

SKY ¹⁾, ASKANAZY ²⁾, ERNROOTH ³⁾, KLIMENKO ⁴⁾, POKROWSKY ⁵⁾, NAGEL ⁶⁾, ORŁOWSKI ⁷⁾. Ciekawą okoliczność w naszych spostrzeżeniach stanowi to, że przypadkowo stwierdziłem obecność woruszków w wypróżnieniach obudwu chorych jednego i tego samego dnia, 11 Maja 1903 r. Przysporzyło mi to wiele trudu, gdyż natychmiast zrodziło się podejrzenie, czy nie mamy tu do czynienia z jednym tylko przypadkiem, a drugi kał wprost jest zanieczyszczony przez pierwszy. Podejrzenie to opierało się na fakcie nadzwyczajnej rzadkości przypadków *bal. colit.* wogóle i na łatwości przeniesienia woruszków do wypróżnień normalnych już w samej pracowni za pomocą wody, szkiełek, pincek i t. p. Podobny wypadek miał nawet miejsce w pracowni d-ra REJCHMANA w r. 1896, kiedy w ciągu dość długiego czasu wykrywano obecność woruszków w wodzie, używanej uprzednio do obmywania preparatów z woruszkami, i w różnych naczyniach.

Dokładne jednak rozważanie wszystkich towarzyszących okoliczności i dalsza obserwacja stanowczo stwierdziły obecność woruszków w obudwu przypadkach, różniących się prócz tego znacznie tak natężeniem sprawy chorobowej, jak i przebiegiem cierpienia. Szczegóły podaję niżej:

I-szy przypadek. Chory L. R., lat 50, żonaty, dietny, z Indury (gub. Grodzieńska), 10. V 1903 r. uskarża się na biegunkę, trwającą od pół roku; liczba wypróżnień 3—10 dziennie; łaknienie dobre, palenie w bocznych częściach brzucha, ogólne osłabienie, przed 3-ma laty zauważył trzykrotnie w swych wypróżnieniach okrągłe robaki, nieco schudł, prowadzi niere-

gularny tryb życia, ciągle podróżuje, jako handlujący zbożem, często nocuje w chatach włościan i pija u nich wodę.

Odżywianie chorego upośledzone. Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają. Kał płynny, barwy brudnożółtej, mocno cuchnący (woni zgniłej), odczynu alkalicznego, zawiera bardzo dużo śluzu, nieliczne leukocyty, liczne jaja glist (*ascaris lumbricoides*) i dość dużo jaj włosogłówek (*trichocephali disparis*), jakoteż olbrzymią liczbę woruszków (*bal. coli*): w kałem polu widzenia znajduje się po 5—6 żywych, szybko poruszających się osobników; na jednym preparacie od 50—100 pasorzytów.

Badanie kału stwierdziło zatem istnienie sprawy zapalnej w kiszkiach, której przyczynę upatrywać należało w obecności niezwykle dużej liczby woruszków (*bal. coli*), mogących, jak wiadomo, powodować ciężkie i długotrwałe zapalenie okrężnicy z uporczywymi biegunkami.

Wobec postawienia biegunki w zależności przyczynowej od obecności woruszków w kiszkiach zalecono choremu salicylan sodu 3 razy dziennie po 0,50 do wewnątrz i irygacje kiszki z 0,5 błękitu metylenowego na 2000,0 wody. Już po 2-ch dniach biegunka zmniejszyła się znacznie, chory miewa po 1—2 wypróżnienia dziennie i czuje się odrazu lepiej. Kał papkowaty, żółty, alkaliczny, woni jeszcze dość silnej, przedstawia pod drobnowidzem b. liczne jaja glist i włosogłówek, lecz *bal. coli* wcale wykryć się nie dają (na kilku preparatach).

18. 5. 03 chory otrzymał śniadanie próbne: wydobyłem po godzinie 75 cm³ zawartości jasnobrunatnej, ciekłej, z dużą ilością śluzu, kwaśnej; wolnego HCl — 16, ogólna kwasność wynosi 52. Pepsyny 56% (Hammerschlag). Chory miewa 1—3 wypróżnienia dziennie bez woruszków, przyjmuje chininę wewnątrz i w dalszym ciągu stosuje irygacje z błękitu metylenowego. Zalecono irygacje

¹⁾ Kozłowsky. Archiv f. Verdauungs. Tom XI. zeszyt 1.

²⁾ Askanazy. Wiener Med. Woch. 1903. 3.

³⁾ Ehrnrooth. Zeit. f. klin. Med. 1903. T. 49.

⁴⁾ Klimenko. Beiträge zur path. Anat. D-r Ziegler. 1903. T. 33.

⁵⁾ Pokrovsky. Arbeiten d. therap. Klin. Univ. Moskau. 1904.

⁶⁾ Nagel. Münch. Med. Woch. 1905. 41.

⁷⁾ Orłowski. Wracz. 1905.

octogarnnikowe (3 łyżki stołowe octu i 5,0 tanniny na 2000 wody).

20. 5. 03 stwierdziłem w kale papkowatym nieliczne balantidia nie żywe (po 1 na preparacie), ale od tego czasu już więcej woruszeki wykryć się nie dały. Chory zaczął miewać wypróżnienia prawidłowe, uformowane, nawet wystąpiło zaparcie stolca; ogólny stan doskonały, apetyt dobry, sen dobry i t. d. Godne jest uwagi, że w tym czasie przy uformowanych stolcach i doskonałym samopoczuciu chorego wykrywano stale w wypróżnieniach bardzo liczne jaja glist i włosogłówek. Te ostatnie pasorzyty zatem nie odgrywały roli w etiologii omawianego cierpienia. Zalecono choremu santoninę i w dalszym ciągu irygacje octogarnnikowe.

11. 6. 03. Po santoninie wyszło 5 glist; w kale wykrywają się jeszcze bardzo skąpe jaja glist, woruszków niema. Stan ogólny doskonały, wypróżnienia bywają raz na dwa dni uformowane.

17. 6. 03 wykonałem powtórne badanie sprawności żołądka: czynność ruchowa okazała się prawidłową, po śniadaniu próbnem zawartość dobrze strawiona, wolnego HCl—22, ogólna kwaśność — 48.

25. 6. 03. Chory czuje się zupełnie dobrze, kał uformowany, bez woruszków, zawiera tylko jaja włosogłówek. Ponieważ upłynął cały miesiąc od czasu, kiedy stwierdzono ostatni raz obecność woruszków w wypróżnieniach, przeto pozwolono choremu powrócić do domu, zalecono tylko stosować jeszcze irygacje octogarnnikowe co 3 dni. Od tego czasu (3 lata) chory się więcej nie zgłosił.

Czas spostrzegania powyższego przypadku wynosił 6 tygodni; w ciągu tego czasu narządy wewnętrzne chorego były kilkanaście razy szczegółowo badane, i żadnych organicznych cierpień stwierdzić się nie udało. Wypróżnienia badane były co 1 — 2 dni i czynności żołądka dwukrotnie.

Poprawa nastąpiła natychmiast po zastosowaniu środków, specyficznie działających przeciw woruszkom.

Fakt ten najlepiej świadczy o znaczeniu patogenetycznem woruszków. Biegunka trwała pół roku i nie ustępowała różnym środkom ściągającym i t. p., natomiast dwudniowe stosowanie salicylanu sodu i irygacyi z błękitu metylenowego natychmiast spowodowało poprawę stanu ogólnego i zmniejszenie się biegunki — jednocześnie przestały ukazywać się w kale żywe woruszeki.

Okoliczność ta dowodzi jeszcze niezmiernej wagi właściwego rozpoznania obecności woruszków w kiszkiach, gdyż w czystym przypadku tego rodzaju jesteśmy w stanie przynieść choremu szybką ulgę.

Znajdujące się w kiszkiach naszego chorego współcześnie z woruszkami glisty i włosogłówki nie wpływały zupełnie, jak przekonywa przytoczony przebieg choroby, na charakter wypróżnień i na stan ogólny: stolce uformowały się bowiem, i nastąpiła szybka poprawa ogólna zaraz po usunięciu woruszków, gdy jeszcze w kiszkiach znajdowały się liczne glisty i włosogłówki.

(D. n.)

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).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 2).

V. Przyczynę omawianych tu zaburzeń badano wielokrotnie tylko w stosunku do

objawów żołądkowych. Starano się, mianowicie, zbadać czynności chemiczne i ruchowe żołądka, spodziewając się znaleźć na tej drodze wyjaśnienie dla powstawania zaburzeń żołądkowych u chorych na początkowy okres gruźlicy płucnej. Wkrótce jednak zebrany materiał wykazał, że tego rodzaju badania jednolitego wytłomaczenia objawów klinicznych nie dają. Podczas, bowiem, gdy jedni autorowie, jak ROSENTHAL (25), EWALD (9), BERNSTEIN (6) w 7-u przypadkach na 9 badanych osobników, i CHEŁMOŃSKI (4) w 8 przypadkach na 11, stwierdzali zupełny brak kwasu solnego w żołądku, MARFAN (20) i HAYEM (12) stwierdzili u pewnej części swoich chorych tylko pewną niedostateczność w wydzielaniu kwasu solnego, inni, jak ten sam HAYEM (12), KLEMPERER (15) i mniej stanowczo DEUSKI i MAJEWICZ (7) znajdowali u pewnej części osobników w początkowych okresach gruźlicy nadmierne wydzielanie się kwasu solnego, a jeszcze inni, jak SHETTY (27), JAWORSKI (17) i ten sam KLEMPERER (15), stwierdzali w innym szeregu przypadków normalny wogóle chemizm żołądka.

