



№ 25.

Warszawa, d. 21 Czerwca 1919.

Rok LIII.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru № 2793.

SANTALOL
SALOL
UROTROPINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI
GLUTENOWE

MOCZOPĘDNY

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY
KOJĄCY

PRZECIWGNILNY

RZEŻĄCZKA

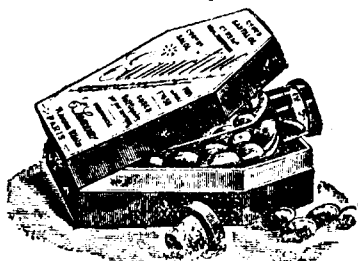
ZAPALENIE PĘCHERZA
MOCZOWEGO

ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE NEREK

ZAPALENIE
MIEDNICZEK I NEREK

ROPOMOCZ



LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

W szpitalu miejskim w Poznaniu wakuje od zaraz
posada naczelnego lekarza oddz. dla chorób skórnych i płciowych (liczba chorych około 115).

Kandydaci władać muszą językiem polskim. Zgłoszenia nadesłać należy aż do 1 lipca 1919 do Magistratu oddział I. Warunki przyjęcia wysyłamy na życzenie.

W szpitalu miejskim w Poznaniu wakuje od zaraz
posada lekarza-asystenta przy oddziale patologicznym.

Obok wolnego stołowania płaci się pensyi rocznie 1800 mk. z progresyą coroczną o 150 mk. aż do 2400 mk. i bieżące dokładki drożyniane.

Kandydaci władający językiem polskim w słowie i w piśmie nadesłać zechcą zgłoszenia swe wraz z życiorysem i świadectwami do Magistratu oddział I.

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 pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.



www.dlibra.wum.edu.pl

Algorhin Spiess

(Antiseptic. ad. tract respirator.).

Skład: Chloreton, kamfora, mentol, olej cynamonowy i płynna parafina.

Sposób użycia: Smarować lub wkraplać, a najlepiej zapomocą rozpylacza do płynów tłuszczowych wdychać w nos i w krtani kilka razy dziennie.

Pojemność flakonu 50 gram.

Ferrosan Spiess. Ferrosan-Arsen Spiess

Złożona nalewka żelaza.

Złożona nalewka żelaza z arsenem

Łatwo strawny preparat żelaza, o smaku przyjemnym, bez wpływów ubocznych, zalecany w blędnicy, niedokrwistości i t. p.

Sposób użycia: przed lub po jedzeniu dla dorosłych 3—4 razy dziennie po łyżce stołowej i dla dzieci odpowiednio do wieku od 1/2 łyżeczki tyleż razy dziennie.

Pojemność flakonu około 250 gr.

Remedium Sedativum Spiess

(Extract. viburni compositum).

Środek przeciwkrwotoczny z działaniem kojącym bez objawów ubocznych. (tańszy od Extr. hydrastis canad. fluid).

Skład: Hydrastinin. hydrochloric. synthetic., Extract. viburni prunifol. fluid., Extr. piscid. erythr. fluid.

Sposób użycia: zadaje się do wewnątrz w dawkach po 10 — 20 — 40 kropeł 3 — 4 razy dziennie.

Pojemność flakonu 20 gram.

Cystosan Spiess

(Species diureticae).

Skład: Fol. uvae ursi, Rad. ononidis, Lignum sassafras, Herba herniariae, Fruct. petroselini,

Fol. menthae pip., Fruct. cubebae.

Sposób użycia: łyżkę na szklankę wody gorącej do zaparzenia po 2—3 razy dziennie.

Pojemność pudełka 50 gram.

Ferrum carbonicum Spiess Tabulettae

in massa sacchar. obduct.

Każda tabletki zawiera: Ferri sulfurici 0,10 gr., Kali carbonici 0,05 gr., Natri bicarbonici 0,05 gr.

Ferrum carbonicum cum acid. arsenicos. Spiess Tabulettae

in massa cacaotin obduct.

Każda tabletki zawiera: Ferri sulfurici 0,10 gr., Kali carbonici 0,05 gr., Natri bicarbonici 0,05 gr.,

Acid. arsenicosi 0,001 g.

W tabletkach naszych węglan żelaza wytwarza się dopiero po wprowadzeniu tabletki do organizmu; tym sposobem więc mamy w preparacie naszym ferrum carbonicum in statu nascendi, do czego jak wiadomo przy leczeniu węglanem żelaza dążyć należy.

Flakon zawiera 100 tabletek.

Prurigol Spiess

(Unguentum contra scabiem).

Maść od świerzby, nie plamiąca bielizny, nie posiadająca przykrego zapachu i łatwo odmywająca się wodą.

Pojemność słoika 100 gramów. Opakowanie szpitalne 1 kilogram.

Mesolament Spiess

(Ungt. mesotani cum mentholo).

Maść stosowana w cierpieniach artretycznych i reumatycznych wzamian wewnętrznych preparatów salicylowych.

Skład: mezotan, lanolina, mentol. Sposób użycia: w miejsca bolące wcierać ilości odpowiadające 1—2 łyżeczek od herbaty, co odpowiada 1—2 gr. kwasu salicylowego.

Pojemność tuby około 40 gr.

Digitol Spiess

(Essentia digitalis titrata).

Standardyzowana esencja naparstnicy, posiadająca pewne działanie.

Sposób użycia: dla dorosłych po 15—30 kropli 3 razy dziennie.

Pojemność flakonu—15 gr.

Libophan Spiess

(Lithium borotophanicum).

Środek przeciw dnie oraz ostrym i chronicznym przypadkom gośca stawowego.

Sposób użycia: 4—6 tabletek dziennie.

Pojemność rurki 20 tabletek 0,5 gramowych.



DZIEŃNIK LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dziesięć
Dzieńnik

Warszawa, d. 21 czerwca 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2793

Przyczynek do kazuistyki śluzaka wrzekomego otrzewnej (pseudomycoma peritonei), pochodzącego z wyrostka robaczkowego.

Podał

A. Ciechomski

ordynator oddziału chir. w szpitalu Dz. Jezus.

Śluzak wrzekomy otrzewnej należy do spraw nader rzadkich; pochodzenie swe zawdzięcza albo torbielom jajnika wielokomorowym o ścianach cienkich i zawierającym galaretowatą masę, albo też, co zdarza się znacznie rzadziej, szczególnemu zapaleniu przewlekłemu wyrostka robaczkowego, podczas którego śluzówka wyrostka wytwarza gęstą galaretowatą zawartość; z początku zawartość ta wypełnia wnętrze wyrostka, rozciągając zbytnio jego ścianę, z czasem ściana ta ulega pęknięciu, a wydzielina śluzówki wyrostka szuka sobie miejsca w otrzewnej i gromadzi się bez przerwy w sąsiedztwie wyrostka. Owa galaretowata zawartość unosi ze sobą z wyrostka komórki nabłonkowe; te, skoro przeszczepią się na jajniki, dają początek torbielom śluzakowym, stąd znów przeszczepianie może szerzyć się po całej jamie otrzewnej.

Corning do r. 1905 zebrał 60 przypadków stwierdzonych podczas operacji oraz tylko 27 razy wykryto śluzaka wrzekomego podczas oględzin pośmiertnych u 7108 osobników.

Lejars do 1912 r. znalazł w piśmiennictwie lekarskiem około 80 przypadków śluzaka wrzekomego otrzewnej, pochodzącego z pękniętej torbieli galaretowatej jajnika i tylko 16 przypadków (oprócz trzech jego własnych) takiegoż śluzaka, pochodzącego z wyrostka robaczkowego.

Przypuszczać należy, że niektóre przypadki pierwszej kategorii miały swe źródło w wyrostku; podczas usuwania torbieli jajnika nie oglądano oczywiście wyrostka, jak to poucza przypadek Watts Eden'a, który po usunięciu śluzaka wrzekomego otrzewnej wraz z pękniętą torbielą galaretowatą jajnika po 28 miesiącach był zmuszony operować 2-gi jajnik z takim samym guzem i wówczas wyciął również wyrostek; badanie narządu tego wykazało we wnętrzu jego zawartość galaretowatą, świadczącą o pierwotnym ognisku śluzaka.

Być może, że z czasem w miarę gromadzenia się odpowiednich spostrzeżeń wzrośnie liczba przypadków 2-giej kategorii albo też, co nie jest nieprawdopodobieństwem, wyrostek zyska wyłączny przywilej na powstawanie śluzaka wrzekomego otrzewnej.

W naszej literaturze nie znalazłem dokładnego opisu omawianej tu sprawy, dlatego czuję się w obowiązku podać do wiadomości szczegóły trzech spostrzeganych przeze mnie przypadków, nadmieniam przytem, że dwa pierwsze były dokładnie zbadane i śledzone, trzeci jakkolwiek, operowany zagranicą, wydaje mi się niewątpliwym co do swego pochodzenia.

Niezmiernie ciekawe co do swych szczegółów, zarazem doskonale wykazujące prze-

bieg omawianego cierpienia, jest spostrzeżenie drugie.

Spostrzeżenie I. J. O., lat 46, po raz pierwszy przed 5 laty uczuł ból w brzuchu i zauważył podwyższenie się ciepłoty do $37,4^{\circ}$; kol. Mintz rozpoznał wówczas zapalenie wyrostka robaczkowego; po kilku dniach chory wstał z łóżka, lecz wkrótce wrócił do niego wobec ponownych bólów w brzuchu. Od tej chwili zapadał dość często, rzadko jednak kładł się do łóżka, a pomimo leczenia się prawie stałego w domu oraz corocznie podczas lata w Kissingen lub w Maryenbadzie miał coraz uporczywsze bóle, zwłaszcza po jedzeniu, bez podwyższenia ciepłoty. W ciągu owych 5 lat stracił przeszło 20 f. wagi.

