.

Kapsułki geloduratowe rozpuszczają się dopiero w kischach cienkich, dzięki czemu unika się przykrego odbijania, utraty apetytu i t. p., nie wywołują również podrażnienia nerek.

Orexin

**LEK POBUDZAJĄCY TRAWIENIE.
ZNAKOMITY LEK PRZECIWWYMIOTNY.**

Nie posiada żadnego smaku, działa pewnie w braku łaknienia, w zwiótczeniu żołądka, niepowścią-
głych wymiotach u ciężarnych i w wymiotach po chloroformowaniu.

Usuwa odbijanie i inne zaburzenia po ciężkostrawnych pokarmach.

Szczególnie odpowiedni w praktyce dziecięcej.

Opakowanie oryginalne: Tabletki orexynowe po 0,25 g. № X.

Dokładną literaturę dostarcza: K A L L E & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE. Biebrich nad Renem.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od 1819 r.

**Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).**

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i po-
moce lecznicze.

Wykonywa zamówienia pg. modeli i rysunków.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francu-
zki oraz przepisywanie na maszynie przy-
muje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

**Warszawa, Marszałkowska 139, wprost
bramy, I-sze piętro.**

Poleca: wszelkie narzędzia lekarskie, szpry-
ce, igły do szpryc i chirurg. termometry i t. p.
Dokładna reparacja i odnawianie tychże.
Reprezentacja na Król. Polskie fabryki arty-
kułów dla celów medycznych R. GRAF et C-o,
Norymberga.

Catgut z najlepszych i zdrowych kisze-
czek; zupełnie gotowy do użytku (jałowy) na
gwiazdkach.

Catgut surowy w motkach i kłębkach, lecz
wewnątrz nici jałowy.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany
i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cier-
pieniami chirurgicznymi, kobiecymi, oraz wewnętrznymi
z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt wspólnie
14 m., oddzielnie 18 do 30 m. dziennie. Wszyscy Sz.
PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście le-
czyć swoich chorych, znajdując w sanatorium wszelkie środ-
ki pomocnicze do skutecznego leczenia chirurgicznego
lub terapeutycznego.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany
materii i t. p. Mechanoterapia (przrządy motorowe),
przrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorą-
cem powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena m. 2.50.



AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 21 września 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2755

Warszawa, 21 września 1918 roku.

Zjazdy Towarzystwa Higienicznego Warszawskiego, zwolywane peryodycznie w epoce ucisku rosyjskiego, stały się wreszcie potrzebą społeczeństwa, jako uzewnętrznienie naszych sił społecznych, pracujących w najtwardszych warunkach nad postępem higienicznym kraju. Pod przewodem kierowników Towarzystwa skupiali się w obradach Zjazdowych wszyscy ci, których hasłem powszedniem było „niech żywi nie tracą nadziei”... Czasu wojny, w splątanych warunkach okresu przejściowego, część znaczna sił tych odtrącona została od dawnej pracy organicznej. Myśl pierwsza z natury rzeczy, zwrócić się wszakże musiała ku obronie od klęsk dzisiejszych, mniej—ku spokojnej pracy dla jutra.

Z chwilą, kiedy przynajmniej życie samorządowe miast i wsi stopniowo wchodzić zaczęło na drogę równiejszą, czas nadszedł na zwołanie ponowne pracowników higienicznych polskich.

Jako a p e l taki, jako ostatnie porozumienie ludzi czynu, którzy stoją gotowi na posterunku i jutro rozpoczną odbudowę zniszczonej kultury kraju, witamy Zjazd w sprawie higieny małych miast i wsi, jaki odbędzie się w dniach 21, 22 i 23 b. m. Rozważenie ponowne najpilniejszych, palących potrzeb higienicznych naszych miast i naszych wsi — niechaj stanie się planem ostatecznym pracy, która oby zawrzała najrychlej na całym obszarze wolnej Polski.

Redakcja.

Znaczenie domów i przytułków dla rodzących w organizacji położniczej, oraz szkic projektu takiego przytułku prowincjonalnego.

(Z rysunkiem).

Podali

Dr med. Józef Jaworski, i

Felicyan Rakiewicz,

Docent położnictwa i chorób kobiecych.

Inżynier Architekt.

Poświęcone Uczestnikom Zjazdu, w Warszawie, w dn. 21—23. IX. 1918, w sprawie higieny miasteczek i wsi.

Organizacja pomocy położniczej zbliża się do pewnej doskonałości, o ile okoliczności dla kobiet, poród odbywających, układają się zupełnie pomyślnie.

Organizacja taka polega na: 1. Dużej liczbie, stosownie do zaludnienia, po 2—3 w każdej wsi, osadzie, akuszerki, dobrze wykształconych, systematycznie i stale w swych czynnościach i co do poziomu wiedzy kontrolowanych. 2. Na dużej liczbie uzdolnionych lekarzy-akuszerów, zamieszkających po wszystkich zakątkach danej prowincji. 3. Na istnieniu na prowincji odpowiedniej liczby domów porodowych, ewentualnie przytułków położniczych.

Do dalszych już warunków racjonalnej pomocy położniczej w kraju należą: przytułki dla ciężarnych, powstałe, bodaj nasamprzód, we Francji, jak np. w Paryżu, noszące nazwy — Pauline Roland, Michelet, a projektowane u nas w Polsce przez Radę Lekarską w latach 1820 i 1829 pod nazwą Instytutów Macierzyństwa. Następnie, otwieranie także przytułków dla położnic, na wzór paryskiego, noszącego nazwę głośnego ministra z czasów II cesarstwa, Ledrue Rollin.

Jak na teraz organizacja taka u nas w całej rozciągłości, a przynajmniej we wszystkich częściach kraju jest niewykonalna. Organizację taką poprzedzić by trzeba: Nasamprzód, założeniem odpowiednich i w wystarczającej liczbie szkół dla akuszerki; zaprowadzeniem specjalnych kursów praktycznych z akuszerki dla lekarzy; urochomieniem kapitałów, pozostających w rozporządzałości dawnych Rad Dobroczynnych powiatowych i gubernialnych w celu otwierania przytułków położniczych ze szkołami dla akuszerki.

Nie mam zamiaru w tem miejscu wszechstronnie i szczegółowo rozpatrywać całokształtu organizacji położniczej w kraju, czyniłem to wielokrotnie w różnych czasach w oddzielnych rozprawach i artykułach, których spis dla interesujących się tą sprawą podaję poniżej.

Tutaj i na teraz, z powodu Zjazdu w

sprawie higieny wsi i miasteczek, w krótkości zastanowię się nad znaczeniem dla prawidłowej organizacji położniczej w kraju domów porodowych, ewentualnie przytułków położniczych.

Pomyślny wynik każdego porodu zależy bywa głównie od dwu warunków, mianowicie od obsługi, ściślej personelu lekarskiego, powtóre—od otoczenia rodzącej. Otóż, przyznać musimy, że pomoc położnicza, udzielana w zakładach dla rodzących, posiada naogół wyższość nad pomocą, udzielaną po domach prywatnych.

Przy pomocy położniczej pierwszej, t. j. udzielanej w zakładach, oba wyżej wymienione warunki idą niejako w parze, ponieważ otoczenie rodzącej w znacznym stopniu, a nawet zupełnie zależne bywa od personelu lekarskiego, gdy tymczasem w mieszkaniu prywatnem otoczenie rodzącej może wprost unicestwiać zarządzenia i usiłowania obsługi lekarskiej rodzącej.

Gdy nadto zważymy, że liczne warstwy ludności, jako to służba, specjalnie służba folwarczna, a wogóle ludzie zamieszkali we wspólnych mieszkaniach, właściwie mówiąc, zupełnie korzystać nie mogą z racjonalnej obsługi przy porodach, to staje się zrozumiałem, że ze stanowiska prawidłowej pomocy położniczej, dążyć trzeba do zapewnienia ludności danego środowiska wiejskiego, fabrycznego lub wogóle miejskiego, odpowiedniej pomocy położniczej przez otwieranie dostępnej dla każdej zgłaszającej się rodzącej zakładów położniczych.

Warszawa pod względem organizacji pomocy położniczej, co do zakładów specjalnych, przechodziła różne fazy. Według moich dawniejszych obliczeń 16% do 20% kobiet rodzących korzysta w Warszawie z pomocy położniczej zakładowej. Według tych obliczeń z czasów przedwojennych w Berlinie tylko 8% rodzących korzysta z zakładów położniczych (istnieją tam jednakże t. zw. polikliniki położnicze, działające bardzo sprawnie). W Wiedniu 18% rodzących kobiet udaje się do

zakładów położniczych miejskich, natomiast w Paryżu liczba rodzących w zakładach publicznych wynosi 32% ogółu rodzących, jednakże z tego 23% przypada na przytułki, utrzymywane przez akuszerki, a tylko 9% na zakłady odpowiadające pod każdym względem wymogom współczesnego położnictwa.