Również niezgodne ze sobą są dane co do czynności ruchowej żołądka w początkowych okresach gruźlicy. Gdy, mianowicie, KLEMPERER (15) stwierdzał ruchową niedomogę żołądka, a MARFAN (20) stwierdził, że żołądek takich chorych ma skłonność do rozszerzania się, sięgając przytem czasem poniżej pępka, inny szereg autorów, jak BERNSTEIN (6), CRONER (6), EDINGER (8), SCHWALBE (8) i SHETTY (27), twierdzą, że czynność ruchowa żołądka jest u takich chorych zupełnie normalna.

Przed kilku laty, gdy nie miałem dostatecznej wprawy w rozpoznawaniu tego rodzaju cierpień, zbadałem dokładnie żołądek kilku odnośnych chorych, o których zdawało mi się, że cierpią na wrzód lub co najmniej na wysoki stopień nadkwaśności żołądka. Znalazłem u nich zupełny brak kwasu solnego i pewną niedomogę ruchową. Nie wysnuwam jednak z te-

go żadnych wniosków, gdyż, po pierwsze, przypadki te należały do najcięższych, a powtóre, jestem przekonany, że szereg badań żołądka, przeprowadzanych przy różnem samopoczuciu u jednych i tych samych chorych, dałby wyniki zupełnie odmienne. Wreszcie sędzę, że przy ustalonym niewątpliwym związku pomiędzy objawami żołądkowymi a wywołującą je gruźlicą samo badanie żołądka stwierdza tylko rzeczowo to lub inne zachowanie się czynności chemicznej i ruchowej żołądka, jako f a k t ciekawy, występujący wskutek gruźliczego zakażenia organizmu, nie pomaga jednak bynajmniej do oświeślenia istotnej p r z y c z y n y interesującego nas tu zjawiska.

Ustalono dotąd wyraźnie tylko to, że objawy żołądkowe u chorych z początkowymi objawami gruźlicy płuc nie zależą od zmian masywnych w błonie śluzowej żołądka, a więc nie zależą od kataru żołądka, stwierdzanego czasem, jak wiadomo, w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy (MARFAN, KLEMPERER, CHEŁMOŃSKI). Przeciwnie, mamy tu do czynienia z z a b u r z e n i a m i n a t u r y c z y n n o ś c i o w e j. Przemawia za tem stwierdzone przezemnie wielokrotnie nieustępowanie objawów żołądkowych przy dłuższem nawet specjalnem leczeniu żołądka i przeciwnie, szybka ich poprawa przy leczeniu ogólnem, przyczem żołądek wykazuje zazwyczaj odrazu nadzwyczajną tolerancję dla wszelkiego rodzaju pożywienia, i to w znacznej ilości. Szereg autorów, jak MARFAN, CHEŁMOŃSKI, sądzi, że objawy żołądkowe powstają u gruźliczych wskutek ogólnej małokrwistości. Ta ostatnia powoduje, według MARFAN'a, leniwe wydzielanie się soku żołądkowego, osłabienie gładkich mięśni i nadpobudliwość zakończeń żołądkowych nerwu błędnego, co wszystko razem sprowadza widoczne objawy żołądkowe.

Z tłomaczenia tego przyjąłbym tylko to, że omawiane zaburzenia w trawieniu, będąc ze sposobu swego powstawania analogicznymi do

spostrzeganych w ciężkiej blednicy oraz w cięższych postaciach anemii ogólnej, zależą istotnie od małokrwistości błony śluzowej dróg pokarmowych, zastrzegając się jednak usilnie przeciw mniemaniu, że ta ostatnia zależy zawsze od małokrwistości ogólnej. Podczas, bowiem, gdy natężenie i uporczywość zaburzeń w trawieniu u chorych z daleko posuniętą blednicą lub anemią ogólną stoją najczęściej w prostym związku ze stopniem, do jakiego się rzeczzone cierpienia ogólne rozwinęły, przeciwnie, zaburzenia w trawieniu u osobników w początkowym okresie gruźlicy płucnej hynajmniej w związku ze stopniem rozwijającej się przytem anemii ogólnej nie stoją. W moim materiale brakowało objawów tej ostatniej u znacznej większości chorych, i to najczęściej u tych, którzy skarżyli się na dolegliwości najcięższe. Idzie więc tu, zdaniem mojem, nie o małokrwistość ogólną, lecz przeciwnie, o miejscową małokrwistość, ischamię błony śluzowej, bądź żołądka, bądź kiszki, bądź jednych i drugich, i to nie stałą, lecz czasową, przemijającą, że tak powiem — napadową. Pewne bowiem osobniki reagują, zdaniem mojem, na otrucie lasecznikami gruźliczymi, zwłaszcza zanim się do ich działania zdążą przyzwyczaić, napadowo występującą miejscową ischamię w różnych miejscach organizmu, w danym razie w błonie śluzowej dróg pokarmowych, przyczem stopień tej, że tak powiem, napadowej, miejscowej małokrwistości (ischemii) może być różny co do natężenia i co do trwania. To jedno tłumaczy nam całą zmienność obrazu klinicznego u podobnych chorych, zmienność otrzymywanych wyników badania czynności ich żołądka i tak szybko, nawet u zastarzałych pacjentów, poprawę przy stosowaniu ogólnie wzmacniającego leczenia. Rzecz jasna, że taka „napadowa czynnościowa“ anemia błony śluzowej powstać może tylko wskutek nadzwyczajnej wrażliwości nerwów naczynioruchowych. Podobna jednak wrażliwość nerwów naczynio-

ruchowych jest dla osobników cierpiących na gruźlicę, zwłaszcza w początkowym jej okresie, faktem ogólnie znanym. Wszak ona właśnie tłumaczy łatwe zaziębienie się gruźliczych, łatwe ich pocenie się, rumienienie się, nadzwyczajną zmienność w częstości i napięciu tętna, ich rzekomo sercowe, a czasem rzekomo neurasteniczne ¹⁾ objawy. Na tej więc drodze powstają, zdaniem mojem, niewątpliwie i objawy żołądkowe; dlatego właśnie, podług mnie, objawy te noszą wszystkie cechy nerwie żołądka i dlatego wreszcie zdarzają się nierównie częściej u kobiet (70% moich przypadków), u których wrażliwość układu naczynioruchowego jest wogóle większa, niż u mężczyzn, a nadto zostaje wystawiona na takie powtarzające się szkodliwości, jak ciąża i peryody. Że zaś podobna „napadowa“ małokrwistość błony śluzowej może wywoływać wszystkie objawy żołądkowe, właściwe osobnikom gruźliczym we wczesnych okresach zachorowania płuc, nie wyłączając nawet bardzo silnego palenia, bólu i kurczów żołądka, o tem przekonałem się na samym sobie trzykrotnie, gdy, poddając się operacyom w gardle, połknąłem mimowolnie pewną ilość 20%-go roztworu kokainy. Różnica jest tylko ta, że to, co u mnie, zdrowego na płuca, wywoływała przełotnie kokaina, u osobników ze względnie świeżą gruźlicą powstaje wielokrotnie pod wpływem toksyn, czy protein laseczników gruźliczych, do których działania organizm się jeszcze nie przyzwyczaił. Na poparcie zaś znaczenia jadu gruźliczego w powstawaniu objawów żołądkowych muszę przytoczyć fakt, ogólnie znany, że

¹⁾ Do 9-n postaci skrytych suchot płucnych, tak pięknie w r. 1890 przez Sokołowskiego opisanych (rzekomo - blednicza, sercowa, żółzy, zimnicza, żołądkowo-kiszkowa, krtaniowa, opłucnowa, rzekoma rozedma płuc i rzekome krupowa), dodałbym, mianowicie, 10-ą: rzekoma influenza i il-a, praktycznie ważną postać rzekomej neurastenii, w której dokładne badanie płuc wykrywa w nich mniej lub więcej znaczne zmiany jako powód zaburzeń, czasami ludzko nasładowujących ciężką neurastenię. Sądję, że powstawanie tej postaci klinicznej zależy od powstających pod wpływem jadu gruźliczego wpływów naczynioruchowych na żywsze wahanie w ukrwieniu mózgu.

zaburzenia żołądkowe spostrzegano względnie często przy badaniach z tuberkuliną, t. j. przy nagłym wprowadzaniu do organizmu względnie dużej ilości jadu gruźliczego, co wszyscy pamiętamy i o czem wspomina i JAWORSKI (17).

Powyższe moje tłumaczenie powstawania objawów żołądkowych w gruźlicy ma jeszcze i to do siebie, że daje się zastosować bez wszelkich zmian i do sposobu powstawania zaburzeń kiszkiowych oraz żołądkowo-kiszkiowych u tego rodzaju osobników. Wrażliwość, mianowicie, naczyń trzewnych na działanie jadu gruźliczego może być w różnych miejscach jamy brzusznej różna, i wtedy powstawać może przemijająca anemia bądź błony śluzowej żołądka, bądź kiszki, bądź wreszcie w obu tych częściach, co prowadzi do powstawania objawów żołądkowo-kiszkiowych. Nie mam więc potrzeby uciekania się do hipotezy, wypowiedzianej przez NOTHNAGEL'a (22), że laseczники KOCH'a mogą przedostać się ze krwią do ścian naczyń i wywoływać biegunkę przez podrażnienie zakończeń nerwowych, prowadzące albo do zwiększenia wydzielniczej czynności gruczołów, albo do zwiększenia ruchów robaczkowych kiszki.

Rzecz jasna, że podobne zaburzenia w ukrwieniu błony śluzowej żołądka i kiszki występują tem łatwiej, w im gorszych warunkach ogólnospołecznych żyje odnośny osobnik. Stąd bardzo niepomyślny wpływ na przebieg objawów żołądkowych i kiszkiowych u gruźliczych mają warunki miejskie wogóle, na co wskazywał już JACCOUD (8), oraz specjalnie niedostateczne lub wadliwe odżywianie się, nadużycie wysokości i tytoniu (HAYEM) i niedostateczne wysypianie się.

