

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki profesora Guyona w Paryżu.

Kilka słów o przyczynach krwotoków w przypadkach ostrego zupełnego zatrzymania moczu.

Podał

Dr. Adam Greliński.

Znaczenie krwotoków następczych po zupełnym i szybkim opróżnieniu rozszerzonego pęcherza w przypadkach zupełnego zatrzymania moczu jest bezwątpienia bardzo wielkie, na co szczególną uwagę zwracał tyle razy profesor Guyon. Klinicznie sprawa ta została przez niego w zupełności wyjaśniona i ustalona w jego „Leçons cliniques sur les maladies de la vessie et de la prostate“. Zalecane tam postępowanie daje możliwie jak najlepsze wyniki. Wytlómaczenie jednak tych krwawień, znalezienie przyczyn anatomiczno-patologicznych do dziś dnia jest kwestyą nie rozjaśnioną, mimo pięknych doświadczeń profesorów Guyona i Albarrana; brak jest zbadanych drobnowidowo przypadków, któreby wykazały, o ile można wnioskować z wyżej wspomnianych doświadczeń o zmianach, rzeczywiście znajdujących się w drogach moczowych, a wywołujących omawiane krwawienia. Mając sposobność spostrzegania trzech przypadków w klinice profesora Guyona, zachęcony przez Dra Motza, zamierzam dorzucić kilka uwag, jakie wypływają z ich zbadania.

Zanim jednak zajmę się ich opisem, przypatrzmy się, jak klinicznie na sprawę tę zapatruje się profesor Guyon. Żąda on przedewszystkiem odpowiedzi na trzy następujące pytania, „które z punktu widzenia nas zajmującego mają większe znaczenie, niż sama istota cierpienia“ mianowicie: 1) jaki jest wiek chorego? 2) jak długi czas trwa choroba? 3) i jaki jej stopień.

Co do pierwszego oświadcza Guyon, że chory musi przejść pewien wiek, bo człowiek młody narażony jest na mniejsze niebezpieczeństwo krwotoku następczego. Drugim warunkiem jest, by zatrzymanie moczu „trwało przynajmniej dni kilka“; trzecim, by zatrzymanie to było dość znaczne i „by mu towarzyszyła wybitna rozstrzeń“. Jeśli tych warunków niema, t. j. w przypadkach świeżych i bez znacznej rozstrzeni pęcherza, radzi Guyon wykonać „nawet u ludzi starszych opróżnienie natychmiastowe i zupełne“.

W przeciwnym razie profesor Guyon stawia jako zasadę „opróżniać pęcherz nie tylko częściowo, ale opróżniać go powolnie“. „Opróżnienie“ mówi on „powinno być równocześnie powolne, stopniowe i antyseptyczne, dawkowane umiejętnie i rozumnie“. Aby cel ten osiągnąć, posługuje się on cewnikiem średniej miary (Nr. 16 lub 17 skali francuskiej), który zakorkowuje od czasu do czasu podczas opróżniania,

powtarzanego co dwie godziny. W miejsce usuniętego moczku wstrzykuje 150 grm. 3% roztworu kwasu borowego, aby nie opróżniać zbyt szybko pęcherza i mocz zastąpić płynem aseptycznym. W ten sposób postępując, unika się krwotoków, przybierających nieraz bardzo znaczne rozmiary.

Przypatrzmy się teraz na podstawie spostrzeganych przypadków, jakie są przyczyny tych krwotoków, czy samo zatrzymanie moczu rzeczywiście może spowodować tak znaczne skutki, jeśli pęcherz przedtem był bez zmian chorobowych.

I. L. L., lat 46. Retentio completa. Po opróżnieniu występuje krwotok. Cewnik zostaje zamknięty i pęcherz opróżnia się częściowo co dwie godziny. Na trzeci dzień występuje silny krwotok mimo zakorkowania kateteru. Zejście następuje czwartego dnia wieczorem. Ciężota przez cały czas była prawidłową.

Na sekcji, odbytej 19 stycznia 1904 roku, cewka moczowa okazała się silnie przekrwioną; stwierdzono jednocześnie obustronne zapalenie gruczołów Littrego z małą jamką w tylnej okolicy części błoniaszej, w której znaleziono liczne kamyczki. Gruczoł krokowy nie powiększony (chyba nieznacznie), zbitości twardej. W małych rozszerzonych torbielkach liczne kamienie. Pęcherz rozszerzony z mało wybitnymi beleczkami i komórkami; ściany jego zgrubiałe, błona śluzowa silnie przekrwiona. Moczowody i miedniczki wielkości prawidłowej; przekrwiona błona śluzowa wykazuje lekkie zapalenie. Nerki prawidłowe, płuca silnie przekrwione.

Badanie drobnowidowe. Gruczoł krokowy przerosły wskutek znacznej liczby gruczołaków. Pęcherzyki gruczołowe rozszerzone, zawierają kamienie, inne zaś wypełnione ropą, naokoło brak zmian zapalnych. W pęcherzu zapalne wytworzenie się naczyń włosowatych, które są rozszerzone, wypełnione krwią i nie rzadko otwarte na powierzchni błony śluzowej. Mięśnie przerosłe z częściowym zanikiem drugorzędnych. Tkanka łączna silnie powiększona.

II. P. B., lat 81, przyjęty d. 6 lipca 1903 r. z zatrzymaniem zupełnym moczu i błędną drogą (*fausse route*). Założono cewnik *à demeure*, zalecono opróżnianie co dwie godziny. W dzień przyjęcia wystąpił bardzo silny krwotok. Na drugi dzień chory umarł.

Na sekcji (dn. 8 lipca 1903) stwierdzono w cewce moczowej błędną drogę „*fausse route*“ w części krokowej z boku płatu środkowego.

Przerost gruczołu krokowego trzypłatowy średniego stopnia. W pęcherzu, wypełnionym skrzepami krwi, znaleziono nieznaczne belecзки i komórki. Błona śluzowa silnie przekrwiona. Moczowody i miedniczki prawidłowe. Nerki starcze. Zapalenie opłucnej po stronie prawej. Obrzęk płuc. Serce duże, bez zmian.

Badanie drobnowidowe. Pęcherz „prostatyka“. Zapalne wytworzenie pęcherzyków (*cystite bulleuse*) i naczyń. W błonie podśluzowej wynaczynionki. Mięśnie przerosłe z częściowym drugorzędnych zanikiem. Tkanka łączna powiększona.

III. D. C., lat 79, przyjęty nagle 21 stycznia 1904 roku z zatrzymaniem niepełnym. Pozostałość wyniosła 900 grm. Zalecono opróżnianie pęcherza co 2 godziny. Nazajutrz chory otwiera cewnik, następuje krwotok, a 27-go zgon. Ciężota wykazywała gorączkę o torze nieregularnym między 37° a 39°20'.

Na sekcji (29 stycznia) nie stwierdzono w cewce moczowej żadnych zmian, widzialnych gołym okiem. Przerost gruczołu krokowego dwupłatowy średniego stopnia; przerost miękkki z wielkimi „*corps*

sphéroïdes“. Pęcherz obszerny o grubych ścianach bez przyrostu tkanki tłuszczowej. Silne przekrwienie błony śluzowej; treść pęcherza krwawa, mętna. Moczowody i miedniczki silnie zaczerwienione. W miedniczkach przewlekłe zmiany zapalne. W nerkach zapalenie ropne.

Badanie drobnowidowe. W pęcherzu wytworzenie się zapalne naczyń włosowatych, które są rozszerzone i wypełnione krwią. Wynaczynionki w błonie śluzowej i podśluzowej, tworzenie się błon wrzekomych. Mięśnie przerosłe, uległy częściowo zanikowi następczemu, tkanka łączna wybujała, naciekała, tak w ścianie jak i na zewnątrz (*pericystitis fibro-adiposa*). W obu moczowodach wytworzenie się i rozszerzenie naczyń, zapalenie lekkie po jednej stronie, silne całej ściany po drugiej. W miedniczkach zapalenie z rozszerzeniem i wytworzeniem się naczyń, do czego po jednej stronie przyłączają się wynaczynionki i wytworzenie się błon wrzekomych. W nerkach po jednej stronie rozlane zapalenie ropne, po drugiej umiejscowione z krwotokiem po części wessanym.

Dokładne rozpatrzenie tych przypadków wykazuje, że można je podzielić na trzy stopnie według ciężkości zmian chorobowych, umiejscowionych w pęcherzu.

Pierwszy stopień (Przyp. I) cechuje się wytworzeniem zapalnym naczyń i ich rozszerzeniem: są one wypełnione krwią i często otwarte na powierzchni błony śluzowej. W drugim stopniu znajdujemy oprócz tych zmian wynaczynionki w błonie śluzowej i podśluzowej; w trzecim, najcięższym, (Przyp. III) istnieją błony wrzekome.

Moczowody w jednym przypadku nie wykazują żadnych zmian; w drugim błona śluzowa jest przekrwiona i lekko zapalona; wreszcie w trzecim istniało po jednej stronie silne zapalenie ścian w całości z zapaleniem przynoczo-wodowem (*periurometeritis fibro-adiposa*), po drugiej zapalenie lekkie z wytworzeniem ogromnej ilości naczyń.

Nerki w jednym przypadku są prawidłowe, w drugim przedstawiają zmiany starcze, a w ostatnim silne zapalenie ropne rozlane po jednej stronie, umiejscowione po drugiej, z krwotokiem częściowo wessanym.

Gruczoł krokowy we wszystkich przypadkach był przerosły. Przerost ten jednak istniał w jednym przypadku bez powiększenia objętości, w dwóch innych powiększenie było średniego stopnia, raz dwu-, raz trzy- płatowe.

Jakież są przyczyny tych krwotoków? W wykładzie swym klinicznym Prof. Guyon dzieli je na pierwotne, t. j. te, które zdaniem jego powstają tylko wskutek przekrwienia ścian pęcherza, wywołanego zatrzymaniem moczu i następowe, w których przekrwienie potęguje tylko istniejące już przedtem zmiany chorobowe w pęcherzu, zmiany przewlekłe zapalne. Większa liczba krwotoków wydarza się wprost pod wpływem „przekrwienia“, powiada profesor Guyon, to jest, że większość jest według jego podziału pierwotnych; moje zatem przypadki byłyby następowe, rzadsze.

Doświadczenia prof. Guyona, przeprowadzane¹⁾ wspólnie z prof. Albarranem, potwierdzają zapatrywania pierwszego. Przeprowadzono je na psach, świnkach morskich i królikach zapomocą podwiązania prącia. Pomijając już samą przyczynę zatrzymania moczu, która z pewnością wpływa na zmiany, znajduwane później w drogach moczowych, przypatrzmy się, o ile te zmiany są podobne do znalezionych przezemnie.

Zmiany w ścianie pęcherza, znalezione przez Guyona i Albarrana, polegają na złuszczeniu się przybłonka i wynaczynionkach. „Krew rozlewa się między pęczki warstwy

mięsnej i uwydatnia zarysy rozsuniętych wiązek; w wiotkiej tkance błony podśluzowej i w błonie śluzowej zaledwie można rozróżnić kilka pasm tkanki łącznej i parę włókien sprężystych wśród ciątek krwi. Przybłonek miejscami jeszcze istnieje, gdzieindziej złuszczył się szeroko (p. 184). Komórki, trudniej barwiące się, są prawie wszystkie spłaszczone“ (p. 185).

Obraz wyżej narysowany zasadniczo różni się od obrazów, otrzymanych przezemnie. Wynaczynionki w moich przypadkach, o ile istnieją, znajdują się li tylko w błonie śluzowej i podśluzowej, nigdy nie wchodząc między włókna mięsne, a tem mniej nie dochodząc nigdy do takiego nasilenia, by odznaczać dokładnie zarysy pojedynczych pęczków. Przybłonek złuszcza się bardzo łatwo, o ile go nie utrwalono w chwili śmierci, a i wtedy nie zawsze daje się go utrzymać; spłaszczenie zaś komórek przybłonkowych występuje zawsze w każdej rozstrzeni pęcherza. Widzimy zatem, że między doświadczeniami profesorów Guyona i Albarrana, a zmianami, znalezionymi na sekcji, o ile dotyczą zmian w pęcherzu, niema żadnej analogii.

Gruczoł krokowy zwierząt, użytych do doświadczeń, przedstawiał w przypadkach przytoczonych badaczy przekrwienie i wynaczynionki, nieraz tak liczne, że cały gruczoł był prawie czarny, przytem wybitnie miękki i powiększony. Żadnych zmian tego rodzaju nie znajdujemy w naszych przypadkach. Istnieje przerost, istnieją osady kamienia, ale ani przekrwienia, ani wynaczynionek niema.

Moczowody i miedniczki u zwierząt, użytych do doświadczeń, ulegały rozstrzeni: tego na sekcji nie znajdujemy. W jednym przypadku są one prawidłowe, w dwóch innych stwierdziliśmy zmiany zapalne o różnym nasileniu z wytworzeniem zapalnym naczyń i ich rozszerzeniem. Obraz jednak tego przekrwienia wybitnie zapalnego różni się od obrazu, otrzymanego drogą doświadczenia.

Nerki wreszcie w dwóch przypadkach nie przedstawiają zmian, polegających na zatrzymaniu moczu, a w jednym tylko, gdzie znajdujemy ciężkie schorzenie, widzieć się daje rozlany, częściowo wessany krwotok. Przeciwnie rzecz się miała w doświadczeniach, wyżej wzmiankowanych: nerki wykazywały zawsze silny krwotok.

Porównanie więc wyników doświadczeń profesorów Guyona i Albarrana z wynikami, uzyskanymi przezemnie, wykazuje dowodnie, że niema żadnego punktu styczności między temi doświadczeniami a krwotokami następczymi po „*cathétérisme brusque*“, w przypadkach powstającego wolno, na tle zmian chorobowych zupełnego zatrzymania moczu.

Rola przekrwienia, wywołanego przez zatrzymanie zupełne i wynikająca z niej rozstrzeni pęcherza, jest bezwątpienia znaczna. Zdaje mi się jednak, że profesor Guyon za daleko poszedł twierdząc, że większość tych krwotoków następczych ma jedyne źródło w przekrwieniu. Gdyby tak było, to pewno krwotoki te zdarzałyby się znacznie częściej, bo przecie nie wielu się znajdzie lekarzy-praktyków, którzy wobec pęcherza, sięgającego wyżej pępka, opróżniać go będą pomału; przeciwnie, opróżnia go szybko; dobrze jeszcze, gdy nie przyspieszą wypływu uciskiem powłok brzusznych. Sam też profesor Guyon, podnosząc znaczenie wieku chorego, poniekąd przypuszcza istnienie w pęcherzu zmian zastarzałych, częstych u ludzi wiekowych; chyba że myślał o wątpliwym wpływie miażdżycy tętnic. Tak samo, mówiąc o trwa-

¹⁾ F. Guyon et J. Albarran: Anatomie et physiologie pathologiques de la rétention d'urine. (*Arch. de méd. exp.* 1890).

niu choroby, stawia Guyon za warunek dłuższe jej istnienie, najmniej kilkudniowe. Czy czas ten wystarczyłby na wywołanie tak wielkich zmian, by wskutek nich nastąpiły po szybkim opróżnieniu pęcherza silne krwotoki? na to odpowiedź mógłby dać tylko przypadek, dokładnie zbadany pod drobnowidem, a nie doświadczenia, które już uniemożliwiają krążenie krwi przez swój bodziec brutalny, muszą dać inne wyniki.

