

jących na wypadek, gdyby choroba okazało się istotnie płonicą.

Przepisałem niewielką dawkę kofeiny i zaleciłem wdychanie do gardła *Natr. sozajodolicum* i *ac. boricum pulveratum* w równych częściach i obiecałem odwiedzić chorego nazajutrz.

20. XI. rano znalazłem ciepłotę ciała 38,4, przy tętnie około 100. Zmiany w gardle niemal takie same, nalot nie zmienił charakteru, gruczoły limfatyczne szyjowe, podpachowe, łokciowe i pachwinowe wyraźnie zwiększone, niebolesne. Gruczoły podszczękowe nie bolesne, nieco powiększone. Wysypka bez zmiany. Stolec był po ławatywie, wymiotów niema. Ból gardła mniejszy. Szumu w uszach niema; ból głowy prawie zupełnie przeszedł. Chory daleko rażniejszy. T. V. 38,1.

21. XI. T. M. 36,6 P. 80. T. V. 37,4. Wysypka znacznie bledsza, ale na całej skórze widoczna. Błona śluzowa ust i gardła straciła swój rozlany charakter; czerwoność kończy się niemal ostremi granicami przy przejściu miękkiego podniebienia na twarde. Nalot na migdałki bez zmiany.

22. XI. TM. 37,0, P. 80, TV. 37,4. Wysypki niema nigdzie, łuszczenia nie zauważyłem. Zmiany w gardle te same.

23. XI. TM. 36,0, P. 78. Łuszczenia nie widać. Zmiany w gardle te same. Chory czuje się dobrze.

Podejrzenie moje, że w danym razie wysypka zależała od zażycia chin, są coraz większe, nie mam jednak możności napewno o tem wyrokować, wobec czego przedstawiam do uznania chorego, albo pozostanie w przekonaniu, że przechodził płonicę, wskutek czego powinien przez czas dłuższy zachowywać odpowiednią dietę i z łóżka nie wychodzić i t. d., albo zdecydowanie się na możliwość powtórzenia się objawów, świeżo przebytych, jeśli zechce znowu zażywać chin, w tym jednak razie miałbym dowód oczywisty, że choroba płonicą nie była.

Chory na propozycję się zgodził i o 12-ej przyjął 10 granów *chinini muriatici*.

W niespełną godzinę dostał znowu dreszczów, wymiotów, i ciepłota ciała zaczęła się podnosić tak szybko, że około 4-ej po południu znalazłem już 40,5°C.; wysypka o tym samym charakterze wystąpiła w całej pełni. Szum w uszach; ból głowy był tylko nieco mniejszy. Tętno nie przekraczało 120 uderzeń, stan ogólny chorego, chociaż podobny do poprzedniego, ale znacznie lepszy. Zmiany w gardle zupełnie takie same, jak przy pierwszym zachorowaniu.

24. XI. TM. 37,8, P. 90, TV. 37,0.

Wysypka bledsza, ale widoczna na całym ciele; charakter zaczerwienienia gardła bez zmiany.

25. XI. TM. 36,0, TV. 37,0.

Wysypki niema. Łuszczenia nie zauważyłem. Nalot w gardle jakby nieco większy. Zaczerwienienie nieznaczne, obcinające się równo na brzegu twardego podniebienia. Śledzioną bez zmiany.

26. XI. TM. 36,5, TV. 36,8.

Zmiany w gardle, jak dnia poprzedniego. W moczu sporo ciałek ropnych i ślady białka. Czerwonych ciałek krwi i wałków nie znalazłem. Podczas następnych kilku dni ciepłota ciała już się nie podnosiła, wobec czego poleciłem choremu zwrócić się o poradę do specjalisty dla przeprowadzenia specyficznej kuracji z powodu przymiotu i rzeżączki wraz z zapaleniem gruczołu krokowego.

Krwi nie badałem na obecność pasorzytów zimniczych.

Od tego czasu chorego straciłem z oczu i niewiem, co się z nim dzieje.

Przypadek ten pozwoliłem sobie opisać jako niezmiernie ciekawy ze względu na objawy, ludzko przypominające ciężką płonicę; mieliśmy bowiem do czynienia i z burzliwym początkiem choroby, połączonym z dreszczami, wymiotami, wysoką ciepłotą ciała, przekraczającą

40°C.; widzieliśmy również i niemal typową płoniczą wysypkę, różniącą się może tem tylko od przeciętnej w płonicy, że pokrywała ona całą twarz równomiernie, co zresztą, według mego w tym kierunku doświadczenia nie wyłącza zupełnie płonicy; dalej zmiany na błonie śluzowej języka, podniebienia, migdałków i t. p. ludzko przypominały takie same zmiany w płonicy; dawał mi wprawdzie do myślenia charakter nalotu na migdale prawym, który przypominał *plaques luetiques*, jedna i z tym faktem niepodobna było się liczyć bardzo przy stawianiu rozpoznania.

Nieco ważniejsze znaczenie miało może powiększenie wszystkich gruczołów limfatycznych bez bolesności ich i przy braku wybitnej bolesności i powiększenia gruczołów podszczękowych, przynajmniej z prawej strony, gdzie widzieliśmy nalot. Wywiady, mówiące o przebytych i źle leczonym przymiocie, brak łuszczenia po silnej wysypce, zapewne, że wzbudzały pewne podejrzenie co do płonicy w moim przypadku, tembardziej, że pierwsze objawy zachorowania, tak ludzko przypominającego płonicę, wystąpiły bezpośrednio po zażyciu chininy; ale i przysłowie mówi, że: „*post hoc, non est propter hoc.*”

Jedynym tedy pewnym argumentem, świadczącym o rodzaju zachorowania, było doświadczenie wywołanie identycznego napadu po powtórnym zażyciu chininy; to mnie ostatecznie przekonało, że miałem do czynienia z objawem niezwyklej idyosynkrazji do chininy; przypadkowy zaś zbieg okoliczności, że chory miał w tymże czasie przymiotowe zapalenie gardła z *plaques luetiques* dopełniły ludzkiego obrazu.

Żałuję mocno, że nie zbadałem krwi u mego chorego i że wskutek tego nie mogę sobie zdać dokładnie sprawy z powodów, dla których miewał on przez czas dłuższy gorączkę o typie zimniczo-ropniczym. Czy istotnie miał on zimnicę, i objawy znikły po drugiej dawce chininy, nie mogę napewno odpowiedzieć. Powiększe-

nie śledzony do pewnego stopnia przemawiało by zatem przypuszczeniem; sądzą jednak, że z równem prawem możnaby wytłumaczyć sobie ową twardawą śledzionę przebytych i niewyleczonym przymiotem. Dlaczegoż więc owa gorączka o typie, jak ją nazwałem, zimniczo-ropniczym spadła?

Zdaje mi się, że obecność ciałek ropnych w moczu, wywiady, mówiące o zapaleniu gruczołu krokowego, mogłyby pozwolić na przypuszczenie, że była to łagodna ropnica (*prostatitis? pyelitis?*). Trudno mi na to dać twierdzącą odpowiedź, sądzą jednak, że wolno takie przypuszczenie zrobić.

Zasugerowany niezwyklej przebiegiem choroby i mając na myśli, że chory musi, o ile tylko wyłączyć zdołam u niego płonicę, przejść jaknajprędzej we właściwe ręce dla dopełnienia specyficznej kuracyi, nie dopełniłem badania mego sprawdzeniem stanu gruczołu krokowego; sprawdzenie, czy chory nie miał zapalenia miedniczek nerkowych przy obecności ostrej rzeżączki, było rzeczą niezmiernie trudną.

Sądzą, że opis spostrzeganego przeze mnie przypadku po za brakami, jakie sam widzę, przedstawia tak wiele ciekawych stron, że mimo wszystko nie wabam się podać go do wiadomości Sz. Kolegów.

ZABURZENIA ŻOŁĄDKOWE I KISZKOWE W NAJPIERWSZYCH OKRESACH GRU- ŻLICY PŁUC.

Podał

Władysław Janowski,

docent Akademii i Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus
w Warszawie.