Dlatego również całą tajemnicę skutecznego, względnie szybkiego wyleczenia omawianych tu chorych, nawet pozostających w zwykłych swych warunkach życiowych, a tembardziej — w sanatoryjnych, stanowi jedynie uregulowanie higieny ogólnej, zarówno fizycznej, jak i duchowej, pilne przestrzeganie należytego

ich wysypiania się i leżenia po jedzeniu, grającego tak ważną rolę w ułatwianiu przyswajania pokarmów, oraz zastosowanie racjonalnego, dobrego ich odżywiania.

VI. Dotknąwszy w ten sposób istoty leczenia gruźlicy wogóle, pragnę tu w końcu zaznaczyć tylko w kilku wyrazach, że stosowanie, jednocześnie z powyższymi, ogólnie dziś uznanymi przepisami, kreozotu i różnych jego przetworów potęguje faktycznie w bardzo wysokim stopniu działanie wymienionych czynników leczniczych. Pragnąłbym pod tym względem zaprotestować przeciw pewnej niekonsekwencji czy nieszczerości, jaka pod tym względem w świecie lekarskim ma miejsce. Przeniósłszy słusznie cały punkt ciężkości leczenia gruźlicy na stworzenie odpowiednich warunków klimatycznych, spokoju fizycznego i duchowego oraz na forsowne, racjonalne ich odżywianie, niektórzy lekarze twierdzą, że obchodzą się w leczeniu gruźlicy bez wszelkich wogóle lekarstw. O nieprawdziwości podobnego twierdzenia przekonałem się przy zwiedzaniu kilku dobrze prowadzonych sanatoryjów. Twierdzono mi w nich, że chorzy nie zażywają żadnych lekarstw, podczas gdy sam znajdowałem tam u chorych różne preparaty kreozotu, eukaliptusu, ichtyolu i arseniku, słusznie i trafnie, zdaniem mojem, tym chorym zalecane. Trzeba więc sobie powiedzieć jasno i szczerze, że bez tych leków w najpierwszych nawet okresach gruźlicy najlepsze sanatorium obyc się nie może. Zastrzeżenie to odnosi się w najwyższym stopniu do leczenia chorych z objawami żołądkowymi i kiszkiowymi. Na zasadzie swego doświadczenia twierdzę (co słusznie o objawach żołądkowych pisał już w r. 1889-ym KLEMPERER), że niema lepszego środka na poprawę zaburzeń żołądkowych oraz kiszkiowych, niż kreozot. Stosuję go zwykle z arsenikiem u wszystkich omawianych chorych, nawet przy istniejącej biegunce, na którą najczęściej kreozot wpływa bardzo dodatnio. Dopiero, o ile

chory kreozotu nie znosi, co zdarza się względnie rzadko, zastępuję ten lek kreozotalem, gajakolem, duotalem, tiokolem lub wyjątkowo syroliną i nie miałem nigdy powodu do żałowania takiego postępowania. Tylko zupełnie wyjątkowi chorzy nie znoszą nawet powyżej wyliczonych przetworów kreozotu; uwidacznia się to jednak zaraz po pierwszym ich przepisaniu przez występowanie bólów brzucha, którym biegunka najczęściej nie towarzyszy.

Z innych leków używam czasem przy objawach żołądkowych z powodzeniem różnych goryczek, które niewątpliwie przyczyniają się do szybkiego ich złagodzenia, a w biegunkach — lekkich solanek lub przemijająco dermatolu, oraz stosuję okłady spirytusowe na brzuch, ew. krótkotrwałe nasiadówki około 20° R. O ile bóle w żołądku trwają już długo i bywają silne, stosuję początkowo, obok letniej wody Emskiej naczecz, trochę antypiryny lub antyfebryny. Ale wszystko to, oprócz preparatów kreozotu i arsenu, po 2, najdalej 3 tygodniach w przeciętnych przypadkach można już odstawić. Tylko w niektórych zastarzałych przypadkach z objawami kiszkowymi i w wyjątkowych — z żołądkowymi leczenie objawowe musi być stosowane przez czas dłuższy, ale koniecznie obok racjonalnego. W tem ostatniem, obok innych znanych rad, należy choremu zalecić z wielką stanowczością zarzucenie wszelkiej diety i ułożyć mu schemat forsownego racjonalnego odżywiania się. Bez tego leczenie podobnych chorych jest niemożliwe. Przy zachowaniu zaś tych warunków chorzy, nawet pozostawieni w mieście, poprawiają się nieraz prawie tak dobrze, jak przy najlepszem leczeniu sanatoryjnym, przybierając na wadze, jak to nieraz widywałem, po 8—15 i więcej kilo w ciągu paru do kilku miesięcy.

LITERATURA *).

1. ANDRAL. Chirurgie médicale 1840. T. IV, p. 285.
- 2*. BOURDON podług BRIEGER'a (3) i DZUSKIEGO (8).
3. BRIEGER O. Deut. med. Woch. 1889, Nr. 14, p. 269—272.
4. CHEŁMOŃSKI A. Gazeta Lekarska 1889, Nr. 20, str. 211 oraz Revue de médecine 1890, str. 610.
5. CORNET G. Die Tuberkulose. Wien. 1899. Str. 358—364. (NOTHNAGEL's Spec. Path. u. Ther. Bd. XIV).
6. CRONER W. Deut. med. Woch. 1898. Nr. 48, p. 757—760.
7. DZUSKI i MAJEWICZ. La presse médicale 1901. Nr. 24.
8. DZUSKI K. Zeitschr. f. Tuberkulose. Bd. IV., H. 2, p. 100—109. 1903.
- 9*. EWALD C. Klinik der Verdauungskrankheiten. Bd. II. p. 427. (Podług O. BRIEGER'a).
10. GLUZIŃSKI—WOLFRAM. Deut. Arch. f. kl. Med. 1889. Bd. 42.
11. HAYEM. Gastropathie et phthisie. Mercredi méd. 1893. Nr. 33.
- 12*. HAYEN. Estomac w Traité de médecine de BROUARDEL et GILBERT (podług DZUSKIEGO).
- 13*. HUTINEL GRANCHER. Phthisie pulmonaire. Dictionnaire de sc. méd. p. 652.
14. KLEMPERER G. Zeitsch. f. Klin. Med. Bd. 14.
15. KLEMPERER G. Berliner Kl. Woch. 1889, Nr. 11, p. 221—225.
16. JANOWSKI W. Semiotyka ogólna wymiotów. Odczyt. Klin. 1902, Nr. 1, 2 i 3.

*) Gwiazdka przy tytule wskazuje pracę, znaną mi nie z oryginału.

17. JAWORSKI W. Choroby żołądka. Kraków 1893, str. 292—294.
18. LEBERT. Klinik der Brustkrankheiten. Tübingen 1873, Bd. II, p. 229.
19. LOEBISCH. Deutsch. Arch. f. Kl. Med. 1904, Bd. 79, H. 5—6.
20. MARFAN B. Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire, Paris. Steinheil 1887, 8°, 220 pp.
21. MATHIEU. Traité de maladie de l'estomac et de l'intestin. Paris. 8°, 1900 p. 721
22. NOTHNAGEL H. Die Erkrankungen des Darms u. des Peritoneums. Nothnag. Spez. Path. u. Ther. Bd. XVII, pp. 55—61 i 95—96.
23. RIEGEL. Die Erkrankungen des Magens. Nothnag. Spez. Path. u. Ther. Bd. XVI, p. 946.
- 24*. ROSENBAACH O. podług O. BRIEGER'a.
25. ROSENTHAL. Berl. Kl. Woch. 1887, Nr. 45.
26. SÉE G. De la phthisie bacillaire. Paris 1884, p. 147 i 299.
- 27*. SHETTY. Deut. Arch. f. Klin. Med. Bd. 24.
28. SOKOŁOWSKI A. O skrytych postaciach suchot płucnych. Odczyt Klin. 1890, Nr. 1. str. 17—25.
29. SOKOŁOWSKI A. Choroby dróg oddechowych 1906, T. III, p. 382—387 i 476—483.
30. TURBAN K. Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose. Wiesbaden. 1899 p. 11a.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

6. A. HOLUB. W sprawie leczenia tyreoideyną choroby Basedow'a, szczególnie zaś powikłania jej ze śluzoobrzękiem.

Autor przytacza historię rodziny, w której młodsza córka okazywała istotne cechy choroby Basedow'a i śluzoobrzęku, jej starsza siostra miała wyraźne objawy choroby Basedow'a, podczas gdy 5 pozostałych członków rodziny, z wyjątkiem ojca i 11-letniej córki, cierpiało na wole, po części z tachikardją, po części bez niej. Dość często zdarza się, że choroba Basedow'a występuje rodzinnie, zwłaszcza w rodzinach ze skłonnością do wola. Także znane i opisywane jest (OPPENHEIMER, LEYDEN) współczesne występowanie śluzoobrzęku i choroby Basedow'a w tej samej rodzinie. Kombinacja obu cierpień u jednego osobnika zdarza się względnie rzadko. Odnosne przypadki podzielić można na 3 grupy. Do pierwszej grupy należą przypadki, w których śluzoobrzęku przyłącza się po kilku latach

istnienia choroby Basedow'a, gdy objawy tej ostatniej uległy już znacznemu osłabieniu (KOWALEWSKI, JOFFROY i ACHARD, WILLIAMS, PUTNAM, BALDWIN, GOWAN, SMITH, DAWIDSOHN, MINKOWSKI i in.). Do drugiej grupy należą przypadki, w których objawy obu chorób istnieją jednocześnie, przypadki, w których śluzoobrzęku stosunkowo szybko przyłączył się do już istniejącej choroby Basedow'a, albo nawet obie choroby jednocześnie wystąpiły (SOLLIER, JAKSCH, UBRICH, FELIX i BABINSKI, HIRSCHL, MÖBIUS, STABEL, FAURE, MEIGE i ALLARD.). Do największych rzadkości należą te przypadki, w których mniej lub więcej typowy śluzoobrzęku poprzedza chorobę Basedow'a. Tylko 3 przypadki autor mógł znaleźć w literaturze (KOCHER, SOLLIER, MORROW).

