

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 32.

Warszawa d. 11 Sierpnia 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15. .

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O widzeniu barw i ślepotę dla barw w histeryi. Napisał d-r L. Bregman — O lewulozuryi. Skreślił M. Halpern. (Ciąg dalszy). — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 6 marca r. b. — Odcinek. Warszawski dom wychowawczy ks. Baudouina w świetle histeryi. Podał d-r B. Korybut-Daszkiewicz. (Ciąg dalszy). — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 czerwca do 14 lipca r. b. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w lipcu r. b. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r med. L. Bregman — De la vision des couleurs et de la cécité pour couleurs dans l'hystérie. 2) M. Halpern — Sur la levulosurie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r med. L. Bregman — Ueber Farbsehen und Farbenblindheit bei Hysterie. 2) M. Halpern — Ueber Levulosurie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie l'przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chorych nerwowych D-ra Bregmana w szpitalu Starozakonnych na Czystem.

O widzeniu barw i ślepotę dla barw w histeryi.

Napisał

D-r med. L. BREGMAN

Zaburzenia w dziedzinie zmysłu barw są wprawdzie w histeryi zjawiskiem dość zwykłym, atoli przewaga jednej barwy nad innemi i wi-

dzenie wszystkich przedmiotów w tej jednej barwie spotyka się bardzo rzadko. Opracowując przed kilkoma laty podobny objaw, spostrzegany przezemnie w wiaździe rdzenia¹⁾, przejrzałem całą odnośną literaturę i znalazłem bardzo niewielką liczbę prac, sprawie tej poświęconych. Uważałbym za zbyt uczynne zreferowanie w tem miejscu tych spostrzeżeń, tem bardziej, że są one po największej części opisane jako curiosa,

¹⁾ Bregman. O widzeniu barwy zielonej i fioletowej w wiaździe rdzenia Medycyna 1904 N. 12 str. 231.

bez bliższego objaśnienia i umotywowania obserwowanych zjawisk. Zaznaczę tylko, że reprezentowane są prawie wszystkie barwy — żółta, czerwona, zielona, niebieska. Żółta i czerwona są stosunkowo najczęstsze, zielona nieco rzadsza, najrzadsza zaś barwa niebieska. Pewna część tych spostrzeżeń należy do historii, w niektórych przypadkach stwierdzono peryferyczne cierpienie narządu wzrokowego, w innych powstanie objawu pozostało niewyjaśnione. Powszechnie znane jest widzenie żółtej barwy w otruciu santoniną.

W historii najczęstszym objawem w dziedzinie poznawania barw jest koncentryczne ograniczenie pola widzenia dla barw. Pole widzenia dla barwy zielonej i fioletowej jest zwykle najbardziej ograniczone, po nich następuje czerwona i pomarańczowa, najslabiej zaś dotknięte są żółta i niebieska. Ograniczenie pola widzenia dla barw, które zwykle, choć nie zawsze (NONNE), idzie w parze z ograniczeniem pola widzenia dla koloru białego, również jak i to ostatnie, nie dochodzi do świadomości chorego.

Większy stopień zaburzeń znajdujemy w tych przypadkach, gdzie jedna lub więcej barw nie są wcale przez chorego poznawane — częściowa ślepotą dla barw (Dyschromatopsia).

Bardzo rzadka natomiast jest zupełna ślepotą dla barw (achromatopsia), przy której wszystkie przedmioty wydają się szarymi (grau in grau)²⁾.

O powikłaniu ślepoty częściowej dla barw widzeniem jednej barwy nie znalazłem w całej dostępnej mi literaturze żadnej wzmianki.

Przypadek taki, spostrzegany w moim oddziale³⁾, pozwolę sobie nieco szczegółowiej opi-

sać i dodać kilka uwag, dotyczących wzajemnego stosunku tych objawów.

Dawid Urman, 30 lat, handlarz mięsa z Kiszyniowa, zapisał się do oddziału chorób nerwowych w d. 18 maja 1905 r.

Chory brał udział w wojnie rosyjsko-japońskiej. Zachorował po bitwie pod Laojanem. Pamięta tylko, jak uciekał wraz ze swym pułkiem. Co się potem z nim stało, sam nie pamięta. Towarzysze mu opowiadali, że, uciekając, spadł z konia i stracił przytomność. W stanie bezprzytomnym przywieziono go do szpitala Czerwonego Krzyża, w którym pozostawał ciągu 6 tygodni. Jako chorego, odesłano go do domu. Powróciwszy do Kiszyniowa, poprawił się i powrócił do swego zajęcia. Wysłany z transportem bydła do Warszawy, po drodze w bliskości Brześcia-Litewskiego zachorował. Doznał silnego zawrotu głowy, nudności, wymiotów. Przytomność była zamroczona, tak że nie pamięta dobrze, jakim sposobem do naszego szpitala się dostał. Takie same napady miał zresztą kilkakrotnie i w samym Kiszyniowie.

Przy badaniu przeze mnie, nazajutrz po wstąpieniu do szpitala, przytomność była zupełnie zachowana. Chory uskarża się jeszcze na zawroty głowy i na lekkie nudności. Ból głowy z prawej strony. Bóle w prawej nodze w okolicy ścięgna Achillesa. Pamięć osłabiona. Bezsenność.

Przedmiotowo: Stan odżywiania dobry. Narządy wewnętrzne zdrowe. Wyraźne znieczulenie całej prawej połowy ciała. Odruch łącznikowy z obu stron zniesiony, również gardzielowy. Podeszwowe zmniejszone, prawy mniejszy od lewego. Brzuszny prawy zniesiony, lewy osłabiony. Nosidłowe oba zniesione, ścięgnowe nie są wzmożone. Żrenice oddziałują dobrze. Ruchom gałek ocznych towarzyszą z początku lekkie drgania nystagmusowe. Język drży. Powieki przy zamykaniu ocz lekko drżą. Ręce wyciągnięte również drżą. Objawu ROMBERG'a brak.

²⁾ Briquet, Landolf cytowana podług Binswanger'a Historia w dziele Nohnagel'a Specielle Pathologie und Therapie str. 218.

³⁾ Chory był demonstrowany na posiedzeniu lekarzy szpitalnych w dniu 4. V. 1905.

Następnego dnia chory został zaniepokojony pojawieniem się nowego objawu. Nagle wszystkie przedmioty przedstawiły mu się w żółtej barwie. Objaw ten pokazał się już raz, w domu i trwał wówczas około 8—10 dni. Tym razem jest on o wiele silniejszy. Przy dokładniejszym badaniu pokazuje się, że chory przedmioty białe widzi jako żółte, koloru słomy. Rzeczy zielone wydają się również żółtemi: trawa żółta, drzewa u góry zupełnie żółte, u dołu żółtawe. Czerwony kolor chory poznaje, niebieskie przedmioty widzi jako czarne (niebieski kubek emaliowany — czarny, szlafrok szpitalny w pasy czarne i niebieskie — czerwony i czarny). Patrząc oddzielnie każdym okiem, widzi tak samo.

Przy badaniu kolorowemi włóczkami chory zalicza do koloru żółtego odcienie jasnozielone, jasno-niebieskie, różowe i brunatne. Do czerwonego — kilka odcieni ciemno-czerwonych, a również do zielonego ciemno-zielone (przytem

waha się mocno). Odcienie niebieskie podaje za czarne.

Badanie perymetrem pokazuje, że chory w polu widzenia również widzi żółte zamiast białego. Przytem pole widzenia jest z obu stron koncentrycznie zmniejszone, z prawej mniejsze, aniżeli z lewej. Dla koloru żółtego jest ono m. w. tak samo ograniczone jak dla białego. Znacznie większe jest zwężenie dla czerwonego; przytem chory poznaje czerwone li tylko w najbliższym sąsiedztwie punktu fiksacyjnego, na obwodzie zaś widzi zamiast czerwonego żółte. Na prawej stronie zwężenie jest większe. Najbardziej zwężone jest pole widzenia dla niebieskiego, jednakowo z obu stron: zamiast niebieskiego chory widzi czarne. Dla zielonego zwężenie jest bardzo znaczne na prawem oku, mniejsze na lewem: na obwodzie chory widzi zielone żółtawem lub czarnawem.

Wynik badania perymetrem był następujący:

	Ku górze	Ku górze i zewnątrz	ku zewn.	ku dołowi i zewn.	ku dołowi	ku dołowi i wewn.	ku wewn.	ku górze i wewn.
OKO PRAWE								
Kolor biały	40°	55°	65°	55°	35°	40°	40°	40°
„ żółty	35	52	65	60	45	50	50	45
„ czerwony	35	40	55	25	25	30	30	30
„ zielony	25	22	27	21	21	17	20	20
„ niebieski	20	20	25	20	10	12	20	20
OKO LEWE								
kolor biały	50	50	60	65	45	40	45	50
„ żółty	50	55	60	45	60	40	45	40
„ czerwony	30	40	50	40	35	40	40	40
„ zielony	50	40	50	42	42	50	50	50
„ niebieski	25	30	30	25	20	25	30	20

3. VI. Przy powtórnym badaniu kolorowymi włóczkami widzenie żółtego jest jeszcze silniejsze. Chory prawie wszystkie włóczki prócz niebieskich zalicza do żółtych, naprzód dokłada wszystkie odcienie jaśniejsze, potem ciemniejsze. Szukając koloru czerwonego i zielonego, dobiera po długich wahaniach kilka najciemniejszych odcieni. Niebieskie w pewnej odległości wydaje się czarnem; w bliskości zaczyna poznawać kolor niebieski.

W dalszym przebiegu objawy powyższe stopniowo znikają; 10 czerwca chory przestał już zupełnie widzieć żółto, inne dolegliwości również ustąpiły, i chory zażądał wypisania ze szpitala.

Mamy tu przypadek histeryi pochodzenia urazowego. 30-letni żołnierz, uciekając z pod Laojanu, spada z konia. Uraz nie musiał być bardzo wielki, gdyż żadnych śladów po sobie nie zostawił. Niewiadomo zresztą, czy wogóle było jakiekolwiek uszkodzenie zewnętrzne ciała. Natomiast silne podniecenie psychiczne, spowodowane kilkodniową bitwą i ucieczką przed ścigającym nieprzyjacielem, fizyczne zmęczenie, niedostateczne odżywianie musiały niewątpliwie przyczynić się do powstania ciężkiej nerwicy.

Prócz ciężkich napadów histerycznych z częściową utratą przytomności i utratą pamięci, chory doznawał różnych dolegliwości podmiotowych, a przedmiotowo wykazywał znieczulenie prawej połowy ciała, brak odruchów z błon śluzowych (jącznicy, gardzieli), odruchów nosiłowych, zmniejszenie podeszwowych, zwłaszcza prawego, drżenie języka, powiek, rąk.

(D. n).

O LEWULOZURYI.

skreślił

MIECZYŚŁAW HALPERN.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 31).