Dodać należy, że już od 20 lat miewał zaburzenia kiszkowe, polegające albo na bieguncie, albo na uporczywym zaparciu stolca; dyetę zachowywał bardzo ścisłą, między innymi od 15 lat nie jada chleba, tylko bułkę.

Ostatnimi czasy bóle w brzuchu wzmogły się na tyle, że chory od kilku tygodni nie opuszczał już łóżka i usilniej, niż dotąd, szukał pomocy lekarskiej. Dwaj koledzy, internista i chirurg, na radzie wspólnej postawili rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego, zalecili operację, przyczem zapewnili chorego, że przebieg będzie, jak zwykle, b. łagodny i krótki.

Po raz pierwszy widziałem chorego w końcu września r. ub., stwierdziłem wówczas odżywianie ogólne mierne, ciepłotę nie przekraczającą $37,4^{\circ}$; brzuch nieduży, powłoki jego skurczone, bolesność wyraźną w okolicy prawego dołu biodrowego; tu przy obmacywaniu głębszem daje się wyczuć twardy watek, jakby przebiegający po ścianie przedniej kątnicy ślepej. Badanie przez odbytnicę dało wynik zgoła niespodziewany, mianowicie: w miednicy małej przez przednią i boczną prawą ścianę odbytnicy wyczuwa się guz twardy o powierzchni nierównej, zrazikowaty, zupełnie nieruchomy, wielkości dużej pomarańczęj: śluzówka odbytnicy przesuwając się na guzie, tymczasem reszta ściany jej jest najwidoczniej mocno zrośnięta z guzem. Przy badaniu dwuręcznem niepodobna stwierdzić, czy omawiany guz ten stanowi jedną całość z wyżej wspomnianym wałkowatym tworem na przedniej ścianie kątnicy ślepej.

Wobec szczegółów powyższych rozpoznanie nowotworu złośliwego przedewszystkiem przychodziło na myśl, wszakże wobec długotrwałej choroby pacjenta, niezłego stanu ogólnego i podwyższonej, choć nieznacznie ciepłoty nasuwało się więcej prawdopodobne przypuszczenie gruźlicy kątnicy ślepej o przebiegu łagodnym.

Późniejsze kilkakrotne badania przez odbytnicę nie dodało nic nowego, raczej upewniło mnie jeszcze co do słuszności ostatniego rozpoznania. Kol. Landstein, z którym odwiedzałem pacjenta, w zupełności podzielał takie przypuszczenie.

Podczas operacji w dn. 2 października 1915 roku, po otworzeniu otrzewnej przez pochwę m. prostego prawego stwierdziłem obecność galaretowatej masy, wypełniającej gdzieś zagłębienia między pętlami kiszek i w ilości na razie niewielkiej.

Powierzchnia przednia i zewnętrzna kątnicy ślepej zaczerwieniona i usiana wyraźnie drobnymi gruzełkami; największe skupienie gruzełków widać u podstawy wyrostka robaczkowego. Wyrostek przy końcu dośrodkowym, choć mocno zgrubiał, ma kształt wałka twardego, dalej biegnie ku miednicy małej, tu zmienia kształt swój potwornie, tworzy jakby kulę o powierzchni nierównej i zupełnie nieruchomą, kula ta tonie w masie galaretowatej, wyściełającej dno miednicy małej.

Wszelkie próby wydobycia najprzód końca ośrodkowego wyrostka tego spełzyły na niczem; należało przeto podwiązać go podwójnie i przepalić przy końcu dośrodkowym, obszyć kopciuchem dno k. ślepej w celu wgłobienia kikuta wyrostka, poczem pociągając z lekka za podwiązkę i za kreteczkę zaczęto podcinać tę ostatnią.

Postępowanie to było niesłychanie mozolne z uwagi na niezmiernie głębokie opuszczenie się wyrostka; wreszcie pomimo przecięcia całej b. zgrubiałej kreteczki niepodobna było oddzielić wyrostka od nader tęgich otaczających go zrostów. Rozszerzono zatem cięcie powłok brzusznych, ułożono chorego według sposobu Trendelenburga i dopiero wtedy przekonano się, że dno wyrostka sięga prostnicy i że jama Douglasa jest wypełniona dość twardą galaretowatą masą; nietylko trudne było odklejenie ściany wyrostka od wyżej wspomnianych zrostów, ale i wydobyć rozszerzonego końca jego z owego podłoża galaretowatego. Tutaj należało nietylko odklejać, ile wydierać twardą guzowatą część wyrostka ze zbitej galaretowatej nader sprężystej tkanki, oczywiście należało tu mieć na względzie uszkodzenie otrzewnej ściennej miednicy małej, a nadewszystko odbytnicy. Naostatek z nadzwyczajnym mozolem wydobyto niezwykle wyrostek kształtu olbrzymiej gruszki, oblepiony dookoła w rozszerzonej dolnej swej części resztkami galaretowatej masy, zarazem stwierdzono naddarcie ściany prostnicy, drażące do mięśniówki które natychmiast zeszyto i przekonano się, że pozostała po wyrostku jama ma granice następujące: prostnicę od wewnątrz, naczyńia błonowe od zewnątrz, dno zaś jej stanowi poczęści gładka jakby bliznowata tkanka, poczęści masa galaretowata. Wprowadzono do miednicy małej worek z paskami gazy, w ranie powłok brzusznych, spojonej szwem 3-piętrowym, pozostawiono rozporek.

Przebieg pooperacyjny narazie dość łagodny, od 4-go dnia stał się niezwykłym i b. ciężkim; skoro bowiem w ciągu 2-giej doby odeszły wiatry, a dnia następnego odchodziły żwawo, zdawało się, że sprawa weszła już na dobrą drogę, tymczasem 4-go dnia wiatry zatrzymały się, wystąpiły bóle brzucha napadowe niekiedy bardzo mocne, męczące, czkawka i od czasu do czasu wymioty, wreszcie obok mocnego wzdęcia brzucha widać było potężne napinanie się kiszek. Stan taki trwał prawie bez zmiany przez 10 dni, pomimo wielce energicznego leczenia; zatem narkotyki i kamfora obficie stosowane podskórną, ławatywy kroplowe 2 razy na dobę, staranne ławatywy Hegarowskie oraz przemycanie żołądka, wszystko to razem pozostało bez wpływu na stan operowanego, z drugiej strony dość pocieszającym objawem było przytem obfite wydzielanie moczu i ciepłota, nie przekraczająca $38,2^{\circ}$ wieczorami.

Co się tyczy rany, to już od 3-go dnia po operacji zaczęła przesączać się z niej nader obficie ciecz zielonkawa o mdłym zapachu; wprowadzona do otrzewnej gaza, pomimo znacznego zwilżenia tak niezwykle mocno była zlepiona z powierzchnią trzew, że do wydobycia jej nie mało potrzeba było wysiłku podczas opatrunku. Tymczasem same trzewia były sklejone ze sobą nader lichy, co widać było przy najlżejszym choćby poruszeniu gazy.

Nareszcie d. 15. X, t. j. po 10-dniowej przerwie zaczęły ponownie odchodzić gazy i nastąpiły pierwsze skromne wypróżnienia, przez następne 2 dni wydzielanie kału było b. obfite, brzuch zmieknął i zmniejszył się, mimo to napinanie kiszki było widoczne, aczkolwiek było rzadsze i słabsze, niż poprzednio; opatrunek w dalszym ciągu codziennie przesiąknięty zielonkawą cieczą; tętno z 125 w ciągu ostatnich dni spadło do 106 uderzeń, ciepłota zaś po 2 dniach nieco obniżyła się, lecz już na 5-tą dobę powróciła do dawnych 38⁰ wieczorami.

Wówczas przy badaniu stwierdzono zapalenie opłucnej prawej i wkrótce potem lewej; pierwsze dość prędko ustąpiło, natomiast w opłucnej lewej powstał znaczny wysięk, któremu towarzyszył kaszel częsty z obfitą plwociną.

18-go dnia po operacji zaczął miewać omamy (*hallucinatio*) zarówno przedsenne jako też i w czasie snu, przyczem zrywał się z krzykiem z łóżka i próbował uciekać; nazajutrz już w ciągu dnia był niespokojny i chwilami nieprzytomny obok tego stwierdzono drganie w policzku prawym i mocne drżenie dłoni prawej; po 2 dniach objawy powyższe wzmogły się, pacjent od czasu do czasu miewa krótkie przebieyski przytomności, śpiewa, krzyczy i złorzeczy, zresztą oddaje mocz i kał dowolnie i odżywia się dostatecznie. Na naradzie z kol. Flatauem i Landsteinem powzięto podejrzenie rozpoczynającego się zapalenia opon mózgowych charakteru gruczliczego. W celu rozpoznawczym zrobiono przekłócie lędźwiowe.

Badanie szczegółowe płynu mózgowordzeniowego, wykonane w pracowni kol. Oczesalskiego, dało wynik pod każdym względem ujemny.

W ciągu następnych dni pacjent uspokoił się, oprzytomniał i stopniowo przychodził do siebie; rana zaczęła ożywiać się i kurczyć, płyn z otrzewnej już wydzieliał się w ilości znacznie mniejszej, niż poprzednio; wreszcie po 7 tygodniach nastąpiło całkowite zagojenie się rany brzusznej, a stan ogólny operowanego nie pozostawiał nic do życzenia.