Na podstawie zatem przeprowadzonego badania swoich trzech przypadków doszedłem do wniosku, że krwotoki następujące po „*cathétérisme brusque*“ powstają na podstawie istniejących poprzednio przewlekłych zmian chorobowych w pęcherzu, przynajmniej w większości przypadków.

Czy i o ile powstają te krwotoki, nazwane przez profesora Guyona pierwotnymi, jedynie wskutek przekrwienia, do dnia dzisiejszego dowodu nie mamy.

We wszystkich przypadkach zupełnego zatrzymania moczu ze znaczną rozstrzenią, gdy przyczyny są dawne i długotrwałe, należy stosować leczenie, zalecone przez profesora Guyona, a pęcherz opróżniać wolno i stopniowo.

II. Omówienie przypadku niewątpliwego dziedziczenia kurczowej naczynioruchowej nerwicy wraz z uwagami o t. zw. hartowaniu dzieci.

Podał

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski.

(Ciąg dalszy).

Sprawa dziedziczenia właściwości nabytych nie jest jeszcze, jak wiadomo, całkowicie i jednomyślnie załatwioną. Weismann, Goette, Bütschli i inni zaprzeczają istnieniu takiego prawa w naturze¹⁾. Według nich tylko wpływy, które zmieniają samą komórkę zarodkową (*Keimzelle*) i samo pierwoszcze zarodkowe (*Keimplasma*), mogą w nowo powstającym pokoleniu doprowadzić do jakiegokolwiek zmian w budowie. Natomiast Eimer, Klaatsch, Virchow i cały szereg innych badaczy utrzymują, że przenoszenie właściwości nabytych z rodziców na dzieci istotnie zachodzi. Na uzasadnienie tego twierdzenia powołują się oni w pierwszej linii na wyniki doświadczeń i spostrzeżeń patologicznych. Pośród tych ostatnich zasługują na uwagę przedewszystkiem twierdzenia z dziedziny chorób nerwowych i umysłowych. Znane są w tym kierunku doświadczenia Brown-Séquarda, powtórzone przez Obersteina, w których po pewnych uszkodzeniach układu nerwowego, szczególnie np. po przecięciu rdzenia lub nerwu kulszowego u świnek morskich, występowały u potomstwa niekiedy zaburzenia w układzie nerwowym.

Wpływ dziedziczenia w zakresie chorób nerwowych i umysłowych jest przez neurologów i psychiatrów jednomyślnie uznany, aczkolwiek obliczenia statystyczne, podawane przez różnych autorów dla udowodnienia udziału obciążenia dziedzicznego, bardzo się różnią i wahają między 40% a 90%. Według Kraepelina²⁾, jeżeli przy szukaniu dowodów obciążenia dziedzicznego zwracać będziemy

uwagę nie tylko na typowe psychozy, lecz także i na takie cechy, jak zboczenia w charakterze, skłonność do zbrodni, pociąg do alkoholu, nerwicę itd., wtedy okaże się, że średnio u 60%—70% umysłowo chorych da się stwierdzić w rodzinie istnienie przytoczonych nieprawidłowości. Morel³⁾, a za nim Strohmayera⁴⁾ podają nawet szemat, według którego, począwszy od 1) temperamentu nerwowego, rozwiązań obyczajów pierwszego pokolenia; 2) skłonności do ciężkich nerwic i alkoholizmu w drugim; 3) a następnie przez zaburzenia psychiczne, samobójstwa, upośledzenia duchowe w trzecim pokoleniu, popadają ludzie 4) w ogłupienie wrodzone, potworności, powstrzymanie w rozwoju w pokoleniu czwartym, a wreszcie 5) w zagładę rodziny. Według Orchańskiego⁵⁾ niema ani jednej postaci choroby umysłowej, w którejby nie można było stwierdzić wpływu dziedziczenia.

Co się tyczy bliższego wytłumaczenia dziedziczenia, to w tym kierunku wszyscy autorowie odróżniają usposobienie, (por. Strohmayera. München. medic. Woch. 1901, pag. 1787), predyspozycję (*Anlage, Praedisposition*) do stanów chorobowych, od samych stanów chorobowych. Pierwsze, t. j. wspomniane usposobienie do chorób, a nie same choroby, mają być, według zdania ogółu autorów, głównie odziedziczone. Kraepelin⁶⁾ twierdzi, że „tylko w najcięższych postaciach zwyrodnienia dziedzicznego stany chorobowe, jako takie, bywają odziedziczone. Z reguły zaś ma miejsce tylko przeniesienie usposobienia do pewnej choroby (*Krankheitsanlage*), zmniejszonej odporności ze strony organizacyi duchowej, która dopiero wtedy prowadzi do właściwej choroby umysłowej, gdy ujemne wpływy rozpoczną swe niszczące działanie na podstawie tego odziedziczonego usposobienia“.

Atoli zwolennicy teorii Weismanna bynajmniej nie czują się przekonani tymi wywodami z dziedziny patologii chorób nerwowych, na które powołują się ci, którzy uznają możliwość przenoszenia na potomstwo cech nabytych. Przeciwno doświadczeniom Brown-Séquarda i Obersteina⁷⁾ powstają zarzuty, że one niedostatecznie przekonują o tem, że w nich rzeczywiście ma miejsce dziedziczenie. Binswanger⁸⁾ zasadniczo kwestyonuje, czy twierdzenia, dostarczane przez patologię, mogą mieć znaczenie w sprawie dziedziczenia cech nabytych, gdzie idzie wszak o cechy nabyte w ciągu rozwoju. Na takie zaś twierdzenia z patologii chorób umysłowych, że potomstwo alkoholików dźwiga na sobie skutki nalogu⁹⁾, odpowiadają, że wtedy możnaby tu mówić o dziedziczeniu nabytych cech, gdyby wykazaniem zostało, że alkoholik swoją nieomogą umysłową, która go skłania do picia, nabył w ciągu swego życia, tudzież że dzieci jego mają nie to schorzenie, które ich ojca skłoniło

³⁾ Traite des dégénérescences physiques, morales et intellectuelles 1857.

⁴⁾ Münchener medic. Wochenschr. 1901, Nr. 45. 46: „Ueber die Bedeutung d. Individualstatistik bei d. Erblichkeitsfrage in d. Neuro-u. Psychopathologie“.

⁵⁾ J. Orchanisky: Die Vererbung im gesunden u. krankhaften Zustande etc. Stuttgart, Enke. 1903. (Przytocz według Schwalbego).

⁶⁾ Tamże str. 95.

⁷⁾ Sommer: Zieglers Beiträge. Bd. 27.

⁸⁾ Otto Binswanger: Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Jena. 1896.

⁹⁾ Ernst Schwalbe: Münchener medic. Wochenschrift, 1903, Nr. 37, 38.

¹⁾ Grassmann: Kritischer Ueberblick über d. gegenwärtige Lehre v. Erblichkeit d. Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1896, pag. 960.

²⁾ Psychiatrie. VI Auflage. I Bd. pag. 93.

do picia, lecz to, które pod wpływem picia powstało. Wobec rzekomego braku takich dowodów, twierdzi Schwalbe¹⁰⁾, że ani neurologia, ani psychiatria nie mogą dostarczyć ani jednego zupełnie wolnego od zarzutu faktu, wskazującego na dziedziczenie jakiejś właściwości nabytej; oczywiście rozumie on przez taką właściwość tylko jakieś schorzenie, jakąś chorobliwą zmianę, czy stan, a bynajmniej nie wyżej wspomniane usposobienie do chorób, którego dziedziczenie uznaje.

Widzimy zatem, że sprawa dziedziczenia cech nabytych nie jest jeszcze zamkniętą. Wypada w niej odróżnić przede wszystkim 2 rzeczy: 1) czy cecha nabyta zawsze zostaje przeniesioną i 2) czy cecha nabyta niekiedy tylko bywa przeniesioną? Możliwy byłoby zupełnie dobrze zrozumieć, że pierwszy postulat nie zachodzi, a mimo to drugi może mieć miejsce, a to wobec tego, że na powstanie nowego osobnika niezawodnie wpływa tak rozmaity szereg czynników, że postać i skład tego osobnika są tylko wynikiem współdziałania wszystkich tych różnorodnych czynników. Pomijając możliwość wpływu przeobrażającego lub potęgującego ze strony różnorodnych czynników zewnętrznych, oddziałujących na powstanie komórek zarodkowych i ich dalszy rozwój, należy podnieść przede wszystkim to, co szereg autorów, jak Lorenz, Strohmayer, Kraepelin i in. przyjmuje, a mianowicie, że właściwości ojca i matki, przenosząc się na dziecko, wzajemnie się potęgują lub znoszą. Kraepelin mówi: „Przedewszystkiem uwzględnić należy, że obok czynników, działających pogarszająco, wpływają także i przeciwne, które przyczyniają się do wyrównania zaburzeń i do prawidłowego rozwoju dalszego. Gdyby to nie miało miejsca, to już dawnoby ludzkość cała zniszczyła. W niezliczonych zwyrodniałych rodzinach da się stwierdzić, że dzięki połączeniu się ze zdrową krwią ślady chorobliwej więzi zostają u potomstwa zatarte“.

Gdy się głębiej zastanowimy nad wspomnianymi odróżnieniami, to okaże się, że w tak pojętej sprawie przenoszenia cech nabytych, stwierdzenie choćby jednego przypadku, w którymby niewątpliwie miało miejsce odziedziczenie właściwości nabytej, nabrałoby więcej wartości argumentacyjnej, niżeli dziesiątki przypadków, w których potomstwo nie przyniosło na świat zmian, nabytych przez ich rodziców. A nie należy przytem zapominać o jednej kardynalnej zasadzie metodologicznej, mianowicie, że wszelka teoria upaść musi, jeżeli jej chociaż jeden niewątpliwym fakt stanowczo przeczy.

Jeżeli z tego punktu widzenia zapatrywać się będziemy na sprawę dziedziczenia, to twierdzenie, jakoby cechy, zmiany i stany chorobowe, a mamy tu na myśli przede wszystkim zakres chorób nerwowych i umysłowych, nie były przenoszone na potomstwo, okaże się mylnym, przynajmniej dla tego, kto ma możność stykania się z wielką liczbą tu odnoszących się i na każdym kroku stwierdzanych faktów.

Że w tych rodzinach, w których z jakiegokolwiek przyczyn zagnieździły się choroby nerwowe lub umysłowe, istnieje większa, niż w innych rodzinach, skłonność do tego, że i potomstwo podpada psychozom, to jest faktem codziennego doświadczenia, wielokrotnie w spostrzeżeniach i statystykach stwierdzonym i jednomyślnie przez psychiatrów uznanym. Atoli fakt ten dla przeciwników dziedziczenia, którzy go

zresztą nie zaprzeczają, przedstawia się, jak następuje: 1) wskazują oni¹¹⁾ na to, że fakt ten bynajmniej nie stwierdza przenoszenia się właściwości nabytych, zbroceń lub stanów chorobowych, o które, jak mówią, idzie w problemacie dziedziczenia, lecz że odnosi się on tylko do usposobień, predyspozycji do zbroceń i stanów chorobowych, a przenoszeniu tych usposobień i Schwalbe nie przeczy. Jak widzieliśmy, ogół psychiatrów również przyjmuje, że zazwyczaj dziedziczą się nie choroby same, lecz usposobienia do nich. 2) Nawet w zakresie, odnoszącym się do przynoszenia na świat przez potomstwo pewnych usposobień, powstać może przypuszczenie, że i te nie są odziedziczone, lecz że np. wytworzyły się dopiero w łonie matki, lub później pod wpływem szkodliwych czynników, działających na komórki zarodkowe, a pochodzących z zewnątrz ustroju matczynego, lub powstałych w ustroju matczynym.

Co się tyczy twierdzenia pierwszego, sądzę, że samo stwierdzenie faktu, iż usposobienia do jakiejś choroby bywają dziedziczone, już wykazuje, że cechy nabyte bywają przenoszone na potomstwo. Cóż to są bowiem owe usposobienia i skłonności, jeżeli nie takie lub inne ustosunkowanie w składzie i w budowie, a zależnie też od tego i w funkcji? Pogląd, że jakaś zmiana w funkcji nie ma zupełnie równoważnika w budowie anatomicznej lub składzie chemicznym narządu funkcjonującego, na którym to poglądzie opiera się zapatrywanie wielu na istotę nerwie¹²⁾, jest oczywiście niezem innym, jak zaczerpniętym z wyobraźni, metafizycznym twierdzeniem, jeżeli tem porównaniem nie uczynimy krzywdy współczesnej metafizyce, która dąży, jak każda inna nauka, do systemu twierdzeń, zbieranych na drodze krytycznej pracy myślowej.

Dla człowieka myślącego po przyrodniczemu nie potrzeba chyba również żadnych dowodów na to, że to, co się nazywa usposobieniem do pewnego schorzenia, polegać musi na jakiejś, choćby niedostępnym ludzkiemu badaniu, zmianach ilościowych lub jakościowych w budowie lub składzie chemicznym narządu lub całego ustroju, że przeto, gdy mówimy o dziedziczeniu przez potomstwo usposobienia do jakiegoś schorzenia, to nie oznacza to nic innego, jak, że potomstwo odziedzicza taką, a nie inną budowę lub skład chemiczny składowych części danego narządu. A więc cechy nowe, nabyte pod wpływem choroby rodziców, zostają przenoszone na potomstwo. Przyjęcie dziedziczenia usposobień do chorób już samo prowadzić musi do uznania przenoszenia cech nabytych, przynajmniej w zakresie patologii. I tylko niezawodnie na karb owego t. zw. metafizycznego sposobu myślenia położyć wypada, gdy niektórzy¹³⁾ przyjmują dziedziczenie usposobień do chorób, a zaprzeczają mimo to dziedziczeniu cech nabytych, twierdząc, że choroby same się nie dziedziczą, a tylko one są rzekomo cechami nabytymi.

Przystępujemy do omówienia drugiego tłumaczenia, jakie przeciwnicy dziedziczenia nabytych właściwości podają. Nasuwa się mianowicie objaśnienie, że owo usposobienie, owe odmienne budowy, czy składy chemiczne danego narządu, z jakimi potomstwo przychodzi na świat, nie są odziedziczone po przodkach, lecz że powstały wskutek działania na komórki

¹¹⁾ Schwalbe: *ibidem*.

¹²⁾ Hoche: O rozpoznawczej różnicy między histeryą a epilepsyą. Odczyt na Zjeździe południowo-niemieckich neurologów i psychiatrów w Baden 1902.

¹⁰⁾ Psychiatrie VI. Aufl. I Bd. pag. 94.

zarodkowe szkodliwości, pochodzących z zewnątrz tworzącego się osobnika; a więc, że komórki zarodkowe, wytworzone przez chorych rodziców, są takie same, jakieby były, gdyby ci nie byli chorzy, lecz że następnie wskutek szkodliwych wpływów powoli rozrodcze te komórki i cały młody osobnik ulegają zmianom. A więc, że nie ma tu przeniesienia z rodziców na dzieci dziedziczenia w tem znaczeniu, o jakim tutaj jest mowa. To samo tłumaczenie może być stosowane i do przypadków, uznawanych nie jako dziedziczenie tak zw. usposobień, lecz samych już schorzeń.

(Dok. nast.).