Bardzo wysoką liczbę rodzących w zakładach miejskich przedstawia ludność Sztokholmu, bo 46% ogółu kobiet rodzących, Petersburga aż 58%, a z przedmieściami 49%.

Znacznie gorzej niż w Warszawie, co do liczby domów porodowych, *resp.* przytułków położniczych, przedstawiają się stosunki na prowincyi.

Według danych urzędowych, zawartych w Roczniku Statystycznym Królestwa Polskiego z r. 1914, ogólna liczba przytułków położniczych na całym obszarze Królestwa Polskiego wyraża się cyfrą 36 z liczbą łóżek 315.

Pomijając tę okoliczność, iż do liczby przytułków położniczych włączano tutaj bodaj najliczniejsze, ale zarazem najmniej odpowiadające przeznaczeniu, przytułki, ściślej pokoje dla rodzących, utrzymywane przez akuszerki, okazuje się, iż z tej liczby 36 przy-

tułków położniczych, 29 przypada na Warszawę, a 7 na resztę miast Królestwa Polskiego.

Nie tylko w miastach, lecz w całych guberniach, jako to: Kieleckiej, Łomżyńskiej, Płockiej, Radomskiej, Siedleckiej, Suwalskiej — niema nie tylko domów porodowych, lecz nawet najskromniejszych przytułków położniczych.

Jako szkic do projektu tego wybraliśmy dom, t. zw. czworak, najczęściej u nas na prowincyi spotykany. Nim pobudowane zostaną w tym celu — nowe, możnaby zużytkować na przytułki położnicze wiejskie już istniejące niektóre czworaki, rzecz naturalna, odpowiednio na ten cel przebudowane i do tego przystosowane.

Wynika z tego, że jednym z ważniejszych braków w organizacji pomocy położniczej w kraju naszym, na prowincyi, po miasteczkach, osadach, a tem bardziej po wsiach, jest właśnie, brak domów porodowych, ewentualnie nawet najskromniejszych przytułków położniczych. Nie może być pod tym względem dwu zdań, że temu jaknajśpieszniej zaradzić trzeba.

Sądzimy, że zająć się tem winny rady komunalne i sejmiki powiatowe, do których atrybucyi należy i pomoc lecznicza i dobroczynność.

Polecamy sprawę tę bacznej uwadze przedstawicieli gmin wiejskich i miejskich, którzy udział biorą w obecnym zjeździe.

Sprawa pomocy położniczej dla ludności ubogiej kraju zająć musi — zdaniem naszym — jedno z najpocześniejszych miejsc w szeregu projektów i zamiarów.

Tutaj chodzi o jedno z najdonioślejszych zadań i obowiązków względem przyszłych pokoleń. Wszak między czynnikami, mającymi wpływ na fizyczny rozwój ludności, jednym z najważniejszych jest, niewątpliwie, sprawa rozrodcza. Jej przebieg, jak to już dawniej podnosi-

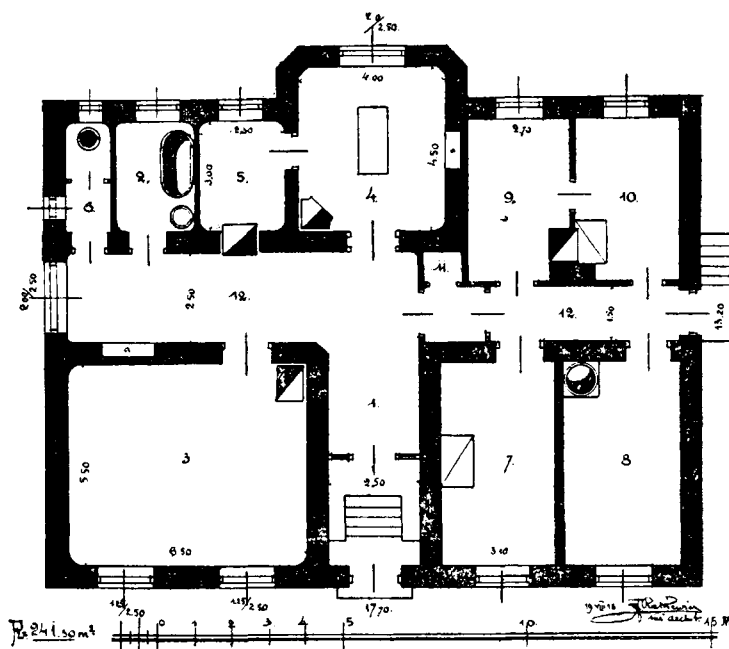
łem, odbija się już to na kobietach i orzeka o ich dalszej zdolności rozrodczej oraz sprawności do pracy, już też na noworodkach, których pierwsze dni decydują częstokroć o przyszłym rozwoju i sile osobników.

Projektowany budynek murowany parterowy, kryty dachówką o wymiarach zewnętrznych długość 17,70 metr. X szerokość 13,20 metr. w rozkładzie wewnętrznym przewiduje:

№ 1. Sienć wejściową główną. W sieni urządzony tambor oszklony, tworzący ze względów klimatycznych przedsionek, zabezpieczający korytarz wewnętrzny od zimna.

№ 2. Pokoik kąpielowy, mieszczący wannę i piec do grzania wody.

№ 3. Sala dla położnic, wym. 6,50 X 5,50



m.=35,75 m.² przeznaczona na 4 łóżka. Przy projektowanej wysokości pomieszczeń (w świetle, t. j. od podłogi do sufitu) 3,75 metr. wypada na 1 łóżko 8,94 m² i 33,50 m.³.

№ 4. Sala porodowa wym. 4,0×4,50 m., położona w pośrodku budynku, z dojściem bezpośrednim z korytarza. Do sali prowadzą drzwi podwójne, dwuskrzydłowe, w wyrobie możliwie szczelne i gładkie.

№ 5. Pokoik sterylizacyjny, bezpośrednio i wyłącznie dostępny z sali porodowej.

№ 6. Pomieszczenie klozetowe—z przed-sionkiem.

№ 7. Kuchenka dla potrzeb zakładu.

№ 8. Pralnia „ „ „

№ 9) 2 pomieszczenia (ew. kuchenka i po-

№ 10) kój dla stałej dozorczyńi-akuszerki.

№ 11. Schowanko na szczotki etc.

№ 12. Korytarze: węższy (1,50 m.) o charakterze gospodarczym, oraz szerszy (2,50 m.) przy sali, prowadzącej do sali porodowej, wanny i klozetu.

Wnęki w ścianach (a) w № 12 i № 4, przeznaczone do urządzenia szaf specjalnych: w korytarzu na składzik bielizny i w № 4 na instrumenty lekarskie.

Pod całym budynkiem lub częścią tegoż piwnice, dostępne zzewnątrz, przeznaczone na składy gospodarcze.

Powierzchnia, załudowana projektowanym budynkiem, wynosi 241,30 metr. kwadr. Wysokość ogólna (cokół+połojce+przyczółek poddaszny) wyniesie mniej więcej

$$0,75+3,75+0,50=5 \text{ metrów.}$$

Sześciennosć budynku określa się przy powyższych około 1200 m.³

Koszt budowy w obecnych warunkach, ze względu na nienormalne warunki i trudność ustalenia cen jednostkowych, nieustalonych, nie da się ściśle określić.

Gdybyśmy z pewną rezerwą przyjęli ce-

nę 1 m.³ budynku 40 marek, koszt budowy wyniósłby, około 48000 marek.

Cyfrę tę należy przyjąć z zastrzeżeniem, w zależności od miejsca i czasu budowy, oraz urządzenia.

Co do szczegółów urządzenia wewnętrznego, odpowiednio do warunków i środków możnaby zachować prostotę wykonania.

Podłogi drewniane, ściany tynkowane i bielone i t. p. byłyby najekonomiczniejsze.

Dążeniem jednak powinno być wykonanie szczegółów w tej postaci, jaka uznana została za wskazaną dla pomieszczeń szpitalnych o charakterze chirurgicznym: w sali porodowej powinna być posadzka z płytek terakotowych i ściany licowane kafelkami a przynajmniej malowane olejno. Te same materiały powinny być zastosowane do pomieszczeń: wanny, klozetu i pokoiku sterylizacyjnego. W kuchni, pralni i korytarzach najwłaściwsza podłoga byłaby terakotowa.

W sali dla położnic—podłoga drewniana.

Na ścianach pomieszczeń wymienionych pożądanoby wymalowanie lamperyi olejnych 1,5 m. wysoko. Ponieważ zapotrzebowanie wody gorącej, względnie ciepłej, przewidziane jest stale w zakładzie tego rodzaju, należałoby przy budowie trzonu kuchennego uwzględnić tę potrzebę, urządzając w palenisku specjalną baterię i bulier, z którego woda gorąca mogłaby być rozprawadzana do właściwych pomieszczeń.