Usunięty wyrostek robaczkowy o zabarwieniu bladoróżowym ma kształt gruszkii wysmukłej u góry i pękatej u dołu; wymiar podłużny wynosi 18 ctm., część górna jego węższa ma długości około 10 ctm., obwód szerszej części dolnej wynosi 15 ctm. Szersza t. j. obwodowa część wyrostka jest dokoła oblepiona galaretowatą masą, która zresztą skupiła się najwięcej pod postacią grubej warstwy na wierzchołku szerszej części t. j. na obwodowym końcu wyrostka; część ta na dotyk jest dość miękka i robi wrażenie torebki wypełnionej zgęszczoną zawartością; spojenie ściany zewnętrznej wyrostka z oblepiającą go galaretowatą masą jest dość mocne, raczej odrywa się ta masa kawałkami, niż odkleja od powierzchni.

Podczas uciskania owej rozszerzonej części wyrostka przekonano się, że z niej wydobywa się właśnie taka sama galaretowata zawartość. Jaką dopiero co oglądaliśmy nazewną wyrostka; po oczyszczeniu z galarety znacznej powierzchni jego na dnie obwodowej rozszerzonej części znaleziono owalny otwór o cienkich gładkich brzegach długości 12 mm. i szerokości 8 mm.; zgłębnik prowadzi przez otwór pomieniony do wnętrza wyrostka.

Badanie szczegółowe, wykonane w pracowni D-ra Dunin-Karwickiej, wykazało, że wnętrze wyrostka jest całkowicie wypełnione galaretowatą masą, że ściana owej torebkowatej części jest nadzwyczaj cienka, miejscami nawet błoniasta, tymczasem w części jego dośrodkowej nierozszerzonej ściana ta jest zgrubiała i stwardniała.

W celu badania drobnovidzowego wzięto skrawki z 4 miejsc, zatem 1-o z dna wyrostka,

2-o z odcinka niedaleko końca dośrodkowego.

3-o z masy galaretowatej wypełniającej światło wyrostka, na koniec

4-o z masy galaretowatej znajdującej się na zewnątrz wyrostka.

Co do pierwszego to badanie stwierdziło, iż ściana wyrostka składa się jedynie z wąskiego paska szklisto zwyrodniałej, obrzękłej i drobnokomórkowo naciecznej tkanki łącznej, zarazem nie ma tu ani śladu mięśniówki i śluzówki ściany wyrostka.

Badanie drobnovidzowe z części dośrodkowej narządu wykazało, iż ściana wyrostka wprawdzie posiada jeszcze właściwą sobie budowę, wszakże wszystkie jej warstwy są nader mocno zmienione, a mianowicie:

a) błona śluzowa jest w zupełności śluzowato zwyrodniała, przyczem z normalnych jej części składowych, jak gruczolę, nabłonek i t. p., nic już nie pozostało.

b) warstwa podśluzowa jest obrzękła i w najwyższym stopniu drobno komórkowo nacieczona.

c) mięśniówka jest również drobno komórkowo nacieczona, przyczem pęczki jej są porozsuwane przez obrzękłą tkankę łączną, wreszcie

d) surowicówka jest wyraźnie zgrubiała i przedstawia się pod postacią dość szerokiego paska włóknistej tkanki łącznej.

Badanie masy galaretowatej stwierdziło brak w niej jakiegokolwiek budowy tkankowej.

Przy nader starannym przeglądaniu szeregu preparatów drobnovidzowych wykluczono w zupełności sprawę gruczliczą lub nowotworową.

Szczegóły powyższe zarówno makro jako też i mikroskopowe upoważniają do rozpoznania w danym przypadku t. zw. *hydrops processus vermicularis*. Gromadząca się we wnętrzu wyrostka masa galaretowata nadmiernie rozciągnęła ścianę wyrostka, nastąpiło pęknięcie tejże oraz przedostanie się zawartości do jamy otrzewnej, a owa galaretowata masa, obejmująca stopniowo coraz większą powierzchnię w miednicy małej wytworzyła z biegiem czasu obraz t. zw. *pseudomycoma*.

Tyle co do badania wykonanego przez dra M. Dunin-Karwicką, w opisanym tu przypadku osobiwością zasługującą na uwagę była właśnie galaretowata masa jako szczególny wytwór śluzówki, głównie w obwodowej części wyrostka; wytwór ten, gromadząc się ustawicznie w wyrostku, stał się powodem jego przedziurawienia oraz powstania w otrzewnej śluzaka wrzekomego (*pseudomycoma*).

Podług Dmochowskiego zwykła puchlina wyrostka robaczkowego (*hydrops processus vermicularis*) ma początek i przebieg następujący: zawartość zamknięta w wyrostku o zarosniętem ujściu niezawsze ulega wchłonięciu, lecz przeciwnie gromadzi się w coraz większej ilości i ulega rozmaitym przemianom. W przypadkach, kiedy wydzielina jest tylko śluzowa, a zarazki w niej już wyginęły, wyrostek ulega rozciągnięciu, skoro zawartość jego stopniowo zwiększa się. Z czasem elementy morfologiczne owej zawartości ulegają rozpadowi, a śluz przekształca się lub zostaje zastąpiony przez płyn surowiczy. Pod wpływem ucisku ściany wyrostka powoli stają się cieńsze, błona śluzowa i elementy mięśniowe zanikają, pozostaje jedynie tkanka łączna, przekształcająca się powoli w tkankę bliznowatą.

Kaufmann twierdzi, że guzy jajników mogą dawać przerzuty w jamie brzusznej nawet wtedy, gdy nie są powikłane przez raka lub mięsaka. Spostrzegano przypadki, w których z rozciągniętej aż do pęknięcia torbieli jajnika i przez powstałą w niej szczelinę przedostawały się do otrzewnej wyrosłe w kształcie rozgałęzień, z biegiem czasu powierzchnia otrzewnej była pokryta temi samemi brodawkami, jakie przedtem wyściełały wnętrze torbieli.

Skoro pęknie gruczolak torbielowaty klejowaty np. jajnika, wówczas powstaje albo ostre zapalenie otrzewnej albo też tworzy się tak zwany śluzak wrzekomy (*pseudomycoma*),

galareta wylana do jamy otrzewnej będzie poczęści przez nią wchłonięta, w znacznym wszakże stopniu będzie utrwalona na jej powierzchni.

Inni wszakże określają przypadki takie jako wszczepiające się przerzuty torbielaka, który pobudza otrzewną do tworzenia błon wrzekomych, a później opróżnia swą zawartość, skoro nastąpi chwila pęknięcia.

Zresztą w podobny sposób może dać przerzuty zwykły dobrotliwy torbielak gruczolowaty jajnika; mianowicie podczas zabiegu operacyjnego z powodu takiego guza, z powierzchni jego łatwo oddzielają się komórki i wszczepiają się na powierzchni otrzewnej.

Takie cząstki guza mogą z biegiem czasu stać się punktem wyjścia dla nawrotu o charakterze złośliwym.

Werth utrzymuje, że śluzak wrzekomy otrzewnej może powstać tylko u kobiety, jest on wynikiem przedostania się do jamy brzusznej mucyny, pochodzącej z pękniętej torbieli jajnika.

Tymczasem E. Fraenkel wykazał później że sprawa taka powstaje i u mężczyzn, mianowicie w wyrostku robaczkowym, po wylaniu się z niego zawartości galaretowatej do otrzewnej, miejsce pęknięcia z biegiem czasu tak zarasta, że odszukanie jego nastręcza nieraz dużo trudności. Zdaniem autora tego tylko przypadki takie, gdzie ani w wyrostku, ani w otrzewnej niema nawet śladu jakiegokolwiek nowotworu mogą być poczytywane za śluzak wrzekomy czysty.

Bondy poszedł jeszcze krok dalej i na zasadzie badań swych przyszedł do wniosku, że we wszystkich przypadkach śluzaka wrzekomego źródło jego znajdowało się w wyrostku robaczkowym, w ścianie jego zawsze można było wykryć ślad pęknięcia, tymczasem zmiany w jajnikach należało uważać jako sprawę przerzutową. (Dok. n.).

ZE SZPITALA IM. KAROLA I MARJI DLA DZIECI. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DR. WŁ. SZENAJCHA.

Kilka uwag w sprawie t. zw. wskaźnika odżywiania (gelidusi) Pirqueta.

Podał

Karol Jonscher.

Pirquet w swoim „systemie odżywiania” ustala pewną zależność pomiędzy wysokością ciemieniowo-siedzeniową¹⁾, (którą w skróce-

niu nazywa *Si*) a wagą danego osobnika.

$Si^3 = \text{waga} \times 10$; $Si = \sqrt[3]{\text{waga} \times 10}$; czyli
ze $\sqrt[3]{\text{waga} \times 10} : Si = 1 = 100\%$. Formułka ta wyraża zależność wagi osobnika w danej chwili

¹⁾ F. Groer — Zdrowie 1918. A. Puławski—Gaz. Lek. 1918 — 14 i 15.

od jego wagi „normalnej“, obliczonej z wysokości ciemieniowo-siedzeniowej; im mniejsza będzie waga chwilowa, tem mniejszy będzie również ten wskaźnik, który nazywa się też dlatego wskaźnikiem odżywiania w terminologii Pirqueta (*Gelidusi*).

