

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

T. XXXV.

układzie mięśniowym. I tutaj więc, nie przesadzając bliżej samego charakteru tych zmian kostnych—stwierdzić musimy, że mamy do czynienia z ciężkimi i głęboko sięgającymi zaburzeniami w trofice kości.

Nasuwa się teraz pytanie, czy istnieje jaka określona postać kliniczna, w której nie zależnie jedno od drugich mogłyby się rozwijać troficzne zmiany mięśni i kości?

Przegląd odpowiedniej literatury daje nam tu następującą odpowiedź:

LE GENDRE spostrzegał u chorego z zanikami mięśniowymi o niezupełnie określonym charakterze wybitne skrzywienie kręgosłupa wraz ze zniekształceniem klatki piersiowej i miednicy. Prócz tego diafazy długich kości miały zaledwie $\frac{2}{3}$ swej normalnej grubości, epifizy zaś przeciwnie rozwinięte były nad miarę. Waga kości była zmniejszona.

ETIENNE opisał chorego z zanikami mięśniowymi o typie również niezupełnie określonym oraz z wybitnym zanikiem układu kostnego.

FRIEDREICH spostrzegał u pewnego młodzieńca z pseudohypertrofią mięśni najrozmaitsze zmiany kośćca—olbrzymie skrzywienie kręgosłupa, silne zniekształcenie i zanik klatki piersiowej oraz miednicy. Kości długie, żebra, obojczyki, a zwłaszcza kości barkowe i biodrowe były w stanie znacznego zaniku. Natomiast epifizy wykazywały prawie normalną konfigurację. Na przepiłowanej kości widać było rozrzedzenie substancji gąbczastej, która wypełniona była stłuszczonym szpikiem kostnym. Pokrycia chrząstkowe główki *humeri* i *femoris* oraz okolic stawowych były miejscami atroficznie zapadnięte i zamienione przez czerwonawo-szarą substancję włóknistą. W stawach wysięku nie było.

ZIMMERLIN u chorego z *dystrophia musculorum progressiva* spostrzegał „*arthritis deformans*” w prawym stawie kolanowym oraz rozpoczynającą się klatkę piersiową lejkowatą.

JAMIN u 2 dystrofików spostrzegał przy słusznej budowie ciała bardzo cienkie kości długie oraz klatkę piersiową lejkowatą.

MARQUARDT w jednym przypadku pseudohypertrofii mięśniowej stwierdził zmiany kostne, które na autopsyi określił, jako osteomalację.(?)

BREGMAN w jednym z przypadków dystrofii (nieczysta postać LEYDEN-MOEBIUS'a) stwierdził patologicznie silny rozwój szkieletu, zwłaszcza dłoni, a jeszcze bardziej stóp, prócz tego rozszczepienie wyrostków ościstych dwóch ostatnich kręgów piersiowych.

ASCH demonstrował dziecko z typowymi objawami *dystrophiae musculorum progressivae* z nienormalnie zgrubiałymi ostatnimi falangami palców dłoni. Dłonie i stopy błękitnawo zabarwione.

SCHULTZE opisał typowy przypadek dystrofii z kifoskoliozą, żebra były bardzo cienkie i płaskie, kości miednicy ścieńczały, kości biodrowe przy normalnej długości tak cienkie, jak palec środkowy, kości barkowe jeszcze cieńsze. Jama szpikowa bardzo niewielka.

EULENBURG opisuje kombinację typowej dziecięcej dystrofii z ciężkimi zmianami w kościach i aparatach stawowych — nieznaczone zgrubienie diafiz, lecz zwłaszcza hipertroficzny rozwój stawowych końców kości.

Wreszcie ostatnim¹⁾ w literaturze przypadkiem tej kategorii jest opisany przez SCHLIPPE'go w końcu roku ubiegłego przypadek — jest on też najważniejszy dla nas, gdyż zawiera radiograficzne badanie układu kostnego. Przy typowym obrazie klinicznym *dystrophiae musculorum progressivae*, (którego niezwykle cechą stanowiły tylko silnie rozwinięte przykurczenia mięśni)—stwierdzono niezwykle obraz radiograficzny. Kręgosłup, a zwłaszcza żebra są nie-

¹⁾ Już po oddaniu do druku pracy niniejszej ukazała się praca Dreyer'a (Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk. Tom 31—Zesz. 1 i 2), w której opisuje 2 przypadki, zupełnie analogiczne do przypadku Schlippe'go.

zmiennie delikatne i rzucają bardzo słabe cienie. W łopatkach, których konfiguracja nie jest zmieniona, wykazuje substancja gąbczasta znaczne zmiany: widać na zdjęciu nierównomierne, dość gęste cienie normalnej *spongiosae*, lecz na skutek rarefakcji drobnych beleczek kostnych widać uderzająco jasną sitowatą substancję. Najwybitniejsze zmiany wykazują kości długie. Długość ich jest normalna. Diafizy są znacznie ścięte, grubość *humeri* = grubości małego palca, a *femoris* — zaledwie palca wskazującego. To ścięcie diafiz jest na kończynach górnych wyraźnie silniejsze, aniżeli na dolnych, i zmniejsza się w kierunku dystalnym. W przeciwieństwie do ściętych diafiz — epifizy są rozwinięte nadmiernie, główka *humeri* jest nie półkulista, lecz elipsoidalna. I w długich kościach spotykamy analogiczne dekalcyfikacyjne zmiany kości. W stawach samych zmian chorobowych nie było.

Wszystkie niemal zacytowane powyżej z literatury przypadki stanowią typowe przypadki t. zw. *dystrophiae musculorum progressivae*. Tak więc dystrofia jest tą postacią kliniczną, przy której równolegle mogą powstawać zmiany troficzne w mięśniach z jednej, — a w układzie kostnym z drugiej strony — czyli sprawy zasadnicze, stanowiące najbardziej fundamentalną cechę naszego przypadku. Jeżeli jeszcze porównamy obraz radiograficzny naszego przypadku z rentgenogramem w przypadku SCHLIPPE'go, to spotkamy pewną analogię: i tu i tam ogromne zmiany *substantiae spongiosae* (dekalcyfikacja i rarefakcja) i brak zmian w samych stawach. Natomiast ogromne zgrubienia okolic stawowych w naszym przypadku nie zależą, jak to wykazał rentgenogram, od zgrubień samych kości. Subtelne cienie, delikatnie konturowane, jakie rzucają na rentgenogramie te zgrubienia — nie zależą zapewne ani od zgrubiałej kości, ani od złogów wapiennych, lecz najprawdopodobniej od nowowytworzonej włóknistej twardej tkanki łącznej — nie mamy więc

do czynienia z istotną hipertrofią stawowych odcinków kości.

Zestawiając wszystkie zaznaczone powyżej obrazy kliniczne cierpień kostnych i mięśniowych z naszym przypadkiem, powiedzieć musimy, że wykazują one pewne podobieństwo i zarazem różnice zasadnicze. Z ogólnego punktu widzenia należy rozróżnić związek tych cierpień z naszym przypadkiem pod względem: 1) klinicznym i 2) patogenetycznym.

Pod względem klinicznym przypadek nasz nie da się podprowadzić pod żadną z nakreślonych powyżej form klinicznych. Zasadniczo powstaje pytanie najważniejsze, czy zaliczyć go należy do kategorii cierpień kostnych, czy też do mięśniowych (t. zw. dystrofii mięśniowych).

Otóż spostrzegaliśmy u chorego naszego cały szereg cech wspólnych z chorobami kostnymi, w pierwszej zaś linii z osteomalacją, ewentualnie zaś z chorobą GOSNE'a. Rysem najbardziej wspólnym była dekalcyfikacja kości. Jednocześnie jednak istniały różnice zasadnicze: więc w pierwszej linii wczesne (bo na rok przed zmianami kostnymi) wystąpienie zбоcezeń w układzie mięśniowym, wybitne zniekształcenie epifiz i pewien typ (dośrodkowy) porażenia mięśniowych.

