

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki.

Podał

Prof. Dr Witold Orłowski (Kazań).

(Ciąg dalszy).

Przejdę teraz do krytycznej oceny doniosłości upośledzonego trawienia i wessania białkanów w przewodzie jelitowym dla dyagnostyki schorzeń trzustki. Stan taki t. zw. »azotorrhoea«, przejawia się zawartością znacznych ilości azotu w wypróżnieniach, drobnowidowo zaś i nieraz przy badaniu gołem okiem obfitą ilością nieprzetrawionych włókien mięsnych w kale. Już badania Abelmana⁴²⁾, de Renzi⁴⁷⁾, braci Cavazanni⁴⁸⁾, Sandmeyera²⁰⁾, Osera i innych wykazały, że ilość nieprzyswojonego azotu u psów z wyciętą całkowicie trzustką dochodzi do 46—56% (Abelmann), zamiast prawidłowych 2—10%, maximum 8—10% i o wiele przewyższa prawidłową ilość nawet w przypadkach częściowego wycięcia tego gruczołu (u Sandmeyera — 38%). Znaczne obniżenie przyswajania azotu resp. białkanów w schorzeniach trzustki stwierdziły również badania kliniczne Flesa^{*}), Harleya^{*}), le Nobela^{*}), v. Ackerena^{*}), Lichtheima⁴⁹⁾, Osera, Deuchera³²⁾, Brugscha²⁷⁾ i wielu innych. Lecz i w tej sprawie, jak to widzieliśmy już co do stolców tłuszczowych, stopień zaburzenia wessania przetworów azotowych w przewodzie jelitowym okazał się przy schorzeniach trzustki o wiele mniejszy, niż w doświadczeniach na zwierzętach. Istotnie, przy zupełnym wyłączeniu dostawania się do przewodu jelitowego samego tylko soku trzustkowego utrata N z kałem dochodzi u chorych średnio do 21.1% (Brugsch) — 27.3% (Deucher), przy jednoczesnym zaś zatkaniu przewodu żółciowego wspólnego 33.7% (Brugsch), wreszcie przy żółtaczce bez zmian trzustki 4.14% (Schmidt) — 10.8% (Brugsch) — 11% (Müller). Wobec tego, że i te liczby przy schorzeniach trzustki są dość wysokie, zdawałoby się, że obecność t. zw. »azotorrhoea«, dochodzącej do 33% utraty azotu, możnaby uznać, zgodnie z Brugschem, za pewny wskaźnik schorzenia trzustki, brak zaś tego objawu za wskaźnik zdrowego stanu tego gruczołu; wreszcie utratę azotu, nieprzekraczającą 11%, możnaby pod warunkiem istnienia żółtaczki, uznać za objaw, przemawiający przeciwko schorzeniu trzustki. Jednak już dane doświadczalne nie prze-