Pirquet podkreśla jednak, że powyższe równanie jest słuszne prawie wyłącznie tylko w zastosowaniu do tęgich niemowląt oraz tęgich i masykarnych osobników dorosłych. U dzieci natomiast w wieku od 1 do 14 lat, do których stosują się nasze uwagi, waga jest nieco mniejsza, tak że wskaźnik odżywiania (W. O.) waha się tutaj w warunkach zwykłych pomiędzy 90 i 96.

Dalej Pirquet zaznacza słusznie, że z porównywaniem W. O. różnych osobników należy być bardzo ostrożnym i pewne znaczenie przypisywać tylko wahaniom powyżej 5.

Nasze dotychczasowe spostrzeżenia potwierdzają to w zupełności. Porównajmy np. następujące trzy przypadki: chłopczyk 1. 6¹/₂, wybitne wyniszczenie ogólne (*inanitio*), waga 15,7 kg., Si = 58,5; W. O. był tutaj względnie bardzo wysoki — 92. Identyeczny W. O. stwierdzony u drugiego sześciolatniego chłopca z Si = 61 i wagą 17,65 kg. przy niezłym odżywianiu ogólnym; z wyglądu dziecka oceniliśmy W. O. na 96. Praktycznie taki sam W. O. (93) posiadał też czterolatni chłopiec — różowy, tęgi, z tkanką podskórną o dobrem napięciu, którego W. O. oceniliśmy na 98.

Wskaźnik odżywiania zależy więc nietylko od stanu odżywiania danego osobnika, ale w znacznym stopniu również od wielu czynników pobocznych, jak rozrost tułowia, kończyn i t. d.; zaznacza to też Puławski ¹⁾. Czasami jesteśmy nawet w stanie określić bliżej lub też domyślać się, jaki czynnik odgrywa tu główną rolę; n. p. M. L. lat 4, Si = 51, W. O. = 99; M. U. lat 3¹/₂, Si = 49, W. O. = również 99. Podobnie wysokich wartości nie spotykaliśmy pozatem w naszym materiale, uważamy je też za zbyt wysokie — W. O. tych tęgich dzieci oceniliśmy na 94 — 95. U obojga dzieci stwierdziliśmy wyraźne zmiany pokrzywicze, chociaż kręgosłup nie wykazywał dla oka żadnych odchyień od normy; wnioskować jednak należy, że był on w rzeczywistości skrócony wskutek jakichś zaszytych w nim zmian, stąd też mała wysokość

ciemieniowo-siedzeniowa oraz nadmiernie wysoki W. O.

Opracowanie odpowiednich danych, umożliwiających dokładną ocenę W. O., zapowiada Pirquet w jednej ze swych przyszłych prac; sądzi przytem, że będzie mógł na tej podstawie stwierdzać obecność płynu w jamach ciała (wysięki i przesięki).

W oczekiwaniu tych publikacji pozwalam sobie na skreślenie kilka uwag w omawianej sprawie.

Za sprawdzian W. O., za ceną w wielu razach wskazówkę, jak go należy ocenić, uważam stężenie surowicy, które najłatwiej określamy za pomocą refraktometru. Kilka przykładów najlepiej może to uwydatnić.

Zacznijmy od przykładu, przytoczonego przez Pirqueta dla wykazania celowości określania W. O. Pirquet powiada: przyrost wagi w ciągu jakiegoś określonego czasu u zdrowego człowieka dorosłego wskazuje, że osobnik ten przytył w tym czasie. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy chodzi o dziecko, które rośnie w ciągu okresu spostrzegania; jak określić, czy przyrost wagi zależy wyłącznie tylko od wzrostu dziecka, czy też również od przytycia? Uwzględnienie tylko wahań wagi pytania tego nie rozstrzygnie. W wielu razach można co prawda zdać sobie sprawę z istotnego stanu rzeczy przez ocenę stanu ogólnego dziecka, pokładu tłuszczu i t. p. Często jednak, w razie niedostatecznego uwydatniania się tych objawów, jest to niewątpliwe lub też w najlepszym razie bardzo niepewne. W tych razach wątpliwych wybawia nas z kłopotu określanie wskaźnika odżywiania; n. p. jeżeli waga niemowlęcia zwiększa się narazie od 3-go do 16-go tygodnia życia z 3,7 do 5,25 kg., a Si w tym samym czasie z 35 do 40, to obliczenie W. O. wykaże nam, że pozostał on na swym poziomie pierwotnym (94), t. j., że dziecko to nie przytyło w okresie spostrzegania; przyrost wagi uzależnić należy wyłącznie od wzrostu.

Jest to słuszne; ale należy tu uczynić jedno zastrzeżenie, o którym Pirquet zapominał, a które ma duże znaczenie, zwłaszcza u małych dzieci, odżywianych mączkami. Mam tu na myśli ten tak chwiejny bilans normy ustroju; przecież zatrzymanie pewnej ilości wody w tkankach, która dla oka jest jeszcze niewidzialna, spowoduje identyczne podniesienie się wagi i W. O., jak zdeponowanie w tkankach pewnej ilości tłuszczu

¹⁾ l. c.

Ujawnić to możemy tylko przez jednoczesne uwzględnienie wskaźnika refraktometrycznego (N. D.) surowicy; przeciwieństwo pomiędzy wysokim W. O. i niskim ND surowicy dowodzić będzie zatrzymania wody w ustroju. Nie mogę tutaj przytoczyć odpowiedniego przykładu, gdyż z powodu braku oddziału niemowlęcego w naszym szpitalu nie posiadam spostrzeżeń, w którychby wysokość ciemieniowo-siedzeniowa zwiększała się w okresie spostrzegania. Z takim rozwodnieniem ustroju mieliśmy jednak prawdopodobnie do czynienia u dwuletniego zdrowego chłopca z wysokim W. O. = 97.5 i niskim ND surowicy = 1.3486.

Zestawienie następujące uwidoczni nam wahania wagi, W. O. i ND surowicy w przypadku puchliny głosowej w okresie obrzęków i po ich ustąpieniu u chłopca sześciolatniego z Si = 54.5.

18-IV waga 14.35 kg. W. O. 96 ND 1.3443 = 4.85 % białka

22-VI waga 13.35 kg. W. O. 94 ND 1.3471 = 6.46 % białka.

Poszczególne te dane nie będą się jednak zgadzały ze sobą nawet jeżeli zestawimy osobniki do siebie podobne n. p.:

G. W. l. 6; obrzęki i Si 54.5; waga 14.35 kg.; W. O. 96; ND 1.3443 = 4.85 % białka

I. E. l. 6; po obrzękach i Si 54.5; waga 14.45 kg.; W. O. 96; ND 1.3494 = 7.85 % białka.

Jak znaczny musi być wpływ wyżej wzmiankowanych już czynników pobocznych na W. O., skoro był on jednakowy u obu tych chłopców pomimo znacznych obrzęków u pierwszego, jak to wykazuje rozwodnienie surowicy.

W ostatnim z powyższych dwóch przypadków wynik oceny stanu odżywiania z wyglądu był następujący: dziecko blade, mięśnie wiotkie; odżywianie dobre czy też jeszcze pozostałości obrzęków? Bez ND surowicy nie wiedzielibyśmy, od czego uzależnić wysoki W. O. w tym przypadku; zestawienie ze stężeniem surowicy wyklucza obrzęki.

Znaczenie ND uwydatnia się również w następującym przypadku: Wskaźnik odżywiania zdrowej jedenastoletniej dziewczynki z Si = 71.5 i wagą 27,15 kg. wynosił 90,5; nasuwa się tutaj pytanie, czy niski ten W. O. jest dla tego ustroju normalny, jako wyraz specjalnej jego budowy, czy też mamy tu do czynienia z ustrojem wyniszczonym? Z wyglądu oceniliśmy tutaj W. O. na 94, gdyż stan odżywiania był średni, ukrwienie skóry dobre, mięśnie na kończynach dolnych dobrze wyrobione; ale wiemy przecież, jak

mylną może być taka ocena! Otóż ND surowicy wynosił tutaj 1.3501, był więc normalny. W związku z tem skłonny jestem do przypuszczenia, że ten niski W. O. był dla tego dziecka normą; gdyby był bowiem wyrazem wyniszczenia ustroju, to musiałoby się to uwydatnić również w obniżeniu się ND surowicy.

I odwrotnie, wskaźnik odżywiania może nam być pomocny przy ocenie wyników badania refraktometrycznego surowicy.

Przypomnę tutaj, że należycie ocenić wahania ND surowicy, czyli określić, czy zależą one od wyniszczenia ustroju, czy też od jego rozwodnienia wskutek zatrzymania pewnego nadmiaru wody, czy też wreszcie od przesunięcia się wody w samym ustroju z krwi do tkanek lub odwrotnie — możemy tylko przez porównanie wahań ND z wahaniami wagi, określanymi kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu.

Zestawienie ND surowicy ze wskaźnikiem odżywiania o tyle upraszcza sprawę, że daje ono możliwość w wielu razach wypowiedzenia sądu już po określeniu jednorazowym. Np. jeżeli u 7-io letniej dziewczynki bezpośrednio po obniżeniu się ciepłoty w durze brzuszny stwierdzamy niski W. O. — 89,7, to wobec wysokiego stężenia surowicy (1.3500) nie uzależnimy go od wyniszczenia ustroju, ale głównie od zwykłego w tym okresie duru brzusznego odwodnienia ustroju.

Drugi przykład: wyraźne rozwodnienie surowicy (ND = 1.3472) u pięcioletniego chłopca z chronicznym zapaleniem nerek przy jednoczesnym niskim W. O. — 89.3 będzie dowodziło wyniszczenia całego ustroju (jednocześnie stwierdzono *tbc pulmonum*), a nie istnienia obrzęków.