Co się tyczy obrazu klinicznego śluzoobrzęku we wzmiankowanych przypadkach, to znajdziemy tam wszystkie stopnie obrzęku obok

innych objawów, jak mały wzrost, nabrzmiała twarz, ciężki chód, powolna mowa, osłabienie inteligencji i t. d. Co się tyczy specjalnie obrzęku, to LÖW i SCHRÖTTER słusznie zwrócili uwagę na to, że przynajmniej w niektórych przypadkach nie stanowi on cechy śluzobrzęku, lecz jest wyrazem zaburzeń natury trofoneurotycznej, po części zaś uwarunkowany jest miejscową lipomatozą, jak to wykazało zresztą badanie drobnowidzowe. Do kombinacji obu cierpień 2 razy przyłączyła się wada zastawek aortalnych (ULRICH i PASTEUR), jeden raz padaczka (KO (WALEWSKI), jeden raz rozmięczenie kości (MÖBIUS), podczas gdy JAKSCH, jak również autor, zauważyli wzmożoną pobudliwość mechaniczną nerwu twarzowego, jako, być może, objaw tężyczki.

Co się tyczy leczenia tyreoidyną, to działanie jej jest bardzo skuteczne w tych razach, w których pozostały tylko objawy śluzobrzęku, objawy zaś choroby BASEDOW'a już poznikały. Jeden tylko MINKOWSKI zauważył w następstwie tego leczenia ponowny wybuch choroby BASEDOW'a. Trudniej jest zrozumieć pomyślnie działanie tyreoidyny na objawy śluzobrzęku przy jednoczesnem istnieniu cech choroby BASEDOW'a, a tembardziej pomyślny wpływ na samą chorobę BASEDOW'a. Już ta okoliczność, że śluzobrzęk i objawy choroby BASEDOW'a występować mogą jednocześnie u tego samego chorego, nie da się pogodzić z teorią, podług której choroba BASEDOW'a zawdzięcza swe powstawanie nadmiernej sekrecji gruczołu tarczowego (*hyperthyreoidismus*), śluzobrzęk zaś zmniejszeniu wydzieliny wewnętrznej tegoż gruczołu (*hypothyreoidismus*). Musimy przyjąć razem z MÖBIUSEM, NOTHAFFT'em i OSWALD'em, że choroba BASEDOW'a zależy nie tyle od nadmiernej

sekrecji, ile od zmian jakościowych tej wydzieliny (*dysthyreoidismus*), idących zwykle w parze z nadmierną wydzieliną, przyczem prawdopodobnem jest, że między obu zmianami istnieje związek przyczynowy. Tylko w ten sposób możemy zrozumieć, że przy istniejącej chorobie BASEDOW'a występować mogą objawy niedostatecznej sekrecji gruczołu tarczowego, które przez dowóz tyreoidyny mogą zostać wyleczone. Polepszenie objawów choroby BASEDOW'a możnaby objaśnić, jako następstwo leczenia oszczędzającego w ten sposób, że przez dostarczanie zzewnątrz gruczołu tarczowego podrażnienie sekrecyjne gruczołu tego ulega zmniejszeniu, i że dzięki temu chwilowemu wypoczynkowi gruczoł nanowo odzyskuje zdolność wytwarzania prawidłowej wydzieliny w normalnej ilości. Ponieważ pewna część objawów choroby BASEDOW'a niewątpliwie zależy od nadmiernej sekrecji gruczołu tarczowego, jak tego dowodzi podobieństwo obrazu klinicznego zatrucia tyreoidyną z chorobą BASEDOW'a, oraz skuteczne działanie wycięcia wola (*strumectomy*), przeto ze stosowaniem przetworów tyreoidynowych w chorobie BASEDOW'a należy być bardzo ostrożnym. Autor radzi ostrożnie stosować tyreoidynę jedynie w przypadkach przewlekłych i ciężkich. W takich razach okazywała ona już nieraz dobre usługi. Ścisłe wskazanie do leczenia tyreoidyną chorych na *m. Basedowii* stanowi obecność śluzobrzęku. Należy zauważyć jeszcze, że przyspieszona czynność serca (*tachycardia*) nie stanowi, jak to widać z przypadków autora, przeciwwskazania do leczenia wola przetworami tyreoidynowymi.

(Wiener. Klin. Wochenschr. № 19. 1906).

S. P.

O D C I N E K.

Wody z kwasem węglowym w Royat (Francya).

Podał

Dr. Teodor Heiman.

Na posiedzeniu Akademii lekarskiej 30-go Czerwca 1903 r. prof. H. HUCHARD przedstawił sposób leczenia pewnych cierpień sercowych, a mianowicie okresu, poprzedzającego sklerozę naczyniową (*présclerose*), oraz kardyopatyi tętniczych za pomocą zmniejszenia napięcia układu naczyniowego. Leczenie to ma na celu zwalczanie trojakiemu rodzaju nadmierne napięcie (hypertensję) naczyniowe: 1) tętnicze; 2) płucne i 3) żyły wrotnej.

W poważnej grupie cierpień sercowych nadmierne napięcie tętnicze lub aortalne stanowi poważne niebezpieczeństwo, które znali już dawniejsi lekarze pod formą „pletory krwi” lub „gwałtowności krwi”. Opierając się na ówczesnej fizyologii elementarnej, brano głównie pod uwagę masę krwi. Popelniano tym sposobem błąd podwójny, gdyż przypominano o innych czynnikach, również silnie wpływających na powiększenie ciśnienia tętniczego, oraz i o tem, wykazanem przez liczne doświadczenia FRÉDÉRIEĞ’a z Liège, że upust krwi zmniejsza napięcie tętnicze tylko przejściowo i niestale. Ażeby ono było stałem, potrzeba było wypuścić człowiekowi dwa litry krwi, co jest i niebezpieczne i wręcz niewykonalne. Ażeby otrzymać skutek stały, t. j. większe lub mniejsze obniżenie napięcia tętniczego, potrzebaby, podług ARLOING’a, wypuścić około $\frac{1}{3}$ całej ilości krwi. Z drugiej strony wykazały doświadczenia DASTR’a i LOYE’a, że, powiększając ilość krwi o $\frac{1}{8}$ jej zawartości, nie spowodujemy znacznego podniesienia napięcia tętniczego. Wogóle zaś powiększenie i zmniejszenie ciśnienia nie jest proporcjonalne do powiększenia i zmniejszenia masy krwi; tętnice bowiem, dzięki swoim włóknom mięśniowym, posiadają w granicach dość obszernych możność przysto-

sowania swojej średnicy do swojej zawartości, zaś szybki przesiek części płynnych krwi do tkanek otaczających przyczynia się do utrzymania ciśnienia stałego.

Powiększenie napięcia tętniczego pod wpływem bodźca sercowego zostało wykazane przez fizyologię i klinikę. Doświadczalnie przekonano się, że przez pobudzenie nerwów przyspieszających serca i przez porażenie nerwów lub ośrodków, hamujących czynność sercową, powiększa się napięcie tętnicze. Serce reguluje swoją siłę i swoją pracę podług oporu obwodowego, t. j. podług powiększonej kurczliwości tętniczej i zmniejszonej lub straconej elastyczności naczyniowej, a zatem główna rola w krążeniu krwi nie stanowi wyłącznego udziału centralnego motoru krążenia. Napięcie tętnicze jest wogóle regulowane przez stan kurczliwości lub rozszerzenie naczyń włosowatych; napięcie wzmagą się, gdy małe naczynka są skurczone, obniża się zaś, gdy one się rozszerzają. Fizyologia wskazuje nam przeto, jak powinniśmy postępować, ażeby obniżyć wzmózione napięcie tętnicze; wykazuje ona nam, że jeżeli w stanie normalnym naczynia są pomocnikami serca, to w stanie chorobliwym mogą stać się jego największymi wrogami, jeśli, że się tak wyrazić, wędzidło naczyniowe jest zbyt ściągnięte. Przekonywa ona nas też, że należy leczyć naczynia, nie serce, że potrzeba mniej wpływać na mięsień sercowy, niż na naczynia.

Po uciśnięciu lub przewiązaniu aorty przekonywamy się, że samo powiększenie oporu obwodowego jest w stanie podnieść ciśnienie naczyniowe. Ten opór obwodowy działa na motor centralny, wzmacniając jego siłę systoliczną, oraz na masę krwi, powiększając jej ilość w części, położonej powyżej przeszkody. Z czego wynika, że interwencja jednego czynnika, powiększenie oporu obwodowego, wprowadza w grę dwa inne czynniki, i dlatego przy powstawaniu hipertensyi naczyniowej najważniejszą rolę odgrywa krążenie tętnicze.

Klinika, opierając się na fizjologii, poznała ważność serca obwodowego, nie zaniedbując wszelako serca ośrodkowego. Obok zmian zastawkowych lub przewlekłych zapaleń mięśnia sercowego, zaczynających się od serca i przechodzących na naczynia, istnieje liczna grupa kardiopatyi tętniczych, rozpoczynających się od tętnic, ażeby dojść do lewego serca i wywołać szereg przypadłości toksycznych zależnych od wczesnej niedostateczności wątroby i nerek.