Z drugiej strony chory nasz przedstawia zmiany analogiczne do tych przypadków dystrofii mięśniowej, w których występowały jednocześnie zmiany w kościach; lecz i tutaj istniały różnice tak zasadnicze, że niepodobna było zaliczyć naszego przypadku do tej kategorii chorób. Jakkolwiek pod względem klinicznym zmiany ruchowe wystąpiły najwcześniej i wykazywały pewien typ porażeniowy, to jednakowoż nie stwierdzono nigdy najmniejszych zmian elektrycznych, ani tak ważnych dla dystrofii przrostów lokalnych. Następnie w dystrofiach odruchy nie bywają wzmożone, jak to miało miejsce w naszym przypadku, i nie występują tak wybitne objawy bólowe, jak u naszego chorego.

Biorąc pod uwagę rysy najbardziej zna-

mienne, dojść musimy do wniosku, że przypadek nasz stanowi postać klinicznie odrębną—i mieszaną. Nie możemy go zaliczyć ani do kategorii wyłącznie kostnych, ani też mięśniowych chorób. Ze względu na objaw kliniczny, najbardziej rzucający się w oczy, nadałem mu miano: *postępującej dystrofii kostnej* (*Dystrophia ossium progressiva*), nie przesądzając bynajmniej kwestyi patogenezy cierpienia.

Co do tej patogenezy, to i tutaj musimy się obracać w sferze hipotez. Jakaś to wyżej zaznaczyli—nie jest nam dotąd bliżej znana patogeneza rozmaitych cierpień kostnych—w szczególności zaś osteomalacyi. To samo da się powiedzieć o dystrofiach mięśniowych. Zbadaliśmy dokładnie same te zmiany, lecz nie wiemy dotąd, jaka jest geneza cierpienia: obracamy się dotąd w sferze przypuszczeń o znaczeniu dziedziczności w tem cierpieniu, o jakichś molekularnych zmianach w układzie nerwowym ośrodkowym.

Przytoczone powyżej dane z literatury wskazują również, że mogą się zdarzać przypadki czyste, t. j. cierpienia wyłącznie kostne lub wyłącznie mięśniowe. Spotykamy jednak z drugiej strony przypadki mieszane. Z punktu widzenia patogenezy powiedzieć więc możemy tylko ogólnikowo, że w organizmie chorego tkwi ta t. zw. predyspozycja, która w pewnych przypadkach powoduje zboczenia troficzne kości, w innych—zboczenia troficzne mięśni, w innych zaś jeszcze—kombinacje tych zboczeń.

Nasz przypadek zaliczyć należy do tej ostatniej grupy—jednakże ze znakomitą przewagą zmian troficznych kości.

Sz. d-rowi FLATAUOWI składam na miejscu tem serdeczne podziękowanie za pomoc i wskazówki w opracowaniu tego przypadku.

O PRZEKŁUCIU ŁĘDŹWIOWEM W LECZENIU NAGMINNEGO ZAPALENIA OPON MÓZGOWYCH.

Podał

Jan Szmurło (z Samary).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 9).

Przypadek II. Anna S—ina, lat 25, przybyła do szpitala 25 Marca, skarżąc się na silny ból głowy. Z wywiadów widać, iż chora jest drugi tydzień. Choroba zaczęła się wymiotami i nadzwyczaj mocnym bólem głowy. Chora zamężna, brzemienna w 4-m miesiącu ciąży. Dotychczas była zupełnie zdrowa, w dzieciństwie chorowała na ospę.

Badanie wykazało: Chora wzrostu średniego, prawidłowo zbudowana, nieźle odżywiana. Płuca i serce bez zmian. Układ nerwowy: Nadezłość skóry (lekkie dotknięcie powoduje mocny ból), sztywność umiarkowana karku; bardzo wyraźna dermatografia, wzmożenie odruchów kolanowych, ze strony oczu zmian niema, zaparcie stolca. T^o wiecz. 39,1.

Rozpoznanie. *Meningitis cerebro-spinalis epidemica*. Leczenie: lód na głowę, wanny gorące (30° R), brom, lawatywa. 26. III. Nawpół przytomna, skarży się na silny ból głowy, puls częsty, dość napięty, t^o rano 37,6, wiecz. 36,6. 27. III. Bredzi, silny ból głowy, łamanie w nogach, stolec po lawatywie, t^o rano 38,7, wieczorem 38,5. 28. III. Ból głowy, jak wyżej, chociaż spała trochę. Zrobiono (Dr. AKKER) przekłucie łądźwiowe i wypuszczono 50 gr. mętnego białawego płynu, w którym badanie drobnowidzowe, dokonane w szpitalnej pracowni anatomicznej przez D-ra KAWECKIEGO, wykazało obecność *meningococci intracellularis* WEICHSELBAUM'a, aczkolwiek w nieznacznej ilości, co potwierdziło nasze pierwotne rozpoznanie. T^o rano 38,4, wiecz. 38,1. 29. III. Chora spała nieźle, bredziła mało, ból głowy się zmniejszył,

stolca nie było, t^o rano 38,0, wieczorem 39,1. 30. III. Stan lepszy, niż wczoraj, ból głowy nieznaczny, wypróżnienie po ławatywie, t^o rano 36,5, wiecz. 37,1. 31. III. Znowu źle spała, bredziła, silny ból głowy, zaparcie stolca, t^o rano 37,5, wiecz. 38,6. 1. IV. Spała źle, aczkolwiek nie bredziła, silny ból głowy, leży z zamkniętymi oczami, od czasu do czasu *cri cephalique*, t^o rano 35,0, wiecz. 38,8. 2. IV. Bredzenie, krzyki, brak snu, puls częsty, wypróżnienie po ławatywie, mocny ból głowy, t^o rano 37,7, wieczorem 36,0. 3. IV. Jak wyżej, t^o rano 37,2, wieczorem 35,8. 4. IV. Źle spała, silny ból głowy, p o d w ó j n e w i d z e n i e p r z e d m i o t ó w o d d a l o n y c h. Zaparcie stolca, t^o rano 37,3, wieczorem 36,3. 5. IV. Spała nieźle. Skarży się na silny ból głowy, t^o rano 36,6, wieczorem 38,0. 6. IV. Jak wyżej, zaparcie stolca, t^o rano 39,3, wiecz. 38,2. Wobec podwyższenia ciepłoty i skarg chorej na silny ból głowy powtórzyliśmy przekłucie łądźwiowe i wypuściliśmy po raz wtóry 50,0 płynu o takich samych własnościach, jak poprzednio; ciecz wypływała pod dość znacznym ciśnieniem. 7. IV. Spała dobrze, nie bredziła, ból głowy mniejszy, t^o rano 36,6, wieczorem 38,8. 8. IV. Spała źle, skarży się na mocne łamanie w nogach i ból głowy. Podwójne widzenie, jak wyżej, t^o rano 36,0, wiecz. 39,0. Stolec po ławatywie. 9. IV. T^o 36,0, wieczorem 36,2. Zresztą bez zmian. 10. IV. Nie spała w nocy, mocny ból głowy, *cri cephalique*, w dzień leży z zamkniętymi oczami, widocznie bredzi, podwójne widzenie. Puls 100, umiarkowanego napięcia. Zaparcie stolca, t^o rano 38,3, wiecz. 36,0. 11. IV. Nie spała w nocy, bredziła, wyskakiwała z łóżka, na pół przytomna, stolec normalny, t^o rano 37, 8, wiecz. 37,0. 12. IV. Stan trochę lepszy, spała nieźle, ból głowy mocny, t^o rano 37,4, wiecz. 38,0. Znowu wypuściliśmy 40 gr. płynu mózgodzeniowego o tych samych własnościach, co i wyżej. 13. IV. Spała dobrze, przytomna, skarży się na ogólne osłabienie, podwójne widzenie, jak wyżej. T^o ra-

no 36,8, wiecz. 39,0. 14. IV. Źle spała, skarży się na ból głowy i bolesność w miejscu przekłucia. Podwójne widzenie, jak wyżej. Wypróżnienie normalne bez pomocy ławatywy. T^o rano 36,4, wiecz. 37,8. 15. IV. W nocy nie spała, krzyczała, bredziła, skarży się na ból głowy i krzyża, mocno osłabiona, t^o rano 36,0, w. 35,5. 16. IV. Stan, jak wyżej. Podwójne widzenie, t^o rano 36,8, wiecz. 36,0. 17. IV. Spała dobrze, przytomna zupełnie, skarży się na ogólne osłabienie, ból głowy nieznaczny. Wypróżnienia nie było.