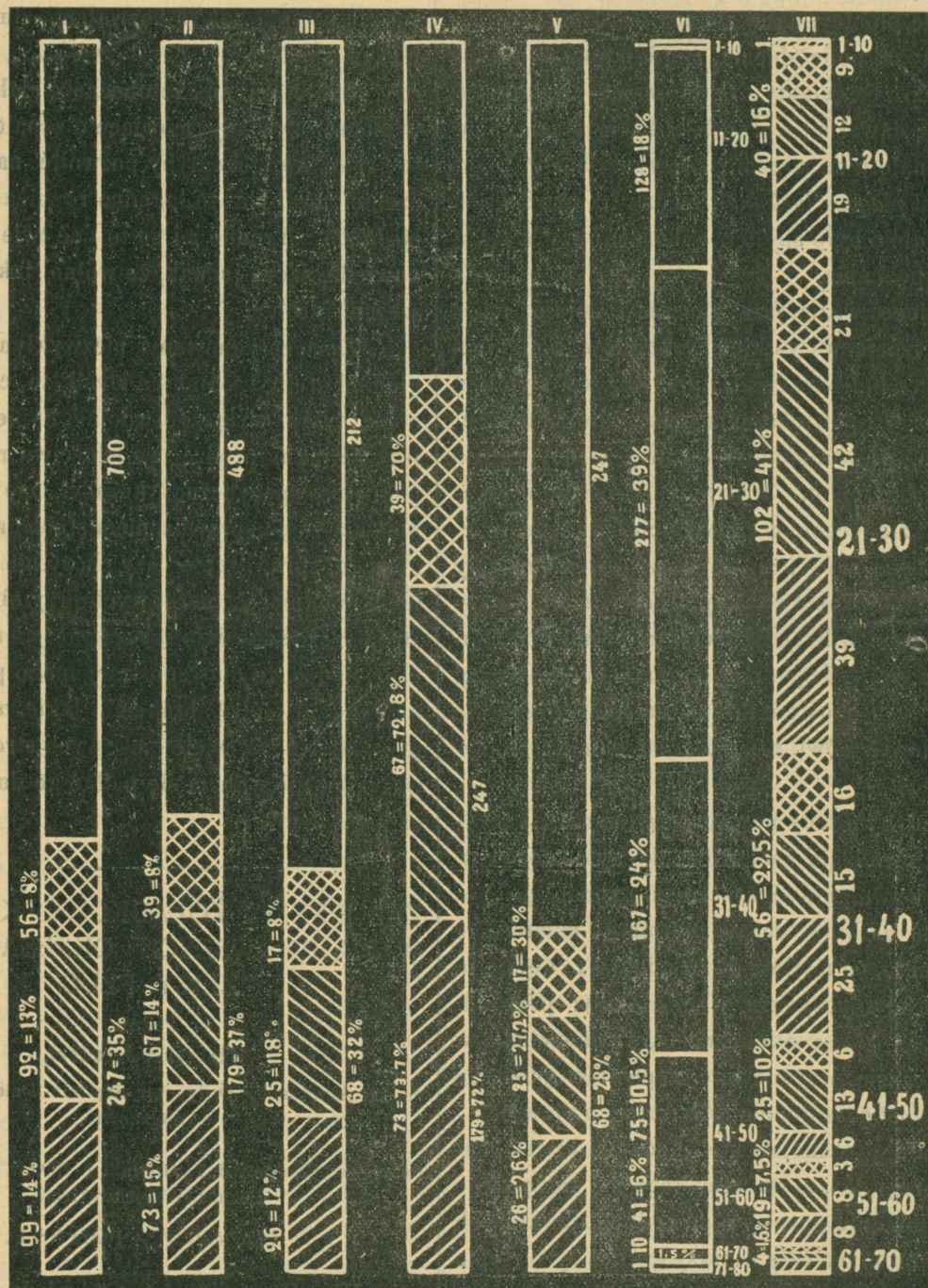
(odezbyt wygłoszony d. 11 Grudnia r. 1906 w Towarzystwie
Lekars. Warszawskiem).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 1).

III. Co do częstości zaburzeń w trawieniu w moim materiale, to uwidoczniają ją poniższe zestawienia liczbowe:

1) Na ogólną liczbę 700 omawianych tu chorych spotykałem zaburzenia w trawieniu u 247 osobników, co wynosi (p. tablicę, kolumna I-sza).

a) stosunek wszystkich chorych z zaburzeniami w trawieniu do ogólnej liczby chorych w początkowych okresach gruźlicy $247 : 700 = 35\%$;



b) w tem stosunek chorych z objawami żołądkowymi do ogólnej liczby chorych na gruźlicę wynosi $99 : 700 = 14\%$;

c) podobny stosunek chorych z objawami kiszgowymi wynosi $92 : 700 = 13\%$, a

d) chorych z objawami mieszanymi wynosi $56 : 700 = 8\%$.

2) Co do płci, to

a) przy zestawieniu stosunku kobiet z zaburzeniami w trawieniu w początkowych okresach gruźlicy płuc do ogólnej liczby kobiet w początkowym okresie gruźlicy z analogicznym stosunkiem u mężczyzn (p. tablicę, kol. II i III), liczby te wypadają na ogół niekorzystnie dla kobiet, chociaż zboczenia od przytoczonej powyżej ogólnej liczby przeciętnej nie są znaczne. Mianowicie:

a) Podczas, gdy, jak wiemy, stosunek ogólny wszystkich chorych z zaburzeniami w trawieniu do ogólnej liczby chorych na początkowy okres gruźlicy wynosił 35% , to dla kobiet stosunek ten wynosi $179 : 488 = 37\%$, a dla mężczyzn $68 : 212 = 32\%$.

b) U chorych z samymi tylko zaburzeniami żołądkowymi odnośne liczby wynoszą: wogóle $99 : 700 = 14\%$, przyczem dla kobiet $73 : 488 = 15\%$, a dla mężczyzn $26 : 212 = 12,2\%$.

c) Dla chorych z objawami kiszgowymi stosunek ten jest wogóle $92 : 700 = 13\%$, przyczem dla kobiet wynosi $67 : 488 = 14\%$, a dla mężczyzn $25 : 212 = 11,8\%$.

d) Wreszcie dla chorych z objawami mieszanymi stosunek ten wynosi wogóle $56 : 700 = 8\%$, przyczem pozostaje bez zmiany zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn, mianowicie, dla kobiet jest on $39 : 488 = 8\%$ i dla mężczyzn $17 : 212 = 8\%$.

β) Przeciwnie, przy obliczaniu

a) stosunku kobiet z zaburzeniami w trawieniu wogóle do ogólnej liczby osobników gruźliczych z zaburzeniami w trawieniu uderza odrazu olbrzymia przewaga kobiet nad mężczyznami. Mianowicie, kobiet tego rodzaju było

179, co daje stosunek ich do ogólnej liczby gruźliczych z zaburzeniami w trawieniu $179 : 247 = 72\%$ (p. tablicę, kol. IV), podczas, gdy mężczyzn było tylko 68, co daje stosunek $68 : 247 = 28\%$ (p. tablicę, kol. V).

Analogicznie wyglądają też liczby dla poszczególnych grup omawianych tu chorych, mianowicie:

b) Ten sam stosunek dla chorych z objawami tylko żołądkowymi wynosi dla kobiet $73 : 99 = 73,7\%$, a dla mężczyzn $26 : 99 = 26\%$.

c) Taki sam stosunek chorych z objawami kiszgowymi wynosi dla kobiet $67 : 92 = 72,8\%$, a dla mężczyzn $25 : 72 = 27,2\%$.

d) Wreszcie ten sam stosunek u chorych z objawami mieszanymi wynosił dla kobiet $39 : 56 = 70\%$, a nadto dla mężczyzn $17 : 56 = 30\%$.

3) Co do wieku, to materiał mój jest następujący (p. tablicę, kol. VI):

a) Z ogólnej liczby chorych na gruźlicę w początkowych okresach było:

W wieku od lat	1—10	osobników	$1 = 0,15\%$
"	"	11—20	" $128 = 18,3\%$
"	"	21—30	" $277 = 39\%$
"	"	31—40	" $167 = 24\%$
"	"	41—50	" $75 = 10,5\%$
"	"	51—60	" $41 = 6\%$
"	"	61—70	" $10 = 1,5\%$
"	"	71—80	" $1 = 0,15\%$
Razem			700

Analogiczny stosunek wpływu wieku na ogólną liczbę chorych pozostaje z uderającą konsekwencją prawie bez zmiany nie tylko dla odnośnych chorych z zaburzeniami w trawieniu wogóle, lecz i dla wszystkich ich podgrup w szczególności. Mianowicie:

b) Liczba chorych na zaburzenia w trawieniu wogóle przedstawia się w moim materiale podług wieku, jak następuje (p. tablicę, kolumna VII):

Od lat	1—10 chorych	1=0,4%
"	11—20 "	40= 16%
"	21—30 "	102= 41%
"	31—40 "	56=22,4%
"	41—50 "	25= 10%
"	51—60 "	19=7,5%
"	61—70 "	4=1,6%
Ogółem . .		247

c) Z zaburzeniami tylko żołądkowymi:

Od lat	1—10 chorych	0
"	11—20 "	19
"	21—30 "	39
"	31—40 "	25
"	41—50 "	6
"	51—60 "	8
"	61—70 "	2
Ogółem . .		99

d) Z zaburzeniami tylko kiszkowymi:

Od lat	1—10 chorych	1
"	11—20 "	12
"	21—30 "	42
"	31—40 "	15
"	41—50 "	13
"	51—60 "	8
"	61—70 "	1
Ogółem . . .		99

e) Wreszcie z zaburzeniami mieszanymi:

Od lat	1—10 chorych	0
"	11—20 "	9
"	21—30 "	21
"	31—40 "	16
"	41—50 "	6
"	51—60 "	3
"	61—70 "	1
Ogółem . .		56

Ogółem więc biorąc, chorzy z zaburzeniami w trawieniu w początkowych okresach gruźlicy płuc stanowią około 35% spostrzeganego przeżemnie materiału. Z kolei w materiale tym 70% stanowią kobiety, a co do wieku, znaczną większość stanowią chorzy przedewszystkiem w wieku od lat 21—30 i od lat 31—40, po których idzie kolejno wiek od lat 11—20, 41—50, 51—60, 61—70 i w końcu 1—10. Ostatnia jednak rubryka w moim materiale bynajmniej za miarodajną uchodzić nie może, gdyż dzieci do lat 10 widuję wogóle mało.