Już dawniejsi badacze spotykali się nieraz przy badaniu moczu dyabetyków z takimi faktami, które należało sobie tłumaczyć obecnością lewulozy. Takie obserwacye poczynili np. VENTZKE, który znajdował lewoskrętność w moczu dyabetyka, wynoszącą 1,5° obok silnej fermentacyi moczu, ZIMMER, CZAPEK, w którego przypadku lewoskrętność wynosiła 1,47°/° *resp.* 0,17° przy redukcji odpowiadającej zawartości cukru 9,8% *resp.* 1%; dalej KÜLZ, WORM - MÜLLER, MARIE i ROBINSON i inni mieli analogiczne przypadki. We wszystkich tych jednak przypadkach obecność lewulozy nie została dowiedziona przy pomocy reakcyi nowoczesnych, i dopiero ROSIN i LEBAND (36) niezbitcie dowiedli, że mocz dyabetyków zawiera często obok glikozy mniejsze lub większe ilości lewulozy. W celu wykrycia lewulozy w moczu dyabetyka należy przede wszystkim przekonać się, czy mocz badany daje próby SELIWANOFF'a i NEUBERG'a. Przy wykonaniu próby SELIWANOFF'a należy mieć specjalnie w danym razie jeszcze jeden wzgląd na uwagę.

Jak wykazał ROSIN (37), cukier gronowy, znajdujący się, jak wiadomo, w moczu dyabetyków, przy gotowaniu z kwasem solnym może dać lewulozę, a przeto i reakcyę SELIWANOFF'a; następuje to wszakże dopiero po dłuższem gotowaniu, trwającem 1 — 2 minut; z tego więc względu przy wykonaniu próby SELIWANOFF'a w moczu dyabetyków należy tylko bardzo krótko — kilka sekund zaledwie — gotować zawartość probówki. Widzieliśmy już powyżej, że wogóle przy wykonaniu omawianej próby gotowanie nie powinno długo trwać, gdyż produkty rozpadu

rezorcyny mogą symulować obecność lewulozy, u dyabetyków zaś należy się obok tego wystrzeżać jeszcze wytworzenia lewulozy z glikozy. Jeżeli mocza daje próbę SELIWANOFF'a i NEUBERG'a, a po sfermentowaniu nie daje ani jednej, ani drugiej, to musimy przypuścić, że obok glikozy moczu ten zawiera i lewulozę. Badanie ilościowe potwierdza nam to przypuszczenie. Ponieważ zawartość lewulozy w moczu dyabetyków jest zazwyczaj niewielka i prawie bez wyjątku mniejsza, niż zawartość glukozy, to dziwić się nie należy, że moczu taki pomimo obecności lewulozy skręca płaszczyznę polaryzacji na prawo. Ilość jednak cukru, określona przy pomocy polarymetru, nie będzie odpowiadała istotnej zawartości cukru w badanym moczu, gdyż prawoskrętność, wywołana przez glikozę, musi pokryć lewoskrętność, zależną od lewulozy, nie mówiąc już o innych lewoskrętnych składnikach moczu, jakim może być np. kwas β -oksymasłowy. Ilość tego kwasu nie trudno jest określić; ponieważ lewuloza i glukoza łatwo ulegają fermentacji po dodaniu drożdży, możemy je więc tą drogą z moczu usunąć, i badanie polarymetryczne moczu sfermentowanego wykaże nam lewoskrętność zależną od zawartości w moczu kwasu β -oksymasłowego, *resp.* wszystkich innych substancji niewęglowodanowych. Po dodaniu otrzymanej lewoskrętności do poprzednio określonej prawoskrętności moczu niesfermentowanego otrzymamy ten stopień prawoskrętności, który zależy jedynie od obecności glukozy i o tyle mniejszy od istotnej zawartości glukozy, ile moczu zawiera lewulozy, czyli prawoskrętność będzie odpowiadała różnicy pomiędzy ilością glukozy a ilością lewulozy w badanym moczu. Z drugiej zaś strony posiadamy metody, które nam pozwalają określić całkowitą ilość cukru w moczu, t. j. sumę glukozy i lewulozy, a mianowicie metodę redukcijną i fermentacyjną. Określiwszy przy pomocy jednej z tych metod, np. metodą FEHLING'a *resp.* PARY'ego lub przy pomocy sacharo-

metru LOHNSTEIN'a, opartego na fermentacji, całkowitą ilość cukru i otrzymawszy większą zawartość, aniżeli wykazywał polarymetr, przekonujemy się, że moczu badany w istocie zawiera lewulozę, gdyż tylko lewuloza może taką różnicę spowodować, i jednocześnie jesteśmy w stanie określić istotną zawartość zarówno lewulozy, jak i glikozy. Objasnijmy to na przykładzie. Przypuśćmy, że moczu nie sfermentowany wykazuje prawoskrętność, odpowiadającą zawartości glukozy 6‰, a po sfermentowaniu lewoskrętność tego moczu wynosi 0,4‰; w takim razie istotna prawoskrętność danego moczu w zależności od cukru stanowi 6,4‰ (w obliczeniu na glikozę); ilość ta wykazuje nam różnicę pomiędzy zawartością glukozy (D) i lewulozy (L); przypuśćmy w dalszym ciągu, że metoda FEHLING'a wykazuje w tymże moczu zawartość cukru 7,8‰; metoda ta wykazuje nam całkowitą ilość cukru, t. j. $D + L$. Mając więc z jednej strony $D - L = 6,4‰$, a z drugiej $D + L = 7,8$, możemy znaleźć $D = \frac{6,4 + 7,8}{2} = 7,1‰$ i $L = \frac{7,8 - 6,4}{2} = 0,7‰$.

Liczyby te, przy podobnym otrzymane obliczenia, nie są jednak absolutnie ścisłe, gdyż otrzymaliśmy je bez uwzględnienia różnicy pomiędzy siłą redukcijną i polarymetryczną glikozy z jednej strony a lewulozy z drugiej, przyjmując je za jednakowe i mianowicie odpowiadające glikozie. Jeżeli różnica siły redukcyjnej nie odgrywa tu znaczniejszej roli, bo jest stosunkowo niewielka (stosunek siły redukcyjnej glikozy do takiejże siły lewulozy odpowiada 100 : 92,08), to w każdym razie różnica siły skręcania płaszczyzny polaryzacji jest zbyt wielka, aby ją pomijać było można; ponieważ stopień lewoskrętności lewulozy jest większy od stopnia prawoskrętności glikozy, więc otrzymana przy powyższym rachunku ilość lewulozy jest większa od istotnej o jakie 35 — 40 ‰.

ROSIN i LABAND (38) przeprowadzili szereg systematycznych badań w omawianym kierunku

i przekonali się, że mocz dyabetyków stosunkowo często zawiera lewulozę. Dotyczy to przeważnie przypadków z zawartością cukru powyżej 2%, przy 1 — do 2% cukru lewuloza występowała rzadko, a poniżej 1% nigdy; z drugiej jednak strony przypadki z obecnością lewulozy w moczu wcale nie należały do ciężkich. Ilość lewulozy bywa w dyabecie bardzo rozmaita, ale naogół niewielka; w 16 przypadkach ROSIN'a i LABAND'a nie przenosiła 1%, zazwyczaj stanowiła nawet zaledwie kilka dziesiątych %. Lewulozurya dyabetyków jest skutkiem ich lewulozemii, t. j. obecności lewulozy we krwi, jak tego dowiedli ROSIN i LABAND; niezwykle interesującym jest faktem, że ilość lewulozy we krwi dyabetyka może być bardzo znaczna; w przypadku badanym surowica dwukrotnie rozcieńczona i pozbawiona części swej lewulozy przy strącaniu białka skręcała jeszcze nalewo w stopniu, odpowiadającym 0,4% glikozy; lewoskrętność owej surowicy dowodzi również, że ilość lewulozy przewyższała w niej ilość cukru gronowego, podczas gdy w moczu stosunek był odwrotny.

Oprócz ROSIN'a i LABAND'a znajdowali lewulozę w moczu dyabetyków i inni autorowie. UMBER (39) widywał lewulozę w moczu jedynie u ciężkich dyabetyków i nawet dość często, a mianowicie przeważnie wtedy, kiedy chorzy w dyecie swej nie uwzględniali tolerancji swego ustroju względem węglowodanów. Do tej samej kategorii należy zaliczyć i opisaną powyżej moją obserwację. SCHWARZ (40) na 19 przypadków dyabetu znajdował lewulozę w moczu obok glukozy 6 razy i w odróżnieniu od ROSIN'a i LABAND'a nawet przy zawartości cukru poniżej 1%. SCHLESINGER (40), podobnie jak UMBER, napotykał lewulozurę w ciężkich przypadkach dyabetu, wreszcie LION (42) i NEUBAUER (43) opisali po jednym przypadku mieszanej mellituryi.

Pierwszą kwestyą, nasuwającą się przy

badaniu lewulozuryi u dyabetyków, jest zachowanie się jej pod wpływem diety, na co też autorowie baczniejszą zwrócili uwagę. Okazuje się, że nie wszystkie przypadki zachowywały się pod tym względem jednakowo. Tak np. SCHWARZ zauważył w swoich przypadkach, że lewuloza występowała w moczu zarówno przy obfitej w węglowodany dyecie, jak i przy bezwęglowodanowej; tylko w 2 przypadkach (na 6) znikła przy usunięciu węglowodanów, występując po dodaniu chleba jednocześnie z wzmożoną glikozurą; podobnie zachowywała się lewuloza w przypadkach UMBER'a, występując w moczu przeważnie wtedy, kiedy chorzy nie trzymali się ścisłej diety, i znikając przy ograniczeniu węglowodanów w pokarmach jednocześnie ze zmniejszeniem się glikozuryi. Specjalnie badany był i wpływ lewulozy i także z niejednakowym wynikiem; LION stwierdził w swoim przypadku zależność lewulozuryi od podawania lewulozy, podczas gdy NEUBAUER nie mógł stwierdzić tej zależności; w jego przypadku lewulozurya występowała jednak po podaniu cukru gronowego, trzcinowego i krochmalu. W większości więc przypadków mellituryi mieszanej stwierdzono zależność lewulozuryi od wpływów dyetetycznych, a mianowicie w tem rozumieniu, że spożywanie cukru gronowego, *resp.* takich węglowodanów, które dają w ustroju glikozę w ilościach, przenoszących tolerancję danego ustroju względem tego rodzaju cukru, prowadzi do lewulozuryi, usunięcie zaś nadmiaru cukru gronowego, *resp.* trzcinowego lub krochmalu z pokarmów powoduje znikanie lewulozuryi. Przypadki, w których wskazanej zależności nie widzimy, a w których jednocześnie lewulozurya jest w ścisłej zależności od podawania lewulozy, należałoby uważać za postaci przejściowe do czystej lewulozuryi, przy której widzimy taką samą zależność jako zjawisko stałe. Bardzo być może, że taką właśnie postać przejściową przedstawia przypadek ROSIN'a i LA-