mawiają na korzyść takiego zdania. I tak, w jednym z doświadczeń Osera, w którym trzustkę całkowicie wycięto, nie nastąpiły żadne zaburzenia w przebiegu spraw trawienia i wessania tłuszczów i białkanów w jelitach; częściowe wycięcie trzustki w doświadczeniach niektórych badaczy (Oser i inni) również nie zawsze miało w następstwie zaburzenia w trawieniu i wessaniu białkanów. Niemann²¹⁾ podwiązywał przewody trzustki i również przekonał się, że zużytkowanie białkanów prawie nie ulegało zmianom. Spostrzeżenia kliniczne również dość często wykazują przypadki nawet ciężkich schorzeń trzustki, które przebiegają bez »azotorrhoea«. Godnym zaznaczenia jest tu przypadek Körtego, w którym pomimo całkowitego wycięcia trzustki z powodu jej raka, po operacji nie było żadnych objawów braku czynności trzustki, oprócz krótkotrwałego cukromoczu. Podobny prawidłowy przebieg wessania przetworów azotowych u chorych na trzustkę zależy od zastępczej czynności innych soków trawiennych, trawiących białkany, od działania wydzieliny wewnętrznej trzustki i innych narządów na sprawy wchłaniania w jelitach (Fleckseder, Falta). Pouczające są pod tym względem zwłaszcza nowsze doświadczenia Morelliego⁵⁰⁾, Marrassiniego⁵¹⁾ i Abderhaldena z Pinkussohnem⁵²⁾. Pierwszy z tych badaczy znajdował w ciągu długiego czasu w wypróżnieniach psa po całkowitem wycięciu trzustki zaczyn proteolityczny, Marrassini spostrzegł u królików po podwiązaniu przewodów trzustkowych takie zmiany niektórych gruczołów dwunastnicy, że te gruczoły nabierały przynajmniej postaciowo ogromnego podobieństwa do pierwiastków gruczołowych trzustki. Wreszcie Abderhalden i Pinkussohn, wprowadzając pod skórę psom obce białko, stwierdzili zjawienie się w osoczu ich krwi zaczynu, który rozkładał sztuczne peptydy, więc t. zw. fermentu peptolitycznego, pomimo że krew psów takiego zaczynu wcale nie zawiera. Jeśli dane Morelliego i Marrassiniego przemawiają za tem, że gdy sok trzustkowy nie dostaje się do jelit, możliwe jest jego zastąpienie sokiem innych gruczołów, jak również sokiem gruczołów dwunastnicy, które uległy nawet zmianom w budowie, to doświadczenia Abderhaldena i Pinkussohna uprawniają do powzięcia myśli, że błona śluzowa jelit cienkich może w warunkach chorobowych ustroju nabierać zdolności wydzielania zaczynu, który jest zdolny zastąpić sok trzustkowy, jeśli trzustka go nie wytwarza. Wreszcie należy przypomnieć, że oprócz głównej masy trzustki znajdowano w pewnych przypadkach w błonie śluzowej żołądka, dwunastnicy i jelit cienkich grudki gruczołowe o budowie trzustki, słusznie nazwane dodatkowymi gruczo-

*) Przytaczam według Osera.

łami trzustkowymi. W naszym piśmiennictwie podobne przypadki podał Gliński⁵³⁾, a Roblée⁵⁴⁾ do r. 1909 zebrał z piśmiennictwa 70 przypadków »trzustek dodatkowych«. Te gruczoły mogą również brać na siebie czynności trzustki w razie jej schorzenia, powikłanego z ustaniem dostawiania się jej soku do przewodu jelitowego.

Dzięki tym mechanizmom regulującym, sprawy trawienia i wessania białkanów mogą przebiegać w schorzeniach trzustki zupełnie prawidłowo. Brak więc t. zw. »azotorrhoea« wcale nie daje nam prawa wyłączać stan chorobowy trzustki lub chociażby czynnościową jej nieomogę. Obecność znów »azotorrhoeae«, kierując baczniejszą naszą uwagę na trzustkę, nie może być uznana za nieomylny wskaźnik jej schorzenia; takż bowiem objaw spostrzegamy również w innych stanach chorobowych, w których może on dochodzić do stopni znacznych — 2% i więcej utraty N, np. przy ostrym niezycie jelit cienkich, skrobiowatym zwyrodnieniu jelit (Müller), suchotach krezkowych (Schmidt), nerwicach jelit (Brugsch) i t. d. Wobec tego należy przyznać, że »azotorrhoea« ma doniosłe znaczenie, jako objaw stanu chorobowego trzustki, lecz nie sama przez się, ale jedynie w połączeniu z innymi objawami. Pod tym względem słusznie powiada Oser:

»Das Auftreten zahlreicher unverdauter Muskelfasern im Stuhle ist sicher ein wichtiges Moment und verdient eine besondere Aufmerksamkeit. Aus der Azotorrhoe allein ist man wohl nicht in der Lage auf eine Pankreasaffection zu schliessen, da ja die Eiweissverdauung nicht eine ausschliessliche Function des Pankreassaftes ist. Wenn sich dieses Symptom bei fehlendem Icterus mit mangelhafter Fettverdauung oder gestörter Fettsplattung combinirt, dann mag der Verdacht, dass eine Pankreaskrankheit vorliegt, wenn weder eine Magen — noch eine Darmkrankheit nachweisbar ist, schon ein sehr gerechtfertigter sein. Die Wahrscheinlichkeit wächst wesentlich, wenn gleichzeitig Diabetes besteht, und wird zur Gewissheit, wenn etwa ein Tumor in der Pankreasgegend nachweisbar ist« (str. 98).

IV.