Jakkolwiek w projekcie nie uwzględniono oddzielnego pokoiku dla prapadków gorączki połogowej, to, w razie gdyby potrzeba była uznana za konieczną, byłoby możliwe osiągnięcie tego w ten sposób, aby na izolator przeznaczyć pokój, oznaczony № 9, zaś w № 10 urządzić pralnię, pomieszczając akuszerkę w jednym pokoju № 8. Wymagałoby to pewnych, niewielkich, zmian w rozkładzie drzwi i pieców, odpowiednio do zmienionego przeznaczenia pomieszczeń.

Wykaz prac i rozpraw własnych w tej kwestyi drukowanych.

1. Dr J. Jaworski, „W sprawie społeczno-lekarskiej“. Kronika Lek. 1895. 2. Tenże. „Warszawska szkoła położniczych babek wiejskich w świetle obowiązujących przepisów i liczbowych danych“. Kronika Lek. 1899. 3. Tenże. „O przesądach i zwyczajach ludu naszego, dotyczących rodzących oraz opieki nad noworodkiem“. Krytyka Lek. 1901. Dwa wydania. 4. Tenże. „Warszawska szkoła położnicza babek wiejskich. Kartka historyczna. Refleksye“. Gazeta Lek. 1903. 5. Tenże. „O najwłaściwszym typie akuszerki prowincjonalnej“. Zdrowie. 1903. 6. Tenże. „W sprawie reformy pomocy akuszerzyjnej oraz wykształcenia

akuszerki“. Kronika Lek. 1903. 7. Tenże. „Akuszerki czy pielęgniarzki“. Kron. Lek. 1905. 8. Tenże. „Pomoc położnicza dla ludności“. Medycyna w Samorządzie. 1906. 9. Tenże. „O stosunku akuszerki do publiczności i lekarzy“. Kronika Lek. 1907. 10. Tenże. „Z powodu zamknięcia szkoły babek wiejskich—refleksye i projekty“. Gazeta Lek. 1911. 11. Tenże. „Rozmieszczenie lekarzy i akuszerki w guberniach Królestwa Polskiego“. Gazeta Lek. 1911. 12. Tenże. „Pomoc położnicza dla ludności m. Warszawy w zakładach położniczych miejskich“. Gazeta Lek. 1912.

O nerwobólach głowy i ich leczeniu zapomocą wygniatań punktów bolesnych.

Podał

Władysław Janowski.

Bóle głowy mogą, jak wiadomo, powstawać na tle przyczyn niezmiernie różnorodnych. Przyczyny ogólne, zarówno w przypadkach o przebiegu gorączkowym, jak i w przypadkach bólu głowy, przebiegających bez podniesienia ciepłoty, są tak liczne i różnorodne, iż dokładne ich wyłożenie wymagałoby napisania specjalnej monografii. Ale i przyczyny bólu głowy, umiejscowione w częściach składowych samej czaszki, poza jej jamą, są także liczne i różnorodne. Dla przykładu przypomnę tu cierpienia ucha, zatok czołowych, nosowyci i klinowej, cierpienia zatoki Highmora, zapalenie mięszu zęba (*pulpitis*), oraz niektóre cierpienia oczów, zwłaszcza jaskrę, które to stany, wzięte wszystkie razem, stanowią, biorąc na ogół, przyczynę bólów głowy względnie częstą i nieraz rozpoznawaną trafnie dopiero po uważnem zbadaniu chorych przez odnośnych specjalistów. W miarę rozwoju specjalnych gałęzi wiedzy lekarskiej, liczba chorych, daremnie cierpiących na bóle głowy, spadała znakomicie. Zwłaszcza w ciągu ostatnich lat 15 — 20 postęp w tym kierunku uderza miłe każdego uważnego klinicyście. Jedno tylko źródło bólów głowy zostaje, zdaniem mojem, z pewną uporczywością pomijane przy braniu w rachubę przyczyny zastarzanych przypadków tego cierpienia. Są niem nerwobóle nerwu trójdzielnego i potylicznego. Celem niniejszej notatki jest właśnie zwrócenie uwagi na stosunkowo częstą rolę wymienionych nerwobólów w etyologii bólu głowy oraz na prosty sposób ich leczenia.

Nerwobóle nerwów potylicznych powodują, rzecz prosta, występowanie bólów w tylnej części czaszki. Przy nieznacznym stopniu tego cierpienia chory skarży się tylko na ból w dolnej bocznej części potylicy. Gdy zaś nasilenie bólu jest znaczne, chory twierdzi, że dolega mu ból w całej tylnej części głowy. W przypadkach wyjątkowych chory naprowadza lekarza odrazu na właściwą drogę, twierdząc sam, że boli go głowa z tyłu, tylko z jednej strony. Zazwyczaj jednak chory dotknięty jest nerwobólem nerwu potylicowego z obydwu stron, a nadto nie podkreśla często w należyty stopniu, że boli go tylko tylna część głowy. To jest właśnie powodem, dla którego cierpienie to, tak łatwe do stwierdzenia,

nie zostaje jednak należycie rozpoznane nieraz przez długie miesiące, a nawet lata. Kto pragnie uniknąć podobnego błędu rozpoznawczego, nie powinien, przy skardze na uporczywy ból głowy, nigdy zapominać o wymacaniu nerwów potylicznych większych w miejscu ich wyjścia z dziury potylicznej na zewnątrz czaszki, w samej bródzcie potylicznej. U człowieka normalnego umiarkowany ucisk omawianego miejsca nie wywołuje bólu. Przeciwnie, w przypadkach nerwobólów w nerwach potylicznych podobny umiarkowany ucisk na omawiane punkty wywołuje ból wyraźny, który, w miarę natężenia przypadku, może być silny, albo nawet straszliwy. W ostatnim przypadku ucisk na brózdę potylicową wywołuje jednocześnie bóle, promieniujące po całej tylnej części czaszki i oddające aż w ciemię, a nawet w skronie. Zależy to od nasilenia cierpienia w danym przypadku, a nadto i od okresu bólu, w którym chorego badamy. Jeżeli chory jest poza napadem nerwobólu, wtedy ucisk na nerw potylicowy wywołuje mniej lub więcej silny ból w miejscu ograniczonym. Przeciwnie, u chorych, znajdujących się w chwili badania w ataku nerwobólu lub wkrótce po nim, nawet umiarkowany ucisk na nerw potyliczny wywołuje ból niezmiernie gwałtowny i rozlegle promieniujący.

Nerwoból nerwu trójdzielnego jest również bardzo częstym powodem bólów głowy, których umiejscowienie zależy, rzecz prosta, od tego, która z gałęzi nerwu ulega cierpieniu. Najczęściej cierpi pierwsza gałązka nerwu trójdzielnego z obydwu stron. Tego rodzaju chorzy twierdzą zazwyczaj, że głowa boli ich „zwyczajnie“, t. j. w przedniej części czoła i w skroniach. Wśród publiczności bowiem, a w ślad za nią i wśród lekarzy, to właśnie umiejscowienie bólu głowy jest powodem brania go za zwykły, t. j. pochodzenia naczyniowego. Wskutek tego lekarz, słysząc o bólu tej okolicy głowy, najczęściej pomija wymacanie miejsca wyjścia na zewnątrz głównego pnia pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego. Tymczasem wystarczy umiarkowany ucisk na brózdę nadoczodołową, ażeby zorientować się dokładnie w przyczynie bólu głowy. Podobny ucisk na wspomniane miejsca u ludzi normalnych albo bó-

lu wcale nie wywołuje, albo sprowadza go w stopniu bardzo nieznacznym. Przeciwnie, u ludzi, dotkniętych nerwobólem pierwszej gałązki nerwu trójdzielnego, podobny umiarkowany ucisk na wymienioną brózdę wywołuje ból niezmiernie żywy, a w przypadkach jaskrawych tak gwałtowny i tak promieniujący po całej czaszce, że chory nieraz wyrwa się lekarzowi z rąk z krzykiem, a nawet ze łzami. Doświadczenie pokazuje, że przypadki, w których ból głowy zależy od nerwobólu jedynie w obrębie rozgałęzienia pierwszych gałęzi nerwu trójdzielnego, należą do wyjątkowych. Najczęściej są jednocześnie bardzo wrażliwe na ucisk i rozgałęzienia drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego. Znajdujemy przytem mniej lub więcej znaczną, czasem niezmierną wrażliwość na ucisk w brózdzie podoczołowej, w miejscu wyjścia nerwu podoczołowego na przednią powierzchnię górnej szczęki. Obydwa nerwy mogą być na ucisk wrażliwe jednakowo, lub, przeciwnie, wykazywać mogą przy takim badaniu znaczną różnicę. Niezmiernie często, a nawet prawie zawsze, stwierdzamy w podobnych przypadkach znaczną bolesność nad łukiem łicowym, t. j. w miejscu wyjścia *n. zygomatici*. Mniej często stwierdzamy punkty bolesne w dole szczęki górnej (*fossa canina*), chociaż nie stanowi to bynajmniej rzadkości.