Z innych autorów żaden liczb nie podaje, lub przytaczają je oni na zasadzie kilku [O. BRIEGER (3)] lub kilkunastu [G. KLEMPERER (15)] spostrzeżeń. Tylko MARFAN (20) przytacza nieco większą liczbę swoich spostrzeżeń, mianowicie 21 (6 męż. i 15 kob.) z pomiędzy 34 chorych z początkowymi objawami gruźlicy. Przytem, z wyjątkiem SOKOŁOWSKIEGO (28, 29) i CORNER'a (5), zdanie ich odnosi się wyłącznie do zaburzeń żołądkowych. Kiszkowe bowiem są w literaturze specjalnie niedoceniane i niedomawiane i przez to są też praktycznie tak mało znane. HUTINEL i GRANCHER (13) twierdzą, że zaburzenia żołądkowe zdarzają się u $\frac{1}{3}$ chorych na początku gruźlicy płuc; BOURDON (2) twierdzi, ale bez przytaczania liczb, że zdarzają się one u $\frac{2}{3}$ odnośnych chorych; MATHIEU (21) zaś mówi o nich, że są one „d'une fréquence extrême”. Bez liczb trudno wiedzieć, co on pod tą nadzwyczajną częstością rozumie. Dla mnie, naprz., fakt, że spotykałem zaburzenia w trawieniu u 35% chorych na początkową gruźlicę płuc wogóle, oraz, że, biorąc rzecz poszczególnie, spostrzegałem objawy żołądkowe u 22% omawianych chorych (u 14% — tylko żołądkowe, a u 8% jednocześnie z kiszkowymi), już uderza mnie swoją właśnie nadzwyczajną częstością. Z innych autorów RIEGEL (23) wyraża się o zaburzeniach żołądkowych, że nie są rzadkie (nicht so selten), JAWORSKI (17) uważa je za dość częste, SOKOŁOWSKI (28, 29) za częste,

a CORNET (5) za częste, ale nie stałe. Jeden tylko HAYEM (11) twierdzi, że z pomiędzy ciężkich chorób gruźlica jest tem cierpieniem, której wpływ ma objawy trawienne, jest najmniejszy (la moins prononcée). Sądzę, że powyższe moje liczby zdaniu temu z dostateczną siłą zaprzeczają.

Co do częstości zaburzeń kiszkowych u omawianych tu chorych, to jest ona prawie taka sama, jak i dla objawów żołądkowych, wynosi bowiem ogółem 21% wszystkich odnośnych przypadków świeżej gruźlicy płuc, a mianowicie 13% tylko z objawami kiszkowymi i 8% z kiszkowymi i żołądkowymi jednocześnie. U innych autorów żadnych liczb w tym kierunku nie znajdowałem.

IV. Co do okresu, w którym omawiane zaburzenia występują, to przesądza je sam tytuł niniejszej pracy i przytoczone w jej początku objawy ogólne i wysłuchowe w odnośnych przypadkach. Przypominam jednak, że większość chorych zwróciła się do mnie wyłącznie ze skargami żołądkowymi lub kiszkowymi, i to nieraz po kilku — a nawet kilkunastomiesięcznem ich trwaniu, nie wiedząc wcale o zajęciu swoich płuc z powodu zupełnego braku odnośnych objawów. Tych ostatnich, zarówno podmiotowych, jak i przedmiotowych, trzeba było dopiero szukać, przyczem prawie u wszystkich chorych znajdowałem je przy pierwszym badaniu chorego, u wyjątkowo zaś nielicznych chorych — dopiero przy drugim lub trzecim ich widzeniu. Ponieważ jednak podobai chorzy cierpią najczęściej długo, zanim się do ogólnego lekarza zwrócą, jestem więc zdania, że objawy żołądkowe (u 14%), kiszkowe (u 13%) lub jedno i drugie (u 8%) mogą być bardzo często (ogółem u 35% chorych) tymi, które nie tylko rozwijają się w najpierwszych okresach gruźlicy płucnej, ale które nadto występują, jako przykre dolegliwości podmiotowe na długo (szereg miesięcy a nawet lat) przed odczuciem przez chorych jakichkolwiek zabu-

rzeń ze strony płuc, czasami zaś zdarzyć się mogą nawet przed możliwością przedmiotowego stwierdzenia zmian w szczytach płucnych, pomimo starannego ich zbadania.

Jednakże twierdząc stanowczo, że, przy uważnem odnośnem zbieraniu wywiadów i wysłuchiowaniu szczytów, przypadki ostatniego rodzaju zdarzają się wyjątkowo rzadko.

Z innych autorów ANDRAL (1), G. SÉE (26) HUTINEL i GRANCHER (13), JAWORSKI (17), RIEGEL (23) twierdzą, że objawy żołądkowe mogą poprzedzać płucne o kilka miesięcy, i stawać się one mogą dopiero punktem oparcia dla ścisłego zbadania płuc [KLEMPERER (15)]. ROSEN-BACH (24), MARFAN (20), SOKOŁOWSKI (28, 29), i CORNET (5) twierdzą z większą daleko, zdaniem mojem, słusnością, że objawy te występują najczęściej wtedy, gdy dokładne badanie może już wykryć zmiany w jednym lub obu szczytach płucnych, i że występowanie ich przed możliwością zorientowania się przy dokładnem zbadaniu stanowi rzecz niezwykłą. Zgadza się z tem, jak widać z powyższych słów moich, moje doświadczenie osobiste. Wskutek tego proponowane przez G. SÉE (26), a potem przez SOKOŁOWSKIEGO (28) określenie ogólne takich chorych, że cierpią oni na „skrytą gruźlicę“ z objawami dyspeptycznymi, wydaje mi się słusznem tylko dla wspomnianych już powyżej przypadków wyjątkowych, podczas, gdy o olbrzymiej ich większości należy mówić, że odnośni chorzy cierpią na niewątpliwą już gruźlicę płuc z objawami początkowymi („Symptomes initiales“) ze strony żołądka lub kiszek.

Prawie cała odnośna literatura omawia, jak już zaznaczałem, objawy żołądkowe. Kiszkowe są omawiane tylko u SOKOŁOWSKIEGO (28, 29) i CORNET'a (5). Tymczasem odnośne zaburzenia ze strony kiszek, o ile powód ich nie jest rozpoznany i właściwie leczony, trwają nieraz bardzo długo i czasem prowadzić mogą, jak mówiłem, do wtórnego organicznego cierpienia kiszek grubej (colitis), ze znacznem wtórnem wy-

niszczeniem chorego. Dlatego też specjalnie znajomość faktu, że gruźlica płucna może objawiać się na początku tylko uporczywymi zaburzeniami wyłącznie ze strony kiszek (15% mego materiału) lub kiszek i żołądka (8% mego materiału), powinna znaleźć między lekarzami daleko szersze, niż dotąd, rozpowszechnienie, gdyż to jedno skłaniać będzie kolegów do pedantycznego badania płuc w przypadkach uporczywych biegunek i do właściwego leczenia tych ostatnich.

Niektórzy autorowie, jak JAWORSKI (17), MARFAN (20) SOKOŁOWSKI (28) i CORNET (5), twierdzą, że objawy ze strony przewodu pokarmowego w dalszym przebiegu gruźlicy płuc znikają. Na to muszę dodać wyraźne zastrzeżenie, że znikają one szybko tylko przy racjonalnym leczeniu gruźlicy płucnej; że nadto, podług mego doświadczenia, objawy kiszkowe ustępują

przytem na ogół, choć bynajmniej nie zawsze, trudniej od żołądkowych, że zwłaszcza w przypadkach, w których źródło biegunki nie było przez czas dłuższy rozpoznane, wyleczenie jej, nawet na drodze racjonalnej, często trwa dłużej, niż leczenie objawów żołądkowych, i że, pomimo niego, w takich zastarzałych przypadkach zaburzeń kiszkowych, zdarzają się nieraz nawroty biegunki, głównie po zaziębieniu lub innych czynnikach, wpływających niekorzystnie na stan ogólny chorych. Recydywy te leczą się jednak daleko szybciej od pierwotnych dolegliwości kiszkowych, gdyż tacy chorzy, przekonawszy się już raz, że zagładzanie się dyctą, czyszczeniem i t. p. samodzielne leczenie biegunki nie prowadzi do celu, zwracają się, po wystąpieniu nawrotów, odrazu o właściwą pomoc lekarską.

(D. n).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

2. FR. HAMBURGER. Przykręgowe stłumienie i wyjaśnienie odgłosu opukowego w zapaleniu opłucny.

RAUCHFUSS w r. 1904 podał do wiadomości publicznej stały objaw opukowy w zapaleniu opłucny, polegający na obecności stłumienia po stronie zdrowej obok kręgosłupa. Obszar stłumienia przedstawia, podług RAUCHFUSS'a, trójkąt prostokątny, którego krótsza przyprostokątna stanowi podstawę, odpowiadającą dolnemu brzegowi płuca i mającą około 6 ctm. długości. Dłuższa przyprostokątna odpowiada linii środkowej i sięga górnej granicy wysięku. Przeciwnprostokątna łączy końce obu wymienionych linii. Figurę tę RAUCHFUSS nazwał przykręgowym trójkątem stłumienia. Ten sam objaw zapalenia opłucny podają BADUEL i SICILIANO

i miaują go przykręgowym trójkątem GROCCO, który na kilka tygodni przedtem na ten objaw zwrócił uwagę. BADUEL i SICILIANO podjęli badania doświadczałne na trupach celem wyjaśnienia powstawania tego objawu. Autorzy ci doszli do przekonania, że stłumienie po zdrowej stronie zależne jest od przemieszczenia śródpiersia w następstwie wzmożonego ciśnienia po stronie chorej. Zwracają oni uwagę na to, że przemieszczenie aorty i przełyku jest przy prawostronnym wysięku znacznie większe, niż przy lewostronnym. Zarówno jednak RAUCHFUSS, jakoteż BADUEL i SICILIANO doszli na mocy poszukiwań doświadczałnych do wniosku, że stłumienie przykręgowe nie da się wytłomaczyć jedynie tylko przemieszczeniem śródpiersia. Przyjmują oni, że wskutek wysięku zdolność do drze-

nia kręgosłupa zmniejsza się, i że prócz tego wskutek przemieszczenia śródpiersia masa płuca zdolna do drżenia obok kręgosłupa również się zmniejsza.

Jedynę słuszną objaśnienie omawianego zjawiska dał RAUCHFUSS. Według tego autora, gdy opukujemy klatkę piersiową zdrowego dziecka tuż przy kręgosłupie, drżeniu ulega nie tylko strona opukiwana, lecz drżenie po przez kręgosłup udziela się również drugiej nieopukiwanej stronie. Jeżeli w worku opłucnowym strony nieopukiwanej znajduje się wysięk, który z wewnątrz uciska na klatkę piersiową, to współdrżanie tej właśnie strony zostaje uniemożliwione. W ten sposób tłumaczy RAUCHFUSS względne stłumienie odgłosu opukowego obok kręgosłupa po stronie zdrowej.