Od tego czasu stan chorej powoli, lecz stale poprawiał się. Przytomność wróciła zupełnie, spała nieźle, ból głowy zmniejszył się znacznie, ustąpił wszakże zupełnie dopiero przed samem wypisaniem się chorej, co nastąpiło 29. IV. 1906 r. Podwójne widzenie również ustąpiło na kilka dni przed tym terminem.

Przechodząc teraz do analizy opisanych przypadków, zwrócić muszę przede wszystkim uwagę na rolę, jaką odegrało w nich przekłucie łądźwiowe. Otóż naprzód pod względem dyagnostycznym dało mi możliwość zrobienia dokładnego rozpoznania, w obu bowiem przypadkach w wypuszczonym płynie znaleziono uznany za swoisty zarazek zapalenia opon nagminnego *meningococcus intracellularis* WEICHSELBAUM'a. Wypuszczony płyn był mętny, koloru białawego, podobny do wody, zawierającej domieszkę kilku kropel mleka, co zdaniem HAGEN-THORN'a ¹⁾ ma być o tyle charakterystyczną oznaką tego cierpienia, że tam, gdzie nie ma mikroskopu, podobny wygląd płynu pozwala robić rozpoznanie nagminnego zapalenia mózgu. Znaczenie lecznicze przekłucia, powtórzonego w pierwszym przypadku dwa razy, a w drugim trzy, było mniej wyraźne. W pierwszym przypadku po wypuszczeniu płynu (25 ctm.) chora uspokoiła się znacznie na pewien czas, spała dobrze, ból głowy ustąpił, bredzenie również; po drugim przekłuciu poprawy nie by-

ło wcale, to też i płynu wskutek niskiego ciśnienia wypuszczono bardzo niewiele, kropel kilka za ledwie, więc o efekcie też i mowy nawet być nie mogło.

W drugim przypadku przekłuć zrobiono trzy i po każdym przekłuciu była poprawa w stanie ogólnym, która zjawiała się rozmaicie, to bezpośrednio po przekłuciu, to po 12-u godzinach, to wreszcie na drugi dzień dopiero i trwała dołą, a nieraz i więcej. W każdym więc razie przekłucie lędźwiowe miało na obie chore wpływ przejściowy, lecz zawsze dodatni.

Z komplikacji, jakie miałem możność spostrzegać u swoich chorych, muszę podkreślić podwójne widzenie, które wystąpiło u obu chorych: u pierwszej na trzeci dzień, a u drugiej w tydzień po przekłuciu lędźwiowym. Aczkolwiek zasada *post hoc, ergo propter hoc* w wielu razach okazuje się fałszywą, atoli w danych przypadkach uważałbym za nadzwyczaj prawdopodobne szukać przyczyny owego podwójnego widzenia w przekłuciu lędźwiowym i w stosunkowo znacznej ilości wypuszczonego płynu. W istocie, w pierwszym przypadku przy nieznacznym ciśnieniu wypuszczono 25 k. c. płynu, w drugim przy wysokim aż 50 k. ct. Tymczasem QUINCKE⁴⁾, którego powaga w kwestyi przekłucia lędźwiowego wątpliwości nie ulega, radzi wypuszczać bardzo powoli i nie więcej nad 25 k. ctm. W pierwszym przypadku wypuszczono w istocie 25 k. ct., lecz ciśnienie u tej chorej płynu mózgo-rdzeniowego było tak niewielkie, iż ta ilość była za duża; w drugim przypadku wypuszczono aż 50 k. ct., cyfra, jak widzimy, stanowczo za wysoka. Raptowny znaczny spadek ciśnienia spowodował prawdopodobnie rozszerzenie naczyń mózgowych i miliarne wylewy krwawe w jądrze *n. abducentis*. Objaśnienie to znajduje potwierdzenie w doświadczeniach OSIPOWA³⁾ (QUINCKE *loc. cit.*), który wywoływał w podobny sposób u psów wylewy krwawe w mózgu. W dostępnej mi literaturze, traktującej o przekłuciu lędźwiowym w na-

gminnem zapaleniu opon mózgowych, nigdzie o podobnej komplikacji wzmianki nie spotykam, natomiast w Münchener Med. Wochenschrift z r. 1906 znalazłem opis trzech przypadków, jednego podanego przez ADAM'a⁵⁾, dwóch zaś innych przez ROEDER'a⁶⁾, w których po przekłuciu lędźwiowym i po następczem zastrzyknięciu stovainy u chorych nastąpiło po tygodniu podwójne widzenie wskutek porażenia lewego *n. abducentis*. Porażenie to ADAM, opierając się na obserwacyach prof. OPPENHEIM'a, który widział po przekłuciu lędźwiowym porażenie *n. abducentis*, uważa za skutek przekłucia lędźwiowego. Natomiast ROEDER, opierając się na zbyt późnem, bo w tydzień po przekłuciu występującem porażeniu, odmawia temu ostatniemu wszelkiego znaczenia, a całą winę zwała na wpływ stovainy, którego zresztą mechanizmu nie próbuje nawet odgadnąć. Otóż, mojem zdaniem, oba te przypadki są bardzo podobne do moich, i powstanie porażenia tak w moich przypadkach, jak i cytowanych wyżej, należy objaśnić zgodnie z ADAM'em przekłuciem lędźwiowym i wywołanymi przez nie wylewami krwawymi. W każdym razie trudno by mi było przyjąć przypuszczenie porażenia nerwów odwodzących wskutek ucisku na nie wysięku na podstawie mózgu, gdyż musiałbym mieć ucisk i na inne nerwy, najczęściej ulegające cierpieniu, jako to nerw oczny, słuchowy i twarzowy. Na zakończenie kwestyi o przekłuciu lędźwiowym muszę podkreślić jeszcze raz fakt znacznej różnicy ciśnienia płynu mózgo-rdzeniowego. W pierwszym przypadku było ono nieznaczne, w drugim bardzo wysokie — tymczasem objawy mózgowie w pierwszym przypadku pod względem siły i natężenia znacznie przewyższały objawy drugiego przypadku. Wynika ztąd, iż nie można ustanowić równoległości pomiędzy ciśnieniem wewnątrz-mózgowem i objawami chorobowymi, i że gwałtownym objawom mózgowym, może towarzyszyć nieznaczne podwyższenie ciśnienia.

Z innych zabiegów, które stosowałem w swoich przypadkach, zaznaczyć muszę dobroczynny wpływ gorących wann (30° R). Zwłaszcza w pierwszym przypadku chora zawsze czuła się po wannie doskonale. Ponieważ zwykle robiono je wieczorem, zasypiała po nich natychmiast i spała spokojnie kilka godzin; budziły ją bóle głowy, majaczenie dopiero po północy. Na natarczywe prośby chorej pozwoliłem jej brać wannę jeszcze drugi raz w rannych godzinach. W drugim przypadku wpływ gorącej wanny był mniej wybitny, aczkolwiek bardzo wyraźny.

Na zakończenie muszę dodać kilka słów o objawach nagminnego zapalenia opon mózgowych. DIEULAFOX powiada, iż niema nagminnego zapalenia opon mózgowych, a są nagminne zapalenia opon, podnosząc tem zdaniem wielką różnicę objawów tego cierpienia. Tę samą cechę podkreślają inni autorzy, jak HAGEN-THORN, CHOCHŁOWKIN, POZOBUĆ⁷⁾ w swym opisie obserwowanej przezeń w roku 1905 epidemii zapalenia opon mózgowych. Do zgodnego na tym punkcie chóru muszę i ja swój głos przyłączyć, twierdząc, iż ta właśnie wielopostaciowość stanowi charakterystyczną cechę *meningitidis cerebro-spinalis epidemicae*. Nadzwyczaj charakterystycznym zwłaszcza swą nieprawidłowością wydaje mi się przebieg ciepłoty w tej chorobie. W pierwszych dniach po ciepłocie 39,5° możemy niespodzianie znaleźć 36° i znowu po kilkunastu lub kilkudziesięciu godzi-

nach znajdziemy cyfry wysokie. Czasami nie bywa nasileń wieczornych, a przeciwnie wydaje się, jakby od czasu do czasu występował *typus inversus*. Ostatecznie wszakże w tej płatacinie cyfr wykryć się daje prawidłowość pewnych nasileń, powtarzających się kilkakrotnie do czasu ostatecznego spadku ciepłoty.