Jak powiedziałem, przypadki odosobnionego cierpienia pierwszych gałęzi piątej pary stanowią wyjątek. Jeszcze większą rzadkość stanowią przypadki odosobnionego nerwobólu drugiej lub drugich gałęzi tego nerwu. Najczęściej systematyczne wymacanie czaszki wykazuje, że chory, skarżący się na częste lub uporczywe bóle głowy, dotknięty jest nerwobólem w obrębie rozgałęzienia nerwów potylicznych i obydwuch górnych gałęzi nerwu trójdzielnego. Liczba punktów bolesnych, stwierdzanych przytem w obu połowach czaszki, waha się najczęściej od 7 — 10, przyczem wrażliwość poszczególnych punktów bywa zazwyczaj niejednakowa. Najbardziej wrażliwymi na ucisk są przytem punkty nad i podoczołowe; za nimi idą punkty wyjścia nerwów potylicznych, oraz *n. licowego*, a dopiero po nich następuje częstość i stopień wrażliwości punktów bolesnych w dole szczęki. W przypadkach wyjątkowo rzadkich stwierdzić można bolesność i w obrębie trzeciej gałązki piątej pary, dającą się wykryć przez ucisk na odnośne punkty tylnej i przedniej części żuchwy na zewnętrznej jej powierzchni.

Zdradliwość pod względem rozpoznawczym wszystkich omawianych tu przypadków stanowi to, że chory skarży się prawie zawsze tylko ogólnikowo na ból głowy, wskutek czego lekarz zaniedbuje wymacania punktów wyjścia nerwów potylicznych oraz trójdzielnych. W przypadkach ciężkich podobny ból głowy, wskutek powtarzających się ataków nerwobólu w obrębie rozgałęzienia wszystkich wyżej wyliczonych pni nerwowych, dochodzi do znacznego stopnia nasilenia. Chory cierpieć może przytem okresami niesłuchania, tak że ruszyć się z miejsca nie może, nie znosi światła, wymiotuje, dostaje objawów wzrokowych itd.; słowem rozwija się formalny obraz napadów migreny, które powtarzając się kilkanaście do kilkudziesięciu razy do roku, literalnie zatruwają życie choremu i znacznie zmniejszają jego sprawność roboczą. W podobnych przypadkach lekarz uspakaja najczęściej swoje sumienie rozpoznawcze twierdzeniem, że chory cierpi istotnie na migrenę. Widywałem podobnych chorych, cierpiących przez lat pięć, dziesięć, dwadzieścia, a nawet w jednym przypadku przez lat 42, na taką rzekomą migrenę i doprowadzonych wprost do rozpacz z powodu nieskuteczności leczenia ich rzekomej migreny. Tymczasem systematyczne wymacanie głowy, poza atakami jej bólu, wykazywało, że chorzy ci cierpią na nerwobóle w obrębie wyżej omawianych nerwów. Do stwierdzenia tego faktu doszedłem przy badaniu kilku chorych już w najpierwszych latach mego zawodu lekarskiego. Dlatego też od lat 25-ciu uważam systematyczne wymacywanie pni nerwowych czaszki w każdym przypadku uporczywego bólu głowy za abecadło dyagnostyki. Doświadczenie pokazuje, iż na ogół systematyczne wyszukiwanie punktów bolesnych miewa miejsce zazwyczaj dopiero wtedy, gdy chory, poza skargami na uporczywe bóle głowy, wskazuje jakąś dolegliwość specjalną, np. uporczywe bóle w zębach, których dokładne zbadanie przez specjalistę, względnie dłuższe bezskuteczne ich leczenie, usuwa podejrzenie co do cierpienia zębów, jako źródła bólów w szczękach, często po niewczasie, np. po daremnym usunięciu szeregu zdrowych zębów. Kto pragnie uniknąć podobnych błędów rozpoznawczych, z wielką korzyścią dla znacznej liczby pacjentów i dla swego własnego dobrego imienia jako dyagnosty, ten powinien pamiętać, że pominięcie systematycznego wymacania punktów wyjścia wszystkich pni nerwowych na czaszce w każdym przypadku bólów głowy jest zasadniczym błędem meto-

dologicznym. Trzymając się tej zasady, każdy lekarz dojdzie szybko do wniosku, że nerwoból nerwów potylicznych i trójdzielnych jest bardzo częstym powodem bólów głowy. Mogę to twierdzić z całą stanowczością, gdyż z ogłoszeniem niniejszej notatki zwlekałem przeszło lat 20 i piszę ją na zasadzie bardzo rozległego doświadczenia osobistego, które pozwala mi wygłosić tylko co wypowiedziane zdanie, że omawiane tu nerwobóle są bardzo częstą przyczyną bólów głowy. Wahania w odnośnym materiale są bardzo znaczne. Zależą one od stanowiska społecznego chorych, od pory roku, w której porady lekarskiej zasięgają, od warunków klimatycznych miejsca stałego ich zamieszkania, od stosunku ich zajęć do wpływów atmosferycznych, od rasy, względnie narodowości, do której należą, od warunków ich życia prywatnego, i wreszcie od warunków ekonomiczno-społecznych, względnie politycznych, jak się o tem przekonałem podczas rewolucji 1905 i 1906 r. oraz podczas obecnej wojny. Dzięki skojarzeniu tych warunków, liczba spostrzeganych odnośnych przypadków może być w różnych czasach i w różnych szerokościach geograficznych bardzo niejednakowa. Naprz., w Warszawie spostrzegałem w ciągu lat 25-ciu co miesiąc przeciętnie nie więcej nad jeden przypadek bólu głowy na tle nerwobólu nerwu potylicznego lub trójdzielnego. Podczas rewolucji i bezpośrednio po niej, a więc w roku 1905—1907 widywałem podobnych chorych przeciętnie 2—3 miesięcznie. Z tego powodu chciałem być nawet wówczas odpowiednią notatkę skreślić. Nie robiłem tego jedynie w myśl stale przezemnie przeprowadzanej zasady ogłaszania swych wniosków dopiero na zasadzie bardzo znacznego materiału, jeżeli są one oparte tylko na spostrzeganiu klinicznym. Następnie fala odnośnych spostrzeżeń znacznie się zmniejszała. Wskutek tego twierdzić mogę, iż w ciągu pierwszych 25-ciu lat mego doświadczenia klinicznego spostrzegałem i leczyłem nie więcej nad 300—350 omawianych tu przypadków. Od chwili czasowego przeniesienia się do Piotrogradu zostałem wprost zdziwiony liczbą odnośnych chorych. Odmienne warunki klimatyczne Piotrogradu i przeniesienie się tam żywołu, nieprzyzwyczajonego do tego klimatu, są prawdopodobnie powodem, dla którego w Piotrogradzie spotykałem co tydzień co najmniej dwa przypadki nerwobólu nerwu potylicznego i trójdzielnego, jako przyczynę uporczywych bólów głowy. To samo dotyczy materiału, spostrzeganego w Essentukach i Kisłowodzku, w których, zwłaszcza w

ostatnim, klimat górski sprzyja wybuchowi nerwobólów u osób do tego usposobionych, o czym wiem zresztą oddawna od licznych chorych, przebywających w Zakopanem, lub innych analogicznych miejscowościach i niezmiernie łatwo zapadających tam nie tylko na nerwobóle głowy, ale i na różne ciekawe postaci nerwobólów międzyżebrowych. W obu wymienionych miejscowościach stwierdzałem nerwobóle omawianych tu nerwów, jako przyczynę bólów głowy u 1—4 chorych tygodniowo. W ten sposób w ciągu 2½ lat mego przebywania w Rosji zebrałem około 200 tego rodzaju spostrzeżeń, t. j. przeszło ½ tego, co udało mi się widzieć w Warszawie w ciągu lat 25-ciu. Okoliczność ta skłoniła mnie ostatecznie do skreślenia niniejszej notatki, opartej w ten sposób z górą na 500 spostrzeżeniach klinicznych i mającej na celu zwrócenie uwagi szerszego ogółu kolegów na konieczność szukania i leczenia nerwobólu nerwu potylicznego i trójdzielnego w każdym przypadku uporczywego bólu głowy.