BAND'a, który autorowie ci opisują, jako przypadek czystej lewulozury, a w którym jednak od czasu do czasu występowała w moczu i glukoza, jakkolwiek w bardzo małych ilościach. Jeżeli jednak poprzednie przypadki mellituryi mieszanej zbliżają się do lewulozuryi czystej pod względem przytoczonego powyżej wpływu podawania lewulozy, to ten przypadek czystej przeważnie lewulozuryi zbliża się do przypadków mellituryi mieszanej z powodu braku zależności lewulozuryi od spożywania lewulozy. Przypadek ten dotyczy 51-letniej kobiety, której skargi polegały na uczuciu pragnienia, swędzeniu skóry, przeważnie w nocy, i na organach płciowych, bólach reumatycznych w rękach, bólach głowy i ogólnem osłabieniu; słowem skargi te odpowiadały w zupełności moczówce cukrowej; dodać należy, że w rodzinie pacjentki zdarzał się *diabetes*. Przy badaniu stwierdzono obok ogólnej otyłości jedynie zmiany w moczu, który dawał próby TROMMER'a, SELIWANOFF'a, NEUBERG'a, skręcał płaszczyznę polaryzacji nalewo w stopniu, odpowiadającym 1% glukozy, co przy obrachunku na lewulozę wynosi mniej więcej 0,6%. ROSIN i LABAND dowiedli, że i w tym przypadku lewulozura była skutkiem lewulozemii, gdyż stwierdzili oni w surowicy pacjentki próbę SELIWANOFF'a i lewoskrętność, wynoszącą 0,9% przy obliczaniu na glukozę. Co dziwniejsza, lewuloza znajdowała się we krwi tej pacjentki nawet wtedy, kiedy w moczu jej już nie było, jakkolwiek w ilości mniej

więcej połowicznej w porównaniu do okresu lewulozuryi.

Co się tyczy przypadków czystej lewulozuryi, to opisano ich dotychczas bardzo niewiele. Ze starszych obserwacji należy tu wymienić przypadek SEEGEN'a (44), który stwierdził lewoskrętność moczu, odpowiadającą 1,5% w obliczeniu na glukozę obok wyraźnej reakcyi SELIWANOFF'a; po sfermentowaniu zarówno lewoskrętność, jak i reakcyja SELIWANOFF'a znikły. Wszystkie jednak ściśle obserwowane przypadki czystej lewulozuryi ogłoszone zostały dopiero po ukazaniu się pracy ROSIN'a i LABAND'a, którym niewątpliwie przyznać należy zasługę zwrócenia uwagi na tę specjalną postać zaburzenia przemiany materii. Przypadek SCHWARZ'a (45) dotyczy 62-letniej kobiety, która miała skompensowaną niedostateczność zastawki dwudzielnej i od dłuższego czasu cierpiała na neuralgię międzyżebrową w połączeniu z wypryskiem. Mocz tej chorej dawał reakcyę TROMMER'a i SELIWANOFF'a i skręcał nalewo w stopniu 0,3%; określenie ilości cukru sacharometrem LOHNSTEIN'a wykazało 0,25 — 0,3%, co dowodzi, że glikozy w danym moczu nie było. Przy ograniczeniu węglowodanów, a zwłaszcza po usunięciu z diety kompotów, które chora uprzednio spożywała w dość znacznej ilości, lewulozura prawie znikła: mocz nie redukował już, dawał bardzo niewyraźną reakcyę SELIWANOFF'a, a lewoskrętność jego wynosiła 0,1 — 0,2%, wreszcie i lewoskrętność ta znikła zupełnie.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 marca 1906 r.

TREŚĆ: 1) Karwacki L. — Przedstawienie preparatu cytologicznego z lasecznikami gruźliczymi z płynn otrzewnowego w peritonitis tuberculosa. 2) Neugebauer. — a) Przedstawienie chorej z wynicowaniem macicy b) pokaz szpilki, wydobytej z pęcherza. c) pokaz kamienia moczowego z tkwiącymi w nim 2-ma szpilkami. 3) Wretowski Tadeusz — Seroterapia gruźlicy.

1) KARWACKI pokazał preparat z wypociyny otrzewnowej w przypadku *peritonitis tuberculosa* u dziecka, zawierający limfocyty i laseczники gruźlicze.

Dla wykrycia laseczników w płynach surowicznych KARWACKI radzi kłócić płyny, świeżo wypuszczone, w naczyniu ze szklanemi perłami w ciągu 2 — godzin. W ten sposób laseczники nie są zabierane przez skrzep.

Osad po centryfugowaniu KARWACKI wymywa fizyologicznym roztworem i centryfuguje po raz drugi. Kropli osadu na szkiełku K. nie rozciera, żeby nie powiększać pola badania. Preparat utrwała przez 10 minut w mieszaninie sublimatu (17,5%) i kwasu octowego (5%) i barwi w sposób zwykły.

Dodatknie wyniki co do laseczników gruźliczych przy tej metodzie badania otrzymuje się częściej, niż przy inoskopi.

Ciekawą stroną tego przypadku stanowi bardzo niski stopień aglutynacji, mianowicie odczyn częściowy przy rozcieńczeniu 1 : 50 — 1 : 120.

Na tej podstawie K. mniema, że sprawa powstała drogą zakażenia się gruźlicą bydlecą przez nieuszkodzony przewód pokarmowy.

2) NEUGEBAUER przedstawia 20-letnią pacjentkę o rażącej bezkrwistości, powstałej wskutek wynicowania macicy przy porodzie 3 miesiące temu. *Inversio uteri* powstała wskutek gwałtownego pociągania za pępowinę przy usiłowaniu wydobywania łożyska przez akuszerkę.

3) Demonstruje sposób wydobywania pod narkozą podwójnej szpilki od włosów z pęcherza moczowego u 20-letniej niewiasty bez poprzedniego rozszerzenia cewki moczowej. Szpil-

ka, *per vaginam* dobrze wymacalna, leżała tak, że kolanko leżało w głębi pęcherza, a wolne końce w bliskości *orificium internum urethrae*. Wskazicielem lewej ręki, do pochwy wprowadzonym, zepchnięto kolanko szpilki ku dołowi, podczas gdy korneangiem uchwyciono jeden z wolnych końców szpilki, korneangiem po nóżce posuwano się aż do samego kolanka. Uchwyciwszy teraz samo kolanko mocno, szpilkę wyciągnięto bez jakichkolwiek trudności lub skaleczenia pęcherza. Dokonano więc obrotu szpilki wewnątrz pęcherza. Równocześnie N. demonstruje spory kamień moczowy, wytworzony w przeciągu roku dokoła 2-ch szpilek od włosów, usunięty w oddziale N. na drodze kolpocystotomii, nareszcie 2 kamienie moczowe, wytworzone dokoła szpilek od włosów, usunięte na drodze litotrypsyi w szpitalu św. Ducha przez ś. p. Ojca jego.

W zasadzie u kobiet N. daje pierwszeństwo kolpocystotomii przed litotrypsją, szczególnie, gdzie chodzi o kamień moczowy, wytworzony dokoła ciała obcego.

3) Tadeusz WRETOWSKI wygłosił odczyt p. t. Seroterapia gruźlicy.

Prelegent, zaznaczywszy na wstępie różnicę, jaka zachodzi między czynnem i biernem uodparnianiem ustrojów, kreśli zarys rozwoju seroterapii gruźlicy. Badania w tej kwestyi zostały rozpoczęte w roku 1890. Wtedy w celach leczniczych próbowano stosować surowicę, otrzymaną od zwierząt, mających, jak przypuszczano, wrodzoną odporność przeciwko gruźlicy, następnie surowicę zwierząt chorych na gruźlicę, mającą zawierać toksyny i antytoksyny. Po szeregu niefortunnych prób powzięto myśl otrzymania czystej surowicy antytoksycznej. W tym celu z początku dla uodpornienia zwierząt używano żywych hodowli prątków gruźliczych lub też prątków, znajdujących się w różnych wydzielinach organizmów; następnie zaś brano hodowle zabite, a jeszcze później odpowiednio przygotowane. Próbowano też uodparniać zwierzęta tu-

berkuliną i nową tuberkuliną KOCH'a. Na tej podstawie przygotowano surowicę przeciwgruźliczą firmy Parke-Dawis, mającą dużo zwolenników w Ameryce. U nas KARWACKI przeprowadził szereg badań nad tą surowicą i nie otrzymał najmniejszych wyników dodatnich.

Najnowszymi zdobyczami naukowymi w soterapii gruźlicy są surowice MARAGLIANO i MARMOREK'a. MARAGLIANO uważa, że chorobotwórcze oddziaływanie laseczników gruźliczych polega na wydzielaniu przez nie toksyn za życia i jądów proteinowych po śmierci, jako produktów bakteryolizy. Przygotowawszy przez szereg skomplikowanych procedur szczepionkę, MARAGLIANO uodparnia nią konia, i otrzymana w ten sposób surowica ma posiadać własności antytoksyczne i bakteryobójcze. Autor zaleca stosować surowicę chorym po 1,0 co drugi dzień w przeciągu przynajmniej 1½ mies. Surowica ta w praktyce, jak wykazują dane statystyczne, daje pewien odsetek wyleczeń i popraw. Według badań KARWACKIEGO surowica ta należy do rzędu surowic bakteryobójczych, a nie antytoksycznych, co znacznie zwęża jej wskazania w terapii.

Ostatnia co do daty opublikowania jest surowica MARMOREK'a. Autor, chcąc otrzymać toksyny gruźlicze, wybrał do badań „pierwotne” prątki, które na specjalnie przygotowanych pożywkach mają te toksyny obficie wydzielać. Następnie odpowiednio przygotowanymi zabitymi prątkami uodparniał konie, których surowica winna posiadać własności antytoksyczne. MARMOREK zaleca zastrzykiwania po 5 cm. sz. co 2 dzień i po 10 iniekcjach przerwę 3 — 4 tygodniową. Trzeba przypuścić, że mechanizm działania tej surowicy jest podobny do działania surowicy MARAGLIANO. Badania kliniczne w tej kwestyi dały różnorodne rezultaty. Surowica ta posiada wielu zwolenników, którzy, jak np. LEWIN, przytaczają bardzo obszerne statystyki, dowodzące skuteczności działania, inni znów badacze (STADELMANN i BENFEX) odmawiają jej prawa obywatelstwa. Żadnazresztą surowica — mówi w końcu prelegent, nie rozstrzyga teorii chorób przewlekłych. Przy długotrwałem zastrzykiwaniu ustrój uodparnia się wobec każdej surowicy, jako taki, przez co redukuje się specyficzność oddziaływania surowicy i powstaje cały szereg niepożądanych oddziaływań ubo-

czynnych. Zdaje się, że przyszłość należy do szczepionek, a surowice mogą być tylko pośrednim etapem przygotowawczym do uodpornienia czynnego.

W dyskusyi BIRO zaznacza, że prelegent zdawał sprawę z leczenia gruźlicy za pomocą surowic MARAGLIANO i MARMOREK'a, surowic, mających na celu walkę z lasecznikiem gruźliczym, i odmówił im znaczenia leczniczego.