Zestawienie ND i W. O. jest bardzo cenne zwłaszcza w takich postaciach chorobnych, w których, jak np. w gruźlicy, wahania wagi i stężenia surowicy mogą występować dopiero podczas dłuższego spostrzegania, co, naturalnie, niezawsze jest możliwe.

Np. S. O. l. 14 z rozpadową gruźlicą płuc; wysoki ND surowicy w tym wypadku — 1.3505 przy jednoczesnym bardzo niskim W. O. — 85.9 nasuwa przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z odwodnieniem całego ustroju (równolegle z demineralizacją?). Należy jednak zaznaczyć, że dane powyższe można by sobie wytłumaczyć również wybitnym wyniszczeniem ustroju (niski W. O.) przy jednoczesnym przesunięciu się znacznej ilości wody z krwi do tkanek (wysoki ND su-

rowicy). Dalsze badania muszą rozstrzygnąć, który z tych poglądów jest słuszny.

Niema natomiast żadnej wątpliwości, iż w przypadku gruźlicy M. F. l. 7, bardzo niski W. O.—82.6 i bardzo niski ND — 1.3440 uzależnić należy od wyniszczenia tego ustroju.

Jak widzimy z powyższych przykładów zestawienie W. O. i ND surowicy może nam w wielu razach wyjaśnić pewne wątpliwości, powstające przy określaniu tylko jednej z tych dwu wartości.

ODCINEK.

O obecnych stosunkach i sprawach lekarskich w Wielkopolsce

WIADOMOŚCI I UWAG KILKA.

Podał

Doc. Dr Józef Jaworski.

W maju r. b. w Poznaniu na wniosek „Decernatu zdrowia publicznego przy Komisaryacie Naczelnej Rady Ludowej“ urządzono 10-o dniowy kurs dla lekarzy powiatowych.

Program kursu tego obejmował: anatomię patologiczną i technikę sekcijną, którą wykładał i prowadził prof. Winkler. Protokółowanie sekcji po polsku dr. radca W. Panieński.

Zwalczanie chorób zakaźnych prof. dr. Wernicke

Prócz tego dr. radca W. Panieński wykładał: 1) Zadania lekarzy powiatowych, rejestratura, świadectwa; 2) Sprawy lekarskie i sanitarne; 3) Apteki i handel lekarstwami i truciznami.

Pozatem codziennie przez 10 dni, wykładał na temat zagadnień higienicznych chwili obecnej: stacye zdrowia po wsiach, zwalczanie chorób płciowych, zwalczanie śmiertelności niemowląt, poradnie dla matek i t. d. Nadto odbywał wycieczki ze słuchaczami do rzeźni miejskich, do zbiorników dla osadzania się nieczystości i t. d.

Psychjatrię sądową wykładał dr. Skoczyński, a psychopatologię ogólną dr. Szuman.

Dr. P. Gantkowski, kierownik wydziału Zdrowia Publicznego Naczelnej Rady Ludowej, wykładał o szczepieniu ospy i sprawach ze szczepieniem związanych.

Organizatorem i dyrektorem kursów był dr. radca W. Panieński.

Po ogłoszeniu programu kursów zgłosiło się na nie 56-ciu lekarzy. Z powodu jednakże braku połączeń kolejowych ze Śląskiem i Prusami Zachodnimi kandydaci na kursa z tych części Polski nie wszyscy przybyć mogli.

Wykłady, rzecz naturalna, odbywały się w języku polskim z wyjątkiem wykładów z anatomii patologicznej i zwalczania chorób zakaźnych, które prowadzone były w języku niemieckim, ponieważ zarówno prosektoryum miejskie jak i instytutem higieny dotychczas kierują wyżej wymienieni profesorowie niemcy. Naczelna Rada Ludowa, uznając ich za urzędników nie królewskich, lecz municypal-

nych, nie znajduje słusznej zasady do zrywania z nimi kontraktu, jaki posiadają. Dyrektor kursów zwracał się jednakże z prośbą do Krakowa o delegowanie asystenta, któryby prowadził wykłady o technice sekcyjnej po polsku, — otrzymał jednakże co do tego odpowiedź odmowną.

Wydział Zdrowia Publicznego przy Naczelnej Radzie Ludowej nadesłał do Ministerium Zdrowia Publicznego w dn. 3.IV po wyższy program wykładów. Ministerium go zaakceptowało, a na wyznaczony dzień egzaminów w dniu 15 maja r. b. delegowało piszącego te słowa doc. d-ra J. Jaworskiego, szefa Sekcji Ministerium. Jakoż, ja delegat asystowałem przy egzaminach, które w dniu tym odbyły się w sali posiedzeń Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Do egzaminu przystąpiło 44 lekarzy z Poznańskiego, Prus Zachodnich i Śląska. W liczbie tej znajdowało się kilkunastu lekarzy, służących w armii polskiej. Egzaminy odbywały się w trzech grupach. Egzaminujący w osobach: dra P. Gantkowskiego, dra W. Panieńskiego i dra Skoczyńskiego stosowali sam sposób egzaminowania bardzo właściwy, bo dydaktyczny, powszechnie stosowany na uniwersytetach i klinikach francuskich, a polegający na tem, że każdy z następnych egzaminowanych odpowiadał na kwestyę, a nawet na temat, który wyjaśniał jego poprzednik. W taki sposób zachowany jest ciąg myśli, a wszyscy zdający, obecni przy egzaminie, poniekąd zmuszeni są myślowo brać udział w odpowiedziach, które dają zdający, oraz przygotowywać przypuszczalne odpowiedzi. Wymagania od zdających, co do wiadomości teoretycznych i praktycznych, były wogóle duże. Przygotowanie i poziom naukowy kolegów, którzy zgłosili się po odbyciu kursów do egzaminów, były wogóle wysokie. W odpowiedziach o zwalczaniu chorób zakaźnych, zwłaszcza z dziedziny bakteriologii, mianowicie o przeprowadzaniu badań bakteriologicznych, co do rozpoznawania różniczkowego nieraz można się było przekonać, że koledzy zdający przeszli dobrą szkołę teoretyczną i pra-

ktętną, że wiadomości, które posiadają, nie są poczerpnięte tylko z książek, lecz że sami to, o czym przed komisją egzaminacyjną zdawali sprawę, osobiście w pracowniach przerobili i badali.

Wogóle cały plan kursów dla kandydatów na lekarzy powiatowych, metodyka wykładania, a także sposób egzaminowania, zupełnie słusznie posiadały wybitnie cechy praktyczne. Każdy z egzaminowanych zdać musiał sprawę, że dokładnie uświadamia sobie zadania lekarzy powiatowych, sposób prowadzenia registratury, wydawania świadectw, że zna dokładnie warunki, jakim odpowiadać powinno urządzenie apteki, i że zna przepisy co do handlu lekarstwami i truciznami, że potrafi nie tylko dokonywać masowych szczepień ospy, lecz i zapobiegać, aby szczepienia te nie miały złych następstw dla zdrowia w postaci powikłań poszczepiennych. Każdy ze zdających musiał między innemi wykazać, że potrafi przeprowadzić właściwą każdorazowo dezynfekcję, zorganizować i urządzić stację zdrowia we wsi, zorganizować i przeprowadzić zwalczanie śmiertelności niemowląt, urządzić poradnię dla matek i t. d.

Na egzaminie z psychiatrii sądowej zdający wykazali, że posiadają orientację co do opiniowania w sprawach cywilnych o ubezwłasnowolnienie i kuratelę, że wiedzą, jak opiniować w sprawach administracyjnych; że znają wskazówki wogóle co do formowania opinii sądowo-lekarskiej, a także procedury sądowej. Z egzaminu tego działu wykładów przekonać łącznie się mogłem, że szeroko tutaj uwzględnione zostały ze stanowiska psychiatrii sądowej, psychiatrii klinicznej, psychopatologii ogólnej, psychozy ostre, psychozy przewlekłe, psychozy na podłożu organicznym, padaczka i alkoholizm, psychozy ewolucyjne. W wykładach też uwzględniono przepisy prawne, dotyczące ubezwłasnowolnienia i kwalifikowania umysłowych chorych do zakładów specjalnych.

Wogóle, z egzaminów odniosłem wrażenie, że lekarze, którzy kurs dla nich zorganizowany przeszli, bardzo zainteresowali się tymi wykładami, bądź co bądź specjalnymi i dla lekarza, który nie pozostaje na urzędzie państwowym, co do treści nieznanymi i poniekąd nowymi. Koledzy zaś wykładający włożyli w całą tę pracę niezaprzeczenie dużo energii, zapału i talentu pedagogicznego.

Tegoż samego dnia, t. j. 15 maja w sali Towarzystwa Przyjaciół Nauk odbył się akt rozdania świadectw kandydatom na lekarzy powiatowych. W świadectwie powiedziałono, „P. Dr. brał udział w kursie praktycznym i teoretycznym dla kandydatów na lekarzy powiatowych, aprobowanym przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego (z dnia 13-go marca r. b. Nr. dz. S.IV 981 (6115, 19); Świadectwo to uprawnia do sprawowania urzędu lekarza powiatowego w Polsce wedle ustaw i warunków rządowych“. Pod świadectwem o takiej formie i treści widnieją napisy: Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Komisaryat

N. R. L., Kierownik kursu, Szef Wydziału II, Szef Sekcji Zdrowia Publicznego przy Komisaryacie N. R. L.

Na boku, u dołu, herb Państwa z napisem na obwodzie: Rada Ludowa Naczelna.