Tak więc dane, które otrzymujemy zapomocą wyżej omówionych metod badania, które pozwolę sobie nazwać dyetetycznymi, mogą w połączeniu z innymi objawami klinicznymi okazać się wysoce cennymi dla dyagnostyki schorzeń trzustki. Istotnie w niektórych sprawach chorobowych trzustki, np. w ostrem krwotocznym jej zapaleniu, badanie przyswajania różnego rodzaju pokarmu napotyka nieraz na ogromne przeszkody wobec ruchów wymiotnych i innych przyczyn. Z drugiej znów strony badania te wymagają zastosowania ściśle określonego pod względem jakościowym i ilościowym pokarmu próbnego i wreszcie są one niedostępne dla większości lekarzy praktycznych wobec tego, że sama metodyka tych badań jest żmudna i złożona. W celu uproszczenia polecił co prawda v. Noorden dyetę owsianą, składającą się z 250 grm. kaszy owsianej i 250 grm. masła. Ta jednak dyeta, którą v. Noorden stosuje w ciągu 2—3 dni, stosunkowo mało zmienia stan rzeczy. Wobec tego zdawałoby się, że ogromna przyszłość w klinice oczekuje metody, które pozwalają wytworzyć sobie zdanie o zmianach czynności trawiennych trzustki drogą uboczną, mianowicie na podstawie trawienia w przewodzie jelitowym niektórych substancji, które ulegają działaniu tylko zacyków soku trzustkowego. Tu należą sposoby: glutoidowy

Sahliego⁵⁵⁾ i jądrowy Schmidta⁵⁶⁾. Niestety muszę przyznać, że te nadzieje, które pokładano w tych sposobach, nie ziściły się. Metoda Sahliego polega, jak wiadomo, na poszukiwaniu w moczu lub ślinie substancji (jodoform, salol, błękit metylenowy), wprowadzonych do ustroju przez usta w kapsułkach żelatynowych, które przez działanie pary formaldehydowej doprowadzono do takiej twardości, iż sok żołądkowy ich nie przetrawia i ulegają one rozpuczeniu tylko przy działaniu soku trzustkowego. Szybkie, — jeszcze przed ukończeniem 8 godzin po spożyciu kapsułki — zjawienie się w moczu lub ślinie przetworu, wprowadzonego do ustroju, innemi słowy, dodatni wynik próby świadczy, zdaniem Sahliego, o dostawianiu się soku trzustkowego do przewodu jelitowego; odwrotnie, opóźnione zjawienie się tego przetworu nie daje jeszcze prawa, by twierdzić, że istnieje schorzenie trzustki. Kto jednak dużo pracował nad przygotowywaniem kapsułek glutoidowych, ten dobrze wie, jak trudno otrzymać kapsułkę takiej twardości, żeby można było dać zupełną rękojmię, iż się ona nie rozpuści już w soku żołądkowym i odwrotnie nie ostoi przed sokiem trzustkowym. Dopiero w ostatnim czasie, jak się zdaje, powiodło się Zarnicynowi rozwiązać to zadanie w sposób zadowalniający, lecz i o jego sposobie przygotowywania kapsułek nie można jeszcze ostatecznie orzec, o ile on się okaże przydatny w stanach chorobowych, połączonych z zaburzeniem w wydzielaniu różnych soków trawiennych, w czynności ruchowej i wchłaniającej przewodu jelitowego, wreszcie ze zmienionymi warunkami rozwoju drobnoustrojów w jelitach. Oprócz tego uwzględnijmy i tę okoliczność, że przy stosowaniu sposobu Sahliego nigdy nie można ręczyć, że jego kapsułka nie otworzy się jeszcze w żołądku, uwalniając przez to zawartą w niej substancję, pomimo to, że sama kapsułka nie zatrzyma się dłużej w żołądku. Istotnie badania kliniczne (Fromme⁵⁷⁾, moje nieogłoszone dotychczas badania i inn.) i doświadczenia na zwierzętach wykazują, że opóźnione wessanie z jelit przetworów, podanych w kapsułce żelatynowej, nieraz spostrzega się u osób i u psów bez żadnych oznak schorzenia trzustki. Z drugiej znów strony Wallenfang⁵⁸⁾ w doświadczeniach na psach po wycięciu trzustki, Wynhausen⁴⁶⁾ w przypadku raka trzustki i inni autorowie otrzymywali niejednokrotnie dodatnie wyniki przy badaniu metodą Sahliego, pomimo schorzenia lub nawet braku trzustki. Jeśli do tego wszystkiego dodam, że sprawy chorobowe najczęściej zajmują tylko część trzustki, to znaczenie metody Sahliego obniża się przez to jeszcze więcej.