Mówca pragnąłby poruszyć kwestję, czy nie byłaby uzasadnioną walka z tą chorobą za pomocą innego rodzaju surowicy, za pomocą surowicy, wcale nie mającej nic wspólnego z lasecznikiem KOCH'a.

Gdy ukazała się pierwsza wiadomość, że MARMOREK proponuje leczenie gruźlicy za pomocą jakiejś surowicy, mówca powziął myśl, że może on wpadł na drogę właściwą.

B. przypuszczał, że jego surowica nie ma na celu walki z lasecznikiem gruźliczym, i to mu się wydawało racjonalnem.

Ponieważ lasecznik gruźliczy sam przez się w płucach nie jest szkodliwy, a staje się nim dopiero wówczas, gdy wspólnie z nim zaczynają działać paciorkowce, sądził B., że najwłaściwiej byłoby działać w walce z gruźlicą płuc za pomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej.

Tą drogą niszczoneby ów szkodliwy współczynnik, dzięki któremu lasecznik K. czyni spustoszenia w płucach.

Przyszło mówcy na myśl, że może MARMOREK, ów twórca surowicy przeciwpaciorkowcowej, właśnie ową surowicą ma zamiar leczyć gruźlicę płuc. Napisał wówczas do MARMOREK'a.

Jak już wiemy, MARMOREK był na innej zupełnie drodze. To mówcę jednak nie przekonało, czy zasada leczenia suchot płucnych, jaka mu na myśl przyszła, nie zasługiwała na rozważenie.

Po jakimś roku, bo w 1904, na kongresie medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie poruszono sprawę leczenia suchot płucnych właśnie na tej samej zasadzie. Dane, tam przedstawione, nie zostały należycie naukowo opracowane, ani sposób leczenia nie został teoretycznie uzasadniony. Próbowano wprost empirycznie leczenia gruźlicy płuc, ostrego gościa i innych cierpień za pomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej.

Niema w tych pracach nawet sformułowania owej zasady, która B. z teoretycznego punktu widzenia naprowadziła na myśl o podobnem leczeniu.

Prof. BARANOWSKI zachęcił mówcę do wypróbowania jego myśli, zwłaszcza, iż dane kongresu Wiedeńskiego szły w tym samym kierunku.

Zdecydował się po naradzie na zastosowanie tej metody na chorym, którego stan wydawał się rozpaczliwym. Chory gorączkował od 3-ich miesięcy; gorączka była bez żadnego typu i dochodziła od 36,8° do 38°, rzadko do 39°; najwyższa ciepłota bywała o rozmaitej porze dnia (rano, w południe lub wieczorem) bez stosowania środków, obniżających ciepłotę; tętno wahało się pomiędzy 96 — 120 i odpowiadało mniej więcej ciepłocie. Pacjent ogromnie wychudł, był blady. Trapił go kaszel, przeważnie suchy. Raz było krwioplucie. We dnie bywały dreszczyki, nocą poty. Ojciec od wielu lat miał kaszel i źle wyglądał.

Po 2-ich tygodniach pobytu w sanatorium WROŃSKI stosownie do prośby B. zaczął zastrzykiwać pacjentowi pod skórę surowicę wielowartościową antystreptokokową PALMIRSKIEGO po 10,0 co drugi dzień. Zaraz po pierwszych iniekcjach ciepłota spadała i odtąd już się nie podnosiła ponad 37°2, i ogólnie chory się zaczął poprawiać.

Gdy po tygodniu odwiedził go B. w Otwocku, był zdumiony jego dobrym wyglądem, a obiektywnie oprócz wydłużonego wydechu w szczycie lewym słyszał wówczas dużo rżężeń wilgotnych w dolnej części lewego płuca z tyłu, bez rżężeń jednak już w szczycie.

W ciągu kilku tygodni następnych objawy te ustąpiły, i chory według relacji lekarzy podobno w najlepszym zdrowiu powrócił do domu.

B. nie przesądza, czy dla prób nie nadawałyby się bardziej przypadki gruźlicy więcej typowe, nie chodzi mu nawet o opieranie się na tym przypadku. Opowiada o nim tylko epizodycznie; chodzi mu wyłącznie w chwili, gdy jest mowa o leczeniu gruźlicy płuc za pomocą rozmaitych surowic, które się okazały niewłaściwymi, o wskazanie myśli, jak mu się zdaje, o racjonalniejszej metodzie, o wskazanie leczenia suchot płuc za pomocą surowicy przeciwpaciorkowej.

KRYŃSKI radzi oceniać ostrożnie tak wysoko, bo aż 82% wynoszącą odsetkę przypadków gruźlicy chirurgicznej, jakoby wyleczonych działaniem surowicy, albowiem zbyt pośpiesznie zebrano te wyniki, czas zbyt krótki od czasu stosowania tego leku, aby można było mówić o rzeczywistym wyleczeniu. K. przypomina, że i bezpośrednie następstwa tuberkuliny KOCH'a w gruźlicy stawów i kości często bywały dodatnie i jako wyleczone przypadki także ogłoszane. Przed laty 15-tu, kiedy w klinice chirurgicznej krakowskiej robiono próby z tuberkuliną na bardzo licznych materale gruźlicy kostnej, otrzymano częstokroć wyniki bardzo zachęcające w postaci znacznej poprawy, a nawet i wygojenia zupełnego; niekiedy jednak w wielu z pomiędzy tych właśnie przypadków po jakimś czasie, po kilku miesiącach i później, następowało pogorszenie, i stopniowo powracał znów dawny obraz chorobowy. Więc i obecnie w ocenianiu tych wyników sceptycyzm jest bardzo uzasadniony.

HEWELKE zaznacza, że dla uzupełnienia referatu prelegenta, wyliczającego, w jakich krajach dokonywano prac nad surowicą MARAGLIANO, doda, że w Ameryce północnej metoda ta znalazła więcej uznania, niż we Włoszech. MARAGLIANO został nawet zaproszony do New-Yorku w celu wygłoszenia tam odczytu, który następnie wydrukowany został w roku zeszłym w jednym z tygodników berlińskich. We Włoszech w praktyce metoda MARAGLIANO dotąd nie zyskała sobie licznych zwolenników.

DEMBIŃSKI mówi, że, zanim się zacznie stosować surowicę przeciwgruźliczą w klinice, trzeba, żeby jej wartość wykazana była naprzód doświadczalnie. Otóż tego nie można powiedzieć ani o surowicy MARAGLIANO, ani o surowicy MARMOREK'a.

Podstawy doświadczalne MARAGLIANO nie zostały potwierdzone przez nikogo. Utrzymuje on np., że przez wstrzykiwanie w ciągu 6 miesięcy tuberkuliny i toksalbuminy (płyn, otrzymanego przez filtrowanie hodowli gruźliczych płynnych przez świeczkę CHAMBERLAND'a) w pewnych proporcjach zdołał on uodpornić rozmaite zwierzęta do tego stopnia, iż znosiły one śmiertelną dawkę hodowli gruźliczej żywej. Tego doświadczenia nikt dotychczas nie potwierdził. Dalej utrzymuje on, że surowica, otrzymana ze

zwierząt uodpornionych, neutralizuje śmiertelną dawkę tuberkuliny dla zwierzęcia chorego i zdrowego. Otóż tu trzeba przedewszystkiem zaznaczyć, że jest bardzo trudno określić śmiertelną dawkę tuberkuliny dla zwierzęcia zdrowego. Wreszcie MARAGLIANO twierdzi, że surowica jego leczy doświadczalną gruźlicę rozmaitych zwierząt. W tym kierunku robił próby KABWACKI i doszedł do wniosku, że surowica MARAGLIANO posiada własności bakteryolityczne, chociaż dosyć słabe, gdyż, by wywołać pewną bakteryolizę, polegającą na zmianie zarysów i kształtów laseczników i na rozpadnięciu się na kulki pewnej liczby laseczników, trzeba trzymać mieszaninę z laseczników i surowicy przez parę tygodni w termostacie, a później wprowadzać ją w woreczkach z kolloidum do otrzewny królika. Dzięki właśnie tym własnościom bakteryolitycznym surowica MARAGLIANO wywołuje ostre zatrucie proteinami, tak, iż świnki gruźlicze, leczone surowicą, żyją krócej (22 dni), niż świnki morskie gruźlicze, nie leczone zupełnie.

Co do surowicy MARMOREK'a, to rzecz ma się tak samo. Doświadczenia jego również nie zostały przez nikogo potwierdzone. Twierdzi on, że, hodując laseczники młode (*primitifs*) na podłożu, do którego dodaje surowicy leukotoksycznej i wyciągu z wątroby, otrzymuje hodowle bardzo jadowite. Hodowla ta daje, podług niego, silną toksynę, która w ilości 5 do 10 cm. zabija świnkę morską. Widzimy, że ta toksyna tu nie jest bardzo silna. Utrzymuje on, że, wstrzykując 3 do 4 razy tę toksynę w ilości 5 ctm., wywołuje taką odporność świnki morskiej, iż znosi ona śmiertelną dawkę żywej hodowli gruźliczej. MIECZNIKOW, ROUX i BORREL chcieli skontrolować te doświadczenia, lecz nie otrzymali żadnego rezultatu. Pomimo tego MARMOREK zaczął uodparniać konia i wytwarzać surowicę. Surowica ta zdaniem jego nie leczy gruźlicy świnki, która jest organizmem bardzo wrażliwym, leczy jednak gruźlicę królika. Tego twierdzenia w Instytucie PASTEUR'a również nikt potwierdzić nie mógł.

Tak więc bez żadnych podstaw doświadczalnych przystąpiono do prób klinicznych. Jedni klinicyści, jak to wykazał prelegent, otrzymali rezultaty pozytywne, inni negatywne, tak

iż na podstawie tych danych nie można wyrobić sobie żadnego pojęcia o wartości klinicznej surowicy MARAGLIANO i MARMOREK'a. Zdaniem mówcy, tak będzie dopóty, dopóki nie będziemy posiadali takiej surowicy, której wartość zostanie wykazana doświadczalnie, jak to się ma z surowicą antydyfterytyczną.

RZĘTKOWSKI mniema, że, chcąc leczyć gruźlicę, należy postępować tą drogą, jaką postępuje natura, która z tkanki łącznej wokół ognisk tworzy zapory dla dalszego rozszerzania się procesu. W ten sposób rozwija się stosunkowo nieszkodliwa pod względem zakaźnym forma gruźlicy — *phthisis fibrosa*.

Tuberkulina KOCH'a (stara) właśnie pobudza tkankę łączną do bujania wokół ognisk tbc. i przez to sprowadza zmiany zupełnie analogiczne do zmian samoistnego leczenia się — gojenia gruźlicy.