Pod napisami tymi położono kolejno podpisy: J. Jaworski, W. Korfanty, A. Poświęński, W. Panieński, Prądyński, P. Gantkowski.

Przed rozdaniem świadectw, które wręczał delegat Ministerium, do zebranych lekarzy wygłosili przemówienia odpowiednie: Członek Naczelnej Rady Ludowej, który między innemi wyraził podziękowanie Ministerium za przysłanie swego Delegata, a następnie organizatorzy kursów dr. dr. Gantkowski i Panieński.

Na zakończenie, w imieniu Ministerium w przemówieniu swem podniosłem, jak wysoce ważne i odpowiedzialne jest stanowisko lekarza powiatowego, ma on bowiem rozstrząsać pieczę nad zdrowiem publicznem w odradzającej się Polsce. Zadania pod tym względem dziś są pojmovane i brane znacznie szerzej, niż dawniej.

Już sama organizacja i atrybucje tej najwyższej Magistratury Państwowej Sanitarno-lekarskiej, jaką jest Ministerium Zdrowia Publicznego w Polsce, właściwie pierwsze Ministerium takie w Europie, świadczy o tem, że zadania te w porównaniu z dawnymi, co do kompetencji, zakresu działania i egzekutywy wprost wyolbrzymiały.

W dążeniu do wypełnienia tych licznych i skomplikowanych zadań, których dokładne, rozważne i umiejętne wprowadzanie w czyn przez lekarzy powiatowych, dać może wysoce pożyteczne wyniki dla ludności i utrwalić powagę Rządu tak w obec obcych jak i w obec swoich — mówiłem dalej — potrzebne są dla urzędników lekarskich państwowych: duch gorliwości, pracy i poświęcenia obywatelskiego, t. j. zalety i właściwości, któremi lekarze Polacy, zwłaszcza w tej dzielnicy Polski, zawsze się wyróżniali.

W końcu, powitałem zgromadzonych kolegów, jako przyszłych urzędników lekarskich Państwa Polskiego, życząc Im w imieniu Ministerium Zdrowia Publicznego powodzenia, Naczelnej Radzie Ludowej, w osobie jej Przedstawiciela, Delegatowi tej Rady dla spraw lekarskich, wszystkim Panom wykładającym, organizatorom kursów, a przede wszystkim Dyrektorowi kursów dr. W. Panieńskiemu za ich ofiarę z wiedzy, pracy oraz poświęcenia dla tej sprawy, w imieniu Ministerium, złożyłem podziękowanie

Lista lekarzy, którzy zdali egzamin, zawiera 43 nazwiska. Z powodu tragicznego wypadku, jaki spotkał dwóch naszych kolegów, a który wstrząsnął i zasmutił nas wszystkich, na liście tej brak nazwiska kol. dr. T. Kasprowicza. Na parę dni przed ukończeniem kursów podczas zajęć z anatomii patologicznej, dokonywania sekcji na trupie, ulegli oni skałeczeniu; jeden z nich T. Karpowicz, pomimo zabiegów i troskliwej opieki lekarskiej, właśnie w dzień egzaminów 15

maja, życie zakończył. Pochodził on z m. Kępna i, aby wziąć udział w kursach, przedarł się do Poznania poprzez linie bojowe, powodowany nieprzemyślanym pragnieniem służenia odradzającej się Polsce, padł ofiarą obowiązku. Od Ministerium Zdrowia Publicznego złożono wieniec na trumnie Jego.

Zgromadzeni lekarze Wielkopolski z powodu zorganizowania kursów i egzaminów, a także sami organizatorzy tych kursów i wykładający na nich, również przedstawiciele Naczelnej Rady Ludowej złożyli i wysłali adresy i gratulację do Ministerium Zdrowia Publicznego.

Adres pierwszy, złożony na moje ręce i własnoręcznie podpisany przez kolegów z różnych części Wielkopolski do Poznania przybyłych, brzmi jak następuje:

„Pierwsi uczestnicy wielkopolskiego kursu dla lekarzy powiatowych, w pełni zrozumienia ważności służby zdrowia dla fizycznej tężyzny narodu polskiego, przesyłają Ministerstwu Zdrowia Publicznego w Warszawie, jako instytucji dla przyszłości Ojczyzny nieodzownej, tudzież jako przyszłej swej władzy zwierzchniej, wyrazy uznania i hołdu oraz życzeniu najpomyślniejszego rozwoju“.

Adres drugi, do Pana Ministra Zdrowia dr Janiszewskiego: „Kierownictwo oraz pierwsi absolwenci kursu dla lekarzy powiatowych w Polsce przesyłają w dniu rozdania dyplomów Panu Ministrowi Zdrowia Publicznego wyrazy czci i hołdu oraz gorące życzenia dalszej owocnej pracy dla dobra Polski“.

(Podpisy).
Adres trzeci, wysłany został na ręce p. Marszałka Sejmu Trąpczyńskiego do Komisji Sejmowej Sanitarnej z wyrazem uznania za współpracę Komisji w stosunku do Ministerium Zdrowia Publicznego, współpracę ważną i owocną w chwili budowy Państwa Polskiego.

Tyle—sprawozdanie z delegacji do asystowania przy egzaminach.

Przygotowanie kandydatów na lekarzy powiatowych łączy się ściśle wogóle ze stosunkami lekarskimi i leczniczymi w Wielkopolsce. Z tego powodu postanowiłem skorzystać tym razem z pobytu swego w Poznaniu i zebrać przynajmniej najważniejsze dane, głównie cyfrowe, dotyczące tych stosunków.

Poznańskie liczy wszystkiego 44 powiaty, Prusy Zachodnie mają powiatów 35, a Śląsk Górny posiada powiatów 38. Według danych, udzielonych mi przez Szefa sekcji zdrowia publicznego przy Komisaryacie Naczelnej Rady Ludowej, dra P. Gantkowskiego, w Poznańskim dotychczas obsadzono 11 stanowisk lekarzy powiatowych lekarzami polakami. W miarę opuszczania tych stanowisk przez lekarzy niemców posady ich zajmować będą rodacy nasi.

W Prusach Zachodnich wszystkiego jest tylko 45 lekarzy Polaków, z których dotychczas żaden nie zajmuje stanowiska urzędowego.

Na Górnym Śląsku jest zaledwie wszystkiego 25 lekarzy polaków, odsuniętych przez rządy hakatystyczne od wszelkich posad rządowych, a nawet posad gminnych i żyjących z praktyki, jak mnie objaśniono, z małkonotentów kas chorych, gdzie lekarzami mają prawo (*horribile dictu*) być tylko niemcy.

Według spisu wszystkich lekarzy polaków w byłym zaborze pruskim ogółem jest — 292, z liczby tej na samo miasto Poznań przypada 94.

Z wyliczeń, jakie poczyniłem, między innemi pokazuje się, że na Bydgoszcz przypada tylko 8 lekarzy polaków. W tak dużym mieście jak Opole nie odnalazłem żadnego lekarza polaka, w Toruniu jest ich 12, w Gnieźnie 6, w Ostrowiu 7, w Inowrocławiu 6, w Grudziążu 3.

Ciekawym szczegółem będzie że w Gdańsku, jak stwierdziłem, jest 8 lekarzy polaków. W Sopocie znalazłem 3 lekarzy polaków. W miejscowościach na wybrzeżu pomorskiem jak: Oliwa (Gdańsk — Wyżyny) Weicherowo również praktykują lekarze polacy. Wogóle, rozpatrując się w mapie byłego zaboru pruskiego i w spisie lekarzy polaków tam osiadłych i praktykujących, odnoszę wrażenie, że rozsiedli się oni nierównomiernie w stosunku do ludności, do większych jej skupisk, wreszcie, do przestrzeni. Wydaje mi się, że zjawisko to da się wytłomaczyć temi wyjątkowymi i sztucznymi warunkami życia politycznego i społecznego, jakie wytwarzał potworny system rządu pruskiego względem ludności polskiej.

(Dok. n.).

Dział sprawozdawczy.

№ 14. Sprawa białkomoczu i zapalenia nerek czasu wojennego.

1) W. Langdon Brown: Okopowe zapalenie nerek (*Trench Nephritis*) 1916 19.2.
2) F. G. Chandler: Notatki o białkomoczu i gorączce okopowej 1916 26.2. 3) F. C. Davies i R. P. Weldon: Przyczynek do badań nad zapaleniem nerek czasu wojennego 1917 28.7. 4) C. F. Sundell i A. T. Nankivel: Zapalenie nerek czasu wojennego 1917 15.9.

Rozumie się samo przez się, że choroby nerek, zdarzające się w czasie wojny, nie

mogą stanowić ściśle zamkniętej i wyodrębnionej grupy, gdyż nawet w razie istnienia postaci, zawdzięczających powstanie szkodliwosciom wojennym, zdarzały się jednocześnie musialy inne o etyologii tej samej, co w czasie pokoju, których różniczkowanie od tamtych z trudnością tylko chyba dawałoby się przeprowadzić. To też w dostępnej mi literaturze angielskiej używana pierwotnie, co prawda odrzuca z pewnemi zastrzeżeniami, nazwa: Zapalenie nerek okopowe (*Trench Nephritis*) stopniowo ustępuje miejsca innej

mniej obowiązującej: Zapalenie nerek na wojnie (*War Nephritis*).