HAMBURGER stwierdził jeszcze jeden stały objaw opukowy w zapaleniu opłucny u dzieci. W każdym przypadku zapalenia opłucny znajdujemy na chorej stronie obok kręgosłupa pas jaśniejszego odgłosu opukowego, t. j. w porównaniu z zewnętrzną częścią klatki piersiowej. Odgłos ten jednak jest bardziej przytłumiony, niż w pasie stłumienia RAUCHFUSS'a strony zdrowej.

A zatem w każdym przypadku wysiękowego zapalenia opłucny mamy na tylnej stronie klatki piersiowej 4 pasy rozmaitych odgłosów opukowych. W zewnętrznych częściach zdrowej strony słychać zawsze pełny jasny odgłos płucny, który w miarę zbliżania się do kręgosłupa ulega stłumieniu. Przechodząc na drugą stronę klatki piersiowej i opukując obok kręgosłupa, stwierdzamy, że odgłos jeszcze więcej się przytłumia, ale największego stłumienia osiąga w zewnętrznych częściach chorej strony. Możemy więc mówić o przykręgowym pasie względnego stłumienia na zdrowej stronie i przykręgowym pasie względnego wyjaśnienia odgłosu opukowego na chorej stronie. Mówiąc o stłumieniu i wyjaśnieniu odgłosu opukowego, używamy tych wyrazów tylko w znaczeniu względnym, t. j. w porównaniu z zewnętrzną częścią odpowiedniej strony klatki piersiowej.

Powyższe dane stwierdzić można jedynie przy średniomocnym i mocnym, ale nie przy słabym opukiwaniu. Dla zrozumienia tych danych, musimy przypomnieć sobie teorię powstawania odgłosu opukowego. Według najdawniejszej teo-

ryi, podanej przez WILLIAMS'a, odgłos płucny powstaje wskutek drgań wstrząsanej ściany klatki piersiowej. Zależnie od tego, czy drgania te zatamowane zostają lub nie przez wysięk, nacieczenie i t. d., otrzymujemy dźwięk głośny albo stłumiony. Ten pogląd WILLIAMS'a ustąpił miejsca w Niemczech teorii SKODA'y, według której prawidłowy odgłos płucny powstaje jedynie wskutek drgania powietrza w płucach. Ale i ta teoria, która obecnie stała się powszechną, grzeszy jednostronnością. Jedyne prawidłowe objaśnienie, zdaniem autora, podał MAZONN. Połączył on teorie WILLIAMS'a i SKODA'y i stworzył w ten sposób „teorię kompromisową“, którą poparł doświadczeniami na żywych i na trupach. Że przy każdym uderzeniu młotkiem wstrząsany zostaje nie tylko bezpośrednio opukiwany punkt klatki piersiowej, lecz przeciwnie dość duży odcinek klatki piersiowej wprawiony zostaje w drganie, dowieść można za pomocą prostego doświadczenia MAZONN'a. Jeśli przy opukiwaniu klatki piersiowej ścisnąć dłoń w pewnej odległości od opukiwanego miejsca większą część ściany klatki piersiowej, to przekonamy się, że odgłos, który przed nałożeniem ręki był głośny i pełny, ulega wyraźnemu stłumieniu. Odgłos staje się przytem krótszy, wyższy i cichszy. Przez nałożenie dłoni większa część ściany klatki piersiowej nie może brać udziału w drganiu, tak że tylko mały odcinek ściany drga, wskutek czego odgłos staje się krótszy i wyższy, tak samo jak ton, wydawany przez strunę, staje się krótszy i wyższy przez nałożenie na nią palca i skrócenie w ten sposób drgającego odcinka struny. Odgłos opukowy nad płucem staje się także cichszy, gdyż drga mniejszy odcinek ściany klatki piersiowej, i mniejsza ilość powietrza płucnego pod drgającą ścianą wprawiona zostaje we współdrżanie. Z tego podstawowego doświadczenia MAZONN'a wynika, że rozprzestrzenianie się drgań na powierzchnię ma również wielkie znaczenie przy powstawaniu odgłosu opukowego, jak rozprzestrzenianie się włąb, okoliczność, o której zupełnie, zdaje się, w ostatnich czasach zapomniano.

Jeżeli objaśnienie RAUCHFUSS'a przykręgowego pasa stłumienia na zdrowej stronie zastosujemy do przykręgowego pasa wyjaśnienia na chorej stronie, to okaże się, co następuje: gdy

opukujemy tuż obok kręgosłupa, wstrząsaną zostaje, podług RAUCHFUSS'a, także ściana drugiej strony klatki piersiowej. Jeżeli zatem opukujemy chorą stronę obok kręgosłupa, to przyląca się współdrżanie zdrowej strony (ściany i zawartego pod nią powietrza płucnego), wskutek czego odgłos staje się głośniejszy. A zatem podczas gdy przykręgowe stłumienie zdrowej strony uwarunkowane jest przez zatamowanie drgań nieopukiwanej strony, przykręgowe wyjaśnienie na chorej stronie zależy od współdrgań nieopukiwanej zdrowej strony. Słuszności tego dowodzi w sposób przekonywający zastosowanie w danym razie doświadczenia MAZONN'a

Że wyżej opisane zjawiska opukowe występują tylko przy silniejszej perkusji, łatwo teraz zrozumiemy: silniejsze wstrząsanie rozprzestrzenia się nie tylko w głąb, lecz i po powierzchni znacznie dalej, niż słabsze. Współdrżanie nieopukiwanej strony możliwe jest tylko przy silniejszym opukiwaniu.

Co się tyczy stłumienia przykręgowego, to zauważyć należy, że już normalnie u zupełnie zdrowego człowieka odgłos opukowy obok kręgosłupa jest nieco tępszy, niż w zewnętrznych częściach klatki piersiowej. Zjawisko to zależy od tego, że obok kręgosłupa leżą grube warstwy mięśniowe, które upośledzają zarówno przenikanie drgań w głąb, jak i rozszerzanie się ich po powierzchni. Ta różnica w dźwięku co do natężenia wcale porównać się nie da z wykrytą przez RAUCHFUSS'a, względnie przez GRACCO, różnicą dźwięku zapaleniu opłucny.

Opisane dotychczas zmiany perkusyjne w zapaleniu opłucny pozostają w ścisłym związku z dawno już opisanymi w literaturze zjawiskami: t. zw. trójkątem GARLAND'a i krzywą ELLI'ego. Już około 30 lat temu GARLAND stwierdził, że w zapaleniu opłucny górna granica wysięku stoi obok kręgosłupa znacznie niżej, niż w zewnętrznej części klatki piersiowej. Potwierdził to później HEITLER, podług którego obok kręgosłupa górna granica wysięku często odpowiada dolnej granicy płuc, t. j. że tu właściwie nie ma wcale górnej granicy wysięku. Widzimy zatem, że zjawisko wyjaśnienia odgłosu opukowego obok kręgosłupa przy wysięku opłucnowym nieraz stwierdzone zostało. Atoli wytłomaczenie tego zjawiska było błędne, przyjmowano bowiem, że tuż przy kręgosłupie leży ści-

śnięte płuco, i że to jest przyczyną opisywanego zjawiska. Krzywa ELLI'ego, czyli jak ją w podręcznikach niemieckich nazywają, paraboliczna granica stłumienia wysięków opłucnowych w zupełności odpowiada trójkątowi GARLAND'a, resp. przykręgowemu pasowi wyjaśnienia.

Opisane zjawiska stwierdzić się dają prawie wyłącznie u dzieci, u których klatka piersiowa odznacza się elastycznością. Należałoby zresztą zwracać uwagę na nie także u dorosłych.

Co się tyczy znaczenia różniczkowo rozpoznawczego omawianych objawów, to jest ono bardzo niewielkie.

Na mocy tego, co wyżej powiedziane było, można przypuścić, że zgrubienie opłucny albo rozległe nacieczenie płuc dać może te same objawy opukowe, co wysięk.

(Wien. klin. Wochenschr. N. 14. 1906).

S. P.

3. HABERMAN. Leczenie wrzodu żołądka metodą Lenhartz'a.

Dietetyczne leczenie wrzodu żołądka, oparte na pracach CRUVEILHIER'a, ZIEMSEN - LEBE'go, FLEINER'a i zlekka modyfikowane tu i owdzie, jak wiadomo, polega na wzbronieniu z początku przyjmowaniu czegokolwiek *per os*—z wyjątkiem ssania kawałków lodu, zwł. po krwotoku, oraz na stosowaniu ławatyw odżywczych. Po kilku dniach zezwala się na małe ilości mleka, przyjmowane w ściśle regulowanych odstępach czasu, a dopiero potem—po dwóch, trzech tygodniach na podawanie mleka w większych nieco ilościach — lecz najwyżej 250 sz. grm. naraz, co 2 — 3 godziny. Dyeta taka stosuje się przez 5 — do 6 tygodni. W przebiegu leczenia zezwala się też nieraz na inne pokarmy płynne, czasem znów na białe mięso już w 4-ym tygodniu, na ciemne w 6-ym, wreszcie stopniowo dodają się jarzyny.

Prof. LENHARTZ na kongresie lekarskim w Wiesbaden w r. 1901 silnie powstawał przeciw tego rodzaju „głodowej kuracji“ wrzodu, natomiast bardzo zalecał swoją metodę leczenia, polegającą na „skombinowanej dyecie białkowej“.