Rozpoznanie tego rodzaju nerwobólu jest, jak już zaznaczyłem, bardzo łatwe, gdyż wymaga tylko systematycznego wyszukania wyżej wymienionych punktów bolesnych. Uważam za zbyteczne dodawać, iż w ciągu całego niniejszego artykułu mam tu na myśli wyłącznie istotnie nerwoból pierwotny omawianych tu nerwów. Nerwobóle wtórne w ich obrębie, występujące wskutek różnych mniej lub więcej ciężkich cierpień mózgowia, opon mózgowych, kości czaszki, ucha, zatok dodatkowych czaszki, oka, zębów, lub wreszcie stwardnienia naczyń mózgowych, nie wchodzi zupełnie w zakres niniejszego artykułu. Należy je, rzecz prosta, starannie wyłączyć, zanim ustali się rozpoznanie pierwotnego nerwobólu. Stanowi to jednak zadanie daleko łatwiejsze, niż się to na pierwszy rzut oka wydawać może. Podobne przypadki wymagają specjalnego leczenia miejscowego, względnie, przy sklerozie naczyń, ogólnego. Tutaj zaś pragnę omówić tylko jeden ze sposobów leczenia wyżej wymienionych nerwobólów pierwotnych, a nie objawowych.

Jest nim, mianowicie, wygniatanie punktów bolesnych, które daje skutek niezawodny we wszystkich przypadkach omawianego tu cierpienia. Stosuję je jeszcze od czasów swych studenckich, a więc prawie od lat 30-tu, i zalecić je mogę tem śmieiej, że tego rodzaju leczenie nie jest moim pomysłem. Jak wiadomo, wygniatanie punktów bolesnych, obok systematycznego wyciągania nerwu, stanowi jeden z najpewniejszych sposobów leczenia

uporczywych przypadków nerwobólu kulszowego¹⁾. Samo jednak wygniatanie punktów bolesnych bez stosowania jakichkolwiek rękoczynów dodatkowych, daje najlepszy skutek leczniczy w nerwobólach nerwów czaszki. Dowiedziałem się o tem jeszcze jako student z maleńkiej książeczki Bumma o masażu (Masaż w cierpieniach nerwowych. Po ros. Charków w 1889). Od tego czasu, a więc we wszystkich spostrzeganych przeze mnie przypadkach, stosuję wygniatanie punktów bolesnych, jako stały i rzeczywiście skuteczny sposób leczenia nerwobólów nerwu potylicznego i trójdzielnego, względnie bólu głowy, powstałego na ich tle. Zdawałoby się, że niema nic prostszego, niż wykonanie tego rękoczynu. Przekonałem się jednak, że roboty tej nie można oddawać przeciętnym masażystom bez uprzedniego ich wykształcenia w wykonaniu tego zadania. Technika jest bardzo prosta. Należy silnie oprzeć potylicę o swoją pierś, jeżeli idzie o wygniatanie punktów na przedniej powierzchni głowy, lub oprzeć o nią czoło, jeżeli idzie o wygniatanie nerwów potylicznych, lub wreszcie położyć na nią skroń, przeciwną tej, na której wygniata się n. licowy. Nadto należy ściśle objąć lewą kończyną górną głowę, by chory nie mógł oderwać jej od piersi wygniatającego go osobnika. Unieruchomwszy w ten sposób głowę, należy przyłożyć delikatnie koniec palca wskazującego lub wielkiego prawej ręki na odnośny punkt bolesny i następnie niezmiernie mocno uciskać nim na ten punkt 10 razy w ciągu jakiegoś $\frac{1}{2}$ —1 minuty, w przerwach mniej więcej sekundowych, nie zdejmując jednak palca z wyciskanego punktu w ciągu tej przerwy. U niektórych chorych wypada robić kilkusekundową przerwę już po 5-ciu naciśnięciach. Przerwa pomiędzy wygniataniem poszczególnych punktów zależy od wrażliwości i cierpliwości danego osobnika. Rzecz prosta, iż zabieg ten jest niezmiernie bolesny i przykry w ciągu pierwszych 4—6-ciu dni. Po tym czasie robię zazwyczaj dwudniową przerwę, poczem wykonywa się znowu przez 6 dni to samo wy-

gniatanie, t. j. po 10 razy każdy punkt bolesny. Liczba podobnych sześciodniowych seryi, potrzebnych do zupełnego wyleczenia chorych, jest różna, w zależności od nasilenia przypadku i czasu, w ciągu którego chory cierpiał przed przystąpieniem do leczenia. Najcięższe przypadki, trwające od lat kilku, a nawet 20-tu, udaje się zupełnie wyleczyć, wykonywując 5 — 9 podobnych sześciodniowych seryi. W niektórych przypadkach wystarczają cztery serye. Przypadki, w których chory cierpi od kilku tygodni, można wyleczyć zapomocą wygniatania w ciągu 10—12 dni. Jeżeli zaś chory trafi do lekarza już w kilka dni po zapadnięciu na omawiane tu nerwobóle, w takim razie udaje się go wyleczyć doszczętnie przez wykonywanie opisywanego tu wygniatania w ciągu 2—4 dni z rzędu. W ciągu pierwszych dni leczenia, zanim wystąpi wyraźna poprawa wskutek opisywanego tu rękoczynu, należy podawać choremu jeden ze zwykłych, stosowanych w podobnych przypadkach, środków. Osobiście używam w tym celu aspiryny, chinofeniny, z ew. dodatkiem kodeiny. Po kilku dniach jest to już jednak zbyteczne. Powtarzam z naciskiem, na zasadzie wyżej przytoczonego obszernego materiału, że każdy przypadek bólów głowy i napadów migreny, występujących na tle nerwobólów nerwu potylicznego i trójdzielnego, można wyleczyć doszczętnie zapomocą opisanego tu wygniatania, jeżeli niema pomyłki w rozpoznaniu, t. j. jeżeli ten nerwoból nie jest objawem jednego z wyżej wymienionych cierpień podstawowych części czaszki, mózgu lub opon. Wynika stąd i odwrotnie, że jeżeli po kilku, najwięcej kilkunastu wygniataniach, poprawa nie jest wyraźna, należy poddać re wizyi swoje rozpoznanie.

Jak powiedziałem, przytoczony sposób leczenia nie jest moim i jest bardzo dawno znany w piśmiennictwie. Z niezrozumiałych powodów leczenie opisanych tu nerwobólów zapomocą wygniatania zostało zupełnie zapomniane, tak, że nie zdarzyło mi się widzieć lekarza, któryby je stosował. Osobiście wspominałem już raz o tym sposobie leczenia w swem przemówieniu w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w 1912 r. (Pam. Tow. Lek. Warsz. 1912. Zesz. II. str. 285) z powodu odczytu kol. Leona Kryńskiego o wstrzykiwaniach wewnątrznerwowych wysoku. Nie rozwinąłem jednak wtedy swej myśli obszerniej, tak że rzecz ta, o ile sądzić mogłem z dalszych swych spostrzeżeń, nie zwróciła na siebie należytej uwagi. A tymczasem, oprócz skuteczności, stanowiącej podstawową zaletę

¹⁾ Dowiedziałem się o tem w r. 1899-ym ze znanej książki Schreibera o masażu, zalecającej, obok systematycznego wyciągania chorej kończyny, wygniatanie na niej punktów bolesnych. Daje to istotnie skutki znakomite i trwałe, jeżeli rękoczynu te wykonywać prawidłowo, na co zwracałem uwagę już w r. 1906-ym w dopisku do pracy o nerwobólach międzyżebrowych (Przegl. Lek 1906. № 41 — 46). Z autorów polskich zwrócił uwagę na ten sposób leczenia rwy kulszowej kol. Antoni Rząd (Czasop. Lek. 1903. № 1).

leczenia wygniataniem nerwobólu n. trójdzielnego i potylicznego, za stosowaniem tego rodzaju leczenia przemawia znana jego skuteczność przy leczeniu nerwobólów kulszowych, czystość w porównaniu z innymi sposobami leczenia (maści, pryszczydła i t. d.), grająca ważną rolę w leczeniu twarzy, względnie możliwość nauczenia go kogoś z otoczenia rodziny w celu uprzyętnienia jego strony materialnej. Tego rodzaju leczenie jest z początku bolesne. Jednakże dla chorych, zmęczonych wieloletnim stałym lub napadowym bólem głowy, okoliczność ta gra rolę podrzędną. Wreszcie bolesności tego rodzaju leczenia nie można nawet w przybliżeniu porównać z bo-

lesnością wstrzykiwań wysokoku w poszczególne gałęzie nerwu, wprowadzonych do medycyny przez Schlössera przed laty dwunastu. To bowiem ostatnie leczenie jest niesłychanie bolesne i nie może być stosowane skutecznie bez należytego instrumentaryzmu i doskonałej wprawy chirurgicznej. Należy więc, zdaniem mojem, zachować sobie ten sposób leczenia jedynie dla przypadków, w których zupełna konieczność wymaga zdecydowania się na podziałanie na części wewnątrzczaszkowe nerwu; wszystkie zaś inne przypadki należy, zdaniem mojem, leczyć zapomocą przypomnianego tu przezemnie wygniatania punktów bolesnych.

Streszczenie zbiorowe.

W sprawie etyologii i patogenezy stwardnienia wieloogniskowego.

(*Sclerosis disseminata s. insularis*).