LITERATURA.

1) BREJTMAN. Epidemiczeskij cerebro-spinalnyj meningit. Dodatek do Wraczebnej Gazety. 1905. Nr. 25.

2) HAGEN-THORN. Prymienienie pojasnicznego prokoła pri epidemiczeskom cerebro-spinalnom meningit. Ruskij Wracz. 1906. Nr. 16.

3) JAROSZEWSKIJ. Słuczaj izleczenia epidemiczeskago cerebro-spinalnago meningita pojasnicznym prokołom. Wraczebnaia Gazeta. Nr. 31. 1906.

4) QUINCKE. Razpoznawatelnoje i leczebnoje znaczenie pojasnicznego prokoła. Sekcyja kliniczna. II. Ros. Sowremiennaja Medicina i gigiena. 1906. Nr. 3.

5) ADAM. Ein Fall von linksseitiger Abduzenslähmung nach Rückenmarkanaesthesie—Münchener Med. Wochenschrift. 1906. Nr. 9.

6) ROEDER. Zwei Fälle von linksseitiger Abduzenslähmung nach Rückenmarkanästhesie. Munchener Med. Wochenschrift. 1906. N. 23.

7) POZOBUĆ. Spostrzeżenia kliniczne nad przebiegiem sporadycznego zapalenia opon mózgowych.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

15. A. HUBER. Dziedziczność wrzodu żołądka.

W etiologii okrągłego wrzodu żołądka figurują następujące czynniki: błednica i mało-krwistość, nadkwaśność soku żołądkowego, urazy, jednostronne pożywienie, przewaga płci żeńskiej oraz pewnych zawodów i t. d.

O dziedziczności przytem wcale się nie wspomina. Jeden tylko BERNHARD w uwagach do monografii RUETIMYER'a o wrzodzie żołądka wspomina o dziedziczności i utrzymuje, że zna kilka rodzin, w których spostrzegał liczne przypadki wrzodu żołądka. Autor pokrótce przytacza 11 własnych przypadków, spostrzeganych od stycznia 1905 r. do stycznia r. b. Te przypadki stanowią około 15% wszystkich przypadków wrzodu żołądka, spostrzeganych przez autora w ciągu ostatnich 2 lat. Materiał BERNHARD'a, obejmujący 19 przypadków, rozciąga się na długi szereg lat. W $\frac{1}{3}$ części swoich przypadków BERNHARD spostrzegał dziedziczność. Wobec tych danych dziwnym wydaje się fakt, że dotychczas nigdzie najlżejszej wzmianki nie zrobiono o tym czynniku etiologicznym.

Co się tyczy patogenazy wrzodu żołądka, to wszystkie dotychczas ogłoszone teorie mają swe słabe strony. Najbardziej rozpowszechniona obecnie teoria głosi, że wskutek zaburzeń cyrkulacyjnych powstaje nekroza błony śluzowej żołądka i samotrąwienie upośledzonego w swem odżywianiu odcinka żołądka. Długi przebieg choroby ma być zależny od nadmiernego wydzielania kwasu solnego. Na 176 protokółów sekcji (w Bazylei i Bernie) RUETIMYER tylko w 16% przyp. z Bazylei i 37% przyp. z Bernu znalazł wzmianki o zaburzeniach krążenia krwi w śluzówce żołądka, przyczem nie zaznaczono, czy te zaburzenia wystarczały do wywołania martwicy błony śluzowej. W pozostałych zaś 84, resp. 63% przypadków żadnych zgłoła zaburzeń cyrkulacyjnych nie zanotowano.

Dodać należy także, że odcinek śluzówki pozbawiony dopływu krwi, nie może w ciągu tygodni i miesięcy być źródłem ukrytych krwawień, jak to często spostrzegamy w przebiegu wrzodu żołądka, a tembardziej nie moglibyśmy sobie wytłumaczyć powstawania obfitych krwotoków z wrzodu, który nie jest zaopatrzony w cyrkulującą krew. Ta okoliczność, że tętnice żołądka nie należą do t. zw. tętnic końcowych (Enderarterien), przemawia również przeciw teorii. Tak samo rzecz się ma z teorią zastójnego. Staza żylna przedewszystkiem ograniczałaby sekrecję żołądka i wywołałaby zniknięcie kwasu solnego. Powtórę z erozyi żołądka, powstałych na skutek zastójności u chorych na serce, wątrobę lub płuca, nie wytwarzają się wrzody.

Hipoteza wzmożonego wydzielania kwasu solnego (hyperchlorhydria) również nie da się obronić. Już sam fakt, że wrzód żołądka istnieje może przy hypochlorhydrii, a nawet achlorhydrii, — przypadki, spostrzegane z taką samą częstością, jak i przypadki wrzodu żołądka z hyperchlorhydrią — przemawia przeciw tej hipotezie. Dalej pamiętać należy o przypadkach nadmiernej kwaśności bez wrzodu, jak również o przypadkach utraty substancji błony śluzowej żołądka wskutek urazu, jak to się nieraz zdarza przy sondowaniu lub przemawianiu żołądka. Otóż takie utraty substancji goją się nawet w obecności nadmiernego wydzielania kwasu solnego nadzwyczajnie szybko, np. w ciągu paru dni (próba z gwajakiem). W najnowszej pracy HEMMETER'a czytamy, że w 86% wszystkich przypadków wrzodu żołądka H. stwierdził hyperchlorhydrię (na 312 własnych przyp.), ale tenże autor taką samą hyperchlorhydrię stwierdził w 74% kamicy żółciowej.

Cyfry te są bardzo wymowne. Jeśli uwzględnimy wszystkie tak liczne przypadki nadmiernej kwaśności soku żołądka, które co-

dziennie napotykamy i które napewno nie mają nie wspólnego z wrzodem żołądka, mimowoli zapatrywać się będziemy bardzo sceptycznie na rolę tego czynnika w etiologii wrzodu żołądka. Autor uważa nadmierną kwaśność za objaw wtórny, za następstwo wrzodu żołądka. Jestto częsty objaw choroby, nie zaś jej przyczyna.

Inni autorowie przytaczają małokrwistość, jako moment przyczynowy wrzodu żołądka. Ależ znaczna część chorych na wrzód ż. nie cierpi ani na małokrwistość, ani na blednicę. To też tacy badacze, jak HOESSLIN, BOAS i in. uważają małokrwistość za następstwo raczej ukrytych krwawień, niż za przyczynę choroby.

AD. SCHMIDT niedawno wskazał na upośledzenie sprawności ruchowej żołądka, jako na moment, mający pewne znaczenie etiologiczne. Możliwą jest rzeczą, że gojenie się wrzodu zostaje utrudnione wskutek niedomogi ruchowej żołądka, dalej, że w przebiegu *ulc. ventriculi* sprawność ruchowa żołądka i bez zwężenia odźwiernika jest dość często upośledzona, ale normalna sprawność ruchowa bywa tak często spostrzegana przy wrzodzie żołądka, że trudno przypisać temu zjawisku poważne znaczenie etiologiczne.

Wspomnieć jeszcze należy o teorii toksyczno-zakaźnej. Szereg autorów niemieckich i francuskich stwierdził, że choroby zakaźne, jak tyfus, gorączka pługowa, przymiot i t. d., umiejscawiają swych sprawców i ich wytwory w żołądku i tam wywołują powstawanie wrzodów. Doświadczenie kliniczne przemawia jednak przeciw temu, ażeby ta teoria mogła mieć większe znaczenie praktyczne, a wogóle bardzo wątpliwem jest, czy te owrzodzenia odpowiadają klasycznemu wrzodowi żołądka.

W ostatnich latach ukazała się teoria „nerwowa” wrzodu żołądka. VAN YZEREN stwierdził po wagotomii poniżej przepony u królika powstawanie wrzodu żołądka po upływie kilku dni. Wrzód ten nie ma żadnej skłonności do zagojenia, jest pojedynczy i umiejscawia się w okolicy odźwiernika albo w bliskości małej krzywizny. Wytwarzanie się wrzodu poprzedza nekroza śluzówki żołądka. VAN YZEREN za przyczynę tego doświadczalnie powstałego wrzodu uważa skurecz żołądka, w końcu zaś swej pracy mówi, iż możliwem jest, że wrzód

żołądka zawdzięcza swe powstawanie troficznemu wpływowi nerwu błędnego na śluzówkę części odźwiernikowej żołądka. Niedawno wykazał także DALLA VEDOVA, że w następstwie podrażnienia lub przecięcia *plexus coeliacus* mogą powstać wrzody żołądka, okazujące wszystkie cechy *ulceris rotundi*. Autor ten skłonny jest uważać je za następstwo zaburzeń troficznych wskutek podrażnienia nerwu współczulnego, za cierpienie, odpowiadające *mal perforant du pied*, a więc za trofoneurozę.