Metoda ta—zdaniem jego—jest istotnie racjonalna ze względu na to, że, jak to wykazali FLEISCHER i RIEGEL, białko to właśnie wiąże kwas solny *resp.* zobojętnia nadkwaśność (*hyperchlorhydria*), leżącą w podłożu i tak sprzyjającą powstawaniu i upartemu trwaniu wrzodu. Na

korzystać metody tej świadczy i to, że dyeta bogata w białko oddaje doskonale usługi w przypadkach nadkwaśności na tle nerwowem a także u dotkniętych błędnicą — gdzie objawy takie, jak odbijanie, kwaśne wracanie (*regurgitatio*) ściskanie, bóle po jedzeniu wskazują na nadkwaśność taką, i zarazem — o ile nie stanowią już zapowiedzi tworzenia się wrzodu — każą nieraz podejrzewać obecność jego — w okresie tegoż jeszcze niekrwotocznym.

Opierając się na licznych spostrzeżeniach, w szpitalu Eppendorfskim czynionych, prof. L. doszedł do wniosku, że wspomniana wyżej dyeta mleczna w wielu przypadkach wrzodu nie sprzyja zupełnemu t. j. trwałemu wyleczeniu, albo, jeśli i sprzyja, to bardzo powoli, nadto że, jeśli chory po jednorazowym lub kilkakrotnym krwotoku żołądkowym przybył do szpitala w stanie wielkiego osłabienia, niekiedy wprost zapadł, to owa „kuracja głodowa“ — lód, skąpe ilości mleka oraz ławatywy odżywcze nie tylko stanu chorego nie poprawiają, lecz przeciwnie przyczynić się mogą raczej do pogorszenia wycieńczenia — nie sprzyjającego chyba szybkiemu gojeniu się wrzodu. Poza tem częste ławatywy odżywcze obok małej swej wartości nutrycyjnej, pobudzając ruchy robaczkowe przewodu żółodko-kiszkowego, mogą również stać się powodem ponownych krwawień. Naodwrot, jeśli mleko podawać per os i to w ilościach, wystarczających dla utrzymania wagi ciała, t. j. około trzech litrów dziennie — to takie wielkie ilości płynu, nadmiernie rozciągając żołądek, przeszkadzać będą ściąganiu, resp. zbliznianiu się wrzodu i na tej drodze też sprzyjać pojawieniu się krwotoku.

Kierując się powyższymi względami i mając na widoku z jednej strony zwalczenie nadkwaśności, z drugiej zaś strony wzmocnienie wycieńczonego, zwłaszcza po krwotoku, chorego, L. począł stosować u dotkniętych wrzodem w szpitalu eppendorfskim — swą skoncentrowaną dyetę białkową. Doskonale wyniki, otrzymywane przy takim sposobie leczenia, złożyły się na ustalenie nowej metody leczniczej t. zw. Lenhartz'owskiej. Pod wpływem takiej kuracji kwaśne wracanie (*regurgitatio*) ustaje, wymioty wnet przestają się pojawiać, — bóle po jedzeniu przestają trapić chorego już po kilku godzinach

lub dniach, wreszcie chory przybiera na wadze już po upływie pierwszego tygodnia — wogóle poprawia się on prędko i jako wyleczony zazwyczaj może być wypisany wcześniej, aniżeli przy głodowej resp. mlecznej metodzie leczenia.

Regulamin, jakiego się trzymają w przypadkach wrzodu żołądka w szpitalu eppendorfskim — przy stosowaniu tego sposobu leczenia jest następujący.

Pozostawanie w łóżku jest niezbędne co najmniej w ciągu czterech tygodni. Unikanie wszelkich wzruszeń. Pęcherz z lodem na okolicę żołądka, stosowany prawie bez przerwy przez 2 tygodnie — zapobiega rozdęciu żołądka gazami, sprzyja ściągnięciu się ścian jego resp. zapobiega krwotokowi i miarkuje ból — o ile taki istnieje.

Pierwszego zaraz dnia, choćby dnia tego był już krwotok, chory otrzymuje 200—300 ctm. sz. ziębionego na lodzie mleka, podawanego łyżkami, i 2 — 4 jaj. Jednocześnie podaje się podazotan bismutu w dawkach dwugramowych (2 J) dwa lub trzy razy dziennie — preparat ten w sposób powyższy podaje się przez dni 10. Jaja są wzbijane całkowicie (t. j. białko i żółtko) wraz z nieznaczną ilością cukru i tak wzbite — w celu utrzymania ich w stanie zimnym — stawia się w odpowiedniem naczyniu na lodzie. Niekiedy dodaje się nieco wina. Podaje się tu jeszcze nieco mleka, którego ilość zwiększa się codziennie o 100 gr. — przyczem stopniowo dodaje się też po jednym jajku, tak że w końcu tygodnia chory otrzymuje do 800 ctm. sz. mleka i 6 — 8 jaj. W takiż sposób odżywia się chorego i przez następny tydzień. Wogóle ilość mleka, podawana choremu w ciągu doby, nie powinna przekraczać (dla względów wyżej wyszczególnionych) jednego litra. Między 6-ym a 8-ym dniem, zazwyczaj 6-go dnia, zaczyna się choremu podawać nieco surowego skrobanego mięsa — około 35 grm, — w ciągu dnia — w małych porcjach, roztartych z jajem lub bez niego; następnego dnia, jeśli mięso dobrze się znosi, podnosi się dzienną porcję do grm. 70,0, a potem już stopniowo nawet i wyżej. Chory może teraz już otrzymywać nieco ryżu lub rozgotowanej kaszy, rozmoczony sucharek. W ciągu trzeciego tygodnia — kiedy dyeta mieszana łatwo się znosi, podaje się mięso gotowane lub

pieczone. ¹⁾ Pozatem wszelkie ciężkie potrawy, jarzyny strączkowe i rozdymające, winny być wzbronione, natomiast usilnie zaleca się chorym dokładne żucie podawanych pokarmów. Stoleców nie należy zrazu wywoływać bądź to ze względu na właściwe tu unikanie pobudzenia perystaltyki a także i ze względu na umożliwienie reabsorbeyi krwi, jaka się już dostać mogła do przewodu pokarmowego. Wogóle nie należy tu bynajmniej niepokoić się brakiem stolca w pierwszym tygodniu, a nawet choćby do końca drugiego. Po upływie drugiego tygodnia można przeciwdziałać zaparciu wstrzykiwaniami małych ilości gliceryny lub ciepłej wody — w 3-im tygodniu, o ile wypróżnienia nie pojawiałyby się same przez się, zabiegi te można stosować codziennie. Pozatem należy się teraz starać regulować wypróżnienia drogą odpowiedniej diety i przestrzegania obowiązkowej godziny. Celem zwalczenia malokrwistości podawać można łagodny preparat żelaza w postaci pigulek BLAUD'A (*Rp. Ferri sulfurici 10,0 + Magnesiae ustae 1,75 + Glycerini gtt. XXX. Mf. Pill. no 60*; 2—3 razy dziennie po 2 pigułki). Można zacząć je podawać 6, 8 lub 10-go dnia leczenia — pomańc, że pigułkę przed użyciem należy rozetrzeć na miazgę. W cięższych przypadkach znajduje zastosowanie arsenik także w postaci pigulek, zawierających każda po 0,001 *acid. arsenicosi*. Liczba podawanych pigulek takich zwiększa się stopniowo, a więc przez 4 dni po 4 i t. d. aż do 7-u pigulek dziennie przez 7 dni, — następnie liczbę tę należy stopniowo zmniejszać w odwrotnym porządku, a więc przez 6 dni podawać po 6 pigulek, przez 5 po pięć i t. d. Preparat bismutowy podaje się przed jedzeniem — 28-go dnia pozwala się choremu opuścić łóżko — wreszcie wypisuje się go w 6-ym lub 10-ym tygodniu.

W powyższy sposób w ciągu pięciu lat ostatnich byli leczeni tego rodzaju chorzy w szpitalu eppendorfskim. Przy dawniejszej me-

todzie leczenia na 100 przypadków wrzodu, leczonych w owym szpitalu, ponowne pojawienie się krwotoków notowano w dwudziestu. W rzędzie zaś 135-u przypadków z krwotokami bądź to w czasie zapisania się, bądź tuż przed niem — a następnie leczonych metodą LENHARTZ'owską, ponowne pojawienie się krwotoku stwierdzono jedynie w ośmiu. Ze 135-u owych przypadków w trzech notowano zejście śmiertelne: jedno — wskutek malokrwistości — we krwi za przybyciem do szpitala stwierdzono jedynie 17% hemoglobiny, — drugie na 17-y dzień po przybyciu — wskutek zakrzepu z następczym zatorom tętnicy płucnej — wreszcie trzecie ex re silnego krwotoku, spowodowanego przeżarciem gałęzi tętniczej w *duodenum* — przez jeden z pięciu (znalezionych przy oględzinach pośmiertnych) wrzodów. W ostatnio wymienionym przypadku za życia jeszcze przed przyjęciem do szpitala notowano liczne krwotoki. W pozostałych przypadkach stwierdzono bardzo dobre wyniki nawet we względnie najcięższych. W przypadkach, w których badanie krwi wykazywało 35% hemoglobiny — stwierdzono tygodniowe zwiększenie się tej odsetki średnio o 7,7%, w innych z 35 — 60% hemoglobiny zwiększenie to wyniosło 6,34%. W 25 przypadkach, pozostających pod obserwacją autora (w ciągu czterech miesięcy), dał się stwierdzić tygodniowy przyrost na wadze średnio około 1,5 kilogr. Chorzy byli przeważnie wypisywani ze szpitala przed upływem 8-go tygodnia. W żadnym przypadku nie dało się spostrzec, aby omawiane leczenie w tym lub o-wym względzie źle wpływać miało.

Zaznaczyć tu jeszcze należy, że ani razu nie notowano tu *peritonitidis perforativae* — naodwrot, w jednym nawet przypadku, w którym, o ile sądzić było można z objawów — jak twierdzi autor — zagrażało przedziurawienie, pod wpływem leczenia LENHARTZ'owskiego szybka nastąpiła poprawa.