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek samoistnego przebicia ropnia opadowego do płuca.

W przebiegu gruźlicy, której istotną cechą stanowi niszczenie i rozpad tkanek, przebicia narządów w następstwie dalej posuniętego zserowacenia i rozpadu bynajmniej nie należą do rzadkości. Dość n. p. przypomnieć otwarcie się jamy gruźliczej płuca do jamy opłucnowej, znacznie radsze przypadki przebicia wrzodu jelita do jamy otrzewnowej lub odwrotnie (Gliński: „Przeł. lek.“, 1903, Nr. 26).

Natomiast do rzadkości należy samoistne przebicie ropnia opadowego do jakiegokolwiek narządu wewnętrznego. Ropnie opadowe, jak poucza kliniczne doświadczenie, tej skłonności wcale nie okazują: przeciwnie, otwierają się stale na zewnątrz, przebijając skórę, co zwłaszcza dotyczy ropni na klatce piersiowej (Messner, Hoffmann, Chir. Tillmanna).

Dla tego też przypadek, który miałem sposobność spostrzegać, a gdzie niewątpliwie nastąpiło przebicie ropnia do płuca, postanowiłem opisać.

Dnia 15/IV b. r. zgłosił się do mnie J. B., lat 48 liczący, gospodarz z U., o poradę lekarską. Ojciec jego umarł w 53 r. życia, chorował przeszło rok i kaszlał. Matka umarła w 74 r. życia, zawsze była zdrową. On sam również zawsze był zdrowym, dłużej trwającej choroby nie przebył nigdy; dzieci ma troje, są zupełnie zdrowe. Ogólne wejście jego miało być zawsze liche; do ciężkiej pracy był wogóle niezdolny z powodu słabych sił. Łaknienie zawsze mierne, krwią nie pluł nigdy.

Obecna choroba rozpoczęła się przed 2 laty kaszlem i kluciem w boku lewym, poczem wytworzył się guz w okolicy chrząstki 7 i 8 żebra w linii sutkowej lewej. Guz ten w swoim czasie badałem i rozpoznałem jako ropień zimny. Z końcem lutego b. r. zauważył on, że w okolicy 8 i 9 żebra lewego z tyłu, nieco zewnątrz kąta łopatki, tworzy się guz jeden, a w okolicy łopatki lewej drugi. Ten ostatni guz powiększał się zwolna i nie sprawiał choremu znaczących dolegliwości prócz lekkiego bólu w okolicy lewej łopatki i w ramieniu lewym. Od wczoraj doświadczył pacjent większego bólu w tym guzie i spostrzegł w nim jakby trzeszczenie. Łaknienie obecnie dość dobre, stolec i mocz oddaje prawidłowo.

Stan obecny. Wzrost dość wysoki, odżywienie liche, lecz nie podupadłe, budowa wadła. Zabarwienie skóry twarzy oraz reszty ciała brudno żółte, skóra dość sucha, mało elastyczna. C. 37,4, t. 90, regularne, dobrze napięte. Na głowie, twarzy i szyi żadnych ważniejszych zmian niema. Wypuk w obu szczytach powyżej obręczyków przytłumiony. Szczyty płuc nieruchome. Poniżej wszędzie jawny, sięga po stronie prawej w linii sutkowej do 7-go, w pachowej do 8-go żebra; po stronie lewej w linii przymostkowej do 5-go, a w pachowej średniej do 9-go żebra. Z tyłu granice dolne ruchome, równo ustawione. Szmer oddechowy w szczycie prawym zastrzone, rzężeń i przy kaszlu brak; w szczycie lewym z przodu rzężenia dźwięczne pokrywają szmer. Poniżej obojczyka po stronie lewej szmer zastrzone. Wresztą wszędzie są szmeru pęcherzykowe, prawidłowe.

W sercu, jako też i w narządach brzusznych badanie nie wykazało zmian.

W okolicy chrząstki 7 i 8 żebra w linii sutkowej lewej znajduje się przetoka, z której wydobywa się płyn surowiczo-ropiasty. W przetokę wprowadzony zgłębnik wchodzi na lewo pod skórę na dług. 5 ctm. Jest to pozostałość po ropniu, wyżej wspomnianym.

W okolicy 8 i 9 żebra lewego na palec zewnątrz i poniżej kąta łopatki znajduje się guz, wielkości jaja kurzego, o skórze bladej, ciepłocie nie podwyższonej, okazujący chębotanie. Guz ten jest ropniem zimnym.

Pomiędzy wewnętrzną krawędzią łopatki lewej a stosem kręgowym znajduje się guz, sięgający od 7 kręgu szyjnego do połowy odległości między grzebieniem a kątem łopatki, a od wewnętrznej krawędzi łopatki do kręgosłupa. Długość jego, mierzona przez jego wysklepienie, wynosi 16 ctm., a szerokość 11 ctm. Skóra nad guzem jest nieznacznie zaczerwieniona, ciepłota miejscowa nie podwyższona. Guz w dotyku przedstawia uczucie balonu, wypełnionego gazem, a nie chębotania.

Wypuk nad guzem jawny, bębnowy, głośny. Osluchując guz stwierdza się głuchy szmer, przypominający dzbanowy.

Chory nadmienia, że przy ucisku tego guza czuje jakieś trzeszczenie w górnej jego części, oraz że idąc do mnie po schodach, dostał bez powodu napadu gwałtownego kaszlu, przyczem odpluwa dość dużo jakiegoś płynu. Nadmienia, że czems podobnem nie odpluwał nigdy. Okazany mi ów płyn jest szcerą ropą, taką, jaką przy nakłuciu każdego ropnia opadowego się wydobywa. W ciągu około 2 godzin trwającego pobytu u mnie chory z małemi tylko przerwami niemal ustawicznie kaszle i za każdym razem odpluwa 1—2 łyżek owej ropy.

Za uciskiem jednak silniejszym pojemność guza zmniejsza się i to tak, że guz ten zupełnie znika, przyczem daje się słyszeć szmer głośny, słyszalny w całym pokoju — szmer, którego charakter przysłuchowemu najbardziej da się przyrównać do szmeru, powstającego przy silnem dmuchaniu przez bardzo wąską szyjkę do pustej flaszki. Czas trwania opróżniania tego torbiela z towarzyszeniem owego szmeru wynosi około 20 sekund. Osluchując stetoskopem okolicę klatki piersiowej, stwierdzam, że ten szmer głośny, powstający przy ucisku guza, najwybitniej jest słyszalnym nad tchawicą i nad lewym szczytem, mniej głośno jest słyszalny nad samym guzem i wreszcie w dalszych okolicach klatki piersiowej. Zmniejszenie pojemności guza zapomożą ucisku trwa jednak krótko; zaraz bowiem chory dostaje napadu silnego kaszlu, przyczem guz stopniowo za każdym zakaszaniem coraz silniej się wypełnia powietrzem, a nawet w miarę trwania kaszlu staje się większym. Dotykając wtedy guz lekko palcami, słyszę pluskanie głośne, słyszalne o 2 kroki, podobne do pluskania płynu w balonie gumowym, zawierającym powietrze. Po ułożeniu chorego w ten sposób, że głowa była nieco niżej, a miednica wyżej i następnym uciskiem guza odpłynęła większa nieco ilość ropy wśród kaszlu przez usta. Badając później owo pluskanie, stwierdziłem, że zmniejszyło się ono, ale w zupełności nie znikło. Nie zawsze jednakowoż udawało się uciskiem opróżnić guz z powietrza: czasami mimo uciskania powietrze nie uchodziło i odnosiło się wrażenie, jakby otwór chwilowo zamykał się; to jednak nie trwało długo, bo po napadzie kaszlu drożność powracała.

Jak z niniejszego opisu wynika, wytworzyła się jakaś komunikacja pomiędzy ropniem a płucem. Przemawia niezbicie za tem fakt, że chory w oczach moich wykrztusił znacznie większe ilości ropy (razem około 60 ctm.); szmer, powstający przy ucisku guza, a najlepiej słyszalny nad tchawicą, dowodzi, że powietrze, które dostało się do wnętrza guza z płuc, z powrotem wydostawało się na świat zewnętrzny, wreszcie, że wśród kaszlu, opróżniony z powietrza guz, napowrót niem się wypełniał.

Otwór, łączący ropień z płucem, a więc albo z grubszym oskrzelem, albo, co prawdopodobniejsze, z niedużą jamą gruźliczą, leżącą w szczycie lewym, musi być nieznanym, bo silniejszego ucisku potrzeba, by powietrze wycisnąć do tchawicy, wreszcie, że guz wypełnia się powietrzem tylko przy znacznie większym podwyższeniu parcia wewnątrzplucnego, czyli podczas kaszlu, co niema miejsca, gdy chory nie kaszle.

Najprawdopodobniej przyczyną ropnia jest zapalenie gruźlicze okostnej II lub III żebra, w miejscu tem bowiem jest bolesność, której brak gdzieindziej, n. p. w kręgach. Szerząc się nie tylko na zewnątrz, ale i wewnątrz, spowo-

dowało złepne zapalenie opłucnej, a następnie przebiecie ropnia do mięszu płuca. Za obecnością zrostów opłucnowych przemawia wreszcie brak odmy piersiowej po stronie lewej, która w ich braku w tych warunkach musiałaby powstać. Sądzę, że przebiecie, a więc i dostanie się powietrza do ropnia powstało wtedy, gdy chory poczuł trzeszczenie i silniejszy ból: a więc dzień przed przybyciem do mnie. Dopiero gdy otwór rozszerzył się nieco, wtedy wśród kaszlu zaczął odpluwać ropę.

Przeglądając skrzętnie „Przegląd lekarski“ z ostatnich kilku lat, nie znalazłem nigdzie wzmianki o analogicznym przypadku; sądzą więc, że opisanie jego jest usprawiedliwione.

Mimowoli nasuwa się pytanie, jak postąpić w takim przypadku? Ja ograniczyłem się do podania środków wewnętrznych i opatrunku uciskowego.

W Kętach 19/IV 1904. Dr. Władysław Dziewoński.

IV. Wyciągi.

Nowsze doświadczenia z heroiną. Z pomiędzy przetworów, mających zastąpić morfinę, heroina jest bezsprzecznie tym, który w kołach lekarskich najwięcej obudził zajęcia. Przypisywane jej własności są tego rodzaju, że trudno nie zwrócić na nią baczącej uwagi. Z drugiej strony ogłoszono o kilku ujemnych następstwach stosowania heroiny, a nawet ze strony pewnego farmakologa nastąpiło ostrzeżenie przed tym lekiem i przedstawiono go jako najwięcej trujący przetwór nowoczesnej terapii. Niezasadnione, jak się okazało, to ostrzeżenie miało ten skutek, że wiele klinik ogłosiło swoje liczne, a przeciętnie pomyślne doświadczenia z heroiną, ażeby udowodnić, że środek ten, stosowany z odpowiednią ostrożnością, zupełnie nie jest niebezpiecznym, lecz przeciwnie w licznych przypadkach przewyższa morfinę i kodeinę. Z drugiej strony miała ta krytyka Harnaeka (1) może i ten skutek, że wielu, którzy dotąd ten lek stosowali bez skrupułów, zaczęło go używać z należytą ostrożnością i od tej pory niesłychać o niepomysłnych wynikach stosowania heroiny, lecz przeciwnie mnożą się zdania korzystne dla tego środka.

Farmakologiczne działanie heroiny wyświećla praca doświadczalna E. Impensa (2), który na podstawie dokładnych badań wykazał, że heroina sprowadza znaczne zwolnienie szybkiego oddychania z równoczesnym silnym pogłębieniem oddechu. Przy użyciu heroiny działanie to było stałym, podczas kiedy przy używaniu morfiny nie wystąpiło ani razu, a przy użyciu kodeiny tylko w $\frac{1}{4}$ części spostrzeganych przypadków. Przy stosowaniu innych środków, zastępujących morfinę, jak dionina i peronina, działanie to było jeszcze mniej pomyślnym, niż przy kodeinie. W dalszym ciągu autor wykazuje, że po dokładnym zbadaniu skutecznej i śmiertelnej dawki, okazało się, że morfina stosunkowo 2,5, dionina 12, a kodeina 20 razy jest niebezpieczniejszą od heroiny, ponieważ niebezpieczeństwo stoi w odwrotnym stosunku, jaki zachodzi między skuteczną, a śmiertelną dawką. Stosunek ten jest u heroiny największym. To może służyć do zupełnego upewnienia się lekarza, że heroina, zastosowana w odpowiednich dawkach, jest daleko mniej niebezpieczną, niż każdy inny przetwór kojący z grupy narkotyków. Od czasu używania chlorku heroiny nie było prawie przypadków niepomysłnych, zapewne z powodu większej jej rozpuszczalności.

Ważną jest rzeczą, że nieprzyjemne objawy uboczne przy dłuższym używaniu morfiny, jak zaburzenia czynności żołądka i serca, np. zaparcie stolca i t. d., nie występują przy użyciu heroiny, a przyzwyczajenie się do niej według twierdzenia bardzo licznych lekarzy albo wcale nie istnieje, albo też występuje daleko trudniej, niż po morfinie. Także po zaprzestaniu podawania heroiny nie występują żadne objawy ujemne. Potwierdzają to doniesienia Krebsa (3), który podawał chlorek heroiny w 1% roztworze wodnym po 8 kropeł od jednego do trzech razy dziennie, przyczem lek ten okazał się w przeszło 50 przypadkach uśmierającym kaszel, bole i kojącym stan ogólny chorego. Odpowiednia dawka działa najczęściej silniej, niż 15 kropeł 2% roztworu kodeiny, w zasadzie jednak nie tak gwałtownie, jak 20 kropeł 1% roztworu morfiny. Do zastąpienia morfiny po dłuższym jej używaniu heroina nie zdaje się być stosowaną; natomiast może ją zastąpić zaraz z początku, nadając się do dłuższego używania.

Przyzwyczajenia lub powikłań po zaprzestaniu używania heroiny nie zauważono. Nie znamy również żadnych ubocznych wpły-

wów na żołądek, serce i t. d. Wogóle heroina ułatwia ranne wykrztuszenie.

Nied (4) stosował heroinę w gruźlicy płuc i zapaleniach oskrzeli i był z wyników zawsze zadowolonym. We wszystkich przypadkach heroina wywoływała głęboki sen u cierpiących na bezsenność. Uspokojenie drażliwości do kaszlu osiąga się daleko mniejszymi dawkami i w zasadzie daleko prędzej, niż zapomocą innych przetworów, zastępujących morfinę. Niepomysłnego działania ubocznego autor nie zauważył, chociaż początkowe pojedyncze dawki podnosił często od 0,005 gr. do 0,01 gr.