Nerwowa teoria, bądź co bądź, zgadza się z teorią dziedziczności wrzodu żołądka. Mamy tu więc dziedziczenie usposobienia do pewnych zaburzeń innerwacyjnych żołądka, które specjalnie dotyczy dróg troficznych i w obecności tej lub innej przyczyny wywołującej prowadzi do powstawania wrzodu. Do tych przyczyn przypadkowych należą, być może, -urazy albo inne wewnętrzne mechaniczne, chemiczne lub termiczne podrażnienia, pobudzenia psychiczne, ostra niestrawność i t. d., choć, z drugiej strony, możliwem jest, że przyczyny przypadkowe są dotychczas jeszcze zupełnie nam nieznane.

Fakt dziedziczności wrzodu może nam dać pewne wyjaśnienie w kwestyi, dotyczącej niejednokrotnej częstości występowaniu tego cierpienia w rozmaitych miejscach i u rozmaitych ras.

(Münch. med. Wochenschrift. 1907, Nr. 5).

S. P.

16. RUMPF. Wpływ bolesnych punktów uciskowych na czynność serca i ciśnienie krwi.

Możliwość prawidłowej oceny skarg chorego, dla których nie posiadamy objawów przedmiotowych, jest zawsze wątpliwa. Ztąd wynika ważność posiadania takich objawów przedmiotowych, zwłaszcza o ile chodzi o nerwice urazowe, a więc o przypadki, w których należy wyłączyć symulację. Już w roku 1885 ogłosił MANNKOPF krótką notatkę, w której dowodzi, że ucisk na bolesne miejsce, powstałe po urazie, wywołuje przyspieszenie tętna z 84—92 do 120 uderzeń, po ustaniu zaś ucisku przyspieszenie to znika. T. zw. objaw MANNKOPF'a stał się później przedmiotem badań RUMPF'a i LEDERER'a. RUMPF dowiódł, że ucisk na punkty bolesne wpływa nie tylko na przyspieszenie czynności serca, lecz

w niektórych przypadkach wywołuje początkowo krótko trwające zwolnienie tętna, po którym dopiero występuje przyspieszenie. Niekiedy zaś przy ucisku na punkty bolesne zmniejsza się fala tętna, albo też tętno staje się niemiernym, albo wreszcie występuje przyspieszenie wraz z dopiero co wzmiankowanymi zmianami.

Doświadczenie, mające na celu stwierdzenie wpływu ucisku punktów bolesnych na czynność serca, powinno odbywać się w ściśle określonych warunkach, wyłączających możliwość wywoływania zmian w czynności serca pod wpływem innych, ubocznych czynników. Badanie powinno odbywać się nie w godzinach przyjęcia, ambulatoryjnie, lecz w szpitalu.

Chory pozostaje przez długi czas w łóżku, musi poprzednio być już kilkakrotnie badanym, o znaczeniu zaś doświadczenia nie powinien mieć żadnego pojęcia. Czynność serca powinna być równomierna i spokojna. Najlepiej, gdy tętno wynosi około 80—90 uderzeń na minutę. Jeśli zaś podnosi się znacznie ponad 100 uderzeń, to wynik doświadczenia trudno jest, a nawet niepodobna ocenić. Badanie samo przez się nie powinno przyspieszyć czynności serca. Badający powinien wiedzieć, że pobudzające rozmowy o przebytych zdarzeniach i powstaniu choroby mogą mieć na tętno wpływ przyspieszający. Chory powinien podczas badania spokojnie i równomiernie oddychać i pod żadnym pozorem nie nadymać się po wydechu. Prócz ucisku na miejsce bolesne zbadać należy jeszcze wpływ ucisku lub tarcia odpowiedniego punktu po drugiej stronie ciała. Skonstatowanie wpływu drażnienia pewnego punktu lub ograniczonego miejsca na czynność serca lub tętno daje nam jedynie prawo wnioskować, że w tem miejscu istnieje wzmożona wrażliwość, i że serce jest łatwo po-

budliwe, wniosek zaś o urazowie pochodzeniu tej wzmożonej pobudliwości może być wyciągnięty tylko z innych danych. Jest b. pożądanem nie ograniczać się jednym wynikiem, ażeby mózdz wyłączyć jakieś nieprzewidziane wpływy przypadkowe. Przy zachowaniu wszystkich wzmiankowanych ostrożności liczba przypadków, w których spodziewać się możemy wyników dodatnich, zostaje znacznie uszczuplona. Przy drażnieniu (tarcia lub ucisku) miejsc bolesnych występują niekiedy prócz wzmiankowanych jeszcze inne objawy: zmniejszenie fali tętna i obok tego niekiedy wyraźna sinica twarzy, innym razem silne pocenie się jam pachowych lub czoła, rąk. Nadmienić jednak należy, że zdarzają się przypadki zarówno nieurazowych, jak i urazowych nerwobólów, w których nie możemy stwierdzić żadnego wpływu podrażnienia miejsca nerwobólowego na czynność serca. Konieczna zatem jest pewna pobudliwość układu nerwowego albo serca.

Autor oddzielnie rozpatruje wpływ drażnienia punktów bolesnych na ciśnienie krwi (mierzone za pomocą przyrządu RIVA-ROCCI). W przeważnej większości przypadków następuje podniesienie ciśnienia krwi o kilkanaście i więcej milimetrów; w rzadszych przypadkach ciśnienie krwi ulega obniżeniu. Te ostatnie przypadki mają znaczenie raczej ogólnopatologiczne, aniżeli rozpoznawcze.

Po ustaniu podrażnienia stosunki wracają do normy, przyczem najprędzej następuje powrót do normy częstości tętna, najdłużej zaś trwa zmiana w ciśnieniu krwi.

(Münch. med. Woch. 1907 r. Nr. 4).

S. P.

Sprawozdanie ze Zjazdu międzynarodowego opieki nad obłąkanymi, odbytego w Medyolanie 26-30. X. 1906 r.

podał

Władysław Sterling.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 9)

W S m y r n i e istnieją trzy szpitale, które przyjmują obłąkanych na leczenie: 1) Szpital katolicki św. Antoniego, obliczony na 30-u obłąkanych — mężczyzn i kobiet. Leczenie to jednakże wiele pozostawia do życzenia, gdyż niema tam lekarza specjalisty psychiatry. 2) Szpital armeński na 12 obłąkanych obojga płci — również bez specjalnej opieki lekarskiej. 3) Szpital grecki — jedyny, w którym opieka lekarska specjalna postawiona jest na wysokości wymagań nauki — dzisiaj mieści on do 300 obłąkanych obojga płci.

W M a g n e z y i nieopodal Smyrny istnieje szpital obłąkanych na 55 chorych, których traktowanie nie wiele różni się od okropności szpitala w Adrianopolu. To samo trzeba powiedzieć o szpitalach w S a l o n i k a c h i A l e p i e — w tym ostatnim obłąkani bywają z braku funduszu niemal zgłodzeni. Istnieje tam także świątynia, w której poddają obłąkanych leczeniu jakimiś cudownymi ziołami o nazwie b a s f a y t z a.

Natomiast B e y r u t h w Azji Mniejszej posiada w okolicy swojej (Asfuryet) piękny i wzorowo prowadzony zakład prywatny, założony i utrzymywany z dobroczynności publicznej przez misjonarza niemieckiego WALDMEYER'a (75 łóżek). To samo powiedzieć można o niewielkim szpitalu (na 22 łóżka — wyłącznie dla kobiet) w J e r o z o l i m i e, utrzymywanym przez żydowskie Towarzystwo dobroczynne „Ezrath Naschim“.

Tak więc w Turcyi prywatne instytucje stoją na wysokości zadania, utrzymywane zaś

przez rząd urągają wszelkim elementarnym wymaganiom nauki i człowieczeństwa.