Surowice dotychczasowe tego nie powodują. Surowice antytoksyczne w gruźlicy mogą mieć bardzo niewielkie znaczenie, toksemia bowiem gruźlicza często bywa nieznaczna (np. *lupus*, gruźlica kości, niektóre przypadki płuc.) Surowica antytoksyczna mogłaby mieć znaczenie w tych przypadkach tbc., gdzie toksemia jest nader wybitnie zaznaczona i dominuje w obrazie chorobowym (*tuberculosis miliaris*, *meningitis tbc.*). A w tym kierunku nic pomyślnego dotychczas nie zrobiono. Jądro niebezpieczeństwa gruźlicy, zdaje się, tkwi przeważnie w miejscowym działaniu protein bakteryjnych lasecznika KOCH'a. Czy jakkolwiek surowica w danym razie znajdzie zastosowanie, na to dziś trudno dać odpowiedź.

POLAŃSKI w odpowiedzi RZĘTKOWSKIEMU zaznacza, że nawet w gruźlicy t. zw. chirurgicznej, gdy sprawa zdaje się mieć charakter miejscowy, gdy może nawet nie być objawów t. zw. toksemii — gorączki, przyspieszenia tętna i t. p., jednakże chorzy tej kategorii, najczęściej, jak wiadomo, osobniki młode, mają tak charakterystyczny wygląd i zazwyczaj noszą na sobie więcej lub mniej fizycznych cech zwyrodnienia, tworząc typ t. zw. osobników usposobionych do gruźlicy, że to nam jaskrawo wskazuje, że w danych przypadkach leczenie miejscowe nie może być wystarczające, gdyż chorzy są dotknięci chorobą ogólną, i dlatego leczenie czysto

miejscowe w rodzaju, jak się wyraża Rz., tworzenia barykad na podobieństwo samej natury, przyczem mogłaby mieć zastosowanie raczej tuberkulina KOCH'a, niż surowica, należy uważać za niewystarczające ze względu na istotę samej sprawy chorobowej, a na pierwszym planie należy postawić leczenie ogólnego stanu tej kategorii chorych, i dlatego surowica swoista może mieć zastosowanie w najszerszym zakresie i w postaciach gruźlicy „chirurgicznej”.

BIRZE odpowiada KARWACKI, że dodatni wpływ surowicy przeciwpaciorkowej w jego przypadku jako dowód, że chodziło tu o gruźlicę, jest zupełnie nie przekonujący. Można by przypuszczać raczej, że było to zakażenie paciorkowce.

Na uwagę HEWELKEGO wyjaśnia, że bibliografia włoskich prac o surowicy przeciwgruźliczej MARAGLIANO składa się ze stu kilkudziesięciu numerów.

RZĘTKOWSKIEMU odpowiada, że ujemną stronę surowic przeciwgruźliczych stanowią ich cechy bakteryolityczne, co zwięża ich wskazanie, gdyż przyspieszają one tempo zatrucia. Surowicy antytoksycznej przeciwgruźliczej dotąd nie posiadamy, zarówno jak wielu innych surowic przeciwpasorzytniczych. Jak dotąd dylematu leczenia swoistego za pomocą surowic bakteryologia poza błonicą i tężcem nie rozwiązała.

ZURAKOWSKI A., zważywszy na przemówienia poprzedników, wątpiących w możliwość lub pożytek leczenia gruźlicy surowicą swoistą, przytacza stare doświadczenie KOCH'a, nie znane może ogółowi, lecz znane bakteryologom. Jeśli świnkom, zakażonym gruźlicą, u których zakażenie już się uogólniło, zastrzyknąć gruźlicę nowo np. pod skórę, wówczas w miejscu nowego zakażenia powstaje ogromne owrzodzenie, gojące się bardzo powoli, czego nigdy nie bywa u świńek świeżych, gdzie owrzodzenie jest małe i goi się szybko. Natomiast w pierwszym przypadku gruczoły chłonne okoliczne nie ulegają zajęciu, gdy w drugim szybko ulegają obrzękowi. Z doświadczenia tego wynika najoczywiście, że o prawdziwej toksynie gruźliczej, jak np. toksyna błonicza, lub tężcowa, nie może być żadnej mowy, trudno bowiem sobie wyobrazić, by u zwierzęcia, u którego zakażenie stało się ogólnem, nie wytworzyły się choć drobne ilości

antytoksyny, znoszące działanie jadu nowo wprowadzonych laseczek. Dzieje się właśnie przeciwnie: zjawia się u świnki nie antytoksyna, lecz związek bakteryobójczy; laseczki zostają zabite, to też nie dostają się do gruczołów, ale uwolniony jad wywiera tem łatwiej swe niszczące działanie. To też Ż. jest przekonany, że się nigdy nie uda wytworzyć gruźliczej surowicy antytoksycznej, co zaś do wartości bakteryobójczej, to po wybornem przemówieniu KARWACKIEGO Ż. już nie ma nic do dodania.

DOBRYCKI powiada, że w przemówieniu prelegenta trudno nie zauważyć, że wyniki badań nad działaniem wymienionych surowic są bardzo niezgodne. Gdy jedni przypisują im bardzo korzystne działanie i chcą poniekąd widzieć w nich swoisty wpływ w danej sprawie chorobowej, inni wyrażają się o nich bardzo sceptycznie, już to nie mogąc stwierdzić ich skutecznego działania, już też wręcz twierdząc, że działanie ich jest bez wpływu, a nawet szkodliwe. Ta niezgodność w otrzymanych wynikach, jaka się tak dobitnie ujawniła, odejmuje doświadczeniom, dokonywanym nad działaniem surowic przeciwgruźliczych, cechę naukowego eksperymentu. Jeżeli bowiem dwa lub więcej eksperymentów dokonywa się w jednych i tychże samych warunkach, t. j. przy uwzględnieniu jednych i tychże samych danych z możliwą ścisłością, to i wyniki doświadczeń powinny być jednakowe, a przynajmniej nie być ze sobą w sprzeczności. Przypuścić zatem należy, że badacze dokonywali swych poszukiwań w warunkach różnych i albo operowali z surowicami nie ściśle jednakowymi, albo też używali do swych badań materiału obserwacyjnego, znaczne różnice przedstawiającego, albo też technika była wadliwa, ztąd wniosek, że spostrzeżenia, o których mowa, do porównawczych wywodów się nie nadają, i wogóle z punktu naukowego mogą być zakwestyonowane.

Niezależnie od strony doświadczalnej w danej sprawie należy też zwrócić uwagę na wielką pohopność ze strony badaczy do uogólniania wniosków i przedstawiania ich w cyfrach statystycznych. Już to wogóle powiedzieć można, że statystyka w rękach lekarzy w największej liczbie przypadków bardzo niefortunnie wygląda. Przyjętym zostało zwyczajem, że kilka lub kil-

kanaście spostrzeżeń już się uważa za dostateczne, aby wynik, z nich otrzymany, uogólnić i w odsetkach przedstawić, co jest z gruntu błędne, gdyż nie wolno jest wyprowadzać prawa z cyfry mniejszej dla większej, lecz odwrotnie. Jeśli zatem mamy liczbę spostrzeżeń daleko mniejszą niż sto, to przeciwnem jest prostej logice obliczać wyniki, sprowadzając cyfrę tę do setki, i przeciwnem jest elementarnym wymaganiom statystyki. Nawet cyfra 100 spostrzeżeń nie

daje nam stanowczego kryterium do ocenienia częstości danego zjawiska, gdyż w dwóch, trzech lub nawet więcej setkach dane zjawiska w różny mogą się układać sposób, i dopiero cyfry wielkie, a w żadnym razie nie jakaś jedna setka, mogą nam dać mniej lub więcej przybliżone pojęcie o istotnej częstości danego zjawiska, t. j. dać nam wynik prawdopodobny.

T. Korzon.

ODCINEK.

WARSZAWSKI DOM WYCHOWAWCZY

Ks. BAUDOUINA

w świetle historyi.

Według odczytów w Sekeyi Wychow. Warsz. Tow. Hig.

Podał

D-r B. KORYBUT-DASZKIEWICZ.

Ordynator Domu Wychowawczego ks. Baudouina.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 32).

Po śmierci Augusta III-go nastąpiło bezkrólewie, rzeczpospolita była zbyt zajęta swemi sprawami i ciężkimi wogóle do przeżycia chwilami, wobec czego nie myślano wcale o szpitalu.

Wtedy to książę prymas zgromadził do siebie radę Senatu na dzień 7 listopada 1763 roku, a wojewoda Podlaski Stanisław Bernard Gozdcki w swem przemówieniu zwrócił uwagę i na szpital ks. Boduego, tak potrzebny, a bardzo ubogi.

W następstwie tego Sejm Koronacyjny w 1764 roku postanowił następną Konstytucję: Szpital generalny w Warszawie, za staraniem ks. Baudouina, kongregacyi missionis kapłana, pod tytułem Dzieciątka Jezus założony, — dobrami ziemskimi Kręckzi, Umiastowo, Kli-

monty, Fałki w ziemi warszawskiej leżącemi nadany, approbujemy. Rządy zaś tego szpitala, jak nam się będą zdawały najprzychylniejsze postanowimy, i on dostatecznymi dochodami opatrzymy.

Jako dalsze następstwo tej konstytucyi Sejmowej Król Stanisław August, myśląc o uposażeniu szpitala, ustanawia t. zw. podatek orderowy, mający stanowić jego dochód.

Sprawa ta potrzebuje bliższego omówienia; a więc król ustanowił order Ś-go Stanisława, w d. 8 maja 1765 wraz z ustawą orderową, z której za Bartoszewiczem obchodzące nas ustępy powtórzymy.

Powinności kawalerów nowego orderu są:

a) „Aby ubogich według sposobności wspomagali, y niewinnie uciśnionych według możności swą wspierali pomocą”.

b) „Aby w czasie odbierania orderu dwadzieścia i pięć Czerwonych Złotych, co rok zaś Czerwonych Złotych cztery na publiczny szpital Dzieciątka Jezus w tym Mieście zostający i dwa czerwone złote na Kancelaryę każdy z kawalerów orderu tego do rąk Jałmużnika oddał; a kawalerowie orderu tego, Polacy jeszcze oprócz tego, na Msze i zbawienny ratunek współbraci, w oktawy Wszystkich Św. w dzień, w który nam się zdawać będzie, odprawić się mający, co

rok jeden Czerwony Złoty u tegoż Jałmużnika złożyć“.

W ten sposób, ponieważ liczba Kawalerów Orderu S-go Stanisława miała wynosić 100 osób, dochód z samego wpisowego przyniosłby szpitalowi 45000 złp., a prócz tego stała roczna składka wyniosłaby 7200 złp., nie licząc innych, przewidzianych ustawą orderową opłat.

Myśl Króla, by tą drogą dopomódz istnieniu szpitala była zająca i dobra, ale w praktyce dochody owe wkrótce zawodzić poczęły już chociażby dlatego, że dla niektórych z kawalerów orderu składki te były za uciążliwe; — i w rzeczy samej, okazało się że z tego źródła niewiele dochodów szpital otrzymywał. Ks. Baudouin przeto w dalszym ciągu niezmordowanie zbierał składki.