Kardiopatye serca ośrodkowego mają przebieg ciągły lubo często nierówny i prowadzą do obniżonego napięcia tętniczego i do asystolii z następstwami dobrze znanymi; kardiopatye drugiej kategorii mają długi okres powiększonego napięcia tętniczego zeskłonnością fatalną do intoksykacyi. Tam wskazane jest działanie, wzmacniające serce, naczynia, jednym słowem działanie hipertensyjne; tu — wskazanie antytoksyczne, hypotensyjne.

Terapia nie może zadowolić się wzmocnieniem serca, ona powinna mu ulżyć. Jeżeli niestety prawdą jest, że nie jesteśmy w stanie wyleczyć przewlekłych wad zastawkowych i sklerozy naczyniowej, możemy wszelako z początku powstrzymać rozwój choroby i osiągnąć, jeśli nie wyleczenie anatomiczne, to przynajmniej wyleczenie czynnościowe.

W kardiopatjach tętniczych istnieje przeszkoda w sercu obwodowym, i nasze usiłowania powinny też być zwrócone w tę stronę. W takim okresie wzmacniać serce przez podawanie naparstnicy jest wręcz nielogicznym. Serce ośrodkowe, którego zdolność czynnościowa jest zmniejszona skutkiem niedostatecznego odżywiania, wywołanego przez *endoarteriitis* tętnic wieńcowych, zostaje zmuszone do powiększenia swojej pracy, ażeby przezwyciężyć przeszkody obwodowe, polegające na skurczu naczyniowym z następującą hipertensją tętniczą. Jestto *circulus vitiosus*, z którego nie można wyjść inaczej, jak działając na serce obwodowe, przez to wzmocni się, a raczej ułatwi się czynność serca ośrodkowego.

Liczne spostrzeżenia przekonały HUCHARD'a, że właściwa arterioskleroza przez tydzień, a nawet przez lata całe poprzedzana jest przez zaburzenia czynnościowe zależne od hipertensyi naczyniowej rozmaitego stopnia, wywołanej różnemi przyczynami. W tym okresie

presklerotycznym zadaniem kliniki jest rozpoznać go i zapobiedz, ażeby choroba nie stała się niewyleczalną. Albert ROBIN wypowiedział słuszne i trafne zdanie, że, jeżeli czynność (funkcja) wytwarza narząd, to choroba czynności staje się często powodem choroby narządu, i takie pojęcie powinno służyć za podstawę leczenia zapobiegawczego arteriosklerozy wogóle i kardiopatyi tętniczych w szczególności. Leczenie zapobiegawcze ma jedno główne wskazanie w stosowaniu leczenia hypotensywnego czyli zmniejszającego napięcie naczyń.

Do chorób, wywołujących hipertensję tętniczą, należy: wspomniana powyżej preskleroza, pseudo-anemia angiospastyczna, w której większość objawów podobna jest do presklerozy, pewna kategoria bólów sercowych, wywołanych rozciągnięciem (dystensją) serca, angina, wywołana cierpieniem tętnic wieńcowych, aortyzm dziedziczny, który już we wczesnym wieku może wystąpić jako skłonność do chorób tętnic, zapalenie nerek śródmiąższowe, które w wysokim stopniu podnosi napięcie tętnicze, i dla tego też w tem cierpieniu są tak częste pęknięcia naczyń i krwotoki mózgowe. Tu należą też tętniaki, choroba STOCKES-ADAM'a. Kwas moczowy (*uricaemia*) stanowi potężny czynnik skurczu naczyniowego obwodowego. Jedną z najcięższych przyczyn kardiopatyi tętniczych i arteryosklerozy stanowi nadmierny pokarm mięsny. Podagra, artrytyzm jest tem dla tętnic, czem reumatyzm dla serca.

Leczenie hypotensyjne stosuje się głównie w kardiopatjach tętniczych, wywołanych intoksykacją. Pewne palpitacye i przepuszczające objawy sercowe, towarzyszące skurczowi naczyniowemu i hipertensyi tętniczej, oraz ostre rozszerzenie serca, wywołane mocną hipertensją krwi, należy też leczyć metodą hypotensywną.

Aneuryzmaty, którym towarzyszy ogólna arterioskleroza lub śródmiąższowe zapalenie nerek, łatwo ulegają pęknięciu, nie z powodu wielkości swojej, lecz, że w tym razie napięcie tętnicze dosięga swojego *maximum*. I tu przeto leczenie powinno głównie w tę stronę być skierowane.

Powiększone napięcie tętnicze rozpoznaje się za pomocą: 1) sphygmomanometru, ten jednak daje często wyniki niepewne. 2) Od-

dźwięku czyli wzmocnionego tonu dyastolicznego aorty u podstawy serca na prawo od mostka. Ton jasno dzwięczący, jakby metaliczny i pod formą odległego echa dowodzi istnienia przewlekłego zapalenia aorty i rozszerzenia jej. Gdy ton taki istnieje na płaszczyźnie tętnicy płucnej, na lewo od mostka, oznacza to hipertensję w układzie małego krążenia. 3) Stałości tętna i jego typu odwróconego (pomijamy charakter jego, jego rysunek sfigmograficzny, objawy naczyniowe i naczynio-ruchowe, jako mające znaczenia drugorzędne). W stanie normalnym, przy zmianie położenia stojącego na leżące, liczba uderzeń tętna zmniejsza się od 6—8. Przy hipertensyi różnica ta w obydwóch położeniach znika, a nawet typ staje się odwrotny t. j. że liczba uderzeń tętna przy zmianie położenia stojącego na leżące wzmagą się. Stałość tętna jest oznaką hipertensyi, zmienność — hypotensyi.

Hypertensję tętniczą leczy się czynnikami higienicznymi, fizycznymi i lekarskimi. Do pierwszych dwóch należy dyeta, masaż, ćwiczenia mięśniowe i kąpiele; do drugich — organoterapia i cały szereg leków, należących do klasy nitrytów. Leczenie dyetetyczne polega na stosowaniu mleka i pokarmów roślinnych, nieraz zaś tylko samego mleka, znacznem ograniczeniu pokarmów mięsnych. Jednorazowo należy jeść mało, unikać zwierzyny, mięsa na wpół surowego, wędlin, konserwów mięsnych, ryb morskich, konserwów z ryb, zawierających znaczną ilość toksyn, tłustych zup i rosółów. Są to wszystko truczyny, które źle i niezupełnie wydzielają się przez nerki, których czynność, jak wiadomo, jest do pewnego stopnia upośledzona u każdego z hipertensją, wywołaną skurczem naczyniowym. Stosowanie środków mocz pędzących w postaci rozmaitych wód mineralnych, usuwających toksyny, wywołujące skurcz naczyń, staje się pośrednio ważnym środkiem hypotensywnym. Masaż i ruchy mięśniowe ułatwia krążenie obwodowe. Przez rozszerzenie naczyń obwodowych

zmniejsza się napięcie tętnicze, serce ośrodkowe przez to doznaje ulgi, i praca jego zostaje ułatwioną. Oprócz tego stanowi masaż ważny środek antytoksyczny. Stosowana dawniej metoda OERTEL'a, mająca wywołać przerost komór, prowadzi często tylko do rozszerzenia. Można ją do pewnego stopnia stosować w zбочeniach czynnościowych serca.

Działanie szczegółowe rozmaitych leków oraz organoterapii w tem miejscu pomijam.

Po tych ogólnych uwagach fizjologicznych, klinicznych i terapeutycznych przechodzę do jednego z ważnych czynników leczniczych, stosowanych niemal że powszechnie w cierpieniach serca, t. j. do kąpeli z kwasem węglowym. Stosowanie tego czynnika leczniczego opiera się na podstawach, dopiero co wyluszczonych.

Pierwsze prace o kąpielach z kwasem węglowym ukazały się we Francyi i wyszły z pod pióra D-ra GOUIN lekarza z St. Alban.

BENEKE a głównie bracia SCHOTT w Nauheim wykazali korzyść kąpeli, zawierających chlorek sodu, w przewlekłych cierpieniach serca. BENEKE przekonał się, że chorzy z reumatyzmem, mający jednocześnie świeże wady zastawkowe, nie tylko że znosili bez szkody kąpiele solankowe, lecz, przeciwnie, odnosili z nich jeszcze pewną korzyść. Bracia SCHOTT połączyli kąpiele z ćwiczeniami gimnastycznymi pod formą ruchów czynnych z użyciem oporu ręcznego. Te dwa czynniki—kąpiel i ćwiczenia gimnastyczne—stanowią metodę leczniczą, zwaną metodą SCHOTT'a, stosowaną w cierpieniach przewlekłych narządu krążenia. Zwykle oba czynniki stosują się jednocześnie, częściej jednakże leczenie zaczyna się od kąpeli. Niema stałego prawidła co do sposobu postępowania, główną rolę gra tu doświadczenie. Jednym z głównych czynników kąpeli nauheimskich jest znaczna ilość wolnego kwasu węglowego, zawartego w tych wodach.

d. c. n.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 listopada do 14 grudnia 1906 r.

Ospowych chorych przybyła największa liczba w miesiącu sprawozdawczym.

Ogółem liczba chorych na rozmaite formy infekcyjne wynosi 115 (46 m. 69), z poprzedniego miesiąca pozostało 121 (71 m. 50 k.), uznano za zdrowych 122 (65 m. 57 k.), zabrano ze szpitala bez polepszenia 2 (1 m. 1 k.), przeprowadzono do szpitala stosownie do rodzaju choroby 1 k., zmarło 14 (5 m. 9 k.), pozostało na miesiąc następny 97 (46 m. 51 k.).