Eugen. KONRAD (Budapeszt).

Instytucja opieki rodzinnej nad obłąkanymi w Węgrzech.

System ten wprowadzony został do Węgier dopiero w roku 1905. Ponieważ uprzednie poszukiwania, dotyczące charakteru oraz stosunków ekonomicznych wśród ludności, dały wyniki pożądane, zaczęto przenosić po 10—15 chorych grupami do szpitala publicznego w Diesöstz Márton, który służył jako stacya pośrednia, ztamtąd zaś tranzlokowano ich do odpowiednich pomieszczeń. Próba dała wyniki pomyślne — i dzisiaj liczba chorych, rozmieszczonych po rozmaitych rodzinach, jest duża. Według ostatnich danych statystycznych wypada w Węgrzech na 17 milionów ludności 16 tysięcy obłąkanych i 26 tysięcy idiotów. Z liczby tej internowanych po rozmaitych zakładach jest, okrągło biorąc, 6 tysięcy, czyli 5%, biorąc zaś tylko obłąkanych, otrzymamy 87%. Ogólna liczba chorych, internowanych w zakładach, wynosi 10 tysięcy rocznie, pozostaje więc liczba 32 tysięcy obłąkanych i idiotów, którzy nie mają zepewnionej żadnej opieki. Łatwo zrozumieć, jak paląca była w Węgrzech kwestya „assistance familiale“.

Obecnie obłąkani umieszczani są w 6 wioskach w okolicach Diesöstz-Márton wśród rodzin włościan tamtejszych. Ojcowie karmiciele przychodzą do szpitala zawrzeć znajomość

z przeznaczonymi dla nich chorymi i ażeby otrzymać instrukcję, jak obchodzić się mają ze swymi wychowancami. Każda rodzina obowiązana jest umieścić dwóch chorych w oddzielnym pokoju, lecz obłąkani jadają przy wspólnym stole z rodziną, która się nimi opiekuje. Wszelkie dane osobiste oraz wskazania co do opieki wpisywane są do specjalnej książki, którą karmiciel zobowiązany jest przedstawiać zawsze kontrolerom. Kontrolę dokonywa naczelnny pielęgniarz oraz lekarz — psychiatra, którzy odwiedzają chorych: pierwszy co 2—3 dni, drugi raz na tydzień. Prócz tego ojcowie opiekunowie obowiązani są z chorymi swymi zjawiać się w pierwszych dniach każdego miesiąca, wtedy chorzy bywają ważeni i biorą kąpiel.

Rodzina za utrzymanie chorych pobiera koronę na dzień i głowę, prócz tego 20 koron rocznie na odzież. Dyrekcyja jednakże ma prawo dawać za chorych ciężkich więcej, za pracujących zaś mniej. Państwo jednakże, jak dotychczas, ekonomicznie nie zarabia na tem nic, ponieważ płaci ono szpitalowi za każdego chorego koronę sześćdziesiąt centów, co za 100 chorych wynosi w sumie 20 tysięcy na korzyść szpitala za administrację i na amortyzację sekcji obłąkanych.

Zaofiarowanie ze strony włościan przewyższa już dzisiaj zapotrzebowanie — tak że jest już z jakie sto rodzin zanotowanych z góry, które przygotowują mieszkania swoje na użytek obłąkanych.

PINI (Mediolan).

Sanatoria ludowe dla chorych nerwowych.

Mówca występuje przeciwko sceptycyzmowi w terapii chorób nerwowych. Są dwie przyczyny, które przeszkadzają neurologowi przeprowadzenie w praktyce wskazań terapeutycznych: 1) fakt, że większa część cierpień nerwowych przebiega w sposób przewlekły, chorzy nie porzucają swych zajęć, nie poddają się w zupełności przepisowi lekarza; sama zaś wartość leczenia zniwelowana jest po części przez warunki otoczenia, w jakim chorzy się znajdują; 2) drugą przeszkodę stanowi fakt, że leczenie cierpień nerwowych nie kończy się na zwykłym przepisie, lecz opiera

się ono na metodach terapii fizycznej, które są bardzo kosztowne i wymagają od chorego stałości i systematyczności, przeciwnych wręcz samemu usposobieniu neuropatów.

Dotyczy to specjalnie chorych niezamężnych. Szpitale ogólne, które zmuszone są przyjmować takich chorych, stanowią środowisko jaknajniepomyślniejsze dla chorych bądź to z cierpieniami organicznymi, bądź to z cierpieniami czynnościowymi układu nerwowego. Brak im dostatecznych środków do leczenia cierpień nerwowych, przedewszystkiem zaś niepodobna zastosować w nich terapii sugestywnej, która jest podwaliną leczenia chorób nerwowych (obecność chorych organicznych, brak czasu lekarzy, niemożność zakazu alkoholu i nikotyny).

Z tego to powodu powstawanie sanatoriów ludowych dla chorych nerwowych stało się w ostatnich czasach sprawą palącą. Dotychczas istnieją trzy takie sanatoria w Niemczech: jedno w Zehlendorfie około Berlina (Haus Schönow), drugie w Rasenmühle koło Getyngi, trzecie w Rodabirken. Haus Schönow, założone w r. 1889 na 70 łóżek dla chorych nerwowych obojga płci, według sprawozdania dyrektora zakładu tego LAEHR'a, dzięki ofiarności ludzi szlachetnych i organizacyom przezorności robotniczym, mógł być w r. 1905 rozszerzony do 116 łóżek. Sanatorium Rasenmühle, dzieło prof. KRAMER'a, otwarte zostało w r. 1903 na 75 łóżek dla chorych obojga płci; jest ono prowadzone przez profesora kliniki psychiatrycznej w Getyndze i rozdzielone na dwie klasy.

Wreszcie trzecie sanatorium w Rodabirken otwarte zostało w r. 1906, posiada ono 145 łóżek — i przeznaczone jest wyłącznie dla kobiet, które są podzielone na dwie klasy.

Sprawozdania instytucji tych wykazują, jak dalece godne są one naśladownictwa bądź to dzięki liczbie chorych, którzy się przez nie przevinęli, bądź to dzięki pomyślnym rezultatom leczenia. LAEHR np. twierdzi, że w zakładzie swym otrzymuje wyleczenia w 75% przypadków. Jest on tak zachwycony metodą leczenia, że proponuje utworzenie instytucji pośredniej pomiędzy sanatorium a warsztatem, ażeby przyuczyć chorych znowu do pracy produkcyjnej i ażeby uniknąć z drugiej strony zbyt szybkiego przejścia do zbyt męczącego trybu życia war-

sztatowego. Tego rodzaju stacye pośrednie powinny być w związku z sanatorjami. Zakład w Zehlendorfie rozpoczął już tego rodzaju eksperyment, posyłając wypisanych od siebie chorych do kolonii rolniczej, pobliskiej sanatorium. Większa część chorych w tych sanatoriach rekrutuje się oczywiście z postaci funkcyjnych (w Zehlendorfie *circa* 75%). Do rozwoju zakładów tych przyczyniło się wydanie prawa o wypadkach przy pracy. Włochy, które od lat kilku prawo to posiadają, stwierdzić mogą jak dalece przyczyniło się ono do rozwoju nerwicz urazowych.

Według nabytego doświadczenia przeciętny czas pobytu chorego w sanatorium dla otrzymania wyleczenia waha się pomiędzy dwoma a ośmioma miesiącami leczenia. Opłata za każdego chorego stosownie do klasy waha się pomiędzy 2 i 4 markami. Co się tyczy rodzaju choroby, to wszyscy autorowie zgadzają się na to, ażeby wyłączyć z sanatoriów tych ciężkie postaci psychiczne, epileptyków, alkoholików, gdyż sanatorjom tym należy nadać charakter nie przytułków, lecz szpitali.