Prócz zawodu ze strony spodziewanych od Kawalerów orderu S-go Stanisława dochodów, miał zarząd nowego szpitala w osobie ks. Baudouina i inne niemiłe zajście, a mianowicie, ponieważ na wymienione w Konstytucji Sejmowej z roku 1764 dobra szpitalne nie posiadał szpital wyraźnego tytułu własności, a był raczej tylko zastawnikiem (t. j. posiadającym wieczystą raczej dzierżawę), z powodu pożyczania dużych stosunkowo sum właścicielom owych dóbr, podniesioną została przez właścicieli tych dóbr i ta okoliczność, wobec czego w 1766 roku uchwaloną została nowa konstytucja, objaśniająca, że pomienione wyżej dobra posiada szpital „titulo zastawy“ tylko.

Mimo te trudności materyjalnej natury wzrastała frekwencya szpitala, wzrastały jego potrzeby.

Od czasu do czasu wprowadzie ktoś dobroczynny ofiarowywał jakąś większą sumę na rzecz szpitala, a mniejsze gromadził pod postacią składek ks. Baudouin sam bezpośrednio; wszakże ze względu na coraz większe potrzeby warunki szpitala materyjalne były oplakane.

Kilka danych statystycznych przekonają nas o istotnym stanie rzeczy; a więc, gdy ogół ludności szpitala w latach dawniejszych nie przenosił 200 osób, w roku 1762 było 643 (w tem dzieci samych 400), w roku 1763 doszedł do 1012 (w tem dzieci 520).

Liczba mamek w roku 1779 wynosiła 50, w roku 1786 było ich 51, w 1787 — 52; ogólna frekwencya chorych, nie licząc niemowląt

w r. 1774 —	621
„ 1775 —	827
„ 1777 —	664
„ 1778 —	1191
„ 1782 —	2597
„ 1792 —	2124

Cyfry niemowląt w okresie lat od 1771 do 1792 wahają się między 368 i 797.

Co do dochodów, to: a) dobra szpitalne prawie żadnych nie przynosiły, b) największe zaś dochody ze wszystkich źródeł w roku np. 1765 były około 100,000 złp., a na dwa lata następne spadły prawie o dwie trzecie: w latach między 1771 i 1792 wahały się między 110,711 złp. i 292,523 złp. Zestawienie zaś wydatków z dochodami wykazuje, że pierwsze zwykle, co zresztą łatwo zrozumieć wobec tak znacznego zwiększania się potrzeb szpitala, były większe, niż drugie; stąd też i rosły długi i zobowiązania szpitalne.

Nieproporcjonalne zwiększanie się potrzeb szpitala do jego dochodów doprowadziło do tego, że w „Gazecie Warszawskiej w dniu 22 marca 1775 roku („Gaz. Warsz.” 1775 r. N. 23), czytamy następnę ogłoszenie:

„Szpital Generalny Dzieciątka Jezus, nie mając czem i naprzykrzających się dłużników zaspokoić, i zawartego w nim ubogich chorych i dzieci mnóstwa dalej podejmować, chce na żywność tych ubogich ludzi reszty sreberka kościelnego i aparatów sprzedać, także niektóre sprzęty, osobliwie jedną karetę, dobrze zażywaną, suknem niebieskiem wybitą, i półkrytek także zażywany, trypą zieloną wybitą, sprzedać za tanie pieniądze; także szory i inne mniej potrzebne sprzęty w szpitalu za tanie ustąpić pieniądza“.

Miało to miejsce w lat kilka po śmierci ks. Baudouina, który zmarł 10 lutego 1768 roku; bardzo być wszakże może, że ten zacny i dzielny kapłan nie dopuściłby do takiego stanu rzeczy.

Za przyczynę do nie otrzymywania przez szpital Dz. Jezus przeznaczonych dla niego funduszków mogą posłużyć dane za 21 lat (od 1765 do 1786) dotyczące nieopłaconego podatku orderowego przez kawalerów orderu św. Stanisława; suma ta wynosiła poważną cyfrę 188,424 złp.

Po śmierci ks. B. — najbliższymi jego następcami byli: ks. Brzozowski (1768—1770), ks.

Rembowski (1770—1772), ks. Michał Jaszewski (1772).

Za rektorstwa tego ostatniego spotykamy się już z dużymi zmianami w Baudouinowskich fundacjach, nastąpił bowiem rząd pruski, a wraz z nim epoka germanizacyjna wraz z właściwymi prusakom przekręcaniem nazwisk i zaprowadzaniem nowych porządków do dawnych instytucji. Nazwisko ks. Jaszewskiego przez wszechwładnie panującą podówczas królewską kamerę południowo-wschodnią (Königliche Süd-preussische Krieger und Domainen Kammer) przekręcano w dziwaczny sposób, tak, że kolejno, jak o tem wspomina Bartoszewicz, nazywał się on: Gaszewskim, Gajewskim, Gosiewskim, Jeżewskim, Gaczewskim, Guszczewskim, Jarzewskim lub Jacczewskim; przeważnie tytułowano go już nie rektorem, a „Vorsteher des Hospitals zum Kindlein Jesu”. Kamera wzięła pod swoją kontrolę dochody i rozchody, i szpital, który właściwie dotąd był niemal zupełnie prywatną własnością ks. Misyonarzy, stał się instytucją rządową. Nie mniej jednak kamera obciążyła szpital podatkami, na co zarząd tegoż nie omieszczał się skarżyć.

W następstwie więc został zwolniony od podatku tak zwanego podymnego (6 Marca 1796); rząd miał go wziąć na swój własny żołąd; w rzeczywistości wyznaczoną została summa 2000 talarów miesięcznego wsparcia i w razie potrzeby jednorazowo na drzewo i wszelkie inne drobne wydatki 1000 talarów z tem jednak zastrzeżeniem, by sumy te były obracane na bieżące potrzeby, a nie na spłatę długów.

Król Pruski Fryderyk Wilhelm w odezwie swojej z d. 7 Czerwca 1798 zwraca uwagę na szkodliwość istnienia osobnego szpitala dla podrzutek, ze względu na demoralizujący wpływ takich instytucji na społeczeństwo i żąda zmniejszenia w miarę możliwości liczby podrzutek, a za to popierania wychowania ich po za zakładem: radzi, by niezamożne położnice i matki wspierać z funduszków szpitalnych niewielkimi sumkami i w ten sposób postawić je w lepszych warunkach, by nędza nie zmuszała ich do podrzucania niemowląt; nie godzi się na proponowany punkt przez zarząd, by dzieci po latach 6-iu wracały do zakładu, a przeciwnie, żąda, by i nadal za połowicznem wynagrodzeniem do lat 14 po za zakładem pozostawały.

Dalej, usuwa król Fryderyk Wilhelm od steru rządów w szpitalu ks. Misyonarzy, pozwalając im tylko na spełnianie obowiązków religijnej natury względem chorych.

W ten sposób szpital miał raz na zawsze utracić swą cechę charakterystyczną, swoją bezpośrednią zależność od jego twórców, to jest ks. Misyonarzy w osobie ks. Baudouina.

Do zasług czasów pruskich należy zaliczyć urządzenie służby lekarskiej w szpitalu, o czem wprawdzie za czasów Rzeczypospolitej myśłano, ale bez widocznych następstw.

Ks. Baudouin wzywał lekarzy do szpitala bez ich wynagrodzenia, bo na to nie miał pieniędzy, w następstwie sprawa tak samo stała, innemi słowy stałego lekarza szpital nie posiadał.

Rząd pruski po raz pierwszy ustanowił posadę stałego lekarza w szpitalu.

Lekarzem owym był D-r Boettcher, który na mocy kontraktu z ks. Jakubowskim, wizytatorem ks. Misyonarzy, a raczej z królewską kamerą miał, jak o tem świadczy kopia w skróceniu:

1) Leczyć wszystkich chorych w szpitalu D-ka Jezus, używając przytem najtańszej i najgruntowniejszej metody leczenia.

2) Trzymać pod swoim nadzorem i kierunkiem chirurga i podchirurga dla opatrywania chorych.

3) Przychodzić codziennie rano do szpitala, a w nagłych przypadkach na każde żądanie.

4) Za to otrzymuje rocznej pensji 200 talarów.

Niedługo jednak był lekarzem szpitalnym D-r Boettcher, zarzucił mu bowiem rząd zbyt wielką śmiertelność w szpitalu; z zajmowanego stanowiska usunął, naznaczając zamiast niego D-ra Brandta.

Przy tej okazji rząd pruski, dążący do usunięcia w szpitalu wszelkiego wpływu duchowieństwa, zrobił Brandta zwierzchnikiem instytucji, niezależnym od Zgromadzenia ks. Misyonarzy. Wywołało to replikę ks. Jakubowskiego, ale bezskuteczną.

Zapisów dobroczynnych na rzecz szpitala za czasów pruskich było niezbyt wiele, wszakże zanotować wypada poważniejsze z nich ofiary: Maryanny ze Świdzińskich Lanckorońskiej, ka-

sztelanowej Połanieckiej, w ilości 20000 zlp. tyleż Urszuli z Potockich Wielopolskiej, wdowy, prócz tego kilka mniejszych.

Mimo zaprowadzenia napozór większego porządku w zarządzie sprawami szpitalnemi za czasów pruskich dane statystyczne wykazują, że frekwencja jego znacznie się zmniejsza, tak że liczba chorych z 2000 rocznie spada początkowo do połowy tej liczby, a potem jeszcze się zmniejsza; w roku 1802 dochodzi ona zaledwie do 277 (!) Szpital więc faktycznie cofnął się w swym rozwoju, mimo tak napozór porządnego prowadzenia go.

Z drugiej strony jałmużny i wsparcia rządowe mu nie wystarczają, — wobec czego i zwiększają się długi.

Zapewne i dawniej tak bywało, ale miłośdziej tu poradzić umiało na to, na co ścisły rachunek kamery pruskiej rady znaleźć nie mógł.

Ciekawa jest dość statystyka chorych i dzieci w szpitalu za czasów pruskich, niektóre też dane, dotyczące tej kwestyi, pozwolę sobie przytoczyć, a więc:

W r. 1796 było chorych na różne choroby 1282, dzieci 886, mamek 53, w 1797 — chorych 775, dzieci 890, mamek 53, w 1798 — chorych 834, dzieci 560, mamek 41.

Za czasów Księstwa Warszawskiego też same cyfry przedstawiają się znacznie pokąźniej, a więc liczba chorych dzieci waha się w latach między 1808 i 1815-ym między 721 i 1080, taż sama liczba dzieci na wsiach dochodzi do 1261, liczba chorych dorosłych dochodzi do 1400 z góra.

Bartoszewicz podaje, że w tym okresie założono oddzielną aptekę szpitalną.

Stan materyalny szpitala jednak niewiele się poprawił, tak że stała bieda i kłopoty finansowe i wtedy były jego udziałem.

Do wybitniejszych faktów, zasługujących w dobie Księstwa Warszawskiego, zaliczyć należy projekt d-ra WOLFFA, prezesa rady lekarskiej, „poprawienia szpitala D-tka Jezus“.