Doświadczenia z heroiną, wykonane w klinice Ziemssena (5), dały również pomyślne wyniki lecznicze. W licznych przypadkach zbytniej pobudliwości do kaszlu, jaka występuje np. u suchotników, chorych na cierpienia oskrzeli i t. d. działanie jej było widocznym i szybkim. Rano i w południe podawano zwykle po 0,005, wieczorem zaś 0,01 gr. Ta ostatnia dawka zdaje się być niezbędną do osiągnięcia działania, wystarczającego na całą noc. Przeciw męczącemu pobudzeniu do kaszlu, jakie występuje często rano, bezpośrednio po wstaniu z łóżka u suchotników, używano z dobrym skutkiem w wielu przypadkach przed opuszczeniem łóżka 10 do 15 kropeł 1% roztworu. W dławcowem zapaleniu płuc heroina często zawodziła. W tym przypadku autor nie kładzie heroiny przed morfiną, natomiast oddaje jej pierwszeństwo przed kodeiną, o której dobrze się nie wyraża. Bezwątpienia, że szybsze działanie można osiągnąć zapomocą stosowania podskórnego i to już zapomocą trochę mniejszych dawek (0,004 do 0,007). Szkodliwego działania heroiny nie zauważył autor wcale w przeszło 200 przypadkach, chociaż miał do czynienia często z chorobami serca. Heroinę należy stosować w miejsce morfiny specjalnie w takich przypadkach, gdzie trzeba uniknąć działania usypiającego tej ostatniej, oraz słowa „morfina“, które często chorych napawa obawą zatrucia.

Stadelmann (6) zadał sobie dwa pytania: I. O ile przy używaniu heroiny następuje przyzwyczajenie do tego środka i II. W jakim stopniu i w jakiej dawce może heroina zastąpić morfinę. Co się tyczy pytania pierwszego, to zdarzało się, że podawano heroinę stosunkowo przez dłuższy czas i osiągnano dodatni wynik minimalną dawką (0,003), a dopiero po tygodniach zwiększano dawkę. To stopniowanie jednak dawek, jakie okazało się potrzebnym, było bardzo powolnym i nieznacznym, tak że Stadelmann przychodzi w końcu do wniosku, że chorzy daleko powolniej przyzwyczajają się do heroiny, niż do morfiny. Doświadczenia wykazały, że zapomocą 5 mg. morfiny osiąga się ten sam skutek, co zapomocą 3 mg. heroiny. A więc dawce 0,01 morfiny odpowiada 5—6 mg. heroiny. Z tego wynika, że 1) heroinę należy zapisywać w stosunkowo mniejszych dawkach, niż morfinę; 2) że przyzwyczajenie się do heroiny jest mniejsze, niż do morfiny; 3) że heroinę można równowartościowo zastąpić morfiną, przyczem jeszcze można uwzględnić stosunkowo bardzo nieznaczne dawki morfiny.

Z rozlicznych rozpraw o heroinie okazuje się dalej, że doświadczeniami stwierdzone działanie na oddychanie potwierdziło się w praktyce, a szczególnie dobre wyniki uzyskano w dychawicy oskrzelowej, jak to niedawno doświadczył Stern (7).

Co się tyczy działania narkotycznego, a względnie hipnotycznego, to zdaje się ono być słabszym, niż po morfinie i występuje w daleko mniejszej mierze, szczególnie przy stosowaniu przez usta, podczas kiedy niektórzy autorowie, jak Wiesner (8), osiągnęli wcale zadowalniające wyniki zapomocą wstrzykiwań podskórnych. Natomiast wspominają często autorowie o działaniu znieczulającym. I tak Guinard (9) wyraża się, jak następuje: „chlerek heroiny przedstawia tę korzyść, że działa mniej energicznie na mózg, ale za to silniej niż morfina na opuszkę rdzeniową i rdzeń pacierzowy, wskutek tego wywiera heroina mniejsze działanie nasenne, aniżeli morfina; natomiast posiada wybitne działanie znieczulające. Działanie heroiny jest bardzo szybkie, nie sprawia nudności, nie stepia łaknienia i nie zdaje się nawet po dłuższym używaniu sprowadzać tych nieprzyjemnych skutków, co morfina. Pierwsze zastrzykiwanie wywołują czasem mały zawrót głowy i uczucie jakoby mgły przed oczyma. Zjawiska te zazwyczaj nie pojawiają się przy następujących wstrzyknięciach. Heroina nadaje się do zastąpienia morfiny w leczeniu bólów, szczególnie zaś rwy, kolki nerkowej i wątrobowej i t. d. Sposób używania jest ten sam, co przy morfinie, jednakowoż dawki mają być o połowę słabsze. To uspakajające działanie wpływa korzystnie przy krwotokach płucnych, gdzie według Aronsolna morfina nie jest wskazaną, ponieważ wywołuje u wielu chorych skłonność do wymiotów, czego przy użyciu heroiny niema. Kojące działanie heroiny wyzyskano również w leczeniu wielu chorób narządu płciowego i moczowego, gdzie heroina okazała się według Straussa (10) i Beckera (11), jako środek, uspokajający chwał, doskonały do zwalczania bolesnego wzrodu w cierpieniach rzoż-

czkowych i zabiegach operacyjnych (operacja stulejki), jakoteż w pomazaniach nocnych i nasienieotoku; stosuje się ją w formie pigulek, proszków albo czopków. To samo potwierdza Crha (12).

Co do uśmierzenia bólów, to zdaje się, że heroina ustępuje przed morfina; taksamo działanie odurzające jest mniejszem. Helbich (13) mówi atoli o różnych rodzajach rwy, gdzie heroina działała wybornie na uśmierzenie bólów, podczas kiedy w innych przypadkach zupełnie zawodziła. Także w cierpieniach żołądka (rak żołądka, kolka ołowna i t. d.) stwierdził Helbich wyborne wyniki po heroinie tak, że kodeinę zarzucił zupełnie w swej praktyce, a ograniczył bardzo stosowanie morfiny. Można by też zalecić, aby w przypadkach rwy, cierpień żołądkowych, w niedomaganiach połączonych z ciężą, wogóle wszędzie tam, gdzie chodzi o usunięcie bólów, zrobić najpierw próbę z heroiną, a dopiero, kiedy się okaże bezskuteczną, wiaść się do stosowania morfiny. Mirtl (14) i Elischer (15) ocenili działanie heroiny, jako kojące bole w patologii położniczej, a mianowicie w zapaleniu okołomacicznym na tle rzeżączkowem i w nie nadającym się do operacji raku macicy.

Działanie heroiny, uśmierzające kaszel, jest znakomite i występuje wszędzie na pierwszy plan. Jednogłośnie podnoszą prawie wszyscy autorowie ten zbawienny wpływ heroiny, który uśmierza pobudzenie do kaszlu i usuwa brak oddechu, np. w gruźlicy płuc, zapaleniu oskrzeli, ropednie płuc i dychawicy oskrzelowej. Działanie to jest stanowczo lepsze, niż kodeiny (Geiringer (16). W dawkach o połowę mniejszych heroina zwykle prędzej uśmierza kaszel, aniżeli używana przez dłuższy czas morfina. Pomimo kilkotygodniowych przerw po dłuższem używaniu heroiny, działanie jej w tych samych większych dawkach pozostaje takie samo, jak pierwiej, chociażby w międzyczasie stosowano morfina lub też jakiś inny środek odurzający. Tę właściwość heroiny uważa Jacobi (17) za nader cenną, ponieważ nie jesteśmy zmuszeni, jak to dotychczas bywało, podnosić nagle ilość morfiny; natomiast możemy chorym, skazanym na dłuższe używanie leków narkotycznych, podawać przemienne, raz morfina, to znowu heroinę lub kodeinę. Według Weissa (18) środek, uspokajający kaszel w idealnem znaczeniu nie powinien stłumiać kaszlu zupełnie, lecz tylko odebrać mu, o ile możliwości, przykry i ostry jego charakter, zmniejszać możliwie w myśl doświadczeń Geigla gwałtowność, z jaką wybuch kaszlu następuje. W tym też duchu działa w pierwszym rzędzie heroina, pogłębiająca pojedyncze oddechy, przedłużająca wdech i obniżająca częstość oddechów.

Grinewitsch (19), który stosował heroinę prawie w 2000 przypadków, chwali przedewszystkiem dobre działanie heroiny w ostrem zapaleniu oskrzeli, w grypie, gruźlicy płuc, zapaleniu gardła i w rozednie płuc. Tak w rozednie płuc, jak i we wszystkich innych chorobach narządów oddechowych, w przebiegu których występuje znaczna ilość płwocin, a wykrztuszenie jest utrudnionem, zaleca Grinewitsch ostrożność przy podawaniu heroiny. Z licznych spostrzeżeń tego klinicysty wynika, że heroina jest znakomitym środkiem usuwającym kaszel, który dlatego ma pierwszeństwo przed morfina, ponieważ rzadziej występuje nieprzyjemne działanie uboczne, daleko powolniej przywyka się do niej i że nie okazuje się nalogowa pożądlivość heroiny, jak się to dzieje przy używaniu morfiny. W dawkach terapeutycznych nie wywiera heroina żadnego działania na serce i na układ naczyniowy i bywa znoszona nawet przez ludzi wiekowych. Crha (l. c.) podnosi jako szczególną zaletę heroiny, że nie tłumie czynności narządów trawienia i nie posiada własności działania na serce, czego się u ludzi starszych obawiać należy.

Łatwość znoszenia heroiny ma być według Jacobi (l. c.) indywidualnie bardzo rozmaita, ponieważ u niektórych pacjentów występowały lekkie objawy zatrucia już po zażyciu pół etg. (5 mg.), podczas gdy inni zażywali bez żadnych złych skutków nawet 2 etg.; Kling (20) wspomina nawet o 2 przypadkach, w których dwóch chorych zażywało przez pomyłkę 5 dni 3 razy dziennie po 5 etg. (zamiast 5 mg.), nieodczuwając przytem żadnych nieprzyjemnych skutków. I ten autor zaleca u chorych, nieprzyzwyczajonych do narkotyków, a których zachowanie się wobec heroiny nie jest znanem, zaczynać od 3 mg. Jeżeli ta ilość dobrze jest znoszona, wtedy można przejść do dawki prawidłowej pół etg. (5 mg.) i podawać ją 3 a najwyżej 4 razy dziennie. Do wielkich dawek (1 do 1½ etg. na dawkę, 4 do 6 razy dziennie) powinno się przejść dopiero wtedy, jeżeli stwierdzimy łatwość przyswajania heroiny i jeżeli chodzi o pacjentów, przyzwyczajonych do większych dawek morfiny lub innych narkotyków. Stosując heroinę w ten sposób, nie będziemy mieli z tego powodu żadnych nieprzyjemności.

Z tem wszystkiem zgadzają się najnowsze badania Szabokyeego, który zaleca zapisywać zawsze heroinę, ale nie zażywać jej na czczy żołądek. Chorym na płuca zapisuje on 3 razy dzien-

nie po 0.005 albo 2 razy dziennie po 0.005, a raz wieczorem 0.01 gr. Działanie uśmierzające kaszel następuje w każdym przypadku w 5 do 30 minutach i trwa przez 4 do 6 godzin. Oprócz proszków można heroinę zapisywać w kroplach:

Rp. *Heroin. hydrochlor. 0.10, Aqu. amygdal. am. 20.0 gr.*
M. D. S. 3 do 4 razy dziennie po 15 do 20 kropel.

Streszczając zdania autorów, których prace przytoczyliśmy, widzimy, że heroina jest środkiem, który stanowczo przewyższa kodeinę, a morfina zastępuje z korzyścią i że wobec tej ostatniej posiada jeszcze niektóre zalety, a stosowana w dawkach od 0.003 do 0.005 (tylko przy stwierdzonej łatwości przyswajania można postąpić do 0.01) jest przetworem zupełnie nieszkodliwym. Zapisywać należy zawsze *heroin. hydrochloric.*, jak sól łatwo rozpuszczalną. (*Referat zbiorowy*).

Piśmiennictwo. 1) E. Harnack: O własnościach trujących heroiny. (Münchener med. Wochenschr., 1889, Nr. 27). — 2) E. Impens: O działaniu morfiny i o niektórych jej podobnych środkach, wpływających na oddychanie. (Deutsche med. Wochenschr., 1900, Nr. 23). — 3) G. Krebs: Doniesienie związku zakładów leczniczych za rok 1898 i 1899. — 4) L. Nied: Doświadczenia ze środkiem, zastępującym morfina. (Deutsche med. Wochenschr., 1900, Nr. 27). — 5) H. Brauser: Doświadczenia z heroiną. (Deutsches Archiv. für klin. Medic., 1900, zeszyt 1 i 2). — 6) E. Stadelmann: Dalsze doświadczenia nad leczeniem heroiną. (Deutsche Aerzte-Ztg., 1900, Nr. 18). — 7) M. A. Stern: Niektóre spostrzeżenia nad skutecznością heroiny. (Wochenschr. f. prakt. Medizin. (russ), 1900, Nr. 18). — 8) J. Wiesner: Wiadomości o heroinie z kliniki Harnacka w Insbruku. (Deutsche Aerzte-Ztg., 1900, zeszyt 3). — 9) M. L. Guinard: La Semaine medicale, 1900, Nr. 37. 10) A. Strauss: Heroina jako lek uśmierzający chęć płciową. (Münch. med. Wochenschr., 1902, Nr. 36). — 11) Becker: Notatka o znaczeniu heroiny jako anaphrodisiacum. (Berlin. klin. Wochenschr., 1903, Nr. 47). — 12) Crha: Wykład w celu oceny terapeutycznej wartości heroiny. (Die Heilkunde, 1903, zeszyt z maja). 13) Helbich: Doświadczenia z heroiną w praktyce lokarskiej. (Die Heilkunde, zeszyt z maja). — 14) Karol Mirtl. Wiadomości o terapeutycznych doświadczeniach nad heroiną. (Wr. klin. Rundschau, 1899, Nr. 25). — 15) Elischer: O używaniu heroin. hydrochlor. w położnictwie. (Die Heilkunde, 1902, zeszyt z lutego). — 16) Geiringer: Terapeutyczne doświadczenia nad heroiną. (Wr. medizin. Presse, 1901, Nr. 43). — 17) Jacobi: O działaniu heroiny. (Wr. med. Wochenschrift, 1901, Nr. 40 do 43). — Weiss: Najnowsze poglądy na kaszel i jego leczenie. (Die Heilkunde, 1901, zeszyt z lutego). — 19) J. L. Grinewitsch: Spostrzeżenia nad działaniem heroiny. (Therapie d. Gegenwart, 1903, zeszyt 2). — 20) Kling: O wielkich dawkach heroiny bez objawów zatrucia. (Münch. med. Wochenschr., 1899, Nr. 42). — 21) Szaboky: O heroinie i Heroin hydrochl. (Orvosok Lapja, 1904, Nr. 11). *Dr. G. T.*