Na zakończenie nawołuje mówca do gorącego zajęcia się sprawą sanatoriów ludowych dla chorych nerwowych. Dzisiaj, kiedy walka z chorobami zakaźnymi tak bardzo zaprzęga umysły, niezbędne jest zwrócenie uwagi i na inne choroby, które tak bardzo zagrażają zdrowiu ludu. Chodzi tu o tę olbrzymią armię wyczerpanych i łatwo i przedwcześnie wyczerpujących się, którzy wstępują w życie z przedwczesnym zanikiem sił do walki. Podczas gdy ogół

przeświadczony jest np. o doniosłości społecznej gruźlicy, nie pojmuje on dzisiaj całego olbrzymiego znaczenia dziedziczności zaburzeń nerwowych i psychicznych: wszak nawet pomiędzy wieloma lekarzami jeszcze dzisiaj tłucze się stary przesąd, że niektóre postaci neurastonii i histeryi u kobiet mogą być wyleczone przez małżeństwo. Niechaj więc tworzenie sanatoriów ludowych dla chorych nerwowych będzie pierwszym krokiem na drodze profilaktyki społecznej tych cierpień.

Van DEVENTER (Amsterdam).

Postęp w leczeniu obłąkanych z punktu widzenia społecznego.

Autor uważa wyniki postępu w leczeniu obłąkanych za bardzo dodatnie, zwłaszcza, o ile dotyczy to szans wyleczenia i przystosowania do społeczeństwa — znacznie większych dzisiaj, niż dawniej. Dzięki nowym metodom leczenia stosunek wyleczeń podniósł się w znaczny sposób, chorzy powracają do społeczeństwa, czują się pod względem ekonomicznym znacznie silniejszymi, po części zaś czują się na siłach do zarobienia na swoje utrzymanie. Cel ostateczny psychiatrii społecznej idzie jeszcze dalej, obejmuje on profilaktykę, przyczyny chorób umysłowych, niedorozwoju umysłowego, pijaństwa, zbrodniczości, niezdolności do współżycia społecznego, organizację walki ze zwyrodnieniem, przyczynianie się do wzmocnienia odporności ludzkiej.

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 38-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 gospodarzy świadomy też tego,

wziął sobie za zadanie tak wszechstronne przygotowanie Zjazdu i uczynienie jego obu działów, lekarskiego i przyrodniczego, tak zupełnymi, aby pod każdym względem conajmniej 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 jaknajszerszych 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.

Naukowa strona Zjazdu ujęta jest, podobnie jak na wszystkich Zjazdach, w sekcye, których spis i gospodarzy ich poniżej podajemy. Liczbę sekcji postanowił obecny Wydział 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 liczby 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 tak żywotnej przeznaczylismy jedno posiedzenie zbiorowe, 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 śp. 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. Koszty te mają być pokryte ze składek lekarzy i przyrodników polskich.

W połączeniu ze Zjazdem odbędzie się, ja-

ko 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 informacye 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, miaucych 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 ogłoszeniem a przynajmniej tuż przed ich wypowiedzeniem, przez samych prelegentów, jako autoreferaty, wręczone zostaną sekretarzowi odpowiedniej sekcji. W razie przeciwnym tylko tytuł wykładu w „Dzienniku Zjazdu“ umieszczony zostanie.

Prócz „Dziennika“ otrzyma każdy członek Zjazdu „Przewodnik po Lwowie“, którego redakcyi podjął się 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 konieczne 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 stosownym 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 koszty 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 bardzo małym wynagrodzeniem.

Wydział gospodarzy 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 Polskim i Poznańskiem zawiązały się miejscowe komitety organizacyjne.

Komitety organizacyjne warszawski tworzą: dwaj zastępcy członka „Stałej Delegacji Zjazdów” prof. dra Ignacego BARANOWSKIEGO a zarazem komisarzy Wydziału gospodarczego: dr Karol RYCHLIŃSKI (Bracka 23) i pan Władysław LEPPERT (Aleja Jerozolimska 82), oraz członkowie: dr Bohdan Korybut DASZKIEWICZ (Sadowa 12) i dr Ludwik ZEMBRZUSKI (Widok 11).

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

Komitety organizacyjne krakowski tworzą: prymariusz 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 współdział bardzo energicznego i wielkiego wpływu lekarza, a przysiętem 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 niżej naszej odezwy z pierwszym najogólniejszym programem Zjazdu, sekcje 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 jaknajwiększego grona lekarzy i przyrodników polskich, mamy zaszczyt zwrócić się do Szanownego Kolegi z prośbą, by swą obecnością i zgłoszeniem odczytu do prowadzenia Zjazdu naszego przyczynić się raczył.

W s k a z ó w k i.

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

Wszelkie pisma, nie odnoszące się do wystawy lub do wykładów, adresować należy do Sekretarza głównego Wydziału gospodarczego X-go Zjazdu Doc. Dr. Adama Szulislewskiego (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.

S p i s s e k c y i:

I. Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna. Gospodarze: prof. dr Kazi-

mierz TWARDOWSKI (Gołębia 10). — Prof. dr. Tadeusz WIŚNIEWSKI (Turecka 1). II. Sekcja matematyczno-fizyczna. (Łączenie z astronomią). Gospodarze: prof. dr. Józef PUZYNA (Pańska 18). — Prof. dr. Marian SMOŁUCHOWSKI (Długosza 8). III. Sekcja chemiczna i farmaceutyczna. Gospodarze: prof. dr. Bronisław RADZISZEWSKI (Długosza 6). — Prof. dr. Stanisław TOŁŁOCZKO (Długosza 6). — Mag. farm. Karol SKLEPIŃSKI (Grodzickich 2). IV. Sekcja mineralogii, geologii, paleontologii, geografii fizycznej i meteorologii. Gospodarze: Rada Dworu prof. dr. Julian NIEDZWIEDZKI (Politechnika). — Prof. dr. Emil DUNIKOWSKI (Tańskiej 1). V. Sekcja anatomiczno-zoologiczna. Gospodarze: Rada 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. Marian RACIBORSKI (Dublany pod Lwowem). VII. Sekcja przyrodniczo-rolnicza. Gospodarze: prof. dr. Kazimierz MICZYŃSKI (Dublany pod Lwowem). VIII. Sekcja filozoficzna. Gospodarze: 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). Gospodarze: prof. dr. Adolf BECK (Zybkiewicza 4). XI. Sekcja patologiczna. (Anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteriologia lekarska). Gospodarze: prof. dr. Andrzej OBRZUT (Kraszewskiego 3). — Prof. dr. KUČERA (Łyczakowska 133). XII. Sekcja medycyny wewnętrznej. (Łącznie z balneologią i hydroterapią). Gospodarze: prof. dr. Antoni GLUZIŃSKI (Piekarska 14). XIII. Sekcja pediatria. Gospodarze: prof. dr. Jan RACZYŃSKI (Sykstuska 42). XIV. Sekcja chirurgiczna jako kongres chirurgów polskich. Gospodarze: Rada Dworu prof. dr. Ludwik RYDYGIER (Mickiewicza 8). XV. Sekcja oto-ryno-la-

ryngologiczna. Gospodarze: dr. Lestaw GLUZIŃSKI (Wałowa 14). XVI. Sekcja chorób skórnych i wenerycznych. Gospodarze: prof. dr. Włodzimierz ŁUKASIEWICZ (Kraszewskiego 5). XVII. Sekcja chorób nerwowych i umysłowych. Gospodarze: prof. dr. Henryk HALBAN (Kraszewskiego 5). XVIII. Sekcja okulistyczna. Gospodarze: prof. dr. Emanuel MACHEK (Akademicka 11). XIX. Sekcja ginekologiczna. położnicza. Gospodarze: prof. dr. Antoni MARS (Kościuszki 14). XX. Sekcja medycyny publicznej. (Hygiena, policja lekarska, badanie środków spożywczych). Gospodarze: Rada 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 chorých). Gospodarze: prof. dr. Włodzimierz SIERADZKI (Czarneckiego 3). XXII. Sekcja dentystryczna. Gospodarze: Docent dr. Andrzej GOŃKA (Kopernika 1). XXIII. Sekcja spraw zawodowych stanu lekarskiego. Gospodarze: Prezes Izby Lekarskiej dr. Edward FESTENBURG (Dominikańska 11). XXIV. Sekcja weterynaryjna. Gospodarze: prof. dr. Stanisław KRÓLIKOWSKI (Kochanowskiego 33). XXV. Sekcja prasy lekarskiej. Gospodarze: rektor prof. dr. Józef SZPILMAN (Kochanowskiego 33). XXVI. Sekcja wychowania fizycznego. Gospodarze: dr. Eugeniusz PIASECKI (Trzeciego Maja 2). A) Posiedzenie zbiorowe członków wszystkich sekcji dla sprawy raka. Gospodarze: Rada Dworu prof. dr. Ludwik RYDYGIER (Mickiewicza 8). B) Posiedzenie zbiorowe dla sprawy alkoholizmu. Gospodarze: prof. dr. Stanisław BĄDZYŃSKI (Gosiewskiego 4).