Według poszczególnych postaci ostrej infekcji było chorych na:

O s p ę: z poprzedniego miesiąca pozostało 34 (92 m. 12 k.), nowych chorych przybyło 35 (13 m. 22 k.), wyzdrowiało 36 (20 m. 16 k.), nieszczepionych wcale przybyło 17 (6 m. 11 k.), zmarło 7 (1 m. 6 k.), w tym 5 nieszczepionych (1 m. 4 k.), 1 kobieta na formę krwotoczną (*variola haemorrhagica*), na miesiąc następny pozostało 26 (14 m. 12 k.). Zejścia śmiertelne następowały, prócz wymienionej formy krwotocznej, skutkiem ciężkiej formy ospy u nieszczepionych od urodzenia osobników: w 2 przypadkach u 1½ rocznych dzieci, w 1-yim przypadku skutkiem powikłania zapaleniem płuc.

Chorzy przybyli z 19tu ulic Warszawy, a mianowicie: Dzielna 3, 21, 60 (3 przyp.) 63; Franciszkańska 29, Grzybowska 8, 11, 61 (4 przyp.), Kolejowa 7, Kościelna 10, 12, Koszykowa 13, 29, Mirowska 1, Miła 37, Nowiniarska 60, Nalewki 9, Pańska 68, Pawia 22, 51, Prosta 12, Ś-to Jerska 34, Wilcza 50 (3 przyp.), Wronia 19, Wołyńska 15, Wiśniowa 4, Zakroczyńska 17, Żelazna 3. Dni szpitalnych przebyli chorzy na ospę 1063 (35 m. 587 dni, 34 k. 476 dni).

P ł o n i c a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 44 (29 m. 15 k.), nowych chorych przybyło 33 (13 m. 20 k.), wyzdrowiało 37 (22 m. 15 k.), bez polepszenia wypisany 1 m., zmarło 5, na miesiąc następny pozostało 34 (17 m. 17 k.). Zejścia śmiertelne nastąpiły: w 2-ch przypadkach skutkiem ciężkiej formy płonicy w drugim dniu choroby w domu, w 1-yim przypadku

skutkiem zapalenia ucha środkowego, ropnia na goleni i ogólnego zakażenia krwi, w 1-m skutkiem obustronnego ropnego zapalenia gruczołów szyjowych i obustronnego zapalenia ucha, w 1-yim skutkiem ciężkiej formy płonicy. Dni szpitalnych przebyli chorzy na płonicę 1168 (42 m. 655 dni 35 k. 513 dni). Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Al. Ujazdowska 26, Białostocka 29, Browarna 4, Chłodna 68, Chmielna 61, 63, Dobra 51, 54, Górczewska 7, Instytutowa 3, Kolejowa 7, Nowowiejska 10, Łomżyńska 22, Nowolipie 17, Nowolipki 60, Nowożytnia 36, Sienna 77, Solna 15, Śliska 22, Sowia 3, Towarowa 54, Wołowa 34, Wolska 38, 97 i ze wsi Koło, Wola i Zgierz.

B ł o n i a. Pozostało z poprzedniego miesiąca 7 (5 m. 2 k.), nowych chorych przybyło 9 (6 m. 3 k.), wyzdrowiało 10 (7 m. 3 k.), zmarła 1 k. w drugim dniu po przybyciu do szpitala. Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Białostocka 29, Górczewska 7 (2 przyp.) 8, Nowolipie 60, Nowowiejska 4, Rymarska 16 i ze wsi Klaudyńie i Sielce.

T y f u s b r z u s z n y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 6 (4 m. 2 k.), przybyło nowych 1 k., wyzdrowiało 3 m., bez polepszenia 1 k., zmarł 4 letni chłopiec, pozostało na miesiąc następny 2 k. Dni szpitalnych przebyli chorzy 95 (56 dni 4 m., 3 k. 39 dni).

R ó ż a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 8 (2 m. 6 k.), przybyło nowych 1 k., wyzdrowiało 4 (1 m. 3 k.), pozostało na miesiąc następny 5 (1 m. 4 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 118.

T y f u s w y s y p k o w y. Przybyło nowych chorych 4 (3 m. 1 k.), wypisano zdrowych 1 m., pozostało na miesiąc następny 3 (2 m. 1 k.). Przybyli chorzy z Nowolipia 69 (2 przyp.) i ze wsi Mokotów i osady Żarnowiec. Dni szpitalnych przebyli chorzy 24 (18 m. 6 k.).

K a r b u n k u ł z ł o ś l i w y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 4, przybył 1 m., wypisano zdrowych 2 m., pozostało na miesiąc następny 3 m. Przybył 1 chory z miasta Mię-

dzyrzeca. Dni szpitalnych przebyli chorzy 109.

O d r a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 9 (3 m. 6 k.), przybyło nowych chorych 18 (6 m. 12 k.), wypisano zdrowych 12 (5 m. 9 k.), przeprowadzono do szpitala na Czystem z powodu komplikacji ocznej 1 dziewcz., pozostało na miesiąc następny 19 (9 m. 10 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy na odrę 370. Prócz tego z ubiegłego miesiąca pozostawali chorzy na grypę 2 (1 m. 1 k.), na zapalenie opon mózgowodzeniowych 1 m., na nieżyt oskrzeli 5 kobiet przy swoich dzieciach chorych na inne choroby

zakaźne i na rumień 1 k. Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyli chorzy na grypę 1 m., nieżyt oskrzeli 9 (1 m. 8 k.), zapalenia gardzieli mieszane 2 (1 m. 1 k.) i z flegmoną na stopie 1 m.

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym 236 chorych przebyli 3294 dni szpitalnych.

Zamiejscowych chorych przybyło 18 (10 m. 3 k.).

Z braku miejsc wydano 19 biletów odmownych, z innych przyczyn 6.

Śmiertelność miesięczna 5,93%.

Wiadomości bieżące.

— Dwukrotnie odraczany Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się nieodwołalnie we Lwowie w roku 1907 w dniach od 22 do 25 lipca.

Jako Zjazd dziesiąty w 33-letnim okresie czasu, będzie on niejako zjazdem jubileuszowym i po raz pierwszy odbędzie się we Lwowie, odkąd to miasto otrzymało uzupełnienie swego Uniwersytetu przez nowopowstały Wydział lekarski. Jakkolwiek ta szczęśliwa okoliczność znacznie ułatwia zadośćuczynienie naukowej stronie Zjazdu, to jednak zwiększa i wymagania. Wydział gospodarczy świadomy też tego, wziął sobie za zadanie tak wszechstronne przygotowanie Zjazdu i uczynienie obu jego działów, lekarskiego i przyrodniczego tak zupełnymi, aby pod każdym względem co najmniej dorównał Zjazdowi poprzednim, a nawet je w pewnych kierunkach przewyższył, dając chlubne świadectwo i nauce polskiej i temu nowopowstałemu jej środowisku. — Cel ten chce Wydział gospodarczy osiągnąć przez wciągnięcie jak największych kół lekarzy i przyrodników polskich do wspólnej pracy. Pomocą dla nas w tym kierunku i to niemalą jest tradycyjne powodzenie Zjazdów, dowodzące, jaką sympatią cieszą się u nas te współzawodnictwa naukowe i ta sposobność poznania się z żywego słowa.

Nukowa strona Zjazdu ujęta jest, podobnie jak wogóle na wszystkich Zjazdach, w sekcje, których spis i gospodarzy ich poniżej podajemy. Ilość sekcji postanowił obecny Wy-

dział powiększyć o jedną, całkiem nową, mianowicie przyrodniczo-dydaktyczną, w której omawiana będzie kwestya, szczególnie dla Królestwa tak aktualna, nauczania nauk przyrodniczych. Stanie ona otworem dla wielkiej ilości pedagogów przyrodników, którzy będą mogli złożyć w niej owoce swego długoletniego doświadczenia. — Gospodarstwo w niej przyjęli: Prof. Dr. Kazimierz TWARDOWSKI, prezes Towarzystwa Nauczycieli szkół wyższych, i Prof. Dr. Tadeusz WIŚNIEWSKI.

Z inicjatywy Rady Dworu Prof. Dra L. RYDYGIERA ma być na Zjeździe wszechstronnie omówiony program badań nad istotą i leczeniem raka. Dla sprawy tej tak żywotnej przeznaczylismy jedno posiedzenie z biurowe, nie przesądzając, czy w przyszłości, w miarę ilości i ważności zgłoszonego materiału, nie wyodrębnimy jej jako osobną sekcję.

W gronie tutejszych przyrodników i lekarzy poruszono myśl uczczenia ś. p. MARCELEGO NENCKIEGO przez umieszczenie jego popiersia w budynku chemii lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego. Inicyatorowie tej pięknej myśli pragną rzecz całą przygotować i przeprowadzić do lipca, tak, aby odsłonięcie mogło się odbyć w czasie Zjazdu. Koszta mają być pokryte ze składek lekarzy i przyrodników polskich.

W połączeniu ze Zjazdem odbędzie się, jako naukowe i przemysłowe uzupełnienie tegoż, Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna w pałacu sztuki, na placu

powystawowym i w zabudowaniach, na ten cel wystawionych. Prócz wyrobów przemysłu polskiego dopuszczone będą na tę wystawę o tyle wyroby pierwszorzędných firm obcych, o ile one nie są jeszcze reprezentowane w przemyśle swojskim lub o ile przemysłowcy krajowi zechcą je wystawić z wyrobami własnymi, w celu zapoznania z nimi zwiedzających wystawę i dania sposobności zaopatrzenia się w wyroby, które w tej jakości u nas jeszcze nie mogą być wytwarzane. — Bardzo ruchliwy komitet wystawowy, na którego czele stoi, jako dyrektor wystawy, Dr. Kalikst KRZYŻANOWSKI (Lwów Zyblikiewicza 42), a z drugiej strony wielka gotowość licznych przemysłowców dotychczas już zgłoszonych, dają rękojmię powodzenia tego ważnego przedsięwzięcia.