Ribbert. O układzie naczyniowym i uleczałości nowotworów. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1094, Nr. 22). Układ naczyniowy w nowotworach różni się od układu naczyniowego tkanek normalnych zarówno pod względem swej budowy drobnowidowej, jak i ogólnego stosunku do tkanki. Naczynia w nowotworach, (o ile należą do nowotworowego utkania, a nie są tylko przez nowotwór przypadkowo obrosnięte) nie posiadają budowy tętnic, ani żył, lecz bez względu na swoją średnicę są najczęściej zbudowane, jak naczynia włosowate, szczególnie w szybko rosnących nowotworach złośliwych. Naczyniom, wiadącym krew tętniczą, brak więc w nowotworze elastyczności i kurezliwości, tych niezbędnych warunków prawidłowego krążenia. Co do ogólnego stosunku do nowotworu, to z wyjątkiem nowotworów, zajmujących cały narząd (np. nerkę), nie wchodzi naczynia do nowotworów w jednym miejscu, jakby przez wnękę i nie rozgałęziają się w nich regularnie, lecz wnikają i wychodzą ze wszech stron, nieregularnie, co znowu także utrudnia prawidłowe krążenie. Wreszcie zazwyczaj kaliber naczyń, dowożących krew do nowotworu, nie jest dostatecznie wielki w stosunku do obszaru, jaki ma być w krew zaopatrzony. Już ta okoliczność, że niektóre nowotwory, szczególnie guzy przerzutowe, dają się dość łatwo z otoczenia wyluszczyć, świadczy, iż z otoczeniem tem łączy je stosunkowo niewiele i to cienkich, łatwo przerwać się dających naczyń; że nowotwory złośliwe są w krew niedostatecznie zaopatrywane, świadczy również ich biaława zwykle barwa, która nie zmienia się wiele nawet przy przekrwieniu otaczającej tkanki. Jednem słowem z wszystkich tych szczegółów wnosić należy, zdaniem Ribberta, że krążenie w nowotworach jest znacznie gorsze, niż w tkankach prawidłowych. Jakże tedy tłómaczyć sobie należy szybki rozwój wielu nowotworów złośliwych? Ribbert sądzi, że przeważną część swego materiału odżywczego zużywają komórki tkanek normalnych na właściwe sobie czynności wydzielnicze i t. d., na od-

nową zużytej substancji, bardzo zaś małą na odradzanie się. Skoro zaś swoiste czynności wydzielnicze i t. d. w komórkach nowotworowych wcale się nie odbywają, albo tylko w bardzo niskim stopniu, przeto komórki nowotworowe potrzebują dla siebie znacznie mniej materiału odżywczego, niż prawidłowe, i stąd krążenie, aczkolwiek znacznie gorsze, niż w tkankach prawidłowych, dla nich jednakże wystarcza. Pozorna sprzeczność między słabym krążeniem w nowotworach, a szybkim ich rozrostem, zniknie, zdaniem Ribberta, zupełnie, jeżeli się w myśl jego zapatrywań przyjmie, iż komórki nowotworowe nie posiadają wcale większej żywotności od komórek normalnych, i iż przyczyną ich żywego mnożenia się jest jedynie wyzwolenie się ich z organicznego związku tkanek. Dopóki są w tym związku, tkwiąc w nich zdolność rozrodeca jest utajona, przygluszona przez fizyologiczne opory; po zniknięciu tych oporów występuje ona jednak w całej pełni na jaw, chociaż komórki nie nabrały wcale większej żywotności. Ostatecznie więc, jeżeli przyjąć, że komórki nowotworowe nie są żywotniejsze od prawidłowych, a znajdują się w gorszych warunkach odżywienia, to — rozumuje Ribbert — należy je uważać za słabsze i mniej odporne od komórek prawidłowych. Będą więc łatwiej ulegać szkodliwym wpływom zewnętrznym, niż komórki prawidłowe. I tem tłumaczy sobie Ribbert korzystne działanie lecznicze promieni Röntgena i radium, jakie w przypadkach nowotworów coraz częściej obecnie opisują. Pod działaniem tych czynników giną gorzej odżywione, gorzej zaopatrywane komórki nowotworowe znacznie łatwiej, niż komórki tkanek prawidłowych. C.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Thigenol poleca Colasuno (*Nene Therapie*, 1903, Nr. 8), jako dobry lek na wrzody rogówki. Środek ten nakłada się do oka zapomocą pałeczki szklanej; sprawia on krótkotrwałe, nieznaczne pieczenie, dlatego u bardzo drażliwych chorych można posługiwać się mieszaniną jego z gliceryną (1:1 lub 2:1). Martial (*Archives des thérapeutiques*, 1903, 23) stosował tigenol w różnych chorobach skórnych. Dobre wyniki otrzymał w przewlekłych wypryskach, stosując 5—10 proc. roztwór tigenolu; u osesków należy stosować ten środek jako 1 proc. masę. W trądziku zwykłym i różowym pomazuje się miejsca chore 5—10 proc. roztworem tigenolu w wodzie lub wysokoku na noc, zmywając je rano ciepłą wodą. W łuszczycy zaleca autor chore miejsce pędzlować mieszaniną tigenolu z gliceryną w równych częściach i pokrywać potem watą (2 razy dziennie). A.

Działanie **fersanu**, jako leku i środka odżywczego, badał doświadczalnie w pracowni kliniki wewnętrznej w Bolonii Ghezzi, (*Gazz. degli osp. e delle clin.* 1903, 84), oznaczając ilość żelaza we krwi, w moczu i w kale. Badania te potwierdzają zdanie Menzera z kliniki Senatora, że fersan łatwo się wchłania i że o ile wskazane są sztuczne środki odżywcze, może on oddać dobre usługi w blednicy, niedokrwistości u ozdrowieńców i t. d. — Ehrmann zaś podaje wyniki swych spostrzeżeń w przypadkach blednicy, niedokrwistości, neurastenii, krzywicy i u ozdrowieńców, u których stosował fersan (*Therap. Monatschr.*, 1904, marzec). Zdaniem Ehrmanna przewyższa fersan inne podobne przetwory, szybko wywołując przybytek sił i polepszenie stanu ogólnego, przyczem odznacza się także tem, że znacznie podnieca łaknienie. Korzystne działanie fersanu w neurastenii tłumaczy E. tem, że przetwór ten zawiera także fosfor. Równie dobrze działał fersan także u starców, krzepiąc ich siły i u dzieci krzywiczych, które znosiły doskonale dzienną dawkę 6—9 gramów. Ad.

Meierhof zaleca w celu usunięcia czopów woskowiny wkraplanie do uszów eteru czystego lub po polowie z wyskokiem. Pod wpływem eteru woskowina rozmięka na powierzchni, odstaje od ściany zewnętrznego przewodu słuchowego i wypływa przy słabym już prądzie wstrzykniętej wody. (*La Presse médicale*, Nr. 42). K.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 13 maja 1904.

Przewodniczy: Radca Dworu Prof. L. Rydygier. Obecnych członków 32.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia, Prezes wita kol. Doc. Dra Biernackiego, obecnego na posiedzeniu.

II. Kol. Radca Dw. Prof. L. Rydygier przedstawia dziewczynę 15-letnią, u której przed 5-ma dniami wyjął skórzaka podjęzykowego po przecięciu błony śluzowej pod językiem i ponad największą wypukłością guza. Wyłuszczenie nie natrafiało na żadne trudności, podobnie jak w przypadku innym, obserwowanym przed kilkoma miesiącami w klinice. Jamę po wyłuszczeniu guza tamponuje gazą jodoformową. O zakażenie nie ma obawy. Prelegent uważa ten sposób postępowania za prawidłowy.

W dyskusji kol. R. Barącz demonstruje fotografię z przypadku torbiela skórzakowego okolicy krtani, operowanego w lwowskiej poliklinice r. 1893. Obrzęk wielkości jaja kurzego, bardzo twardy, na podgawie nieprzesuwalny i poruszający się przy ruchach polykowych, uważano przed operacją albo za skórzaka, lub za torbielowate zwyrodnienie średniej części gruczołu tarczycowego. Przy operacji w uśpieniu chloroformowym wyłuszczenie tylnej części obrzęku sprawiało znaczne trudności z powodu znacznych zrostów z kością gnykową i krtanią i bardzo rozszerzonych naczyń, przyczem założono wiele podwiązek i obnażono obustronnie gruczoł tarczycowy. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Obrzęk był kształtu gruszki, a węższy jego koniec stanowił podstawę, zrosniętą z kością gnykową i krtanią. Makroskopowo i drobnowidowo przedstawiał obrzęk wszelkie znamiona torbiela skórzakowego (*Autoreferat*).

III. Kol. Doc. Dr. J. Wiczowski mówił „O wartości surowicy przeciwgruźliczej Marmorka“ na podstawie doświadczeń w swoim oddziale tutejszego szpitala. Doświadczał na ośmiu chorych ze stosunkowo nieznacznymi zmianami w płucach. Ani w jednym przypadku nie mógł stwierdzić korzystnego wpływu tej surowicy na przebieg cierpienia. Wykład zakończył uwagami ogólnymi o sprawie powstawania gruźlicy, polemizując z teorią Behringa. W dyskusji przemawiają koll. Stachiewicz, Wernicki, Obtułowicz i prelegent.

IV. Kol. Dr. J. Fels mówił o swych „Spostrzeżeniach nad ostatnią epidemią odry“ we Lwowie, opierając wnioski na 50 przypadkach, obserwowanych w praktyce prywatnej. (Rzecz przeznaczona do druku). Po wykładzie przemawiali koll.: Stauber, Czarnik, Meyer, Kučera, Zabłocki i prelegent.

Herman, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 18 maja 1904 roku.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 23.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II Odczytano w sformułowanym przez kol. prof. Ciechanowskiego streszczeniu projekt organizacji ustawodawstwa zdrojowego, wypracowany imieniem Komisji balneologicznej przez kol. prof. L. Korczyńskiego.

Kol. prof. Ciechanowski dawał wyjaśnienia co do niektórych szczegółów elaboratu.

Kol. T. Piotrowski wnosi, by w projekcie wyraźnie zaznaczonem było, że oddział sanitarny krajowej komisji zdrojowej składać się ma z lekarzy.

Po dyskusji, w której przemawiali jeszcze koll. Gertler i Nartowski, przyjęto projekt w formie, przedstawionej przez Komitet, z dodatkiem, wniesionym przez kol. T. Piotrowskiego.

III. Kol. Jarecki przedstawił i omówił 4 przypadki wad rozwojowych narządu moczowo-płciowego (*ectopia vesicae, hypospadiasis, epispadiasis*), spostrzegane na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łudwika.

IV. Kol. Bier wygłosił zapowiedziany odczyt: „O zakładzie do czyszczenia wody kanałowej w Sanatorium zakopańskim“.

Kanalizacja sanatorium zakopańskiego, odprowadzająca wydalinę mieszkańców, wody z waterklosetów, wszelkiego rodzaju wody użytkowe i wodę kondensacyjną z ogrzewania centralnego, przechodzi u swego końca przed wpustem do potoku przez zakład, urządzonej jako tak zw. zakład biologiczny, którego celem jest oczyszczenie wody kanałowej w tym stopniu, by nie zanieczyszczała potoku „Cichej wody“ do którego wpada zakończenie kanału.

W pierwotnie urządzonej zakładzie komory gnilne znaczne, mała pojemność filtrów oksydacyjnych, wypełnienie filtrów nieodpowiednim

materyałem, nadto zły rozkład pracy, pozwalały na oczyszczenie się wody kanałowej głównie przez przegnicie jej składników, stąd też i wynik oczyszczenia, jak to wynika z przedstawionych przez prelegenta analiz chemicznych, nie był dostateczny, a jakość wody w potoku dawała powód do skarg ludności, zamieszkałej nad nim i używającej zeń wody do celów domowych. Zaproszony przez zarząd sanatorium do oceny pierwotnego urządzenia i podania wskazówek co do przebudowy tego zakładu, zalecił prelegent po porozumieniu się z prof. Bądzińskim przełożenie działalności z komór gnilnych na filtry oksydacyjne z dwustopniową filtracją. Dla filtru stopnia pierwszego przyjęło pojemność 28 m.³, wielkość ziaren koksu o średnicy 30 mm., dla filtra drugiego pojemność 80 m.³, wielkość ziaren koksu 7—10 mm. w średnicy; każdy z filtrów podzielony jest na 2 komory. Filtr pierwszy pracuje dla połowy filtra drugiego, przez co bywa dwa razy częściej w użyciu, niż filtr drugi. Woda na filtrze pierwszym zatrzymuje się pół godziny, na drugim stoi przez 2 godziny. Każda z komór filtra drugiego pracuje dwukrotnie na dobę z wypoczynkiem 7 i 13 godzinnym. Celem zabezpieczenia filtrów od zamulenia urządzono przy wstępie do połączonej z dawnych 3 komór jedynej komory gnilnej osadnik dla ciężkich składników wody kanałowej i sito dla większych składników zawieszonych. Wyniki badania wody kanałowej po przejściu przez zakład, tak przebudowany, tak co do jej własności zewnętrznych, skłonności do gnicia i na podstawie analizy chemicznej, wykazują znakomitą działalność tego zakładu, to też ustały i skargi na zanieczyszczenie wody w potoku i powietrza przy wpuście kanału do potoku. Wymiary filtra drugiego, znaczne ze względu na dzienną ilość wody kanałowej obecnie (30—40 m.³), przyjęto z uwagi na przyszłe możliwe rozszerzenie sanatorium. Przy projekcie obecnego urządzenia kierował się prelegent doświadczeniami, zrobionymi w miastach angielskich i w doświadczalnym zakładzie przy higienicznym zakładzie w Hamburgu.

W końcowym ustępie swego wykładu zastanawiał się prelegent nad zakażeniem potoku zarazkami gruźliczymi, których zakład biologicznego czyszczenia wody kanałowej nie usuwa. Wobec faktu, że każda woda powierzchniowa (potoku, rzeki, slawu) podejrzana jest o zawartość zarazków chorobotwórczych (duru, czerwoni), podnoszenie faktu, że sanatorium zakażało rzekę, nie wytrzymuje krytyki; jedynie wchodzić może w rachubę stopień zakażenia, a i ten wobec ścisłego gromadzenia i niszczenia (spalenia) wydaliny zakaźnych (plwociny) chorych pochodziłby mógł wyłącznie z nielicznych przypadków gruźlicy przewodu pokarmowego i narządu moczowego. Żądanie przeto, by wodę kanałową po jej oczyszczeniu jeszcze odkażano, nie da się usprawiedliwić z uwagi na powyższe rozważania, oraz na znaczny koszt dezynfekcji, tak co do środków, jak i obsługi. Pragnąc jednak zapobiedz i tej możliwości zakażenia większego potoku zarazkami gruźliczymi, urządzono irygację wgłębną ziemi oczyszczoną wodą kanałową przed wpuszczeniem jej do potoku. (*Streszczenie własne*).

W dyskusji zabierali głos kol. Surzycki i prelegent.

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 21 kwietnia 1904 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia, przedstawił kol. Borzęcki kilku chorych po operacjach plastycznych. Wykonanych przez kol. Gogulskiego z powodu wilka nosa i twarzy. Zniszczoną część nosa uzupełniał kol. Gogulski płatem, wziętym z czoła, pozostawiając mostek u nasady nosa; dla zastąpienia błony śluzowej zaginał brzeg płatu ku wewnątrz, robiąc jej zdwojenie, a w celu wzmocnienia płatu skórnoego użył w jednym przypadku płatu, odwiniętego z nasady kostnej nosa. W tych wszystkich przypadkach rany pooperacyjne zagoiły się przez rychłozrost, a wynik kosmetyczny okazał się bardzo dobry. Z takim samym wynikiem wykonał kol. Gogulski operację plastyczną policzka lewego i lewej połowy nosa u innego chorego.

Następnie przedstawił kol. Borzęcki chorego, u którego nowotwór, wychodzący z talerza biodrowego lewego, zajął ściany pęcherza i gruczoł krokowy, przyczem światło cewki moczowej nie uległo zmianom. W dalszym ciągu przedstawił kol. Borzęcki chłopca 12-letniego ze zmianami kily późnej dziedzicznej na podudziu lewym. Leczenie w tym przypadku najrozmaitszymi środkami nie sprawiło prawie żadnego polepszenia, pomimo że chory od roku znajduje się w oddziale.