Na etiologię tej choroby różni autorowie różnie się zapatrują, zależnie od osobistych wrażeń, wyniesionych z licznych już dziś obserwacji. Figuruje tu więc oczywiście przeziębienie, zwłaszcza z przemoknięciem, przyczem niektórzy zwracają szczególną uwagę na silne wahania temperatury, zbytnie zmęczenie, nieodpowiednie pożywienie, podobnie jak w skorbutcie i chorobie Barlowa, z którymi to stanami, zdaniem pewnej części autorów, opisywana choroba posiada niektóre rysy wspólne, różne sprawy infekcyjne np. płonica bez wysypki, angina, tyfus, dysenterya, grypa i t. p. Z drugiej strony jednakże rzeczowa i spokojna krytyka wyżej wspomnianych etiologicznych momentów w pracy Langdona Browna wykazuje, że w najlepszym razie żaden z nich nie może rościć pretensji do tego, aby dał się zastosować, jeśli nie zawsze, to przynajmniej najczęściej. Gdy dodamy jeszcze, że są badacze, (Davies i Weldon) którzy w samym zapaleniu nerek czasu wojennego skłonni by może widzieć „*sui generis*” zakaźną chorobę dzięki obserwowanym przez nich przypadkom zasłabnięć pomiędzy osobami, pielęgnującymi takich chorych oraz, że wyhodowano już też z krwi odnośnych pacjentów małe, nie barwiące się według Grama dwoinki (Thornley), inni badacze zaś wywoływali u królików i małp stany chorobne, zastrzykując im mocz prze-filtrowany swoich nefrytyków (Mackenzie i Wallis) to przypuścić nam wypadnie, że etiologia tej postaci albo w ogóle nie jest jednolita, albo też w każdym razie niedostatecznie jeszcze wyjaśniona. Jedno zdaje się być rzeczą pewną, a mianowicie fakt, że na ową chorobę rzadko stosunkowo zapadają oficerowie angielscy oraz wojska indyjskie. Czy przyczyny tego godnego uwagi zjawiska szukać należy w warunkach żywienia się (świeże mięso, świeży nabiał, owoce i jarzyny) podczas, kiedy żołnierz angielski poprzestaje nieraz na samych tylko konserwach (Sundell i Nankivel), czy też w jakichś innych, jeszcze nieznanych okolicznościach, to na razie pozostaje kwestią otwartą.

Okres zwiastunów niekiedy zaznacza się uprzedniem niedomaganiem, w innych razach zdaje się nie występować. Sama choroba natomiast często zaczyna się silnym bólem głowy, krzyża i nóg z mniej lub więcej wysoką temperaturą, poczem zjawia się obrzęk ogólny lub miejscowy (twarzy) oraz duszność. Nierzadko od początku choroby silnie kaszla i w ogóle według zdania części autorów zdarzają się postaci, zaczynające się i przebiegające z obrazem klinicznym zapalenia płuc i dróg oddechowych. Tętno zmian charakterystycznych nie przedstawia, stała tachykardia należy do rzadkości, ciśnienie krwi bywa często, jednakże niezawsze, wzmożone. Ilość moczu w ciągu pierwszych dni zmniejszona, później może nawet przekraczać normę. Białko niekiedy występuje w znacznych, częściej w niewielkich ilościach. Niektórzy

autorowie nie znajdowali go zupełnie w połowie prawie wszystkich badanych przypadków. Stale natomiast znajduje się w moczu wałeczki ziarniste, rzadziej szkliste, oraz tłuszczowo zwyrodniałe komórki nabłonkowe. Obecność czerwonych ciałek stwierdzić się daje w 70 — 80⁰/. Obecność krwi makroskopowo wykazać można według jednych trochę mniej niż w połowie przypadków, według innych rzadziej.

Przy badaniu barwionych preparatów krwi zmian wyraźnych nie stwierdzono. Badanie płynu mózgowordzeniowego wykazało w jednym na dwa przypadki obecność małych jednojądrzastych białych ciałek w większej niż normalne ilości oraz 0,02⁰/o mocznika. Na 58 badań otrzymano 18 razy dodatni odczyn Wassermanna (a więc w stosunku wyższym niż przy badaniu ogółu żołnierzy).

Objawy uremiczne występują mniej więcej w 8⁰/o przypadków, niekiedy już bardzo wcześnie. Stanowią one jedną z bezpośrednich przyczyn niewysokiej zresztą, bo obliczanej na 2—4⁰/o śmiertelności „*war nephritis*”, przechodząc jednakże w wielu innych przypadkach w wyzdrowienie. Zwłaszcza drgawki uremiczne, rozwijające się nieraz nagle, dają naogół dobre rokowanie, o ile nie zabijają chorego od razu. Zapewne na tle uremicznem rozwijają się niekiedy psychozy, trwające czas dłuższy.

Z powikłań zasługuje na uwagę przede wszystkim zapalenie oskrzeli i płuc, jako druga najważniejsza przyczyna śmierci obok mocznicy.

Jeśli zapalenie nerek czasu wojennego ma przejść w wyzdrowienie, to nieraz już po upływie tygodnia obrzęki i duszność znikają (podwyższenie ciepłoty często jeszcze prędzej) i pacjenci czują się względnie dobrze, jednakże wówczas często w moczu ich znaleźć można wałeczki, krew i białko. Przytem zdarzają się nawroty białkomoczu, który nabiera charakteru przepuszczającego, trwając w niektórych razach do 14 tygodni. Zdaniem Langdona-Browna zmniejszone wydzielanie diastazy w moczu dowodzi, że zupełne wyzdrowienie jeszcze nie nastąpiło.

Co się tyczy anatomii patologicznej, to niektórzy autorowie stwierdzają obecność rozlanych procesów zapalnych nerek, inni natomiast ogniskowych. W każdym razie zmiany dotyczą nie tylko kłębków i torebek Bowmana, lecz także kanalików krętych. Istota śródmiąższowa, według jednych, pozostaje niezmieniona, podczas gdy, według innych, znajdujemy tam obrzęk i drobnokomórkowe nacieczenie, albo nawet wylewy krwi. W płucach ogniska bronchopneumonii i zawały; powiększenie oraz tłuszczowe zwyrodnienie wątroby. Śledziona natomiast często posiada objętość mniejszą od normalnej; obrzęknięcie jej bywa objawem rzadszym.

Leczenie wyczekujące. Stosowania środków moczopędnych naogół nie poleca się. Rzadko też wypada stosować środki napotne, zważywszy, że tacy chorzy samoinstnie łatwo się pocą. Natomiast poleca się, zwłaszcza w

początkach choroby stosowanie środków czyszczących (kalomel, sole). Większość autorów stosuje w ciągu kilku pierwszych dni mniej albo więcej ścisłą dietę mleczną. W uremii upusty krwi z następnym wlewaniem do żył rozczyńców solnych, oraz przekłucie łądźwio-

we. Wewnętrznie niektórzy z autorów radzą w takich razach podawać morfinę i preparaty makowca (omnupon), które wywierają ma także wyraźne działanie moczopędne.

(The Lancet).

S. T.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Sekcja neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie dnia 18 maja r. 1918.

1) Pręgowski a) ilustrował zapomocą zdjęć fotograficznych sposób trzymania termoforu, stosowanego na górny odcinek szyjowy kręgosłupa przy schylonej głowie. Celem tej modyfikacji jest umożliwienie łatwiejszego działania na ośrodki naczynioruchowe, znajdujące się w wyższych częściach osi mózgowo-rdzeniowej.

b) P. przedstawił przypadek katatonii, leczonej pomyślnie wyżej opisaną metodą. W dyskusji Łapiński, Miszewski i Rychliński zaznaczali, że ośpienie wczesne jest skłonne do nawrotu bez i pomimo jakiegokolwiek zabiegu leczniczego.

2) Higier: Pokazy porównawcze z kliniki krzywicy późnej (*rhachitis tarda*) i osteomalacji pozornej.

H. przedstawił 4 przypadki z całego szeregu podobnych chorych, których postrzegał w ostatnich latach wśród proletariatu miejskiego. Obraz kliniczny: chorzy zwykle dorośli, doznają zwykle osłabienia kończyn dolnych z przykrem uczuciem bólu i zmęczenia w krzyżu, w podżebrzach. Badanie radiograficzne kazało podejrzewać osteomalację. W jednym przypadku u chorego w 18 r. życia stawy namiętnie zaczęły grubieć. Zdaniem H. obrazy późnej krzywicy i wczesnej osteomalacji są do siebie zbliżone, tak, że osteomalacja jest poniekąd krzywicą wyrosłej kości, a krzywica osteomalacją rosnącej. Fosfor działał w obu przypadkach korzystnie.

Goldflam zaznacza, że niewątpliwie mamy tu do czynienia z objawami zaburzenia w odżywianiu kości na tle pauperyzmu. W podobnych przypadkach trzeba jeszcze wykluczyć przewlekły gościec stawowy.

Flatau przypomina, że osteomalacja związana jest z cierpieniem jajników, tymczasem przypadki, przedstawione przez H. dotyczyły mężczyzn.

3) Bregman przedstawił przypadek zajęcia obwodowego „reumatycznego” nerwu twarzowego i słuchowego.

Sprawa chorobna trwa od 5 miesięcy. B. przypuszcza sprawę o charakterze „polyneuritis” i odrzuca przypuszczenie nowotworu mózgu lub kąta mózdkowo-mostowego dla braku innych objawów uciskowych.

Posiedzenie dnia 22 czerwca 1918 r.

1) Pręgowski a) wypowiedział kilka uwag w sprawie budownictwa psychiatrycznego i w sprawie opieki psychiatrycznej.

b) P. wskazał korzyści, jakie daje proponowane przezeń stosowanie niektórych lekarstw u umysłowo chorych między wargi ust przy zaciśniętych ustach i ilustrował metody zabiegu na zdjęciach fotograficznych.