Podał

Dr Med. H. Higier. (Warszawa).

W ostatniem pięcioleciu rozgorzał na nowo spór stary, od lat wielu panujący wśród neuropatologów co do stanowiska stwardnienia wysepkowatego czyli rozsianego—jednej z najczęstszych i najciężej przebiegających, nie tylko u nas, chorób nerwowych organicznych, upoęledzających czynność, zarówno mózgu, jak i rdzenia. Jedni autorzy oddawna uważają ją za cierpienie samoistne, wewnątrzustrojowe, ponieważ na tle konstytucji wrodzonej rozwijające się, podczas gdy inni widzą w niej chorobę zewnątrz pochodną, często na tle zakażenia lub zatrucia powstającą, coś w rodzaju odmiany przewlekłego zapalenia mózgu i rdzenia (*encephalomyelitis diffusa*). I istotnie, jedni i drudzy przytaczają bardzo poważne i przekonywające dowody na korzyść swojej hipotezy¹⁾.

Rozumowanie opozycjonistów tła zakażno-toksycznego [Strümpell (6)] sprowadza się w głównych zarysach do następującego: Są wprawdzie nierzadkie przypadki, wybuchające podostro, po przebytych zakażeniu (grypa, ospa, płońica) lub otruciu, większość jednak rozwija się stopniowo bez żadnej wyraźnej etyologii, dając tu i owdzie nasilenie lub wieloletnią remisję po obostreniu, bez określonego powodu. Nie notowano zaraźliwości, nie spotykano ani epi- ani endemicznego powsta-

wania lub współistnienia u kilku członków jednej rodziny, nie widziano specjalnych predylekcyi do niej w pewnym klimacie lub pewnych krajach. Cięplota nigdy się nie podnosi w przebiegu kilkunastuletnim tej choroby; płyn mózgowordzeniowy nie wykazuje żadnych morfologicznych elementów zapalnych, nawet gdy ogniska sklerotyczne leżą w bliskości opon lub wyściółki komór; ogniska są naogół ściśle ograniczone i tuż obok ogniska patologicznego o zabarwieniu bardzo jasnem — wskutek pozbawienia substancji nerwowej otoczek—znajduje się istota normalna o barwie ciemniejszej, co niewątpliwie zastanawiać musi wobec odmiennego zachowania się ognisk zakaźnych zapalnych, skądinąd mniej ściśle odgraniczonych.

Również niezwykłą jest niepokalanność cylindra osiowego mimo zniszczenia całej otoczki oraz brak w starych ogniskach sprawy kurczenia i bliznowacenia tkanki sąsiedniej, zmieniającego zazwyczaj wygląd zewnętrzny chorego rdzenia. Brak zupełny zajęcia innych narządów — poza układem nerwowym — w przebiegu choroby, *par excellencje* przewlekłej—mówi poniekąd też nie na korzyść tła zakaźnego. Inaczej bowiem zachowują się narządy wewnętrzne choćby w przebiegu gruźlicy i przymiotu układu nerwowego lub wiađu i porażenia postępującego metaluetycznego (*aortitis, arthropathiae*), a nawet w przebiegu mięsaka i raka, obciążonych poniekąd podejrzeniem o tło zakaźne.

W ostatnich latach mnożą się jednak opisy anatomopatologiczne — zwłaszcza przypadków ostrych i podostrych, — w których

¹⁾ Bliżej interesujących się historią i stanem obecnym tej sprawy odsyłam do obszerniej pracy swojej „Sclerosis multiplex”, umieszczonej w III tomie Bibliothek der gesamten medicinischen Wissenschaften, str. 440, wyszłej nakładem K. Prochaski. Wien—Leipzig.

zmiany naczyniowe i okołonaczyniowe, stwierdzone nowoczesnymi metodami drobnowidzowymi, niczem zasadniczo się nie różnią od zmian w sprawie zapalnej notowanych. Rozstrzygnąć sprawę mogłoby stwierdzenie ostateczne drobnoustroju swoistego, stale obecnego w tkance sklerotycznej i dającego się przeszczepić z człowieka na zwierzę i ze zwierzęcia na zwierzę. Trudności techniczne tego eksperymentu bakteriologicznego mogą być ogromne, jak to zresztą wiemy z dawnej historii gruźlicy, a z nowszej przymiotu, gdzie drobnoustroj swoisty po bardzo mozolnych poszukiwaniach - znaleziono i ostatecznie stwierdzono, że np. przymiot stanowi wszędzie a zawsze spirochetozę ogólną, umiejscowioną lub rozsianą, obecną zarówno we krwi, jak w płynach, zarówno w skórze, jak narządach wewnętrznych, nie wyłączając mózgu i rdzenia.

Wielokrotne próby, w tym kierunku podjęte w przebiegu stwardnienia wieloogniskowego, zostały zawsze bez skutku. Po raz ostatni Siemerling i Raecke (2) w r. 1914 zestawili cały materiał odnośny i liczne własne doświadczenia, z których wynika, że ani szczepienia istoty mózgowej na króliki ani badania krwi i płynu mózgowordzeniowego w polu ciemnym ultramikroskopu, przy barwieniu znaną metodą Giemsy, żadnych wyników realnych nie dają.

W końcu r. 1913 następuje w tej sprawie zwrot poważny, od chwili, gdy W. Bullocks (1), eksperymentator angielski, po raz pierwszy ogłosił wyniki badań swoich, wielce ciekawych a odmiennych od całego szeregu dawnych.

Podskórne wstrzykiwanie płynu 19-letniego sklerotyka wywołało po pewnym czasie (14—22 dni) objawy wybitnego porażenia rdzenia u zwierząt. Z okresu inkubacyjnego, trwającego 2—3 tygodnie, wnioskuje Bullocks, że chodzi tu o rozwijający się drobnoustroj żyjący, nie o wydzieliny jego, z faktu zaś tego, że płyn, przepuszczony przez niepolewaną glazurą porcelanę, nie tracił nic na sile zakaźnej przy t.^o 0 po 14 dniach, wyprowadza autor wnioski, że drobnoustroj daje się bez trudności przesaczyć i że jest dość trwały i wytrzymały. Rdzeń wykazał obrzmienie ogólne, a zmiany w naczyniach były wybitne.

W rok później sprawdził Simons (5) doświadczenia Bullocks'a u 2 chorych, którym w ostrem nasileniu, względnie podczas świeżego wybuchu sklerozy wypuścił płyn mózgowordzeniowy i szczepił królikom podoponowo i podskórnie nad n. kulszowym. Okazało się, że po pewnej inkubacji doszło do porażenia, które nawet doprowadziły w jednym przypadku do zejścia śmiertelnego. Makroskopowe i bakteriologiczne badanie krwi, płynu, narządów wewnętrznych i układu nerwowego dały wynik ujemny. Płyn jeszcze 10 dni po wypuszczeniu nie tracił swojej siły trującej.

Znacznie dalej posunęli sprawę zaraźliwości Kuhn i Steiner (3 i 9) w r. 1917. Przez szczepienie krwi i płynu mózgowordzeniowego świeżo zapadłych na stwardnienie wieloogniskowe osobników wywołali u świń mor-

skich i królików śmiertelne porażenie, które im się udało następnie ze zwierzęcia na zwierzę przenieść.

Ciż autorzy stwierdzili we krwi żyjących zwierząt przy badaniu w ciemnym polu ultramikroskopu preparatów krwi, barwionych metodą Löfflera, spirochetę, nie podobną do *spirochaete pallida* syfilisu, a najbardziej przypominającą świdorca z choroby Weila, a metodą Levaditiego wykryli obecność tegoż drobnoustroju w naczyniach włosowatych wątroby u zwierząt, pomimo że u ludzi nie poszczęściło im się to w żaden sposób.

Niedawno (1918) udało się Siemerlingowi (8) w dwie godziny po śmierci sklerotyka odkryć w kilku kawałkach mózgu żywe, nader ruchliwe świdorce. Byłby to więc pierwszy przypadek odkrytego drobnoustroju w ludzkim układzie nerwowym, który wraz z powyższymi dowodziłby, że *sclerosis disseminata* jest spirillozą przewlekłą, jak jest nią obecnie uwarunkowany przez innego świdorca przymiot ostry i chroniczny.

Wobec zbyt świeżej daty stwierdzenia świdorca u polisklerotyków trudno się nawet domyśleć, kto jest przenośnikiem jego. Posługując się analogią w dalszych poszukiwaniach, nie bez słusznej zasady uprzytomnimy sobie, że wiele dawniej pod względem etyologicznym i patogenetycznym niezrozumiałych chorób zakaźnych u ludzi i zwierząt okazało się przy dokładnem badaniu zależnymi od drobnoustrojów, wprowadzonych do ciała ludzkiego przez owady lub pasorzyty skóry. Dość wspomnieć o zimnicy i plasmodiach komarów, *anofelid* malaryjnych, o durze plamistym i wszy bieliżnianej, o śpiączce afrykańskiej i *trypanosomie*, wprowadzonej przez *glossina palpalis*, o gorączce powrotnej i swoistym kleszczu, o gorączce żółtaczkowej i jej *steptomys*, o morze wśród kur, o *nagana* południowej itd.