W czasie trwania Zjazdu wydawany będzie codziennie rano „Dziennik Zjazdu”, podający sprawozdania z dnia poprzedniego i informacje oraz program na dzień następny. Ostatni numer tego wydawnictwa wyjdzie w możliwie najkrótszym czasie po Zjeździe, jako spory tom, zawierający wszystko to, co w poprzednich 4 numerach nie zostało umieszczone. Tu też znajdą miejsce streszczenia wszystkich wykładów, mianych w sekcjach, i dyskusye, jako widoczny ślad dorobku naukowego Zjazdu. Aby redakcyi tego dziennika ułatwić swe nader trudne zadanie, postanowił Wydział gospodarczy te jedynie wykłady w streszczeniu umieścić, które równocześnie z ich zgłoszeniem a przynajmniej tuż przed ich wypowiedzeniem, przez samych prelegentów, jako autoreferaty, wręczone zostaną sekretarzowi odpowiedniej sekcji. Wrazie przeciwnym tylko tytuł wykładu w „Dzienniku Zjazdu” umieszczony zostanie.

Prócz „Dziennika” otrzyma każdy członek Zjazdu „Przewodnik po Lwowie”, którego redakcyi podjął się Prof. Dr. Józef. Wiczkowski. Zawierać on będzie to wszystko, z czem warto zapoznać lekarza i przyrodnika we Lwowie, i ma dać obraz oświaty i życia umysłowego miasta.

Dla zapewnienia członkom zamiejscowym odpowiedniego mieszkania w hotelu lub w domach prywatnych zawiązał się osobny komitet kwaterunkowy, na którego czele stanął Dr. Teofil STACHIEWICZ. Pośrednictwo tego komitetu jest ko-

nieczne ze względu na to, że liczny Zjazd łatwo wywołać może brak pomieszczenia w hotelach i członków jego narazić na niewygodę i wyzysk, czego uniknąć będzie gorącym pragnieniem komitetu. Komu zatem zależy na stosownem pomieszkaniu, musi najpóźniej na 14 dni przed rozpoczęciem Zjazdu zgłosić się z zamówieniem do sekretarza głównego (ul. Jagiellońska 8), wyszczególnić swe wymagania (ile osób, pokoi, łóżek, czy w hotelu, czy prywatnie i t. p.) i nadesłać z góry najniższe koszta za 4 dni pobytu (12 koron od osoby, a 20 koron od dwu osób w jednym pokoju). Tym, którzy nie zgłoszą się w wyżej podanym terminie, a tembardziej tym, którzy się zgłoszą dopiero w czasie Zjazdu, komitet nie odmówi swego pośrednictwa, lecz nie może zaręczyć, czy wymagania ich zdoła zupełnie zadowolić.

N.B. Komitet postara się o urządzenie i wspólnych sypialni w opróżnionych salach szkolnych za małym wynagrodzeniem.

Wydział gospodarczy poczyni wszelkie zabiegi, aby dla członków, zaopatrzonych w kartę udziału w Zjeździe, otrzymać zniżenie opłaty na kolejach państwowych galicyjskich.

Dla ułatwienia prac i porozumienia się z lekarzami i przyrodnikami w Królestwie Polskiem i Poznańskiem zawiązały się miejscowe komitety organizacyjne.

Komitety organizacyjne warszawski tworzą: dwaj zastępcy członka „Stałej Delegacji Zjazdów” Prof. Dra Ignacego BARANOWSKIEGO, a zarazem komisarze Wydziału gospodarczego: Dr. Karol RYCHLIŃSKI (Bracka 23) i P. Władysław LEPPERT (Aleja Jerozolimska 82), oraz członkowie: Dr. Bohdan Korybut DĄSZKIEWICZ (Sadowa 12) i Dr. Ludwik ZEMBRZUSKI (Widok 11).

Komitety organizacyjne poznański tworzą: członek „Stałej Delegacji Zjazdów” Dr. Heliodor ŚWIECICKI (pałac Działyńskich), zastępcą Dr. Franciszek CHŁAPOWSKI (Ogrodowa 13), oraz Dr. Tadeusz DEMBIŃSKI (Rycerska 3), Dr. Paweł GANTKOWSKI (Rynek 60) i Dr. ŁAZAREWICZ redaktor „Nowin lekarskich”.

Komitety organizacyjne krakowski tworzą: Prymaryusz Dr. Eugeniusz

BORZĘCKI (Floryańska 33), Docent Dr. Konrad GLIŃSKI (Collegium medicum), Prof. Dr. Wincenty ŁEPKOWSKI (Straszewskiego 27), Prof. Dr. Józef MOROZEWICZ (Wolska 9) i Prof. Dr. Michał SIEDLECKI (Krzywa 7).

W Ameryce poprzedni Wydział gospodarczy zapewniony miał współudział bardzo energicznego i wielkiego wpływu lekarza, a przytem z najlepszymi chęciami dla pracy w Zjeździe Dra Franciszka FRONCZAKA w Buffalo N. Y. (Fillmore Avenue 508). Obecny Wydział poczynił kroki, by sobie to pośrednictwo pozyskać.

Pomimo pojawienia się dopiero teraz niniejszej naszej odezwy z pierwszym najogólniejszym programem Zjazdu, sekcye wszystkie już wcześniej rozpoczęły swe czynności, tak, że praca wszechstronna w celu przygotowania Zjazdu już jest w zupełnym toku. Gdy jednak wyniki tej pracy zależne są od udziału w niej jak największego grona lekarzy i przyrodników polskich, mamy zaszczyt zwrócić się do Szanownego Kolegi z prośbą, by swą obecnością i zgłoszeniem odczytu do powodzenia Zjazdu naszego przyczynić się raczył.

W S K A Z Ó W K I.

Wykłady i demonstracye zgłaszać należy do gospodarzy odpowiednich sekcji z dołączeniem krótkiego streszczenia dla „Dziennika Zjazdu”. Ostateczny termin zgłaszania się z wykładem ustanowiono po d. 1 czerwca 1907 r.

Wszelkie pisma, nie odnoszące się do wystawy lub do wykładów, adresować należy do Sekretarza głównego Wydziału gospodarczego X. Zjazdu Doc. Dr. Adama SZULISŁAWSKIEGO (Lwów — Jagiellońska 8).

Tu też przysyłać należy wkładkę, która wynosi 20 koron (8 rubli — 18 marek — 20 franków — 4 dolary) od członka Zjazdu. Połowę tej kwoty płaci każda osoba towarzysząca, n.p. panie, chcące wziąć udział w Zjeździe.

* * *

SPIS SEKCJI:

I. Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna. Gospodarze: Prof. Dr. Kazi-

mierz TWARDOWSKI (Gołębia 10). — Prof. Dr. Tadeusz WIŚNIEWSKI (Turecka 1).

II. Sekcja matematyczno-fizyczna. (Łącznie z astronomią). Gospodarze: Prof. Dr. Józef PUZYNA (Pańska 18). — Prof. Dr. Maryan SMOLUCHOWSKI (Długa 8).

III. Sekcja chemiczna i farmaceutyczna. Gospodarze: Prof. Dr. Bronisław RADZISZEWSKI (Długosza 6). — Prof. Dr. Stanisław TOŁŁOZKO (Długosza 6). — Mag. farm. Karol SKLEPIŃSKI (Grodziekich 2).

IV. Sekcja mineralogii, geologii, paleontologii, geografii fizycznej i meteorologii. Gospodarze: Radca Dworu Prof. Dr. NIEDŹWIEDZKI (Politechnika). — Prof. Dr. Emil DUNIKOWSKI (Tańskiej 1).

V. Sekcja anatomiczno-zoologiczna. Gospodarze: Radca Dworu Prof. Dr. Henryk KADYJ (Zielona 15). — Prof. Dr. Józef NUSSBAUM (Ścieżkowa 20).

VI. Sekcja botaniczna. Gospodarze: Prof. Dr. Teofil CIESIELSKI (Gołębia 3). — Prof. Dr. Maryan RACIBORSKI (Dublany pod Lwowem).

VII. Sekcja przyrodniczo-rolnicza. Gospodarz: Prof. Dr. Kazimierz MICZYŃSKI (Dublany pod Lwowem).

VIII. Sekcja filozoficzna. Gospodarz: Prof. Dr. Kazimierz TWARDOWSKI (Gołębia 10).

IX. Sekcja techniczna. (Mechanika, inżynieria, budownictwo, technologia chemiczna i elektrotechnika). Gospodarze: Karol EPLER, em. inżynier kolei państwowych (Kraszewskiego 19). — Roman INGARDEN, c. k. starszy radca budownictwa (Namiestnictwo).

X. Sekcja fizyologiczna. (Fizjologia, chemia fizyologiczna, farmakologia i patologia doświadczalna). Gospodarz: Prof. Dr. Adolf BECK (Zyblikiewicza 4).

XI. Sekcja patologiczna. (Anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteryologia lekarska). Gospodarze: Prof. Dr. Andrzej OBRZUT (Kraszewskiego 3). — Prof. Dr. Paweł KUČERA (Łyczakowska 133).

XII. Sekcja medycyny wewnętrznej. (Łącznie z balneologią i hydroterapią). Gospodarz: Prof. Dr. Antoni GLUZIŃSKI (Piekarska 14).

XIII. Sekcja pedyatryczna. Gospodarz: Prof. Dr. Jan RACZYŃSKI (Sykstuska 42).

XIV. Sekcja chirurgiczna jako kongres chirurgów polskich. Gospodarz: Radca Dworu Prof. Dr. Ludwik RYDYGIER (Mickiewicza 8).