W imieniu Wydziału gospodarczego:

Prof. dr. Wł. Bylicki Prof. dr. M. Raciborski

przewodniczący. zastępca przewodniczącego.

Doc. dr. Adam Szulistański

sekretarz główny (Jagiellońska 3).

— Otrzymałmśmy zawiadomienie, iż w dniu 2 lutego r. b. Towarzystwo Biblioteki publicznej w Warszawie zostało ukonstytuowane, i komitet Towarzystwa, obrany na zebraniu organizacyjnem, w tymże dniu odbytem, rozpoczął swoje czynności.

— ZMARLI. W Warszawie w dniu 4 marca r. b. dr WŁADYSŁAW KRAJEWSKI, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus. Obszerniejsze wspomnienie pozgonne i ocenę prac przedwcześnie zgasłego dla nauki i społeczeństwa kolegi pomieścimy w jednym z następnych numerów „Medycyny“.

— W Kronsztadzie w forcie Aleksandrowskim zmarł dr SCHRAJBER, zarażwszy się dżumą podczas badań nad zarazkiem tej choroby. Zmarły liczył 41 lat życia.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w dniu 21 kwietnia r. b., jako w rocznicę śmierci ś. p. doktorowej Zenobii SOKOŁOWSKIEJ, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie rub. 200 — ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą: w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia (ulica Niecała Nr. 7), na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych lub ich Zastępców — najpóźniej do dnia 15 kwietnia r. b. z za-

łączeniem poświadczeń 3 członków Kasy Wsparcia o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7) oraz w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernijalnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia *Dr M. Jakowski.*

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych ogłasza, że z procentu od funduszu, ofiarowanego przez dra Leona MANCEWICZA udzielone będzie w roku 1907 wsparcie w kwocie rb. 115 kop. 42 jednej lub kilku niezamożnym zupełnym sierotom, pochodzenia polskiego, wyznania rzymskokatolickiego, pozostałych po lekarzu cywilnym, które pobierają nauki w niższych lub średnich rządowych lub prywatnych zakładach naukowych. W braku sierot zupełnych, wsparcie powyższe udzielone być może wdowie po lekarzu cywilnym, obciążonej dziećmi pochodzenia polskiego, wyznania rzymskokatolickiego, pobierającymi nauki w wyżej wymienionych zakładach naukowych. Przy prośbie na imię Komitetu Kasy Wsparcia dołączone być winno świadectwo 3 lekarzy — członków Kasy o położeniu materyalnem proszących oraz cenzurki szkolne z ostatniego kwartału albo też świadectwo Zakładu naukowego o przyjęciu w poczet uczniów. Termin ostateczny do wnoszenia próśb: dzień 15 czerwca r. b. Blizsze informacje udzielane być mogą: w Warszawie w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7), na prowincyi zaś — w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernialnych w Królestwie Polskiem.

Zarządzający Kasą Wsparcia *Dr M. Jakowski.*

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

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

Odnacza 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 lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

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

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.**—

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

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

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

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

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydyferytyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Menzler'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum—Ficker'a
Jequiritol—Jequiritolae 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 śródmięższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwniepalny 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 przeciwniepalnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aqtas laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskazania: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania bocz. morfiny 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, bladaczka, okres zdrowienia po chorobach. Działła w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

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

Iodipin 25%

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

Antithyreoidin Möbins

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

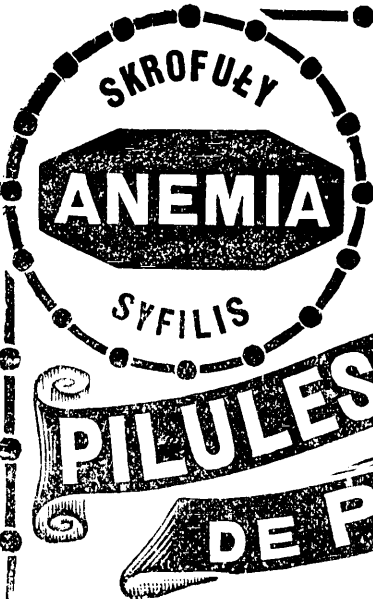
Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwniepalny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się obętnie 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.



SKROFULY
ANEMIA
SYPHILIS

PILULES DE BLANCARD
DE PARIS

UZNANE OD AKADEMII MEDYCZNEJ
WYMAGAĆ
Etykietę zieloną — Podpis
Adres : 40, rue Bonaparte, PARYŻ

WYSTRZEGAĆ SIĘ BEZSKUTECZNYCH PODRABIAŃ

Uprasza się P.P. Lekarzy zapisywać zawsze:
PIGUŁKI BLANCARD

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.



LEUCORRHEA
BLEDNICA
STAN LIMFATYCZNY



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG, Koniuszennaja, 19/8.
Telefon № 233-81.

LONDYN
(Anglia).

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

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.



VALIDOL.

Środek energiczny i jednocześnie nierozdrażniający, **Analeptyczny, Antihisteryczny, Antineurasteniczny** i na **Zołądek**; prócz tego, środek skuteczny przeciw **Chorobie Morskiej**.

KAMFORA VALIDOLOWA

(Validol camphoratum).

Środek wybitnie **pobudzający** w przypadku ciężkiego **wycieńczenia**, a prócz tego niezbędny w **praktyce dentystycznej**.

ESTORAL.

Środek zwykły i przyjemny przeciw **Katarowi**. Literatura: *Heilmittel - Revue* 1906, N,

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

Dr. Romualda Bindera

Zakład wodoleczniczy i sanatorium

Wila Stefania w Meranie

otwarty od 1-go września do czerwca.

Łagodna, sucha i słoneczna zima, sezon wiosenny i jesienny szczególnie korzystny. Leczenie wodą, elektrycznością, masażem, gimnastyką leczniczą, kąpielami świetlnymi i słonecznymi, owocami, dietą i wero-dowaniem.

Terapia sportowo - terenowa.

Wszelki komfort, wspaniałe urządzenie. Piersio-wo-chorych zakład nieprzyjmuje.

Prospekty wysyła **Dr Binder**

(leczy po za zakładem i dozwala korzystać z urzą-dzeń zakładowych także eksternistom).

ZAKŁAD LECZNICZY „GORBIO“
pod Mentoną.

dla chorób wewnętrznych, nerwowych oraz ozdrowieńców



Zakład położony w najpiękniejszej i najzdrowszej części południowej Francji (Alpy morskie), otoczony ze wszystkich stron lasami. Hydroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Wodne ogrzewanie. Prospekty wysyła administracja — Gorbio près Menton.

Chorzy na gruźlicę płuc nie są przyjmowani.

Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastyłki Fay'a

wyrabiają się pod kierunkiem lekarzy w zdrojowisku Soden w Taunus ze soli znanych od kilku set lat i wypróbowanych Sodeńskich źródeł leczniczych № III i XVIII.

Obok źródeł zdrojowisk Soden w Taunus. Panowie lekarze polecają również z najlepszym rezultatem **Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastyłki Fay'a**

w wypadkach:

kaszlu, chrypki, a także wszelkich przewlekłych katarów gardła, krtani i płuc.

Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastyłki Fay'a są do nabycia we wszystkich aptekach i składach materyałów aptecznych.

Na żądanie wyślemy P. P. lekarzom na próbę pudełka pastylek gratis i franko.

Wyłączny reprezentant na Cesarstwo i Królestwo Polskie

F. Szarff, Warszawa, Królewska 18.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu, wzmacnia utlenianie, przyspiesza przemianę materyi

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p. p. Lekarzom

— S. KARCZEWSKI —

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

WIELKI WYBOR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Nowe ilustrowane katalogi franko

Nowe katalogi ilustrowane franko.

SANATORIUM DLA CHORYCH NA PŁUCA

(Wille Hungaria)

Blizsze szczegóły w prospektach

Lekarze zakładowi:

D-r G. Gara D-r J. Stein.

MERAN