W myśl tej analogii Steiner (10) na ostatnim Zjeździe lipcowym w Baden-Baden (1918) przytoczył ciekawe anamnestyczno-statystyczne dane w 50 blisko przypadkach. Przedewszystkiem uderza w nich znaczna przewaga ludności, przebywającej na wsi, w lesie, w sadach, na roli, a po drugie daje się stwierdzić w wywiadach połowy przypadków pokąsanie przez kleszcza. Tenże szczegół anamnestyczny u innych chorych z tegoż społeczeństwa znalazł się tylko w 1/10 przypadków. Dalsze dokładne badania i szczepienie zwierzętom wydzielin i wydaliny kleszcza mogłyby zdecydować ostatecznie o słuszności tej hipotezy, o przyczynie długotrwałego okresu wylegania i o istotnej roli przenosiiciela drobnoustroju polisklerozy, tego wielobarwnego cierpienia, którego naturę zakaźną odawna podejrzewały klinika i anatomia patologiczna.

Jeszcze jeden nader poważny moment pomocniczy, dowodzący sprawy zakaźnej, podkreślił w ostatnich tygodniach (1918) w 2 swoich pracach Westphal (4) i (7). Cytując Marburga (1905), Siemerlinga, Raeckego (1914) i Henneberga (1916), którzy znajdowali w ostrych postaciach sklerozy i w sprawach podostrych encefalomyelitycznych cie-

kawe komórki natury *par excellence* zapalnej, sam opisuje w 3 przypadkach, ostrych i przewlekłych, szczegółowo komórki t. zw. p a ł e c z k o w a t e (Stäbchenzellen) i p l a z m a t y c z n e (Plasmazellen) w substancji szarej i białej, w ogniskach świeżych i starych, w pobliżu i w oddaleniu od nich, prawie zawsze jednocześnie ze zmianami zapalnymi w naczyniach.

Jeśli zważyć, że powyższe dwa rodzaje komórek, pochodzące bądź ze ścian naczyń (Nissl, Alzheimer), bądź też z elementów neuroglei (Straüssler), znajdowano wyłącznie w sprawach mózgowordeniowych zapalnych (wścieklizna, porażenie postępujące, *trypanosomiasis* czyli śpiączka afrykańska), to i tutaj wypadnie uznać prawdopodobieństwo charakteru zapalnego, zakaźnego, zewnątrzpocho-
dnego w stwardnieniu wieloogniskowym. Gdy-

by się skleroza ta istotnie okazała odmianą spiryllozy przewlekłej, to w przyszłości łatwiej byłoby rozgraniczyć ją od podobnej w przebiegu, a odmiennej pod względem prognostycznym *encephalomyelitis diffusa* i byłaby raz na zawsze rozstrzygnięta sprawa powyższa, zasadnicza, sprawa zakaźności, aktualna w neurologii co najmniej lat 25, od pierwszych odnośnych prac klinicznych Leydena.

Trudno przesądzić, jaka przyszłość czekałaby terapię tego nieuleczalnego, stale do zejścia śmiertelnego prowadzącego, cierpienia. Leczenie, dotąd bezsilne, symptomatyczne może zastąpioneby zostało w przyszłości przez leczenie przyczynowe, organoterapeutyczne lub bakteryolityczne, a profilaktyka może rozwijałaby się pomyślnie w kierunku walki z kleszczem wiejskim.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. W. E. Bullocks. The experimental transmission of disseminated Sclerosis to rabbits. The Lancet. 1913. X. 2. Siemerling u. Raacke. Beitrag zur Klinik und Pathologie der multiplen Sklerose. Archiv für Psychiatrie 1914. LIII. 3. Kuhn u. Steiner. Ueber die Ursache der multiplen Sklerose. Medicinische Klinik 1917. 37. 4. A. Westphal. Ueber das Vorkommen von Stäbchenzellen bei der multiplen Sklerose. Neurologisches Centralbl. W. 1918. I. 5. A. Simons. Zur Uebertragbarkeit der multiplen Sklerose. Neurologisches Centralbl. W. 1918. IV. 6. A. Strümpell. Einige Bemerkungen

zur Aetiologie der multiplen Sklerose. Neurologisches Centralbl. 1918. XII. 7. A. Westphal. Weitere Mitteilung über Stäbchenzellenbefunde bei multipler Sklerose. Neurologisches Centralbl. 1918. XII. 8. E. Siemerling. Spirochaeten im Gehirn eines Falles von multipler Sklerose. Berliner klinische Wochenschrift. 1917. XII. 9. Th. Kuhn. Verimpfungen bei frischen Fällen von multipler Sklerose. 43. Wanderversammlung d. Neurologen und Psychiater. in Baden-Baden 1918. 10. Steiner. Ueber die aetiologische Erforschung der multiplen Sklerose. Neurol. Centralblat. 1918. XV

Wiadomości bieżące.

Program ogólny zjazdu.

1. Dnia 20 września 1918 r. (piątek) między godz. 7 a 9 wieczorem wzajemne zaznajomienie się członków Zjazdu w kawiarni hotelu „Polonia” (róg Wielkiej i Al. Jerozolimskiej).

2. Dnia 21 września (sobota) o godz. 8 m. 30 rano uroczyste nabożeństwo w kościele Karmelitów, Krakowskie Przedmieście obok pomnika Mickiewicza.

3. Godzina 10 rano. Uroczyste otwarcie Zjazdu w sali wielkiej Warsz. Tow. Higienicznego (gmach własny, Karowa 31) oraz pierwsze ogólne posiedzenie Zjazdu.

4. Od godz. 2 do 4 zwiedzanie Stacji filtrów.

5. Od 4 do 7 wieczorem. Posiedzenia sekcyjne.

6. Dnia 22 września (niedziela). Od godz. 8-ej rano do 1-ej. Posiedzenie sekcyjne.

7. O godz. 3 m. 40. Wycieczka do Klarysewa (zwiedzenie zakładu dla dzieci gruźliczych). Wyjazd kolejką Wilanowską, powrót o g. 7-ej w.

O godz. 8 m. 30 wiecz. składkowa wieczerza w restauracji hotelu „Savoy” przy ul. Nowy Świat róg Ordynackiej.

9. Dnia 23 września (poniedziałek) od godz. 8-ej do 1-ej. II Posiedzenie Ogólne i Zamknięcie Zjazdu.

O godz. 4 pp. zwiedzenie zakładu dezynfe-

kcyjnego Nowy Zjazd Nr. 1, punkt zborny gmach Tow. Higienicznego.

O godz. 7 m. 30 wiecz. przedstawienie w Teatrze Polskim.

Podczas Zjazdu będzie urządzona przez dr. Stanisława Sierakowskiego, kierownika Miejskiej Pracowni Bakteryologicznej wystawa sanitarnego badania wody studziennej pod względem chemicznym, bakteryologicznym oraz mikroskopowym. Zwiedzającym wystawę udzielać będzie objaśnień dr. Sierakowski wraz z asystentkami dr. Z. Bichniewiczówną oraz p. Julją Seydel.

— Z powodu Zjazdu w sprawie higieny miasteczek i wsi w dniach 21—23 b. m. Redakcja „Zdrowia”, organu T. H. W., wydała zeszyt, poświęcony uczestnikom Zjazdu. W zeszycie tym znajduje się między innymi wykaz: 1-o prac i artykułów o samorządzie gminnym, o organizacji sanitarnej gminnej i państwowej, o sprawach gospodarki gminnej, omawianych w T. H. W. i drukowanych w „Zdrowiu” w latach 1903—1918. 2-o Wykaz prac i artykułów w sprawie uzdrowienia wsi i miast, również w tym międzyczasie opracowywanych w T. H. W.

Materyały te, nieraz cenne, ułatwić mogą celową pracę organów samorządu i zabezpieczyć od wielu błędów, których instytucje, złożone z ludzi nieprzystosowanych, nie zawsze uniknąć są w stanie, a błędy te ludność musi często drogo opłacać w przyszłości.

Ogółem zestawiono tam 82 rozprawy i prace najprzedniejszych działaczy naszych społecznych: lekarzy, inżynierów, prawników i t. d.