2) Higier przedstawił przypadek wczesnych porażań mózgowych.

Mówca przedstawi chorego 25 letniego, który po ataku porażenia prawostronnego zaczął doznawać po pewnym czasie drgawek. H. rozpoznaje sprawę naczyniową, która dała porażenie; być może wtórna torbiel powoduje drgawki Jacksona.

W dyskusji jedni przemawiali za sprawą nowotworową, inni za sprawą naczyniową.

3) Bychowski przedstawił przypadek t. zw. skurczu torsyjnego, dotyczący 18 letniego młodzieńca. Na uwagę zasługiwał w danym przypadku pewien niedorozwój u chorego wtórnych cech płciowych.

Posiedzenie dn. 22 września r. 1918.

1) Flatau i Sterling przedstawił przypadek połowicznego skurczu twarzy w przebiegu zajęcia *arter. cerebelli poster. infer.*

Stwierdzono liczne objawy opuszkowe, właściwe temu zespołowi cierpienia, a oprócz tego kurcz w obrębie n VII, — objaw bardzo rzadki, którego powstawanie w tych warunkach nawet przez niektórych neurologów było kwestyonowane.

W dyskusji Bregman podkreślał możliwość zajęcia sprawą sklerotyczną i innych tętnic w sąsiedztwie w moście Varola, stąd objawy podrażnienia nerwu twarzowego.

Sterling nie uznaje odruchowego pochodzenia stanu podrażnienia nerwu twarzowego przy tym zespole objawów.

2) Sterling przedstawił przypadek stwardnienia wieloogniskowego u 8 letniego chłopca. Na uwagę w danym przypadku zasługiwało: początek choroby od zaburzeń psychicznych, przejściowe porażenia nerwu twarzowego i słuchowego i młody wiek chorego.

Koelichen wspomina, że widywał poprawę w tej chorobie od naświetlania promieniami Rentgena.

Flatau i Grzywo-Dąbrowski wspominali o wynikach ujemnych, otrzymanych przy sztucznym wywoływaniu u zwierząt tego cierpienia.

3) Bregman przedstawił chorą z ubytkiem kości czołowej z przypuszczalnym nowotworem mózgu.

Objawy ogólnomózgowe, padaczka Jacksona, zastoina brodawek, rozszerzenia siódła tureckiego.

4) Bychowski opowiedział o swych przeżyciach i wrażeniach neurologicznych podczas 4 letniego pobytu w armii rosyjskiej.

B, wskazywał potrzebę powstania specyjalne-

go instytutu leczniczego dla chorych, dotkniętych cierpieniem układu nerwowego wskutek urazu.

St. Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Do składu Rady Lekarskiej przy Ministerium Zdrowia Publicznego zaproszeni zostali kol. Bączkiewicz Jan, Polak Józef (z Warszawy), Chłapowski Franciszek, Łazarewicz Stanisław, Pamiński Walenty (z Poznania).

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie z przedmieściami. Od dn. 8 VI. do 14. VI. 1919 r. było zachorowań: na ospę 0, na odrę 8, na szkarlatynę 3, dur plamisty 139 (w tem 77 mężczyzn i 62 kobiety, 103 chrześcian i 36 żydów), dur brzuszny 1, dyzenterję 1, dyfteryt 1, drętwicę karku 5 (w tem 4 mężczyzn

i 1 kobieta, 0 chrześcian i 5 żydów), gorączkę płożową 1, Najwięcej przypadków duru plamistego było: w 26 okręgu—32, w 23 — 14, w 3 i 7 po 9, w 16, 20 i 21—po 8, w 5 i 15—po 7, w 7, 18 i 25 po 6, w 1 i 4—po 5, w innych cyfry pomniejsze.

NADESŁANE.

Prof. dr. Romuald Węglowski. Chirurgia operacyjna, podręcznik dla lekarzy i studentów z 623 rysunkami. Warszawa 1919.

Od Wydawcy.

Na początku kwartału bieżącego zamierzaliśmy z powodu znacznego podwyższenia kosztów druku zawiesić wydawanie „Gazety Lekarskiej“, która przez cały czas wojny beiz przerwy wychodziła. Zapowiedź o tem wywołała liczne protesty ze strony prenumeratorów, od których otrzymaliśmy listy, zachęcające do wytrwania na stanowisku i wyrażające gotowość przyczynienia się do pokrycia zwiększonych kosztów wydawniczych. To sprawiło, że po tygodniowej przerwie wznowiliśmy wydawnictwo i zamierzamy prowadzić je nadal.

Zmuszeni jednak jesteśmy, w celu wyrównania budżetu, opłatę podwyższyć i pobierać od 1 lipca mk. 27 półrocznie za prenumeratę miejscową i mk. 30 z przesyłką pocztową.

Wobec tego, że wielu z lekarzy prowincjonalnych zmieniło miejsce zamieszkania z powodu powołania do służby wojskowej, prosimy wszystkich naszych dotychczasowych prenumeratorów prowincjonalnych o wczesne nadesłanie przedpłaty na półrocze II, lub przynajmniej o zawiadomienie nas za pośrednictwem karty pocztowej, że życzą sobie nadal pismo otrzymywać.

Zalegających w opłacie za półrocze I prosimy o uregulowanie rachunków.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
A. Ciechomski. Przyczynę do kazuistyki		nych stosunkach i sprawach lekarskich w	
śłużaka wrzekomego otrzewnej (pseudo-		Wielkopolsce wiadomości i uwag kilka	293
mycoma peritonei), pochodzącego z wyro-		<i>Dział sprawozdawczy.</i> № 14. Sprawa białkomo-	
stka robaczkowego	287	czu i zapalenia nerek czasu wojennego	295
Karol Jonscher. Kilka uwag w sprawie t. zw.		<i>Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.</i> Posiedze-	
wskaznika odżywiania (gelidusi) Pirqueta	290	nia Sekcji neorolog.-psychiatrycznej dn. 18	
Odcinek. Doc. dr Józef Jaworski. O obe-		maja, 22 czerwca i 22 września 1918.	297
		<i>Wiadomości bieżące</i>	298

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

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

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2}, do 7-ej.

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

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 54, półrocznie Mk. 27; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 60, półrocznie M. 30. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej m. 2.25, na ostatniej M. 2 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.75.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy, Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁA Z DRUKU CZĘŚĆ II DZIEŁA:

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego

obejmująca:

Obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie

(zawierająca 75 rysunków w tekście i dodatek: „Plan badania klinicznego“).

Podręcznik dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘSNY BRONOWSKI

starszy ordynator Szpitala Wojskowego w Warszawie.

Cena mk. 40.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXII.

- Nr 1, 2, 3. **Seweryn Sterling.** Zapalenie nerek w świetle poglądów tegocześnie-nych.
- Nr 4, 5, 6. **J. Szmurło.** Gruźlica krtani, gardła i nosa w świetle własnych spo-strzeżeń.
- Nr 7, 8, 9, 10. **Władysław Janowski.** Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu i w kilku innych stanach chorobnych.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Dr Reichstein

ordynuje w CIECHOCINKU, willa „ADAMA”.

KRYNICAPensyonat Dra ZARZYCKIEGO
otwarty.**KRYNICA****D^r DEBICKI**

ordynuje w chorobach kobiecych i wewnętrznych.

IWONICZ.Lekarz zakładowy **Dr Józef Jasieński**
ordynuje, jak lat ubiegłych.**SZCZAWNICA****Dr Rudolf Hammerschlag**
ordynuje jak dawniej w willi „ATYLLA”.**SZCZAWNICA**

Sezon od 1 czerwca do 21 września.

Szczawy alkaliczno-słone (7 źródeł).

Wskazania: Choroby dróg oddechowych, narządu trawienia, dróg moczowych, przemiany materii, krwi i choroby nerwowe. — Stacja kolejowa Stary Sącz lub Nowy Targ. Mieszkania od 2 K. począwszy. — Produkty spożywcze jak to: mąkę, smalec, cukier, ryż i t. p. dostaje Zakład od Ministerstwa aprowizacji.

Zakład Wód Mineralnych w Ciechocinku

jest otwarty od dnia 1-go maja do dnia 30 września włącznie.

Wody Ciechocińskie jodo-bromo-słone szczególnie są pożyteczne w cierpieniach skrofalicznych, reumatycznych i artretycznych, chorobach kobiecych i nerwowych, przewlekłych zapaleniach kości, okostnej i stawów, wadliwej lub zwolnionej przemianie materii, otyłości, chronicznych chorobach skórnych, przewlekłych katarach górnego odcinka dróg oddechowych, niektórych cierpieniach żołądkowo-kiszczkowych, chorobie angielskiej i wielu innych.

Zakład posiada 11 źródeł z rozmaitym koncentracją solanki od 6³/₄% do 1¹/₃% (artezyjskie № 8 do picia, zawierające 1.28 jednostek emanacji radioaktywnej). W Ciechocinku można brać kąpiele: solankowe, borowinowe, kwasowęglowe, elektryczne świetlne, łaźnie, tuszówki i inhalacje.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR” niniejszem zawiadamia W W. P.P. Doktorów, iż

„MOTOFER”

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: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

KSIĘGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
polecą jako nowość na czasie:Dr med. i fil. **STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI****DUR WYSYPKOWY**

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

SILV-OZON
„MOTOR”w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR”

Marszałkowska 23.

SALMET
„MOTOR”

(Balsam Methyl Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR”.