Dokument ten w całości przytacza Bartoszewicz, z jego też dzieła czerpię niektóre ciekawe ustępy.

D r WOLFF dzieli wyrażnie szpital Dzieciątka Jezus na dwie instytucje: 1) Instytut do wychowywania dzieci podrzuconych i 2) Szpital chorych.

Co się tyczy domu podrzutek, to d-r WOLFF uznaje jego bezpożyteczność ze względów moralnych, jako mającego sprzyjać podrzucaniu dzieci, a głównie z powodu tego, że według jego zdania zaledwie 2% dzieci dochodzą do wieku dojrzałego, a 5% dochodzi do lat 13, wobec czego ze względów ekonomicznych nie należy, zdaniem jego, wydatków tak wielkich ponosić dla podtrzymania tak mało produkcyjnej instytucji.

Zamiast domu podrzutek d-r WOLFF proponuje założenie tak zwanego „instytutu babienia“, którego celem byłoby dostarczenie 24 niezamężnym i niezamężnym ciężarnym możliwości oczekiwania rozwiązania; tu możnaby założyć szkołę babienia, a ewentualnie tu mieściłby się potrzebny dla miasta stołecznego instytut mamek.

W projekcie regulaminu dla instytutu babienia w § 6 mowa i o podrzutekach, znalezionych na ulicy, a mianowicie, że powinny być one przyjmowane i karmione przez znajdujące się tam kobiety, karmiące już własne dzieci.

W projekcie d-ra WOLFFA znajdujemy po raz pierwszy propozycję wprowadzenia podatku na rzecz szpitala, podobnego do dzisiejszego podatku szpitalnego.

Oдноśny paragraf brzmi: „Każdy służący powinien od swoich zasług rocznych dawać na szpital pewną kwotę“ i dalej podane, co na każdego do opłacenia przypada stosownie do rodzaju zajmowanego stanowiska.

Dalej w projekcie tym znajdujemy wzmiankę o potrzebie założenia instytutu szczepienia ospy i wiele innych interesujących punktów, wyliczaniem ich jednak dla braku czasu i miejsca zajmować się nie mogę.

(C. d. n.).

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 czerwca do 14 lipca 1906 r.

Ruch ogólny. Na początku miesiąca było 85 chorych, przybyło nowych 145, wypisano 119, zmarło 17, pozostało na przyszły miesiąc 98.

Według poszczególnych chorób ruch ten przedstawia się, jak następuje.

Najwięcej chorych przybyło na odrę.

Pozostało z poprzedniego miesiąca 11, nowych przypadków 26 (16 m. 10 k.), wypisano 22 jako zdrowych i 2 bez polepszenia, pozostało na następny m. 13. Przebieg naogół ciężki, częste powikłania z zapaleniem płuc kataralnym (u dzieci), z zapaleniem średniego ucha, znaczny procent dorosłych. Ulice: Piękna 9 (4 przypadki), Aleja Jerozolimska 43, Marszałkowska 120, Grzybowska 56, 66, Pańska 80, Krochmalna 8, Ogrodowa 44, Żelazna 98, Dzielna 44, Czerniakowska 72, Stawki 45, Niska 63, Prosta 34, Górczewska 11, Nowowolska 10.

Szkarlatyna: Z ubiegłego miesiąca zostało 26, przybyło świeżych przypadków 25 (10 m. 15 k.), wypisano jako zdrowych 28 i bez polepszenia 1, zmarł 1 chory, w końcu miesiąca znajdowało się 21. Przebieg średnio ciężki. Z powikłań: ropne zapalenia gruczołów chłonnych i zapalenia ucha średniego; zapalenie nerek w tym miesiącu nie było. Ulice: Wspólna 63, Królewska 2, Zielna 19, Krochmalna 73 (5 przypadków), Muranowska 42, Nowolipki 64, Wronia 30, Franciszkańska 6, Górczewska 11, Łucka 12, w. Powązki, w. Koło, w. Wola.

Róża. Było z początku 10, zapisało się 18, wyzdrowiało 9, zmarło 2 (starych), pozostało 17.

Tyfus wyspkowy. Na początku znajdowało się 13, przybyło nowych 20, wypisano zdrowych 12, zmarło 3, pozostało 18. Przebieg dość ciężki. Ulice: Pańska 53, Krochmalna 19, Elektoralna 43, Wronia 38, Bugaj 9, Piwna 39, Obozowa 5, Nowolipki 71, 81, 85, Łucka 12, Miła 56, Wołyńska 7.

Ospa. W końcu poprzedniego m. było 18, zapisano nowych 16, wypisano zdrowych 17, zmarło 3 (2 nieszczepionych), pozostało 14. Ulice: Plac Grzybowski 7, Wronia 4, Zimna 4, Sołec 22, Radzymińska 5, Szczęśliwa 5, Żórawia 3, Żelazna 80, Wspólna 60, Wolność 15, Nowo-Żytomia 47, Chmielna 24, Mokotowska 47, Mokotów.

Dyzenterya. Przybyło 6, wypisano 2, (z polepszeniem), zmarła 1 (dziewczynka), pozostało 3. Ciężki przebieg. Ulice: Nowo-Smocza 60, Radzymińska 13, Chłodna 53, Wileńska 9, Smocza 60.

Błonica. Był 1 na początku, przybyło 4, wyzdrowiało 3, zmarł 1. — Prosta 34, Aleksandrya 8, Piękna 5, Wolska 60.

Prócz tego przybyło: tyfusu brzuszego 1 przypadek, zapalenia płuc krupowego 1, czarnej krosty 2 (jeden śmiertelny), zapalenia opon nagminnego *meningitis cerebro-spin. epidemica* 1 (wyzdrowienie — przypadek stwierdzony bakteriologicznie), tężca (samoistnego) 1 przyp. (zejście śmiertelne), ostrych zapaleń przewodu pokarmowego 3, rumienia wysiękowego 1, zapalenia oskrzeli (przeważnie po odrze) 9, zapalenia ostrego otrzewny 2 (śmiertelne).

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w lipcu 1906 r.

Gazeta Lekarska.

N 26. 1) A. Gabszewicz. Przypadek kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym.

2) A. M. Zapasiewicz. Przypadek zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych, spostrzeżany w szpitalu Św. Stanisława w roku b. w Warszawie.

N. 27. 1) S. Serkowski i J. Maybaum. Materiały do etyologii i statystyki raka.

2) A. Gabszewicz. Przypadek kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym.

N. 28. 1) S. Serkowski i J. Maybaum. Materiały do etyologii i statystyki raka. (c. d.)

2) A. Grünbaum. Dwa przypadki samoistnego pęknięcia pęcherza moczowego.

N. 29. Wacław Sterling. Przypadek zmian syfilitycznych stawu żuchwowego.

2) S. Serkowski i J. Maybaum. Materiały do etyologii i statystyki raka. (c. d.).

Kronika Lekarska.

N. 13. 1) J. Hornowski. Omyłki dyagnostyczne.

2) Jan Sędziak. Przewlekły zanikowy niezbyt nosa.

Krytyka Lekarska.

N. 13. 1) Władysław Biegański. Pojęcie przyczynowości w biologii. (dok.).

2) Henryk Goldberg. Urywki z pamiętnika lekarza.

3) Stanisław Łagowski. W sprawie medycyny społecznej.

Zdrowie.

N. 7. 1) Z. Rutkowski. Pomoc lekarska dla ludności wiejskiej.

2) Marcin Osmala. O niehygienicznym odżywianiu się robotników.

3) Żenczykowski. W sprawie nowego typu ochrony.

Czasopismo Lekarskie.

N. 6) 1) T. Mogilnicki. Z kazuistyki tyfusu brzuszego u dzieci.

2) J. Puterman. Kilka uwag o krętku bladym.

3) St. Nowak. Zasady walki ze śmiertelnością niemowląt.

Przegląd Felczerski

N. 13. 1) K. S. Róża.

2) K. S. Krwawienia w kanale pokarmowym i ich leczenie.

Przegląd Lekarski.

N. 26. 1) W. Jaworski i P. B. Korolewicz. O krwotokach utajonych przewodu pokarmowego.

2) Adolf Wątopek. Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu. (c. d.),

3) Adam Kozaczka. O środkach miejscowo znieczulających w dentystyce (z uwzględnieniem najnowszych).

N. 27. 1) R. Nitsch. Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliznie.

2) Adolf Wątopek. Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu. (c. d.).

3) Adam Kozaczka. O środkach miejscowo znieczulających w dentystyce (z uwzględnieniem najnowszych).

N. 28. 1) Ludomił Korezyński. O dodatkowych skurczach serca i ich znaczeniu klinicznym.

2) R. Nitsch. Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliznie. (dok.).

3) Adolf Wątopek. Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu (c. d.).

N. 29. 1) Tadeusz Żeleński. O znaczeniu kłtnicznym „neutrofilnego obrazu krwi” ze szczególnym uwzględnieniem stosunków w wieku niemowlęcym.

2) Ludomił Korezyński. O dodatkowych skurczach serca i ich znaczeniu klinicznym. (dok.).

3) Adolf Wątopek. Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu (c. d.).

N. 30. 1) Erwin Mięslowicz. O leczniczym działaniu surowicy Römera w włóknikowym zapaleniu płuc.

2) Tadeusz Żeleński. O znaczeniu klinicznym „neutrofilnego obrazu krwi” ze szczególnem uwzględnieniem stosunków w wieku niemowlęcym. (c. d.).

3) Adolf Wątopek. Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu. (dok.).

Lwowski Tygodnik Lekarski.

N. 27. 1) W. Reis. Nauka o odporności w okulistyce.

2) H. Rosmarin. Kilka spostrzeżeń nad dziedziczną odpornością wobec kiły i o t. zw. prawie Profety.

3) K. Bocheński. Przyczynę do postępowania w przypadkach bardzo znacznego zwężenia pochwy.

N. 28. 1) Z. Szczepański. O odczynie desmoidowym Sahliego

2) W. Reis. Nauka o odporności w okulistyce.

N. 29. 1) T. Bohosiewicz i M. W. Herman. W sprawie całkowitego wypielowania szczęki górnej z powodu nowotworów złośliwych.

2) W. Reis. Nauka o odporności w okulistyce.

N. 30. 1) T. Bohosiewicz i M. W. Herman. W sprawie całkowitego wypielowania szczęki górnej z powodu nowotworów złośliwych.

2) W. Reis. Nauka o odporności w okulistyce.

Nowiny Lekarskie.

N. 7. 1) B. Wieherkiewicz. Dalsze doświadczenia z pyoktaniną w leczeniu okulistycznym.

2) St. Bartoszewicz. Wyniki badania higienicznego wody studzien na stacyi Praga-Nadwiślańska w 1905 r. i zastosowanie sposobu Marbontin'a.

Przegląd Hygieniczny.

N. 7. 1) Kazimierz Panek. Hygiena turysty.

2) Jan Papée. Choroby weneryczne, ich rozszerzenie i zapobieganie. (c. d.).