— W okresie okupacji wojskowej naszego kraju, kiedy uległa tak znacznym zmianom ocena pracy ludzkiej we wszystkich dziedzinach życia, najmniej—niemal wcale nie zmieniła się tylko ocena pracy lekarskiej. Może częściej jeszcze spotyka lekarzy propozycja względnie większego wynagrodzenia ze strony pacjentów uboższych. Publiczność zamożniejsza znacznie rzadziej bierze tu pod uwagę zmienione warunki życia i najczęściej szuka odpowiednika dla dawnych honoraryów w stosunku 10 m. zamiast trzech, albo nawet zamiast dawnych pięciu rubli, bądź nawet wypłaca dawne honorarium, obliczone w walucie markowej według kursu giełdowego. Stowarzyszenie lekarzy polskich powierzyło ostatecznie opracowanie taksy lekarskiej grupom przedstawicieli poszczególnych specjalności, a następnie *ad hoc* wyłonionej komisji, która wnioski swe złożyła do zatwierdzenia Zebraniu Ogólnemu stowarzyszonych dnia 23 ub. m.

Wychodzono z założenia, że tworzenie powszechnie obowiązującej „taksy lekarskiej” we właściwym słowa tego znaczeniu jest niemożliwe, że we wszelkich warunkach lekarze-polacy, jak i dotąd, uwzględniać będą stopień zamożności swych chorych i czynić ustępstwa od przyjętej oceny swej pracy. Mimo to uznano, że ustalenie przynajmniej przybliżonej oceny tej pracy w stosunku do publiczności majątniejszej stało się dziś koniecznością. Opinia Stowarzyszenia Lekarzy powinna być poza tem brana pod uwagę, jako podstawa do oceny zabiegów lekarskich w wypadkach spraw sądowych, ekspertyz i t. p.

Z powyższymi zastrzeżeniami Stowarzyszenia, przytaczamy poniżej taksę ogólną za porady lekarskie, już zatwierdzoną przez Zebranie ogólne Stowarzyszenia. Projekt honoraryów za poszczególne zabiegi specjalistów drukowany będzie w Pamiętniku Stowarzyszenia i w odbitkach wydany będzie dla użytku lekarzy.

- 1) Porada lekarska w domu w godzinach przyjęć od 10 m.
- 2) Porada na mieście przy wezwaniu między 8 rano a 8 wieczorem . . . 15 „
- 3) Porada na mieście przy wezwaniu między 8 wieczorem a 8 rano . . . 30 „
- 4) W razie większej liczby pacjentów

- w tem samym mieszkaniu za poradę każdej następnej osobie . . . „ 10 „
- 5) Porada na mieście przy żądaniu natychmiastowego przybycia . . . „ 30 „
- 6) Porada w domu lekarza w godzinach specjalnie zamówionych . . . 20 „
- 7) Konsylium (dla każdego lekarza) . . . 30 „
- 8) Za wyjazdy, dyżury, operacje i zabiegi specjalne od umowy
- 9) Porada listowna „ 15 m.
- 10) Za udzielenie informacji poza wizytą . . . „ 10 „
- 11) Świadectwa lekarskie „ 15 „
- 12) Ekspertyza lekarska z wydaniem opinii piśmiennej „ 50 „

— W związku z podwyższeniem honoraryów lekarskich należałoby uświadomić publiczność, jak niewłaściwym w czasach obecnych jest odkładanie uiszczania należności na czas nieokreślony, co się tak często zdarza. Lekarze żyją po większej części obecnie z dochodów bieżących, gdyż oszczędności ich i kredyty są wyczerpane. Trudno jest nieraz związać koniec z końcem, nawet wtedy, gdy nie brak pacjentów, a to wskutek tego, iż trzeba czekać na uregulowanie należności u kilku pacjentów jednocześnie. Byłoby daleko prościej i słuszniej regulować honoraria lekarskie odrazu, a przynajmniej zaraz po skończeniu kuracji, o ile ta zbyt długo się nie przeciąga. Nie powinny tu mieć miejsca zadne „zapominania”, narażające lekarzy na przykrość „przypominania”, ani też „zaokrąglania” należności... najczęściej na niekorzyść lekarzy. Praktykowany gdzieindziej zwyczaj posyłania rachunków przez lekarzy u nas się nie przyjął z różnych względów, o których tu się rozwodzić nie możemy; nie pora byłaby obecnie zwyczaj ten wprowadzać. Trzeba sobie poprostu powiedzieć, że kredyt obecnie upadł we wszystkich dziedzinach życia, że trzeba płacić za wszystko gotówką, a co najmniej kredyt uzależnić od wyraźnej umowy, a nie od swego widzimisię. Można mówić o tem tem swobodniej, że niedogodności, o których mowa, spotykają lekarzy najczęściej ze strony sfer zamożniejszych, które jakby nie zdawały sobie sprawy z obecnego położenia naszej inteligencji.

— Pod redakcją Prezydium Komitetu Organizacyjnego: dra J. Bączkiewicza, inż. J. Furuhjelma i dra H. Gromadzkiego wydany został „Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich”. Uczestnicy Zjazdu mogą otrzymywać Pamiętnik w Kancelarii Tow. Higienicznego (Karowa 31).

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Słowo wstępne.	295	głowy i ich leczeniu zapomocą wygniata-	
Józef Jaworski i Felicyan Rakiewicz. Znaczenie domów i przytułków dla rodzących w organizacji położniczej, oraz szkic projektu takiego przytułku prowincjonalnego	298	nia punktów bolesnych	301
Władysław Janowski. O nerwobólach		Streszczenie zbiorowe. H. Higier W sprawie etyologii i patogenyzy stwardnienia wielogniskowego. (Sclerosis disseminata s. insularis)	305
		Wiadomości bieżące	308

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

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 4^{1/2} do 6-ej.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17.50, półrocznie M. 8.75; na prowincji i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 1 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski, Żelazna 89. Tel. 188-70.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

*w formie papierosów albo tytoniu
usuwa szybko napady dusznic
i wszelkie objawy astmy*

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

**GONOREIN
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 23.

Sapinol

z marką ochronną „Sosna” aptekarza J. Bobakowskiego w Warszawie, wyborowy ekstrakt sosnowy do kąpieli. Choroby nerwowe, kobiece, dróg oddechowych, dziecięce, reumatyzm, artretyzm.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N.

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”.

Odczyty Kliniczne

Wyszedł z druku Zeszyt 4. 5. 6. Seryi XXII.

(Ogólnego zbioru zesz. 256, 257, 258).

J. SZMURŁO.

Gruźlica krtani, gardła i nosa

w świetle własnych spostrzeżeń.

(Studyum kliniczne).

Cena 3 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszym zawiadamia W W. P.P. Doktorów, iż

„MOTO FER“

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim 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: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

OGŁOSZENIE.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy
podaje niniejszem do wiadomości pp. lekarzy, że na obszarze General-Gubernatorstwa
Warszawskiego ustanowiono

posady pomocników lekarzy powiatowych

w następujących miejscowościach:

Łódź miasto — 2, Łódź powiat, Będzin, Częstochowa, Grodzisk, Kalisz, Łęczyca, Łomża, Łuków, Mława, Pabianice, Płock, Płońsk, Siedlce, Sochaczew i Wysokie Mazowieckie — po 1 miejscu.

Pomocnicy lekarzy powiatowych otrzymywać będą pensję w kwocie 5400 Mk. rocznie (płatnych z dołu w ratach miesięcznych po 450 Mk.) i prócz tego nie będzie im wzbronione wykonywanie praktyki lekarskiej.

PP. lekarze, chcący ubiegać się o rzezzone posady, zechcą do dn. 25 września r. b. składać podania, jakoteż *curriculum vitae* do Sekretaryatu Dyrekcji Służby Zdrowia Publicznego na imię p. Ministra.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

== DUR WYSYPKOWY ==

(tyfus plamisty).

Stron 250, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

COMISA PEPTONATO-JODICA przy WARSZAWSKIM
OTWARTYMIENIU LECZĄCY obciąża na podanie badań
chemicznych i fizycznych, że JODOL KARPINSKI
jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej
zawierającej 4,7 % czystego jodu. Produkt ten zawiera
się w wodzie i bardzo słabo rozpuszcza się w alkoholu
może być stosowany w dawkach od 10-100 kropli trzy
razy dziennie, przyswajając się w ustroju szybko, nie
wywołując objawów zatrucia jodem (jodizmu) nawet w dawkach zwiększonych i wydzielając się
całkowicie w ciągu 3 - 4 dni.
Warszawa dnia 27 lutego 1934

Przewodniczący Komisji

Przewodniczący Komisji

Dr. Karpiński
Sekretarz
K. Karpiński

Oprawa połączona z Jodo.
Wzrost do 100% w 10 dni
to jest 20 dni w 10 dni
po 10 dniach 10 dni w 10 dni
Dr. Karpiński
Sekretarz
Karpiński

JODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej.
Jodorol przyswajają się szybko, nie wywołując objawów po-
drażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach
najwyższych i wydzielają się całkowicie w ciągu 3 — 4 dni.
Może być stosowany od 10 — 100 kropli trzy razy dziennie.

Cena flakonu m. 5.50.

Tow. Akc. „Fr. KARPINSKI w Warszawie“
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemys-
słowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.