(Medical Record N. 1858 — 1906 r.).

F. Gr.

4. A. MATHIEU i Ch. ROUX. Wymioty krwawe u dotkniętych macinnictwem.

Przypadki krwawień żołądkowych *resp.* wymiotów krwawych histerycznych notowane były dawniej znacznie częściej, aniżeli teraz. Przyczyną tego jest, że wiele z nich — takich, jakie dawniej zaliczano lub zaliczany do wy-

¹⁾ Tablicy poglądowej, dającej jasne pojęcie o rodzaju podawanych pokarmów (jaja, cukier, mleko, surowe skrobane mięso, ryż na mleku, sucharki, surowa szynka, masło), o właściwym dla podawania każdego z nich czasie (dniu), dozwoleń ilości, nadto o odpowiadającej jakości i ilości każdej z substancji wymienionych osobno oraz ogólnej dziennej ich ilości — wartości ciepłotkowej (*calories*), ze względu na jej rozmiary, tu nie pomieszczaamy.

mienionej właśnie kategorii krwotoków, obecnie rację swoją znajduje w istnieniu wrzodu żołądka. Popelniane pomyłki w sensie wymienionym objaśniają się w znacznej mierze prawie że zupełnym brakiem anatomo-patologicznych danych, ze względu bowiem na — że tak rzec — łagodność swoją krwotoki owe historyczne nigdy prawie do zejścia śmiertelnego nie prowadzą. Z objawów zaś — zdaniem dawniejszych autorów — na korzyść wymiotów historycznych świadczących, żaden w świetle nowszych zdobyczy wiedzy lekarskiej do orzeczenia takiej ich przyrody nie wystarcza. Ani charakter, stopień bólu, czy też inne przejawy, wymiotom takim towarzyszące, ani stan ogólny, ani wreszcie nawet obecność wyraźnych cech (stygmatów) histeryi nie mają tu jeszcze znaczenia patognomonicznego. W wielu przeto przypadkach takich rozpoznanie okazuje się wątpliwem. Bądź jak bądź, autorowie nie odrzucają bynajmniej możliwości krwotoków (*haematemesis*) historycznych, tembardziej, że na korzyść możliwości takiej świadczą nie ulegające zaprzeczeniu przypadki krwawień skórnych i innych takiejże przyrody, a starają się jedynie ograniczyć znaczenie tego objawu i rozpoznanie takie czynić dopuszczalnem tylko o tyle, o ile opartem się ono okaże na ścisłem rozważeniu całokształtu obrazu klinicznego danego przypadku.

Przypadki, w których histerya sama przez się bez współudziału wrzodu żołądka zdaje się być czynnikiem przyczynowym krwawych wymiotów, autorowie podprowadzają pod trzy kategorie:

1) Odcharkiwanie krwawe (*les pituites hémorragiques hysteriques*), o których wspominał już LASEGUE, a które NOVÉ-JOSSERAUD opisał pod nazwą: *haemosiulemesia hysteric*. Tutaj zazwyczaj pod wpływem silnego wzruszenia lub ataku sercowego (historycznego), a czasem nawet bez widocznej przyczyny chory doświadcza uczucia duszenia czy też ciśnienia w piersi i nagle wyrzuca 40 — 60 grm. płynu krwawo zabarwionego. Płyn ten jest mieszaniną krwi i śliny w stosunku 1 : 10 i na wygląd sprawia wrażenie syropu porzeczkowego; po jakimś czasie sam przez się lub też pod wpływem nieznaczonej domieszki soku żołądkowego przyjmuje on zabarwienie czerwono-brunatne. Niekiedy zabarwienie takie istnieje już z samego początku —

t. j. dostrzega się z chwilą wydalenia płynu, co niewątpliwie zależy od tego, że pewna ilość kwaśnego soku żołądkowego jaka poprzez wpust (*cardia*) przedostała się do przełyku, zmieszała się z ową krwawo zabarwioną cieczą, tu się znajdującą. Na czem sprawa tu polega — czy na nagromadzeniu się krwi zabarwionej śliny — czy też rzeczywiście ma tu miejsce lekkie krwawienie w przełyku — jak dotąd należyćcie wyjaśnić się nie udało. Bądź jak bądź, przejaw ten u historyków niewątpliwie spozstrzegać się daje, a względnie bywa nawet dość częsty. Ten rodzaj krwawienia — odkasliwania krwawego — u dotkniętych histeryą — najczęściej zdarza się zrana, i ten też zapewne dawniejsi autorowie mieli na myśli, opisując wymioty krwawe poranne u takich chorych.

2) Wymioty krwawe z pojawiającemi się równorzędnie innemi krwawieniami pochodzenia nerwowego. Gilles de la Tourette opisuje pod nazwą *diatezy naczyńioruchowej* swoistego rodzaju zaburzenia naczyńiowe, wywołujące u historyków miejscowe obrzęki, do których w następstwie przyłączają się wybroczyny krwi. Przyjąć można, że wymioty krwawe, jakie się pojawiają w przypadkach, gdzie równorzędnie spozstrzegać się dają krwawienia z rozmaitych miejsc powierzchni skóry, błon śluzowych i t. d., zaliczyć należy do kategorii wymiotów krwawych historycznych tej właśnie kategorii.

CHARCOT niejednokrotnie opisywał podobne przypadki. DEBOVE przytacza przypadek, w którym młody człowiek podlegał częstym wymiotom krwawym oraz jednoczesnym krwawieniom z ucha lewego. SOUPAULT przytacza historię choroby pewnej historyczki, która prawie co tydzień wymiotowała krwią (za każdym razem około $\frac{1}{2}$ salaterki) i która nadto podlegała krwawieniom z nerek, piersi (*mamma*), ucha i w dodatku odkasliwała krew. Wymioty krwawe w tego rodzaju przypadkach łatwo więc pozwalają określić właściwe ich znaczenie (przyczynę).

3) Do trzeciej kategorii zaliczyć wreszcie można z pewnem prawdopodobieństwem należyćtego rozpoznania te przypadki wymiotów krwawych, jakie nagle niekiedy się pojawiają pod wpływem silnego wzruszenia lub napadu nerwowego u osobników historycznych, którzy poprzednio nie doświadczaali przypadłości żołąd-

kowych. M. i R. przytaczają tu przypadek dwukrotnych obfitych wymiotów takich u młodej damy, spowodowanych silnem wzruszeniem: za każdym razem ujawniało się naprzód ogólne niedomaganie, uczucie gorąca w dołku żołądkowym, poczem nagle następowały obfite wymioty krwawe — (zdaniem owej damy około pół litra krwi). Dama ta nigdy — ani przedtem, ani potem — na żołądek nie chorowała.

Inna chora podlegała wymiotom krwawym każdorazowo po ataku histerycznym. U pewnego młodego człowieka - histeryka po każdym takim ataku (kryzie), który zresztą można było dowolnie wywoływać hipnotyzowaniem — znajdowano jamę ustną i gardzielową zbroczonemi krwią — pomimo braku tu jakichkolwiek zmian lub uszkodzeń.

Po za wymienionemi trzema odmianami rozpoznawanie wymiotów krwawych histerycznych należy przyjmować bardzo oględnie. Ostrożność tę należałoby szczególnie rozciągnąć i na przypadki trzeciej kategorii, klinicznie bardziej niejako już zbliżone do przypadków wrzodu. W ogóle należy sobie mieć za zasadę, że jeśli tylko wykazać się dają uparte przypadłości ze strony żołądka, to wymioty krwawe nawet u osobnika wyraźnie histerycznego należy raczej kłaść na karb wrzodu, niż histeryi i w zabiegach leczniczych mieć na uwadze wrzód.

(Gazette des hopitaux № 48 1906 r.).

F. Gr.

5. MENZER. Surowica przeciwpaciorkowcowa w praktyce lekarskiej.

Pierwsze próby przygotowania surowicy przeciwpaciorkowcowej i użycia jej spotkał zawód z następujących powodów. Surowicę starano się przygotować w możliwie stężonej postaci i w tym celu przeprowadzano ją przez organizm rozmaitych zwierząt, gdy dziś bierzemy pasorzyty ludzkie, możliwie najzłośliwsze, i przeprowadzamy przez organizm jednego zwierzęcia. Następnie, zakażenie paciorkowcami, — to zakażenie przeważnie bakteryjne, zdaniem autora, i odczyn organizmu polega na wzmożonej leukocytozie i fagocytozie, wywołanej aleksynami. Surowica przeciwpaciorkowcowa powinna tylko wzmocnić ten naturalny odczyn organizmu. Lecz nawet w tym przypadku, gdy organizm zostaje panem położenia, pozostają produkty rozkładu ciał bakterii i komórek, które należy uprzątnąć,

do czego konieczny jest jeszcze spory zasób sił organizmu. To też, zdaniem autora, stosować surowicę, gdy organizm jest do szczeru wyczerpany, nie na wiele się przyda.

W poszczególnych przypadkach otrzymamy następujące wskazania do stosowania surowicy.

W *endometritis puerperalis*, szczególnie w ciągu pierwszych 24 — 48 godzin, użycie surowicy, której towarzyszyło miejscowe leczenie, może dać świetne wyniki. MENZER stosuje tutaj do 20 ctm. swojej surowicy. Gdy sprawa zakaźna rozszerzy się drogą naczyń chłonnych na otrzewną, surowica przeciwpaciorkowcowa musi wywołać wzmożony odczyn organizmu w postaci obfitego ropienia, więc w tych razach MENZER zaleca surowicę, lecz pod warunkiem jednoczesnej laparotomii, aby dać ujście ropie. W ropnicy i posocznicy surowica wprawdzie wywołała również wzmożoną produkcję aleksynów, lecz organizm, po największej części, nie będzie mógł dać sobie radę z endotoksynami, słowem, surowica nie przyniesie wielkiej korzyści.