XV. Sekcja oto-ryno-laryngologiczna. Gospodarz: Dr. Lesław GLUZIŃSKI (Wałowa 14).

XVI. Sekcja chorób skórnych i wenerycznych. Gospodarz: Prof. Dr. Włodzimierz ŁUKASIEWICZ (Kraszewskiego 5).

XVII. Sekcja chorób nerwowych i umysłowych. Gospodarz: Prof. Dr. Henryk HALBAN (Kraszewskiego 5).

XVIII. Sekcja okulistyczna. Gospodarz: Prof. Dr. Emanuel MACHEK (Akamińska 11).

XIX. Sekcja ginekologiczno-położnicza. Gospodarz: Prof. Dr. Antoni MARS (Kościuszki 14).

XX. Sekcja medycyny publicznej. (Higiena, policja lekarska, badanie środków spożywczych). Gospodarze: Radca Dworu Dr. Józef MERUNOWICZ (Namiestnictwo—Biuro sanitarne). — Prof. Dr. Paweł KUČERA (Łyczakowska 133).

XXI. Sekcja medycyny sądowej. (Medycyna sądowa, toksykologia, psychopatologia sądowa, antropologia kryminalna, sprawy ubezpieczeń od wypadków, wynagrodzenie szkód, kasy chorych). Gospodarz: Prof. Dr. Włodzimierz SIERADZKI (Czarneckiego 3).

XXII. Sekcja d d ntystyczna. Gosyodarz: Docent Dr. Andrzej GOŃKA (Kopernika 1).

XXIII. Sekcja spraw zawodowych stanu lekarskiego. Gospodarz: Prezes Izby Lekarskiej Dr. Edward FESTENBURG (Dominikańska 11).

XXIV. Sekcja weterynaryjna. Gospodarz: Prof. Stanisław KRÓLIKOWSKI (Kochanowskiego 33).

XXV. Sekcja prasy lekarskiej. Gospodarz: Rektor Prof. Dr. Józef SZPILMAN (Kochanowskiego 33).

XXVI. Sekcja wychowania fi-

zycznego. Gospodarz: Dr. Eugeniusz PIASECKI (Trzeciego Maja 2).

A) Posiedzenie zbiorowe członków wszystkich sekcji dla sprawy raka. Gospodarz: Radca Dworu Prof. Dr. Ludwik RYDYGIER (Mickiewicza 8).

B) Posiedzenie zbiorowe dla sprawy alkoholizmu. Gospodarz: Prof. Dr. Stanisław BĄDZYŃSKI (Gosiewskiego 4).

W imieniu Wydziału gospodarczego: Prof. Dr. Władysław Byliński (przewodniczący).

Prof. Dr. Marian Raciborski (zastępca przewodniczącego).

Doc. Dr. Adam Szulistański (sekretarz główny Jagiellońska 8).

— Sekcja wychowania fizycznego X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie (22 — 25 lipca 1907 r.) podaje do wiadomości następujący tymczasowy program obrad:

I. Posiedzenie wspólne z sekcją higieniczną:

A. Referaty: 1. Stan obecny higieny szkolnej w Polsce. (Trzej sprawozdawcy, po jednym z każdej dzielnicy). 2. Nauka jednolita i dwurazowa. 3. Przerwy szkolne i ich znaczenie zdrowotne. 4. Szkoła wobec kwestyi pleiowej.

B. Odczyty zgłoszone,

II. Posiedzenie osobne (w razie większego napływu materiału dwa posiedzenia).

A. Referaty. 5. Postępy na polu wychowania fizycznego w Polsce od ostatniego Zjazdu (1900 r.).

(Sprawozdawcy jak pod 1).

6. Praca ręczna jako czynnik wychowania fizycznego. a) Pogląd ogólny. b) Systemy slöjdu. c) Praca w polu młodzieży szkolnej. (Dla każdej części osobny sprawozdawca).

B. Odczyty zgłoszone.

Komitet gospodarczy poczynił starania, aby referaty dostały się w ręce najbardziej powołane. Pozatem zaprasza wszystkich rodaków zajmujących się danym działem, do uczestnictwa w pracach sekcji i do zgłaszania odczytów na tematy dowolne z zakresu higieny szkolnej i wychowania fizycznego.

Gospodarz sekcji: Dr. Eug. Piasecki.

Lwów, ul. 3. Maja 2.

Sprostowanie. W Nr. 52 „Medycyny“ z roku zeszłego na liście współwłaścicieli „Medycyny“ opuszczone zostało nazwisko D-ra LUDWIKA CHWATA.

Collargol

Wyborny środek leczniczy w chorobach septycznych, w sprawach puerperalnych etc., jakoteż jako środek zapobiegawczy przeciw gorączce połogowej. Do wewnątrzżylnego stosowania (żadnych szkodliwych skutków!) przez odbytnicę i do wewnątrz i jako „Unguentum Credé” do wcierania. Również do leczenia ran, zakaźnych chorób ocznych i do płukania pęcherza.

Omorol

Zupełnie niedrażniący proteinat srebra do leczenia zapalnych i zakaźnych błon śluzowych gardzieli (angina, dyfteryt) i narządów płciowych i do leczenia zakażeń spojówki i rogówki.

Duotal

Duotal „Heyden'a”, nietrujący preparat guajakolu, bezwonny i bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym niezbytom dróg oddechowych.

Unguentum Heyden

Maść z calomelolu (calomel colloidalne) do antisyfilitycznych kuracji (Neisser). Nie plami skóry i bielizny. Dawka jednorazowa 6 g. W tubkach z podziałką do przesuwania po 30 i 60 g.

Novargan

Rozpuszczalny preparat białkowo-srebrny do leczenia trypra szczególnie w ostrym okresie. Nie działa drażniąco na błonę śluzową nawet w mocnym stężeniu.

Próby i literaturę dostarcza

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

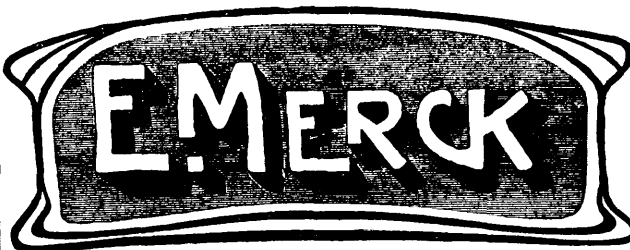
Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Snrowica antidyftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menzler'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol — Jequiritolse
rum.

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 śródmiężazowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnieśniewny 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 przeciwnieśniewnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

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

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, 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, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Jodipin 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: złoży, kaszel oskrzelowy emphyzem. Nie ma ubocznego działania KI.

Jodipin 25%

W oryginalnych flakonach 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.

Antithyreoïdin 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 daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieśniewny, specyfik przeciw nozom potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym 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 mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.



Opatentowany

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

Niezawodny.

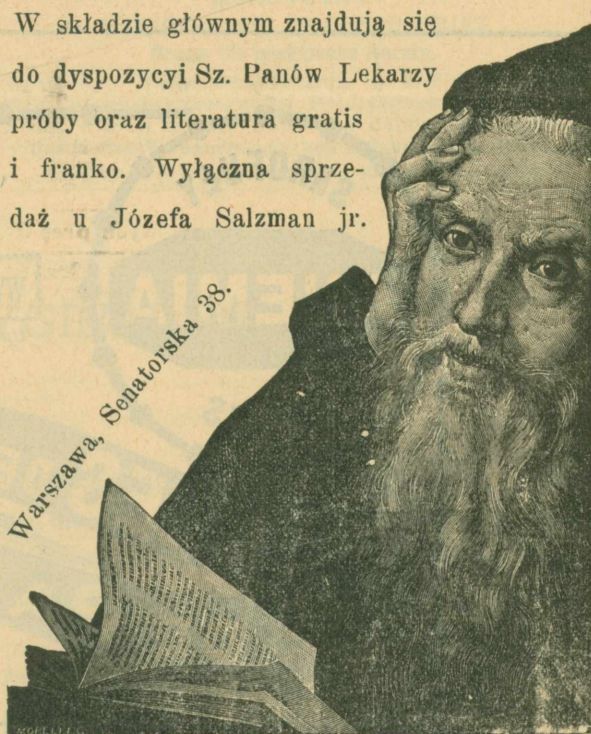
W „*Annales del Circulo Medico*“, Buenos Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r **Roberto Wernicke** wyniki swych badań w „*Hospital de Clinicas*” względem naszego preparatu „*Purgen*” stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

Comm. D-r **Antonio Maggiorani** lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14marca 1904 roku.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr.

Warszawa, Senatorska 38.



U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie „*Purgen'em*” i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgola podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu.

D-r **Antonio Maggiorani**



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,
Telefon № 233-81.

B. Koniuszennaja
19/8.

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-

ktem 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.

SKROFULY

ANEMIA

SYFILIS

UZNANE OD AKADEMII MEDYCZNEJ

WYMAGAĆ

Etykiętę zieloną — Podpis

Adres : 40, rue Bonaparte, PARYŻ

WYSTRZEGAĆ SIĘ BEZSKUTECZNYCH PODRABIAŃ

Uprasza się P.P. Lekarzy zapisywać zawsze:

PIGUŁKI BLANCARD

PILULES DE BLANCARD

DE PARIS

LEUCORRHEA

BLDNICA

STAN LIMFATYCZNY

Rada Lekarska w Petersburgu orzekła,
że wyrób Pigulek Blancard wymaga
wielkiej zręczności, którą osiąga się
tylko przy produkcji wyłącznej i ciągłej
„Journal de St. Petersburg” z dnia
8/20 Czerwca 1860 r.