Wobec tego postanawia kol. Borzęcki usunąć zmiany chorobowe w drodze operacyjnej. Następnie przedstawia kol. Borzęcki chorego, leczonego z powodu wilka ręki, u którego w czasie leczenia wystąpiły liczne guzki na tułowiu w postaci *folliculitis*, bardzo zbliżonej do form tuberkulidów.

Wreszcie przedstawia kol. Borzęcki chorą ciężarną z początkującym wrzodem twardym na wewnętrznej stronie uda prawego i z powiększonymi już gruczołami pachwinowymi.

Kol. Reiss przedstawił wynik leczenia elektrolizą u chorego z krótkim zwężeniem cewki moczowej w okolicy opuszki cewki moczowej. Zwężenie to było tak znaczne, że nie można było wprowadzić słoczka (*bougie*) najcieńszego. Po jednorazowym zastosowaniu elektrolizy można było bez trudności wprowadzić Nr. 18 zgłębnika według skali Charriera, a następnie, rozszerzając codziennie coraz grubszymi zgłębnikami światło cewki, doprowadziło się do tego, że obecnie zupełnie łatwo wprowadza się zgłębnik Nr. 26 Ch. W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss chorego ze zmianami na twarzy, wywołanymi przez włosozrost (*trichophyton* postaci bydłcej). Kol. Reiss ma zamiar zastosować epikarynę, przyczem zaznacza, że zmiany te, pozostawione same sobie, ulegają samowyleczeniu wskutek wyropienia i obumarcia grzyba.

Następnie przedstawił kol. Reiss chorego, przedstawionego już poprzednio, z objawami rzęciecego zapalenia jamy ustnej. Pomimo energicznego leczenia zmiany w jamy ustnej nie ustąpiły, chociaż choremu od sześciu miesięcy nie podawano żadnych przetworów rzęciewiczych. Kol. Łepkowski, do którego odesłano chorego ze względu na stan zębów, sądzi, że zęby spróchniałe bardzo przyczyniają się do podtrzymywania wspomnianego patologicznego stanu jamy ustnej. Następnie przedstawił kol. Reiss chorą, u której *naevus papillaris pigmentosus* zajmuje szyję i lewą połowę klatki piersiowej, sięgając z przodu i z tyłu do linii środkowej, podobnie jak półpasiec. W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss chorego, leczonego elektrolityczną metodą Foxa z powodu nabłoniaka, znajdującego się na łuku jarzmowym lewym. Wynik bardzo dobry, rana po zniszczeniu nowotworze okazuje zdrową ziarninę, a jedynie tylko górny brzeg nowotworu z powodu bliskości gałki ocznej nie można było wystawiać na silne prądy.

Wreszcie przedstawił kol. Reiss u chorego na łuszczyce wynik leczenia maścią eurobinową, pod działaniem której zmiany prawie zupełnie ustąpiły bez współdziałania leczenia wewnętrznego arsenem.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Stopczyński, sekretarz.

VII. Ginekologia u Aretaeusa.

Przyczynek do dziejów ginekologii.

Przez

Dr. Jana Lachsa.

(Ciąg dalszy).

Ustęp dotyczący postępowania w trzecim okresie nie przedstawia żadnego dodatniego postępu. Znaczenie jego polega na negatywnym stanowisku, jakie Aretaeus zajął wobec pociągania za błony, jakoteż i niemniej na tem, że stanowi dowód, iż do wydobywania sztucznego łożyska nie przystępowano odrazu, lecz dopiero po upływie pewnego czasu. Skoro bowiem Aretaeus wspomina o pociąganiu za błony przyrośniętego popłodu, przyznaje tem samem, że czekano pewien czas na jego odejście, gdyż wtedy dopiero można było myśleć o jego przyrośnięciu. Zajmując takie stanowisko wobec pociągania przyrośniętego łożyska, zgadza się Aretaeus z wielu znakomitymi lekarzami świata starożytnego, a przede wszystkim z Celsusem, który przed niebezpiecznym pociąganiem za powinę dawał pierwszeństwo raczej wydobywaniu ręcznemu zaraz po urodzeniu się dziecka⁸⁴⁾ i z Soranusem; ten ostatni radził wprawdzie przed przystąpieniem do ręcznego wydobywania łożyska lekko pociągnąć za sterzące błony, lecz zwraca uwagę na liczne nieszczęścia, jakie wyniknąć mogą ze zbyt energicznego

⁸⁴⁾ Medicina lib. II. cap. XXIX.

pociągania, mając przede wszystkim na myśli wyciowanie macicy. Z tego też powodu gani on postępowanie Hipokratesa⁸⁵⁾, Euenora, Sostratos, Apolloniusa, Mantiasa i innych, którzy w razie przyrośnięcia popłodu czynność swoją ograniczali do energicznego pociągania za błony i za pępowinę, lub też przymocowywali do tych ostatnich ciężarki mające zastąpić rękę ludzką⁸⁶⁾.

Rozdział, w którym Aretaeus wspomina o wydobywaniu łożyska, ma jeszcze inne znaczenie dla dziejów położnictwa. Wspominając o wyciowaniu macicy i o niebezpieczeństwie, stąd dla matki wynikającym, radzi Aretaeus „położnej“ natychmiast macicę odprowadzić. Stąd ważny wniosek, że za jego czasów położne nie tylko odbierały dzieci, lecz także dokonywały zabiegów niektórych, nie wzywając bynajmniej do tego lekarzy, lub też nie czyniąc tego zawsze. Skoro bowiem radzi „położnej“ odprowadzić natychmiast wyciowaną macicę, a tak niebezpieczne wyciowanie uważa za następstwo zabiegu, zmierzającego do wydobywania łożyska, notetwas będzie najbliższym wnioskiem, że i tego pierwszego zabiegu dokonywał nie lekarz, lecz położna. Co więcej, zadaniem położnej było zdaje się nie tylko odebrać dziecko i starać się o wydalenie łożyska, lecz miała ona obowiązek znać i stosować odpowiednie leki, gdyż Aretaeus wymaga od niej, by odprowadzając macicę, zastosowała poprzednio odpowiednie leki. „... καὶ χρομένη πρόσθεν τοῖσι ὑπερῆς μελιζύμασι.“

Ze spraw dotyczących pogoju i noworodka znajdujemy wzmianki jedynie o pokarmie, gromadzącym się w sutkach i o jego podawaniu noworodkowi⁸⁷⁾. Nie zdradza jednak Aretaeus nigdzie swoich poglądów na sposób karmienia. Bardzo jednak zbliżonym do rzeczywistości będzie twierdzenie, że był za przystawieniem noworodka do piersi matki i to wkrótce po jego przyjściu na świat. Zastanawiając się bowiem nad leczeniem omdleń w następstwie chorób serea, radzi takich chorych odżywiać mlekiem, pochodzącym ze sutków kobiet, które niedawno rodziły. Na usprawiedliwienie swojego twierdzenia powiada, że tacy chorzy potrzebują takiego samego pokarmu, jak i noworodki, które dopiero co na świat przyszły. „καὶ γὰρ οὕτως ἀνατροφῆς ὅπως ἀριτέτοι καὶ πικρὸς δέονται.“ Taki pokarm, o ile on tylko pochodzi z piersi młodych położnic, jest rzadki i z tego powodu dostaje się łatwo do rozmaitych części ustroju, a wartość jego odżywcza jest tak znaczna, że już małe jego ilości osiągną pożądany skutek. Najbardziej zbliżonym do mleka matki jest pod względem wartości odżywczej i innych własności mleko osłie.

Cokolwiek więcej uwag, niż w zakresie położnictwa, przekazał nam Aretaeus z dziedziny właściwej ginekologii. Przyczyny tego należy szukać w okoliczności, z którą się u Aretaeusa po raz pierwszy spotykamy. Skoro bowiem inni lekarze starożytni wspominają — z wyjątkiem Celsusa — jedynie o położnych w roli zastępczyń lekarza przy porodzie i u kobiet ginekologicznie chorych, Aretaeus pozostawia ją stosownie do dawnego zwyczaju, przy porodzie jeszcze i nadal, zastrzegając lekarzowi działanie w przypadkach chorób kobiecych niepogogowych. Na tę myśl naprowadza ustęp, w którym się Aretaeus zastanawia nad leczeniem napadu histerycznego, podczas którego radzi jak najprędzej zawiadzić lekarza, by szukał przyczyny napadu. „εἰδὼς ὅν τις ἐν τούτοις καλέστω τὸν ἱητρὸν...“⁸⁸⁾.

Z tego też powodu mogą być w tym przedmiocie możliwie liczniejsze wnioski, które są niemniej charakterystyczne dla szkoły pneumatyków, aniżeli inne rozdziały pism Aretaeusa. W pierwszym rzędzie zajmą nas tu naturalnie rozdziały poświęcone wyłącznie chorobom macicy⁸⁹⁾.

i histeryi⁹⁰⁾, przy czem jednak nie wolno nam i innych rozdziałów spuszczać z uwagi.

Z punktu widzenia ogólnie etyologicznego odgrywa ważną rolę już sam temperament kobiety. Okoliczność, że kobiety są zimniejsze i posiadają większą wilgotność, chroni je wprawdzie od niektórych chorób (στυρίσις), lub przyczynia się do ich szybszego wyzdrowienia, lecz może je znowu z drugiej strony, bardziej usposabiać do innych chorób, które u mężczyzn z powodu ich ciepłego i suchego temperamentu rzadziej występują. „γυναικες δὲ ἀνδρῶν σπῶνται μὲν μᾶλλον ὅτι ψυχραὶ· ἀτὰρ αἰδὲ περιγίγονται μᾶλλον, ὅτι ὑγρῆ“⁹¹⁾. Z innych przyczyn należy tu wymienić ciężę, a mianowicie przedczesne jej przerwanie, nieprawidłowości porodu, jak n. p. wydobywanie łożyska przez pociąganie za błony sterujące, niehigieniczny sposób życia kobiety do czego się zalicza nadużycia pleiowe⁹²⁾, zbyt rzadkie oddawanie moczu⁹³⁾, zaparcie stołca⁹⁴⁾ i t. d. W następstwie tych przyczyn następują choroby, które dziś przypisujemy zaburzeniom odżywczym, zmiany w położeniu narządu rodowego, nowotwory, nieprawidłowości w miesiączkowaniu i histerya. (C. d. n.)

VIII. Sprawa kąpeli mineralnych w Krynicy.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

I. Zbiorniki wody ze źródła Głównego.

Powiększenie liczby łaźni mineralnych w Krynicy jest niezbędne, a ku temu celowi już ujęto źródło Józefa, przeprowadzono wodę rurami i utworzono 7 łaźni na I piętrze. Ale to jest zbyt mało i w najbliższej przyszłości wobec zwiększającej się frekwencji konieczną będzie budowa dużego gmachu o 40—50 łaźniach, a po szeregu lat znowu budowa drugiego tak dużego gmachu, czyli 100 łaźni, któreby wydawały przez sezon około 50,000 kąpeli, a potem jeszcze więcej. Pierwsze pytanie, jakie się tu nasuwa, jest to, skąd wziąć wody mineralnej na kąpiele, jeżeli obecnie jej nie wystarcza na 79 łaźni, a przy wydaniu w ostatnim 1903 roku przez sezon 64,431 kąpeli? Na to zagadnienie rozmaite komisje różne wydawały odpowiedzi, z których najwięcej pono zwolenników liczy zdanie, aby zapomocą głębokich wierceń szukać rozwiązania tej potrzeby wody mineralnej, a nawet obliczono, że takie trzy wiercenia będą kosztowały 45.000 złr. Że takie badanie głębokich warstw ma dużo powabu, że dla nauki samej, jako takiej, może być cennem, temu nie przeczę, ale nie mogę się na nie zgodzić, patrząc się w tym przypadku na sprawę Krynicy ze stanowiska finansowego, w której zaangażowane są już milionowe kapitały, a po części także ze stanowiska lekarskiego, bo źródło główne krynickie zajmuje pierwsze miejsce, jako szczawa wapienno-żelazista w źródłach całej Europy — i jako taka zdobyła sobie, zwłaszcza u całego narodu, zasłużoną sławę — i na tę sławę w dalszym rozwoju baczyć należy.

Głębokie wiercenie uważam za wielkie ryzyko, które w racjonalnych operacjach finansowych bywają źle uważane,

⁸⁵⁾ De sign. et caus. ac morb. lib. I. cap. XI i de curatione ac morb. lib. II. cap. X.

⁸⁶⁾ De sign. et caus. ac morb. lib. I. cap. VI. K. str. 7.

⁸⁷⁾ De caus. et sign. ac morb. lib. II. cap. XI. K. str. 6) i de curat. morb. diut. lib. I. cap. II. K. str. 201.

⁸⁸⁾ De caus. et sign. ac morb. lib. II. cap. X. K. str. 58.

⁸⁹⁾ De cur. morb. diut. lib. II. cap. X. K. str. 287.

⁸⁵⁾ Hipocratis de superfœtatione K. I. str. 463 i 464.

⁸⁶⁾ Soranus lib. I. cap. XXI.

⁸⁷⁾ De curatione acut. morb. lib. II. cap. III. et VII. K. str. 267 i 279.

⁸⁸⁾ De cur. ac morb. lib. II. cap. X. K. 286.

⁸⁹⁾ De signis et caus. diut. morb. lib. II. cap. XI.

a tem więcej w naszym przypadku mogłoby to być uwzględniane tylko wtedy, gdyby Krynicy groziła istotna ruina. Wpierw należy badać gruntownie warunki, a żali niema innych, mniej ryzykownych środków zaradczych, — jak liczne nieujęte jeszcze zdroje okoliczne, — czy przez ich pogłębienie nie uzyskaby się odpowiedniej ilości wody.

Ryzyko głębokich wierceń jest w każdym razie duże, raz dlatego, bo bądź co bądź naraża się istniejący zdroj Główny na zagubę, gdyż to się zdarzało gdzieindziej przy tych badaniach, powtóre naraża się względnie duży kapitał, bo 45 - 60 000 złr., na grę giełdową: zupełną stratę w razie nie osiągnięcia żadnego wyniku realnego, a wątpliwą wartość w razie względnie pomyślnym, jeśli się otrzyma wodę o odmiennym składzie chemicznym lub innych własnościach fizycznych, zatem o odrębnej wartości leczniczej, przez co zmieniłby się musiał cały charakter zdrojowiska. A czy to byłoby korzystnem? — na to odpowiedzieć nie można.

Według mego zapatrywania, olśnieni blaskiem naukowych zdobyczy, zresztą bardzo cennych, nie widzimy przedmiotu, na który patrzymy, nie widzimy zdroju Głównego w Krynicy, który według obliczeń Aleksandrowicza wydaje na dobę 184 896 litrów wody, to znaczy rocznie wydaje 67,487,040 litrów. Licząc na kąpiel 250 litrów wody, to z wody zdroju Głównego możemy mieć 269,948 kąpeli. — W roku 1903 wydano kąpeli mineralnych w Krynicy ze zdroju Głównego i ze zdroju Józefa 64,431, pozostaje zatem nam ponad dotychczasowo wydawane kąpiele wody ze zdroju Głównego jeszcze na 205,517 kąpeli, czyli można mieć z wody tego zdroju jeszcze trzy razy większą liczbę kąpeli, niż dotychczas wydawano. Wobec tak olbrzymiego zdroju i wobec tak wysokiej wartości leczniczej tej wody na nią przedewszystkiem powinno się zwrócić całą uwagę, aby w miarę potrzeby jej używać na kąpiele, a nie marnować odprowadzaniem do rzeki.