Róża szerzy się drogą naczyń chłonnych, i zakażenie organów sąsiednich istnieje daleko wcześniej, niż zjawi się odczyn zapalny: czyli, jak to mówią, róża przeniesie się dalej. MENZER jest zdania, że nie należy przeciwdziałać temu odczynowi fizyologicznemu, gdyż nie jesteśmy w stanie ograniczyć drobnoustrojów chorobotwórczych w pierwotnem ognisku: leczenie róży w lekkich przypadkach powinno być ściśle wyczekujące, w ciężkich można zastosować wcześniej surowicę, która może uchronić od posocznicy, nie zaś od szerzenia się róży, wtórnych ropni stawowych i t. p.

Płonica, zdaniem MENZER'a, jest zakażeniem paciorkowcowem, wrotami zaś zakażenia są krtani i gardziel. Odczyn organizmu zależy od szerzenia się drobnoustrojów drogą naczyń krwionośnych, przyczem natężenie sprawy w ognisku pierwotnem stoi zwykle w stosunku odwrotnym do zakażenia ogólnego.

Surowicę należy stosować w ciągu pierwszych czterech dni, potem już nie przyniesie ona pożytku. Nie tylko specyficzna surowica MOSER'a, lecz każda przeciwpaciorkowcowa, jest tutaj na miejscu.

Ostry gościec stawowy zależy również od

zakażenia paciorkowcami z jamy noso-gardzielowej, wtórne zaś cierpienia stawów, wsierdza i t. d. zależą od nagromadzenia się tutaj endotoksyn. Przetwory salicylowe uśmierzają tylko bóle, zdaniem MENZER'a, to też należy je bezwzględnie odrzucić. Leczenie powinno być wyczekujące, i tylko w przypadkach cięższych, gdy po 8 dniach nie nastąpiło wyzdrowienie MENZER stosuje dawki surowicy po 5 — 10 ctm. co drugi dzień. W gościecu przewlekłym MENZER stosuje surowicę w przypadkach, gdzie przewlekły stan był następstwem ostrego, gdzie samoistnie następowały obostrzenia, lub choroba cechowała się wysiękiem surowiczym. W gruźlicy chronicznej surowicę należy stosować w niewielkich ilościach z kilkodniowymi przerwami, aby przyzwyczaić organizm do nastąpić mającego odczynu, który polega na obostrzeniu stanu zapalnego. W celu profilaktyki MENZER radzi stosować surowicę w ilościach 10 — 20 ctm., na

4 — 6 godzin przed porodem lub operacjami, w związku z którymi może powstać zapalenie otrzewny. W płonicy dawki nie powinny przekraczać 5 — 10 ctm. Przeciwwskazanie stanowi będą gruźlica rozpadowa, zapalenie wsierdza wrzodziejące i ropne zapalenie opłucny, i tutaj jednak należy liczyć się z siłą odporną organizmu. Zapalenie opłucny, osierdza, wsierdza i stawów na tle gościecowem stanowi przeciwwskazanie względne.

Surowica TAVEL'a, MENZER'a i MOSER'a otrzymuje się przy szczepieniu koniom złośliwych ludzkich paciorkowców, surowica zaś ARONSON'a przy szczepieniu zarówno ludzkich hodowli, jakoteż takich, które przeszły przez organizm zwierzęcy. Określenie siły bakteryobójczej danej surowicy możliwe jest jedynie przy pomocy próby na ustroju ludzkim.

(Berliner Klinik. 1906. Heft 216).

Henryk Goldberg.

SPRAWOZDANIE

Sekretarza

Komitetu pomocy koleżeńskiej

dla rodzin lekarzy

POWOŁANYCH NA DALEKI WSCHÓD.

(Odczyt na Zgrom. Ogólnem Kolegów d. 6. XII. 1906).

(Dokończenie).

Okres sprawozdawczy obejmuje 25 miesięcy [od 1-go marca 1904 r. do końca marca 1906].

W okresie tym z pomocy koleżeńskiej korzystało 30 rodzin lekarzy, powołanych na Daleki Wschód: 20 warszawskich i 10 z prowincji; prócz tego udzielono pożyczki Komitetowi Łódzkiemu w wysokości 200 rubli. Ogólna suma wypłaconych pożyczek 11670 rubli — w 255-u miesięcznych ratach, co przedstawia średnią wysokość zapomogi miesięcznej 45 rb. 76 kop. [Jeśli dla ścisłości wyłączyć z tego rachunku 200 rb. pożyczki dla Komite-

tu Łódzkiego w 2-ch miesięcznych ratach, to średnia wypadnie 45 rb. 37 kop.].

W rzeczywistości jednak wysokość zapomóg wahała się między 40 a 70 rublami. Zapomogi niższe, 25-o rublowe udzielane były tylko w takich wypadkach, jeżeli dana rodzina otrzymywała część zapomogi z innego źródła [Kółka prowincjonalnego lub instytucji, w której pracowała głowa rodziny].

Okres korzystania z zapomogi był bardzo rozmaity: najkrótszy — 1 miesiąc, najdłuższy

— 22 miesiące. Średnio—8,4 miesiąca. Suma wybranych na rodzinę zapomóg w zależności od wysokości miesięcznych rat i długości okresu pobierania tychże wahała się w bardzo szerokich granicach od 50-u rb. do 1030-u rb. Przeciętnie wynosiła 382 rb.

Z w r ó c n o do chwili obecnej 450 rb.—mianowicie Komitet Łódzki 200 i 4 osoby 250 rb.

Prócz sumy, wydanej na pożyczki, stan bierny zawiera jeszcze pożyczkę 86 rb. 76 k., jako koszty inkasa i poczty; nieodebrane lecz wyasygnowane 50 rb. i zwrot kol. HERTZOWI 136 rb. Ogólna suma wynosi 11942 rb. 76 k.

S t a n c z y n n y przedstawia się, jak następuje:

Składki kolegów	13095.90
Zwrot pożyczek	450.00
Nieodebrane	50.00
razem	13595.90.

Remanent zatem przedstawia się w postaci 1653-ch rb. 14 kop. Pieniądze wpływające, w miarę gromadzenia się, składane były w Banku Handlowym na rachunku za 5-dniowym wymówieniem. Rachunek ten, zamknięty po dzień 5 grudnia r. b., wykazuje na dobro funduszu naszego 110 rb. 65 k. uzbieranych procentów, które należy dołączyć do wyżej wymienionego remanentu; w ten sposób remanent wyniesie sumę 1763 rb. 79 kop.

Wogóle w składkach przyjęło udział 422-ch kolegów, którzy zadeklarowali je w sposób następujący:

Rb.		Rb.
po 0. 50 miesięcznie	17 kolegów	8. 50
" 1	166 "	166. 00
" 2	134 "	268 00
" 3	64 "	192. 00
" 4	1 "	4. 00
" 5	28 "	140. 00
" 10	6 "	60. 00
ze składek roczn. i półroczn. 6 kol. wypad.		18. 00
	422-ch kolegów	856. 50

miesięcznie.

P r z e c i ę t n a m i e s i ę c z n a za cały okres wnoszenia składek, t. j. 19 miesięcy [od III.04 do IX.05 włącznie] wynosi 700 rb.

Komisya rewizyjna, w zastosowaniu się do uchwały pierwszego Ogólnego zebrania, dopełniła sprawdzenia sporządzonego sprawozdania rachunkowego z fundusów zapomogowych i przekonała się, że wykazane w tem sprawozdaniu 11942 rb. 76 kop. usprawiedliwione są odpowiednimi dowodami, i że stan rachunku Banku Handlowego i posiadana gotówka zgodne są z rzeczywistością:

Z tych przeto powodów komisya Rewizyjna wnosi:

Aby Ogólne Zebranie sprawozdanie, za czas od d. 6 Marca 1904 r. do d. 25 Czerwca 1906 r. sporządzone, zatwierdzić raczyło i odpowiedniego pokwitowania wraz z podziękowaniem Komitetowi Koleżeńskiemu za wzorowo prowadzoną pracę udzielić zechciało.

Warszawa 25.VI. 1906 r.

podpisali:

A. Sokołowski.

K. Rychliński.

Jul. Kramsztyk.

Dr. Bolesław Gepner.

Protokół

ZGROMADZENIA OGÓLNEGO

CZŁONKÓW KASY POMOCY DLA RODZIN LEKARZY, POWOŁANYCH NA DALEKI WSCHÓD

z d. 6 Grudnia 1906 r.

Zgromadzenie zagałę dr SZWAJCER, zaznaczając, że dzisiejszem posiedzeniem Komitet kończy swą działalność i rozwiązuje się. Następnie zaproponował wybór na przewodniczącego dra St. MARKIEWICZA. Wybór przez aklamację przyjęto.

Przewodniczący powołał na asesorów kol. KAMIŃSKIEGO i KORZONĄ, a na sekretarza kol. RYŁKĘ, poczem przystąpiono do porządku dziennego

1) Sekretarz Komitetu, kol. RZĘTKOWSKI, zdał sprawę z czynności Komitetu od czasu związania się do czasu obecnego rozwiązania. Komitet ten składali koledzy: CIEGLIŃSKI, SAWICKI BR., RZĘTKOWSKI, SZWAJCER, FLATAU, HERTZ, a następnie zamiast tego ostatniego ALTKAUER.

2) Skarbnik, kol. CIĄGLIŃSKI, zdał sprawę z ruchu kasowego.

Okres sprawozdawczy obejmuje czas od marca r. 1904 do kwietnia 1906 r.

Przez ten czas wpływy składek od kolegów wraz ze zwrotem pożyczek zapomogowych [450 rb.] stanowiły 13595 rb. 90 kop., wypłaty zaś 11942 rb. 76 kop. Z tej sumy zapomogi wynosiły 11670 rb., reszta zaś wydatki administracyjne i inne. Remanent wynosi 1653 rb. 14 kop.