3) K. Panek i F. Szperling. O biologicznym sposobie oczyszczania wód ściekowych z szczególnem uwzględnieniem urządzenia w Sanatorium piersiowo chorych w Zakopanem. (dok.).

4) Ferdynand Obtulowicz. Kilka słów o wystawie higienicznej w Medyolanie.

5) Sprawy „Towarzystwa higienicznego”.

Głos Lekarzy.

N. 13. 1) Biuro porady i obrony prawnej dla lekarzy.

2) W sprawie komisji sądowo-lekarskich.

3) Interpelacya posła d-r Opydo, wniesiona w izbie posłów w dniu 25 maja b. r.

4) Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

5) Z izb lekarskich.

N. 14. 1) Postulaty lekarzy w sprawie reformy kodeksu karnego.

2) Walne zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

3) IV zjazd związku ekonomicznego lekarzy niemieckich (związku lipskiego)

4) 34 zjazd związku niem. Towarzystw Lekarskich.

5) Kurs dla wykształcenia służby do pielęgnowania chorych.

6) Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905.

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

(skoncentrowanej i oczyszczonej hemoglobiny (niem. pat. № 81391) 80,0, chemicznie czystej gliceryny, włączając w to i istotę smak poprawiającą 20,0).

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wymiennie wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie, influenzy i in. chorobach.

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antibakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen HOMMELA**.

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju!); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Skład główny na Rosyję: Bolsze—Ochtsenskaja Apteka „Otd. Hematogen“, St. Petersburg.

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum



Surowica antydyfterytryczna—Merk'a
Surowica streptokokowa—Menzera
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticon—Ficker'a
Jequiritol—Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy. Służy do bezbolesnego wstrzykiwania środkiem znieczulającym.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwnieprzydatny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieprzydatnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania ubocznego. Morfina i innych pochodn. też.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr). Wskazania: neurastenia, histerya, rozstrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: żółty, kaszel oskrzelowy, emphysema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzęsawiczny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphysema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstości pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym.

Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że dawki podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieprzydatny, specyficzny przeciw nocnym pocąm suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym pocąm turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zaplusuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej miedzi, obfite miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

* ST. PETERSBURG, Galernaja, 20.
Telefon № 233-81.

* LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, jeżeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ściśle określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polega na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym. Po licznych samodzielnych badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizyologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przedewszyst-

kiem na zwierzętach; w razie otrzymania odatnich wyników dopiero z nich wyrabia się preparat farmaceutyczny. Próby otrzymanego preparatu bada się następnie fizyologicznie i chemicznie i sprowadza się je do określonego działania. W ten sposób możemy ręczyć za pełne i zawsze stałe, określone działanie wszystkich naszych preparatów bądź w postaci płynnej lub stałej, bądź w proszku lub w miksturze, pigułkach, tabletkach i t. p. Tylko dzięki takiemu racjonalno-naukowemu sposobowi przygotowywania, udało nam się osiągnąć tego, że nasze preparaty: **Adrenalina, Acetozon, Brometon, Chloreton, Kaskara-Sagrada, Taka-Diastaza** i t. d., zyskały sobie zupełnie zasłużony, wszechświatowy rozgłos.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicz, Natansona, Ryłki, Thieme-go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalołów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

D-r Zygmunt Wąsowicz

ordynuje w chorobach kobiecych i wewnętrznych jak lat poprzednich

w Krynicy dom pod Orłem.

W Ciechocinku

D-r Przyrembel

Choroby Chirurgiczne.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10
przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

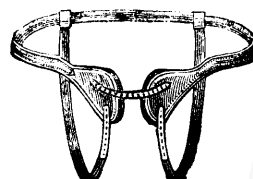
Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko-

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Medal srebrny r. 1890



Bandaż.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

BANDAŻY oraz Brzytew oryginalnych Angielskich, Scyzoryków i Nożyczek

F. BALUKIEWICZA
Bielanska 9, hotel Paryżki.

w Warszawie.

Wielki wybór wszelkich Narzędzi Chirurgicznych, Bandaży, przymem przyjmuje się reperacje w zakres fabryki wchodzące, po cenach najtańszych.



FIGUŁKI CASCARA MIDY

Każda pigułka zawiera 0,12 wodno-alkoholicznej essencji stojowego szpiku kory drzewnej Cascara Sagra, wolna dzięki naszego specjalnego przygotowania (1884 r.) wszelkiego tłuszczu (ostrej i rozdrażniającej substancji) i po 0,10 świeżego proszku.

Pigułki Cascara Midy mogą być używane przez Mamek i podczas ciąży.

ZASTOSOWUJĄ SIĘ PRZECIWKO

ZWYCZAJNEJ OBSTRUKCYI (Zatwardzeniu) I ŁĄCZNYM NASTĘPSTWOM

Dosyć użyć 2—3 pigułki po kolacji lub przed snem, aby codziennie regularnie mieć wypróżnienie.

ONE NIE TWORZĄ RZNIĘCIA ANI TEŻ BIEGUNKI.

Apteka MIDY istnieje od r. 1828 faubourg St-Honoré, 113 w PARYŻU.

Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Reprezentant na Królestwo Polskie: H. MENDELSSOHN, Warszawa, Leszno 12.

Żądać podpis L. MIDY.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy aptece

FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
Faschingen i Selters.

Schlesischer Obersalzbrunnen



Marka-ochronna

OBERBRUNNEN



Marka-ochronna

Pierwszorzędne Alkaliczne

Zródło

SKUTECZNIE STOSOWANE OD 1601 r.

Analizy i szczegóły o źródle wysyła BEZPŁATNIE,

kantor ekspedycji Książczych Wód Mineralnych w Obersalzbrun.

FURBACH i STRIBOLL, SALZBRUNNEN § SKŁAD we wszystkich aptekach i składach
(Szląsk) materiał w aptecznych.

„Kronika Dentystyczna”

Miesięcznik, poświęcony wszystkim gałęziom dentystyki, chorobom jamy ustnej, oraz sprawom zawodowym; wychodzi od lipca r. b. pod redakcją: **Lekarza-dentysty M. KRAKOWSKIEGO.**

„KRONIKA DENTYSTYCZNA” wychodzi w początku każdego miesiąca w zeszytach dużego formatu książkowego i zawiera: prace oryginalne, dział sprawozdawczy, spostrzeżenia kliniczne, wiadomości pomniejszych, nowe leki i notatki lecznicze, nową literaturę, kronikę, sprawy zawodowe, listy do redakcji i t. d.

PRZEDPŁATA wynosi w Warszawie rocznie 6 rb. (z odnosh.), w Cesarstwie i zagranicą 6 rb. 50 k.

Prenumerować można i półrocznie.

Redakcja i administracja: **Warszawa, Długa 47.**

Na żądanie wysyłamy numer okazowy.

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie	rocznie	rb. 6 kop. —	Z przesyłką pocztową	rocznie	rb. 7 kop. —
	półrocznie	„ 3 „ —		półrocznie	3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejscokop. 10, na I-ej i ostatniej stronie k. 20

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja Medycyny. — Biuro ogłoszeń Ungra, Wierzbowa 8. — Dom Handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie-Przedmieście 53. — W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna (róg Siennej).

Adres Redaktora: Krak. - Przedm. № 7.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły załatwić można cedsienno u Wydawcy od 9—10 rano.

OGŁOSZENIA.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształ Nowo-karlsbadzkie kryształ **Dr. Brackebuscha**

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej: Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Omorol

(w wodzie nie rozpuszcza się).
nie surowicą, gdyż omorol niszczy zarazki w miejscu ich wynikania. Również leczy i inne zakażone błony śluzowe.

Duotal

Novargan

Nowy, zupełnie nie drażniący preparat srebro-proteinat do miejscowego leczenia dyfteryi, silne i głębokie działanie antyseptyczne, gdyż rozpuszczalny w płynach tkankowych, wydzielinie etc. Miejscowe leczenie dyfteryi za pomocą omorolu dopełnia leczenie surowicą, gdyż omorol niszczy zarazki w miejscu ich wynikania. Również leczy i inne zakażone błony śluzowe.

Duotal „Heyden“ preparat guajakolu, nietrujący, bezwonny i bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym katarom dróg oddechowych. Antyseptyk kiszek w tyfusie i enteritis. Prawie niedrażniący, łatwo rozpuszczalny preparat białkowo-srebrny. „Obecnie jest to najlepszy środek przy ostrym tryprze.“

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno
lub przedstawiciel Ludwik Freider Warszawa Leszno 60.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna

87. CZAWA - ALKALICZNA

Najlepszy napój dye-
 tetyczny i orzeźwia-
 jący

Wyborny dla dzieci
 i rekonwalescentów.

Henryk Mattoni

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

ZAKŁAD

wodoleczniczy

Giesshübl - Sauerbrunn

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia

Giesshübler'u

Mattoni'ego.



Wstrzykiwania podskórne wyjałowione w I C. C.

Acid. arsenicicum 0,01

Acid. arsenicos 0,01 c. Natr. caust.

Arrhenal 0,025—0,05—0,075—0,10

Atoxyl 0,10

Ferr. kakodylicum 0,05—0,075—0,10

Liq. Fowleri c. aq. destill. aa p. aeq.

Natr. arsenicicum 0,01

Natr. arsenicos 0,01 c. Acid. carbol.

Natr. kakodylic 0,01—0,02—0,03—0,05—0,075—0,10

stale gotowe posiada Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

ANALIZA.

Mellin's Food

wykazuje, że środek ten:

1. Wolny jest od krochmalu,
2. Obfituje w maltozę analogon laktozy,
3. Ma odczyn alkaliczny,
4. Zmienia mleko krowie tak, że ono pod wzglę-
dem fizycznym i chemicznym staje się podo-
bnem do mleka kobiecego,
5. Przy dodaniu świeżego mleka krowiego wy-
twarzają się własności antyszkorbutowe.

Świadectwo lekarzy wszystkich
 krajów potwierdzają wartość
 fizyologiczną środka Melina.

Dla otrzymania prób należy się zwracać do
 przedstawicieli na Rossyę i Królestwo Polskie.

Shanks & Co w Moskwie

lub do **B. Frank w Warszawie**

Passaż Simonsa

Telefon 56—91.



EUNATROL.

Środek doskonały — cholagogum — przeciw
Kamieniom Żółciowym i innym chorobom
 aparatu żółciowego i wątroby; przyjmowany
 w formie pigułek **Eunatrolowych** bez
 wszelkiego działania ubocznego nawet w
 przebiegu wielu miesięcy.

UROSIN.

Jedyny pewny środek profilaktyczny przeciw
 podagrze, dnii i złogom moczanowym.
 Polecane przez D-ra Weiss'a, wynalazcę le-
 czenia preparatami Kwasu chinowego.

FORTOIN.

Środek przeciw **Bieguncie**, nie mający smaku,
 pewnie działający w przypadkach ostrego,
 chronicznego i tuberkulicznego **Kataru Ki-
 szek.**

Próby i literatura wysyła się P. p. lekarzom
 bezpłatnie.