Że woda ze zdroju Głównego w Krynicy dobrze daje się przechowywać przez czas dłuższy, to nie ulega żadnej wątpliwości, o czem najlepiej świadczy to, że wodę tę przesyła się we flaszkach i bywa używaną do picia z dobrym skutkiem leczniczym. Główne zasady chemiczne, by woda nie uległa rozkładowi, polegają na tem, by ją chronić od powietrza — tlenu, co przy napełnianiu we flaszkach nie jest dostatecznie uskutecznione, a powtóre, aby się nie wydalił z niej wolny kwas węglowy, czemu przy napełnianiu flaszek zapobiega się częściowo korkowaniem pod strumieniem tego gazu. Jeżeli zatem daje się przechowywać ta woda do picia dla celów leczniczych, to tem pewniej da się to uczynić na wielką skalę na kąpiele, byle były zachowane owe zasadnicze warunki, mianowicie ochrona od powietrza i niedopuszczenie, by wydalał się kwas węglowy. Ochrona od powietrza może tu być daleko dokładniejszą, niż przy napełnianiu do flaszek, gdyż wody nie będzie się czerpało, ale ona sphywać powinna własnem parciem z dolnych warstw zdroju. Skoro dzisiejszy poziom wody jest 1-30 m. od dna, to dla zbiorników należy zrobić odpływ 0-30—0-50 m. od dna, czyli ponad wodę odpływającą będzie jeszcze około 0-80—1-00 metra wody mineralnej. Średnica tej rury powinna być znacznie węższą, niż przypływ wody w zdroju, a obliczona na potrzebę napełniania zbiornika. W dalszym odpływie woda z powietrzem zetknąć się nie powinna, dlatego należy przy odpływie z cembryny umieścić jeden kran, zamykający odpływ wody, a drugi kran w rurze bocznej (tersztyk), po otwarciu którego

możnaby z przyrządu, wytwarzającego kwas węglowy wypełnić nim nie tylko całą rurę odpływową, ale także jedną — półtora — lub dwie komory zbiornika. Mając wypełnione kwasem węglowym te komory zamyka się kran dla kwasu węglowego, a otwiera od wody, która sphywać będzie do zbiornika własnym ciężarem. Aby dokładniej wydalić powietrze ze zbiorników, należy by górna ich ściana była pochyło zbudowaną, a na swym szczycie powinna być szersza rura otwarta przeprowadzona do następnej komory parę ctm. nad poziom dna i takie połączenia powinny być we wszystkich następnych komorach. W ten sposób rurą odpływową najpierw będzie sphywał na dno komory kwas węglowy, a podnosząc się zwolna w miarę dopływu wypychać będzie powietrze do następnej komory. Gdy się zaprzestanie napełniania komór gazem, otwiera się kran z wodą zdroju, która sphywa na dno, mając cały słup bezwodnika kwasu węglowego nad sobą, który wypychać będzie do komory drugiej. Gdy komora pierwsza napełni się wodą, to ona pocznie sphywać od szczytu tej komory, tą samą rurą, którą płynął kwas węglowy, do komory II-giej, a kwas węglowy sphywać będzie do komory III-ciej it. d. tak, że cały szereg zbiorników zapełni się wodą zdrojową, a ostatni zbiornik nieco większy przeznacza się na kwas węglowy, który może być więcej zagęszczony przez zamknięcie odpływu gazu wcześniej, niż się wypełni wodą komora przedostatnia. Będzie to zatem jedne wielkie naczynie spółkujące, którego koniec będzie zamknięty komorą ze zgaszczonym kwasem węglowym, a którego początek będzie zamknięty warstwą ciągle świeżej wody mineralnej, mającą 1 metr wysokości. Takie zamknięcie byłoby zarazem klapą bezpieczeństwa dla rozszerzalności wody w zbiorniku pod działaniem wahań ciepłoty, przed którymi naturalnie należy zbiorniki możliwie najbardziej zabezpieczyć. Można też przy zdroju zamknąć zbiornik kranem, który umieszczono przy cembrynie.

Czerpanie wody do kąpeli powinno się odbywać zapomocą pompy tłoczącej, dla której każdy zbiornik miałby szczerlnie zamknięty otwór duży, aby w razie potrzeby można zbiorniki oczyszczać i w tem zamknięciu powinno się znajdować pomieszczenie na rurę pompy, szczerlnie osadzoną. Pompowanie powinno się zaczynać od zbiornika ostatniego z wodą, a sąsiadującego ze zbiornikiem z bezwodnikiem kwasu węglowego; w ten sposób wydalać wodę, będzie się zbiornik napełniało kwasem węglowym, a otwartym kranem w miejsce wydalonego kwasu będzie napływało powietrze; w ten sposób przy czerpaniu wody ta ostatnia nietylko nie zetknie się z powietrzem, ale będzie od niego oddzielona całą komorą kwasu węglowego, który łatwo w razie potrzeby i doświadczeń zagęszczać można.

Ponieważ dopływ wody ze zdroju będzie powolniejszy, niż jej czerpanie do kąpeli, dlatego rury w komorach powinny być o średnicy znacznie większej, niż średnica rury, biegnącej od zdroju do pierwszej komory.

Taki zbiornik na wodę ze zdroju Głównego na 50.000 kąpeli o pięciu komorach na wodę i szóstej na kwas węglowy obejmowałby przestrzeń przy 4 metrach wysokości, — 30 m. szerokości, a 122 metry długości, — taka przestrzeń ziemi, a nawet znacznie większa, da się uzyskać za dzisiejszemi łazienkami borowinowemi, w miejscu których stanęłyby nowe łazienki mineralne. Wykonanie takiego zbiornika z cementu, według cen niedawno dokonanego zbiornika wodociągowego

w Krynicy, licząc po 13 złr. za 1 m³. ścian i dna, a po 16 złr. nakrycia, kosztowałby około 63.000 złr. Budowa łazienek mineralnych na tymże zbiorniku przypuścimy, że kosztowałaby 77.000 złr., czyli razem 140.000 złr., to 4% od tej sumy wynosi 5 600 złr. Gdy zaś za 50,000 kąpielii po 90 ct. wynosiłby dochód brutto 45.000 złr., to kapitał włożony przyniosłby odsetek bardzo wysoki.

W rozwoju dalszym Krynicy tym samym systemem możnaby było powiększać te zbiorniki i budować nowe łazienki, gdyż pozostaje nam jeszcze wody na 150,000 wanien.

Sprawa ta, teoretycznie tu przedstawiona, wymaga jednak należytego opracowania zawodowego, zarówno ze strony balneotechnicznej, jak też chemicznej; dlatego najlepiej było, aby właściciel zdrojowiska Krynicy rozpiisał konkurs i tą drogą zainteresował ludzi zawodowych, przeprowadził następnie doświadczenia na miejscu i ten doniosły problemat rozwiązał na bardzo długi szereg lat.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16 czerwca.

* Rektorem Uniwersytetu Jagiell. wybrany został profesor fizjologii Dr. Napoleon Cybulski.

* Dnia 11 b. m. odbyło się w Rabce poświęcenie nowego budynku Kolonii leczniczej dla dzieci skrofalicznych. Z Krakowa przybyło na tę uroczystość liczne grono, złożone z członków Komitetu „Opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie“, opiekunów, życzliwych dla tej instytucji, duchowieństwa i t. d., mając na swem czele kuratora i twórcę „Kolonii leczniczej“ profesora M. L. Jakubowskiego. - Przed rozpoczęciem aktu poświęcenia, przemówił kurator, podając szczegóły dojścia do skutku „Kolonii leczniczej“ i wyjaśniając jej znaczenie nie tylko lecznicze, lecz i społeczne, zapobiegające szerzącemu się zwyrodnieniu i przerażającej śmiertelności z gruźlicy. Po poświęceniu, którego dopełnił ks. kanclerz Bandurski, tenże złożył życzenia dla rozwoju szlachetnych celów i zamiarów Stowarzyszenia, które nową instytucję dźwignęło, a w szczególności w słowach serdecznych uwydatnił tyle pożyteczną i zasłużoną działalność prof. Jakubowskiego na polu opieki nad choremi dziećmi.

Istnienie „Kolonii leczniczej“ w Rabce nie jest obce czytelnikom „Przeglądu lekarskiego“: w corocznych uwagach naszych o „Sprawozdaniach opieki szpitalnej w Krakowie“ uwydatnialiśmy zawsze stopniowy rozwój „Kolonii“, która właściwie istnieje już 17 lat. Nowy budynek stanął na placu odosobnionym, otoczony poiami i znajduje się w niewielkim oddaleniu od lasu; wielkie okna, wysokie izby, oszalowanie ścian na zewnątrz i wewnątrz, styl zakopański w całości i w szczegółach, zdrowa i smaczna woda czynią ten nowy zakład nie tylko najgruntowniej obmyślanym i odpowiednim celowi, lecz bez przesady pięknym: piękność architektoniczna harmonizuje tu najzupełniej z pięknem duchowym, które to dzieło zbożne natchnęło i dźwignęło. W pierwszym sezonie leczyc się będzie w „Kolonii“ dzieci skrofalicznych 60, w drugim — 75.

* Lekarze krakowscy, którzy brali udział w akcie poświęcenia nowego budynku „Kolonii leczniczej“ w Rabce, zwiedzili tamtejszy zakład zdrojowy, oprowadzeni przez właściciela Dr. Kadena. Żadne inne zdrojowisko nie jest w stanie wykazać się tak szybkim, a zarazem umiejętnie pomyślanym rozwojem, jak to się stało w Rabce: dawny zakład zabudowany niegdyś koszarowo w czworobok z punktem ciężkości ku rzece Słonce, znikł: wszystkie nowe, najlepsze i wytwornie urządzone domy znajdują się obecnie na najwysokojszym wzniesieniu rabezańskiej pochyłości (540 m. nad pow. morza), przez co posiadają najlepsze powietrze, rozległy widok i obfite światło. Obszerne wzgórce poza zakładem, mierzące 50 morgów, dawniej będące w uprawie rolnej i często nawożone podczas nieskończonego jeszcze sezonu, zostało nabyte przez obecnego właściciela, zalesione i stanowi dziś uroczy park spacerowy. Zarząd zaprowadził maszynę dynamo-elektry-

czną i przy pomocy tego motoru napełnia wodą mineralną 4 zbiorniki, które są ze swej strony połączone z budynkiem kąpielowym. Do najcenniejszych urządzeń należą: zaprowadzenie w zakładzie rabezańskim wodociągu, domu izolacyjnego, pogłębienie studzien, a tem samem zwiększenie wydajności źródeł, pomnożenie liczby zbiorników na wodę mineralną, wybudowanie nowych łazienek, zbudowanie łazienek dla kąpeli borowinowych i zabiegów wodoleczniczych, pomnożenie liczby domów o mieszkaniach wybornie urządzonych, skanalizowanie obszaru zakładowego, wybudowanie hali dla gimnastyki leczniczej, zaprowadzenie oświetlenia elektrycznego, zakupienie przyrządu Sheringa dla odkażania mieszkań formaliną i t. d. Pobieżne to wyliczenie ważniejszych zmian w rozwoju zdrojowiska rabezańskigo, jakie wpadły w oko przy jego zwiedzaniu, niech świadczy o chwalebnych usiłowaniach zarządu do postawienia Rabki w rzędzie zdrojowisk najlepiej ze względu na cel urządzonych.

* Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się w niedzielę dnia 26 czerwca 1904 r. o godzinie 12 w południe, w lokalu Towarzystwa (ul. Dominikańska, 11).

* Posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się dnia 25 czerwca 1904 r. o godzinie 5-tej w lokalu Izby (ul. Św. Krzyża, 7). Na porządku dziennym: 1) Sprawozdanie przewodniczącego z czynności administracyjnych (a) stosunków Rady honorowej do władz politycznych; b) zmiana § 43 *lit. e*; c) praktyka wędrowna; d) sprawa t. zw. »specyfików«; e) memoriał o działalności Izby w ubiegłym dziesięcioleciu; f) lekarze więzienni; g) świadectwa lekarskie dla wojskowych. 2) Sprawozdanie z czynności Rady honorowej 3) Sprawozdanie Komisji kontrolującej. 4) Sprawozdanie dotyczące taryfy lekarskiej i ewidencji. 5) Wnioski Wydziału (a) w sprawie funduszu zapomogowego przy wiedeńskim Związku towarzystw lekarskich; b) w sprawie lokalu Izby w domu Tow. lek. krak.; c) w sprawie krajowej Kasy chorych lekarzy; d) w sprawie lekarzy kolejowych; e) w sprawie Zjazdu w Wiedniu. 6) Wybór delegata na wiec Izby w Salzburgu.

* Dnia 25 z. mies. nastąpiło pochowanie zwłok ś. p. Leona Nenckiego na kalwińskim cmentarzu w Warszawie. Nad grobem przemówił Dr. Nussbaum i prof. Bogucki.

* W Nr. 12 „Głosu lekarzy“ znajdujemy „Odezwę“ wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy, wzywającą ogół członków tego stowarzyszenia do utworzenia funduszu pensyjnego dla lekarzy, wdów i sierót po lekarzach. Dla dopięcia tego celu wydział przedstawia członkom Tow. samopomocy projekt nabywania za gotówkę od wydziału Towarzystwa w Krakowie, względnie od zarządu Reprezentacji lwowskiej znaczków stemplowych po 4 halerze za znaczek, które lekarz przyklepia na receptach i na tej drodze odbiera od pacjentów kwotę wypłaconą za znaczki, która zostaje bezzwłocznie przelana do funduszu pensyjnego. »Byłoby ideałem naszym (słowa odezwy), ażeby żadna recepta nie dostawała się do apteki bez znaczka. W tym celu winni lekarze żądać od każdego pacjenta, obok honorarium, należytości za znaczek w kwocie 4 halerzy.« W dalszym ciągu zwraca wydział Tow. samopomocy uwagę na tych chorych, od których lekarz dla pewnych powodów nie chce przyjąć honorarium; od takiego chorego możnaby zażądać, »aby przynajmniej pewną ilość znaczków zapłacił«. Przedewszystkiem zaś (słowa odezwy) »powinno być stemplowane recepty, wydawane chorym, żądającym porady bezpłatnie.« Wydział oblicza, że gdyby wszyscy lekarze w Galicyi przyjęli ten projekt i gdyby każdy tylko trzy recepty ostemplował dziennie, to suma zebrana wynosiłaby 156 koron dziennie. Znaczki stemplowe można zamówić za gotówkę u członka wydziału Dr. Kazimierza Flisa za pomocą przekazu pocztowego, przesyłając równocześnie pieniądze na taką liczbę znaczków, ile się żąda.

* Grono kolegów, przyjaciół i czcicieli ś. p. prof. R. Trzebieckiego, z prymaryuszem Dr. Bogdanikiem na czele, postanowiło uczcić pamięć przedwcześnie zgasłego kolegi i w przybytku, w którym niestety tak krótko, ale tak pożytecznie pracował, t. j. w pawilonie chirurgicznym krakowskiego szpitala św. Łazarza, zawiesić jego portret. Inicytorowie tej myśli upraszają przyjaciół ś. p. prof. Trzebieckiego, ażeby się przyczynili datkiem do ziszczenia tego pięknego pomysłu.