Na tem miejscu kol. CIĄGLIŃSKI składa serdeczne podziękowanie kolegom Poznańskim, którzy za pośrednictwem kol. CHŁĄPOWSKIEGO nadesłali na ręce Komitetu 307 rb. 90 kop.

3) Kol. GEPNER [ojciec] odczytał sprawozdanie Komisji rewizyjnej, odbytej w d. 25 września 1906 r. Komisya znalazła książki kasowe w zupełnym porządku i wnosi o zatwierdzenie rachunków. Zebranie wniosek zatwierdziło.

4) Przewodniczący proponuje wniosek, aby sprawozdanie kol. sekretarza RZĘRKOWSKIEGO zostało opublikowane i podane do wiadomości szerszego ogółu lekarzy. Wniosek przyjęto, a sposób i technikę opublikowania sprawozdania pozostawiono do uznania ustępującego Komitetu.

5) Co do remanentu, to, zgodnie z wnioskiem Komitetu, nieco przez Zebranie zmodyfikowanym, uchwalono przelać do Kasy Wsparcia wdów i sierot po lekarzach i włączyć do funduszu nierucho-

mego Kasy Wsparć Tow. Lek. Ewentualne zwroty zapomóg mają być dołączane do tegoż funduszu nieruchomości Kasy Wsparcia Tow. Lek.

6) Co do sposobu zwrotu zapomóg do Kasy Wsparcia Tow. Lek. zebranie uznaje: że kwity osób, które brały zapomogi nie mają znaczenia zobowiązań, i że osoby te nie powinny być ujawnianie;

Że te z osób, które brały zapomogi i które zechcą dobrowolnie zwrócić na rzecz funduszu nieruchomości Kasy wsparcia pewne sumy w charakterze zwrotu pobranych zapomóg, będą miały, na życzenie, zwrócone kwity, które wystawiły, podejmując zapomogę.

7) Co do sumy, otrzymanej od kolegów z Poznania, uchwalono, że Komitet mocen jest, po porozumieniu się z kol. CHŁĄPOWSKIM, zwrócić pewną część remanentu do użytku, wskazanego przez kol. CHŁĄPOWSKIEGO.

8) Protokół niniejszego posiedzenia postanowiono rozesłać kolegom, płacącym składki, oraz tym lekarzom, których rodziny, ewentualnie żony, brały zapomogi.

Na tem posiedzenie ukończono.

(Podpisali)

Przewodniczący *St. Markiewicz.*

Sekretarz *M. Ryłko.*

Wiadomości bieżące.

— Na propozycję Zarządu Stowarzyszenia lekarzy na zebraniu styczniowym ogólnem mam przedstawić referat o ubezpieczeniu lekarzy, kasach przezorności oraz zabezpieczeniu na wypadek choroby.

Cheąc oprzeć sprawę na danych faktycznych, udaję się z prośbą do Szanownych kolegów o dostarczenie bezimiennie danych co do pytań następujących:

1. Wiek lekarza.

2. Czy jest ubezpieczony na życie? w którym roku życia? na jaką sumę? ile płaci rocznej składki?

3. Czy należy do Kasy oszczędności i jakiej; jaką sumę wnosi corocznie i od jakiego czasu?

4. Czy należy do Kasy pogrzebowej i jakiej? ile opłaca rocznie?

5. Jaki ma dochód roczny ze wszystkich źródeł razem?

6. Ile mógłby wnosić rocznie do Kasy przezorności?

Powyższe dane mają być wysłane anonimowo pod adresem podpisanego w ciągu dwóch tygodni i posłużyć jako materiał do opracowania odrębnego projektu.

Nie wątpię więc, że Szanowni koledzy popieszą z odpowiedzią. Wszystkie pisma lekarskie polskie proszone są o przedrukowanie odezwę powyższej.

Dr. Józef Zawadzki.

Szkolna 8.

— Na dyrektora Instytutu Im. bar. LANWALLA wybrany został kol. PADEREWSKI.

— Kol. GAJKIEWICZ WŁ. w ostatnim numerze Gazety Lekarskiej z roku zeszłego zawiadamia czytelników, iż po 26-letniej pracy na stanowisku Redaktora tejże Gazety zrzeka się nadal kierownictwa tem czasopismem. Następcą kol. GAJKIEWICZA wybrany został kol. PRUSZYŃSKI.

— W d. 10 czerwca r. b. a więc przed Zjazdem lekarzy i przyrodników polskich, który ma się odbyć w roku bieżącym pomiędzy 20 i 23 Lipca we Lwowie, ma być otwarta Wystawa przyrodniczo-lekarska.

Ogólny kierunek nad eksponatami z Królestwa objął komisarz wystawy, kol. Stanisław KURTZ, w poszczególnych zaś działach współudział swój przyrzekli jako kierownicy:

Dr. PALMIRSKI — kierunek nad działem chorób zakaźnych i ich zwalczaniem.

Dr. BORZYMOWSKI, pp. MANN i EHRLICH — opatrunki i narzędzia chirurgiczne.

Pp. KAROLI i LEBIEDZIŃSKI — fotografia na usługach medycyny i nauk przyrodniczych.

P. WITT — urządzenia aseptyczne i przeciwważne.

D-rowie KOPCZYŃSKI, TCHÓRZNICKI, KOSMOWSKI i ŻENCZYKOWSKI — higiena szkolna, pomiary antropometryczne, kąpiele szkolne i wzorowe budynki szkolne.

Dr. JÓZEF ZAWADZKI — higiena życiowa — stacje ratunkowe, istniejące w naszym zaborze.

Pp. RUTKOWSKI, KARPIŃSKI i BIAŁOBRZEŃSKI — przemysł chemiczny.

P. LUXENBURG — ubezpieczenia robotników.

Dr. JAWORSKI — statystyka chorób, śmiertelności, emigracy i imigracy, małżeństw, ułomnych i t. d.

Dr. PRUSZYŃSKI — wydawnictwa Gazety lekarskiej.

Dr. C. BARSZCZEWSKI — rentgenografia.

Dr. WŁ. ZAWADZKI — fizyczne wychowanie młodzieży.

Dr. J. POLAK — urządzenia zdrowotne, szczepienie ospy, tablice graficzne ruchu ludności; kredyty miast na zdrowie publiczne, działalność warszawskiego Tow. higienicznego.

Dr. BREGMAN — zwalczanie alkoholizmu.

Dr. KARWACKI — dział chorób zakaźnych; odczynniki serodyagnostyczne do rozpoznawania chorób zakaźnych i higienia żywienia (flora bakteryologiczna mleka i zaczyny do robienia mleka kwaśnego).

P. KARPIŃSKI — nowe leki.

P. DOMANIEWSKI — budownictwo szpitalne.

Dr. KUCHARZEWSKI — wydawnictwa fachowe.

P. BIAŁOBRZEŃSKI — farmacya.

Kilka pozostałych działów, jak: higiena ludowa, balneologia i t. p. obsadzone będą później.

Blizszych informacyi udzielać będą osobom interesowanym kierownicy wyszczególnionych działów oraz dr. KURTZ (Sienna № 22, od godz. 7-ej do 8-ej wiecz., z wyjątkiem świąt).

Tamże wydawane są szczegółowe programy zjazdu i wystawy oraz blankiety deklaracyi dla wystawców.

— Na posiedzeniu wyborczem Towarzystwa Lekarskiego, Warszawskiego w dniu 8 b. m. odbytem, na prezesa tegoż Towarzystwa wybrany został kol. Walenty KAMOCKI, na wiceprezesa kol. Antoni GĄBSZEWICZ, na sekretarza dorocznego kol. Ignacy LANDSZTEIN.

— Posiedzenia sekcji laryngo-otyatrycznej przy Tow. Lekarskim odbywać się będą w roku 1907 w ostatni czwartek każdego miesiąca. Członkowie sekcji pragnący otrzymywać porządek dzienny, zechcą zawiadomić o tem sekretarza sekcji kol. ERBRICHA (Mazowiecka 6).

— Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich zawiadamia członków, że otwarcie lokalu (Wierzbowa 9) odbędzie się we Czwartek d. 17 Stycznia o godzinie 8-ej wieczorem. Zapisy na kolację składkową po 2 ruble od osoby (bez wina) przyjmują się w lokalu stowarzyszenia do wtorku d. 15 Stycznia wieczorem.

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Daje wysmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogół. osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie, wzdęciu i in. chorobach.

Odznacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytyny), 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 gruczolanych

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 D-ra HOMMELA.** —

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

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33. Zurich, Hanau nad Menem, Londyn.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatm.



Surowica antydiftery-
tyczna — Merck'a
surowica streptokoko-
wa — Menzer'a
Surowica pneumokoko-
wa — Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol — Jequiritolse
rum.

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 śródmiąższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnowotworowy w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrlin

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 przeciwnowotworowymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aqtae laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działań ubocznych i innych pochodn. 6142.

Bromipin 10%

W oryginalnych fiakonach 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, roztrój 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, bladeńka, okres zdrowienia po chorobach. Działanie w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych fiakonach 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 emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

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

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści 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 niż inne bromki w tychże dawki podawane.

Tarnotorm

Środek ściągający, przeciwnowotworowy, specyficzny przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obłąkaniu potom turystów, sportowców i wojskowych.

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

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,
B. Kuniuszennaja 19/8.
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 wiadoma, 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 dodatnich 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.



PIGUŁKI CASCARA MIDY

Każda pigułka zawiera 0,12 wodno-alkoholicznej essencji słojuowego szpiku kory drzewnej Cascara Sagrada, 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.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO ORTOPEJYCZNY D-ra REICHSTEINA

Warszawa, Marszałkowska 149, telefon 42,17.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych. Gimnastyka ortopedyczna, masaż. Przy zakładzie własna pracownia przyrządów ortopedycznych.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, 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.

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.