* Między 31 maja a 6 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (2 gm.), drohobyckim (1 gm.), gródeckim (1 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), mościskim

(4 gm.), niskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), rawskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), starosamborskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), tłumackim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), złoczowskim (2 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Jeden przypadek ospy zaszedł w mieście Lwowie.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Weber, lekarz szpitalny, otrzymał tytuł profesorski w Berlinie. Prof. nadzw. warsz. uniwersytetu, dr. Brusianin, mian. prof. zwyczajnym. Dr. Rupp otrzymał tytuł profesora w Marburgu.

Nekrologia. Dr. Teodor Liese, b. lekarz kolei nadwiślańskiej, zmarł w Warszawie. Józef Długoborski zmarł w Kijowie, licząc lat 56. Dr. Wacław Dobkiewicz, lekarz praktyczny zmarł w Kijowie w 32 r. życia. Dr. Konstanty Seweryn zmarł w Warszawie. Dr. Adam Zarzecki zmarł w Moskwie.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 6. Biegański: Gruźlica u żydów. Lande: Przyczynę do nauki o obrzękach pochodzenia nerwowego. Putermann: Kilka słów w sprawie aglutynacji. Nowy odczynnik: »typhus diagnosticum« (dok.). Rzętkowski: O odporności w stanach zakaźnych (dok.). Sterling: O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Z. 4. Seńkowski: Własności i stan chemiczny substancji zębów. Klinkovsteyn: Sposób ułatwiający nadanie właściwego konturu plombom porcelanowym.

— *Głos lekarzy* Nr. 12 zawiera: Po roku pracy. — Odezwa Towarz. samopomocy lekarzy. — Położenie materialne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicji. — Położenie materialne lekarzy praktyków na prowincji (c. d.). — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — Taryfa lekarska (c. d.). — W sprawie szpitala św. Zofii. — W sprawie duru płamistego

— *Krytyka lekarska* Nr. 6. Bujak: Wielka fundacja szpitalna z pierwszej połowy XVII wieku. Hewelke: W kwestji t.zw. »świadomości«. Polikier: Pia desideria — garść luźnych uwag i aforyzmów o potrzebie reformy medycyny. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 23. Jankowski: Przyczynę do leczenia operacyjnego przedziurawień jelita w przebiegu duru brzuszego (dok.). Sterling: O porażeniu astenicznem (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 23. Śp. Leon Neneki (wspomnienie pośmiertne). Pruszyński: O wpływie adrenaliny na układ krwionośny (c. d.). Janczarowicz: Przypadek pleśniicy żołądka, wywołany przez nieopisywanego dotychczas pasorzyta, oraz ogólny pogląd na obecność pleśni w żołądku i na ich znaczenie kliniczne (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Z. 6. Majewski: O gruźlicy oka. Gerzabek: O znaczeniu pozycji Walcherowskiej w położnictwie (c. d.).

— *Zdrowie* Z. 6. Serkowski: Nowe prądy w zakresie higieny mleka. Dominikiewicz: O rozprzestrzenianiu zarazy przez nabiał. Stojanowski: Wpływ rasy i paszy na jakość i ilość mleka u krów. Kwaśniewski: Stau obór w Łodzi i okolicy. Reutt: Higieniczne znaczenie emalii naczyń. Flaczyński: O higienicznej wartości laku.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 23. Scherer: Aetiologie Bednárových aph. Zahradnický: Zpráva o 60t kylách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.). Krlin: Příspěvek k odstranění technických obtíží při subkutánních paraffinových prothésách (c. d.). Janátka: Išel jako lázeňské místo pro nemocí dýchadel

— *La Presse médicale* Nr. 44. Halluin: Mięśnienie serca Bayeux: Podwiązka elastyczna pięści dla badań sfigmomanometrycznych tętnicy promieniowej.

— Nr. 45. Sabouraud: Choroby skórne na tle łojotokowem. Zimmern: Fyziologia prądu elektrycznego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 23. König: Chirurgia przed 50 laty a dzisiejsza. Maragliano: Leczenie swoiste i wstrzykiwania ochronne przeciw gruźlicy. Barjansky: Maretyn i jego działanie przeciwgorączkowe. Heller: Zapalenie żył na tle rzeżączkowem. Glücksmann: Cele postępy i znaczenie ezofagoskopii. Rosenfeld: Proces tłuszczzenia (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 23. Helly: Doświadczalne badanie białych ciałek krwi i komórek wycpiniowych. Hamburger i Sperk: Biologiczne badanie wchłaniania białka w jelitach. Heyrovsky: Prątek grypy jako czynnik zapalenia woreczka żółciowego. Salom: Leczenie gorącym powietrzem niektórych chorób płciowych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 23. Wesener: Rozpoznanie i zapobieganie durowi brzuszemu. Baermann i Linser: Działanie miejscowe i ogólne promieni Röntgena. Müller: Leczenie chorób skórnych promieniami Röntgena. Vörner: Uczynienie trwałym rozczynu octanu glinowego. Strzyżowski: Czy nasze odtrutki na arsen są zawsze wolne od arsenu? Abderhalten i Bergell: O epinefrynie. Wertheimer: O działaniu rozpoznawczem i leczniczem nakłucia łądzwiowego w zapaleniu opon mózgowych. Schott: Psychiatryczne zadania lekarza praktycznego. Hartung: Przypadek wylezionej przetoki moczowodu. Reissner: Ułatwienie przy stosowaniu sfigmografu Jaqueta. Funke: Nowa szyna podudzia. Jesionek: Leczenie naświetlaniem metodą prof. Tappeinera (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 24. Scagliosi: Odosobniona gruźlica osierdzia. Gaudiani: Przebieg do tchawicy zropiałego chłonnego gruczołu gruczołowego. Mackenzie: Przypadek zaburzenia w przewodnictwie podniety mięśnia sercowego. Studziński: Przyczynę do nauki działania w cukrzycy „essentia antimellini composita“. Piątkowski: O nowej własności prątków gruźliczych i innych niobarwiających kwasów. Nicolaysen: Spostrzeżenia nad nagninną żółtaczką nieżyłową. Bouma: Kliniczna metoda ilościowego oznaczania barwika żółciowego w moczu. Beck: Procesy kostnienia żył w świetle Röntgena. Róna: Leczenie ran przepony. Toff: Styptol m ginekologii. Pfister: Dwa osobliwe przypadki wrodzonego zniekształcenia.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 23 (od 5/VI do 11/VI) urodziło się dzieci: żywo: chl. 35, dz. 18; nieżywo: chl. 2, dz. . — Zmarło: miejscowych: męż. 9, kob. 16; zamiejscowych: męż. 17, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 16, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krtusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płońca: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 5, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka pługowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 4, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 42, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwasnicki.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Woda Krościeńska ze źródła Stefana

o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.

Zamówienia przyjmuje także Zarząd Źródłowy w Krościeńsku nad Dunajcem.

Główny skład dla Galicji i Bukowiny:

Pomiędzy naturalnymi wodami szczawowymi zajmuje

Woda Krondorfska

alkaliczna
szczawa podług analiz
naszych pierwszych powag
jakościowo naczelnie miejsce.

Pererlberger Schenker, Kraków, Grodzka 46.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. Jekels, właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. Damański Emanuel.
Dr. Gabryszewski, docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. Stauber.

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. Witeczak, kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. Zanietowski Józef, jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetyetyczna, otwarta od Maja do końca
Października.

Dr. Tarnawski, kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. Cercha Maksymilian.
Dr. Dębicki Klemens, („pod Jeleniem“).
Dr. Ebers, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. Kmietowicz.
Dr. Kopff Leon, lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. Lewicki Stanisław, asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. Lorentski.
Dr. Wąsowicz Z., („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.

Dr. Zakrzewski, kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.

Dr. Niedzielski St., dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. Daniłowski Br., asystent dyrektora.

Rabka.

Dr. Lang, lekarz okr.
Dr. Supiński Edmund, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. Dukiet.
Dr. Regiec J.
Dr. Wajgel Eugeniusz, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr. Gorski Ksawery, lekarz zakł., kierownik Zakładu
wodoleczniczego górnego.
Dr. Hammerschlag Rudolf, (dom „pod Attylą“).
Dr. Kołaczkowski J., kierownik Zakładu wodoleczniczego
dolnego i pensjonatu.

Truskawiec.

Dr. Krzyżanowski E., radca ces., lekarz zakł.
Dr. Pelczar Z.
Dr. Praszil Tad., b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.

Dr. Majewicz Edmund, Przechnica.

Żegiestów.

Dr. Piotrowski Tymoteusz, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. Kümmerling, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austria górna).

Dr. Feuerstein Leon, („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr. Filipkiewicz Stefan, lekarz zakł.
Dr. Wobr, lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. Steinsberg, („Goldener Brunnen“).
Dr. Zeitner Józef, (dom „Stadt Paris“).

Gleichenberg.

Dr. Bulikowski St., (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)

Dr. Oransz M., (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. Biernacki E., docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. Kaufmann Oskar, (Sprudelstrasse, „Paseba“).
Dr. Kołaczkowski, („Stadt Athen“).
Dr. Kostecki, (zimą w Abbazyi).
Dr. Kretowicz, (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. Kropf Leon, (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. Maleszewski Wl., (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.

Dr. Chłapowski Franciszek, radca sanitarny.
Dr. Maciejewski J., (Villa „Elsa“).

Kołobrzeg.

Dr. Weissenberg Józef, (zimą *Nervi*).

Marienbad.

Dr. Dobija Fr., (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan“).
Dr. Harajewicz Wład., (Villa „Wahnfried“).
Dr. Kwiatkowski St. B., („Stadt Hamburg“).
Dr. Schermant J., (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. Binder, kier. i właściciel sanatorium „Stefania“.

Nauheim.

Dr. Jankowski Fr.

192

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“ PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfogujakolowy

i

Syrup Sulfogujakolowy
z Kola.

W działanośći zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisji Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfogujakolowy kosztuje 2-00 K.

Syrup Sulfogujakolowy z Kola kosztuje 2-50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca:

ustalonej sławy

WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolasha pierwsze w Austrii

w r. 1870 wprowadzone.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędných powag lekarskich i naukowych.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbabarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

JAWORZE koło Bielska na Ślązku.

Zakład leczniczy, położony na wysokości 380 metrów w bezpośrednim sąsiedztwie pasma Beskidów, ponad 1000 metrów wysokiego Zakład wodolecznicy i elektryczny, nowo urządzone kąpiele borowinowe. Sanatorium zimowe, piękny park, nadający się do kuracyj terenowych i klimatoterapii. Restauracya we własnym zarządzie, wygodne mieszkania po niskich cenach. Stacya kolei, poczta, telegraf. apteka na miejscu. Kierownictwo lekarskie objął dr. Zanietowski, b. asystent uniwersytecki i b. lekarz w „Therapia-Palace“ i kierownik Zakł. leczniczych Informacyi udziela administracya.

301

CARL FORNER.

Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból usmierzające wyrobu Eugeniusza Matuli, aptekarza w Radomyślu koło Tarnowa



Maść ta z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćcowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający! 81

Sposób użycia: miejsce zboleiałe, naciera się 2-3 razy dnia, po czym je owija wata lub flanelą.

Expedyowaną bywa, tylko w słoikach oryginalnych po cenie 1 kor. 40 i większych po 5 koron.

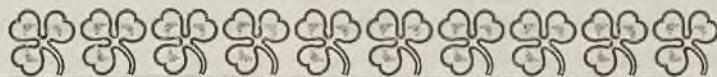
Broszury i próbki dla WPP. Lekarzy na żądanie franko. przesyła apteka Eugeniusza Matuli Radomyśl koło Tarnowa.

Składy we wszystkich aptekach.

Prof. Dr. L. Korczyński

ordynuje, jak dawniej od 1 czerwca 189

w Szczawnicy.



GINEKOLOGIA

pismo poświęcone chorobom kobiecym i położnictwu wychodzi w Warszawie co miesiąc w zeszytach objętości 4 arkuszy druku.

Przedpłata roczna: Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Redaktor:

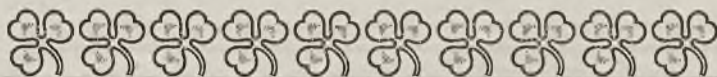
Dr. Czesław Stankiewicz.

Adres Redakcyi:

Złota 3, w Warszawie.

162

Zeszyt okazowy na żądanie.



SANATORYUM DRA RÖMPLERA

116

DLA CHORYCH PIERSIOWYCH

GÖBERSDORF NA ŚLĄZKU (550 m).

DYREKTOR: DR. JOEL. * PIERWSZORZĘDNY ZAKŁAD W PRZEPYSZNYM POŁOŻENIU. * WIELKIE LEŻALNIE, DEPTAKI, OŚWIETLENIE ELEKTR., WINDA DLA CHORYCH.

ILLUSTROWANY PROSPEKT.

Serravallo's

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety.

Odnaczone kilkakrotnie. — Przeszło 2500 orzeczeń lekarskich. — Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki. 115

J. Serravallo * Triest-Barcola.

Dr. Michał Śliwiński

168

ordynuje jak dawniej w KARLSBADZIE, Mühlbrunnstrasse, „König v. Preussen“.

L. 1572/904.

Konkurs.

Wydział powiatowy w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Liszkach dla 23 gmin i 10 obszarów dworskich z placą stałą 1200 kor. i z ryczałtem na kosztą podróży 500 koron.

Kandydaci mają wykazać: 1) prawo obywatelstwa austriackiego; 2) dyplom doktora medycyny; 3) znajomość języków krajowych; 4) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim; 5) dostateczną fizyczną zdolność (przez świadectwo c. k. lekarza powiatowego).

Prawa i obowiązki, z tą posadą połączone, określone są §§ 7 i 8 ustawy z dnia 2 lutego 1891 L. 17 dz. u. kr. i rozporządzeniem wykonawczem Nr. 82 i 83 dz. u. kr. z roku 1891.

Posada obsadzona będzie z dniem 1 września 1904 r. prowizorycznie na rok 1, — potem może nastąpić stabilizacja.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego w Krakowie najpóźniej 31 lipca 1904.

Kraków dnia 31 maja 1904. 195

Prezes: *J. Skirliński.*

Sekretarz: *Stafiej.*

W rozwoju upośledzone
chorowite
słabowite
krzywice
zołzowe

Dzieci

należy kąpać z dodatkiem

Mattoniego Borowiny

Trwanie kąpieli, ciepłotę i ilość borowiny oznacza lekarz.

Skutek nadzwyczajny

już po kilku kąpielach.

Borowinę Mattoniego dostać można w aptekach, drogueryach i składach wód mineralnych.

KARLSBAD

Alte Wiese „Drei Staffeln“

182

Dr. W. MALESZEWSKI

b. asystent kliniki lekarsk. Uniw. Jagiell.

ordynuje jak lat ubiegłych.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0.05, wapnia 0.10, potasu 0.06, sodu 0.06, chininy 0.005, i strychniny 0.00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach jest nieocenionem tonicum dla ozdrowieńców; bywa też podawany w pierwszorzędnym klinikach, jak w klinice Radey dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felsereicha, prof. Fingera, prof. Mrąčka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicji wschodniej w aptece Piotra Mikolasa we Lwowie — dla Galicji zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Waitzner Boulevard 17.

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY

Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przpisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS

Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Słabości wątroby i organów zóć wydzielających.

VICHY-HOPITAL

Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.