Nie więcej wagi, przynajmniej dla większości przypadków, nadając również jądrowej, czyli t. zw. worczkowej próbie Schmidta. Schmidt mianowicie podaje choremu kawałeczki mięsa w kształcie sześcianu, wielkości najwyżej 0,2 cm³, które utrwała uprzednio w alkoholu bezwodnym i następnie dokładnie przemywa. Podawszy te kawałeczki w worczkach z gazy, bada Schmidt, czy zostały strawione w jelitach jądra włókien mięsnych, rozwiązując to zadanie przez badanie sześcianów po przejściu ich przez przewód jelitowy. Jeśli jądra są przetrawione, to, według Schmidta, okoliczność ta przemawia za brakiem lub nader silnym upośledzeniem czynności wydzielniczej trzustki co do wydzieliny zewnętrznej, pod warunkiem jednak, że kawałeczki mięsa przebyły w przewodzie jelitowym conajmniej 6 godzin.

Stąd widzimy, że punktem wyjścia jest dla Schmidta przypuszczenie, że jądra włókien mięsnych mogą być przetrawione jedynie przez sok trzustkowy. Z poglądem tym jednak dziś zgodzić się nie można. W samej rzeczy Umber⁵⁹⁾ i niedawno Wohlgemuth⁶⁰⁾ wykazali, że nukleoproteidy mogą rozkładać się na kwas nukleinowy i białko już od działania soku żołądkowego. Hesse⁶¹⁾ również przekonał się, że sześciany mięsne z ich jądrami, zamknięte w woreczkach z gazy, mogą przetrwać się już w żołądku nawet wtenczas, gdy odczyn w żołądku jest bardzo kwaśny, gdy więc nie może być nawet mowy o dostawaniu się treści dwunastnicy do żołądka i działaniu zawartego w niej zczynu trypsynowego. Gumlich i Azaki⁶²⁾ wykazali, że nukleiny trawi sok jelitowy, Nakayama⁶³⁾ zaś wyświecił, że działanie to sok ten zawdzięcza erepsynie. Westenrik⁶⁴⁾ wreszcie, pracując z czystymi sokami, żołądkowym, trzustkowym i jelitowym i ich mieszaniną, doszedł do wniosku, że sok trzustkowy wcale nie trawi jąder mięsnych i że wynik próby Schmidta zależy od tego, że sok żołądkowy ma własność rozpuszczać tkankę łączną, a sok trzustkowy trawic włókna mięsne, nie zaś od działania soku trzustki na jądra włókien. Wobec takiego stanu rzeczy nie uważam za możliwe przypisywać wynikom próby Schmidta znaczenia rozpoznawczego dla wyświecenia stanu trzustki. Pod tym względem rozchodzę się zupełnie w zdaniu o doniosłości tej próby z poglądami Straucha⁶⁵⁾, Einhorna, Walko, Keuthe, Wynhausena, samego Schmidta i wielu innych. Próba Schmidta nie ma, moim zdaniem, żadnego znaczenia rozpoznawczego u chorych z nadkwaśnością soku żołądkowego i ze wzmogoną zawartością pepsyny. O zachowaniu tego znaczenia próby Schmidta, które jej niektórzy nadają, może być mowa jedynie w przypadkach z obniżoną zdolnością trawienną soku żołądkowego i w przypadkach braku soku (achylia gastrica), gdy tkanka łączna, łącząca włókna mięsne, nie ulega w żołądku zmianom. Lecz i w tych przypadkach ujemny wynik próby, przejawiający się brakiem jąder, może przemawiać za prawidłowem wydzielaniem soku żołądkowego tylko wtenczas, jeśli sześciany mięsne przebyły w jelitach nie tak długo (nie dłużej, niż 30 godzin), żeby mogły ulegać zmianom pod wpływem drobnoustrojów jelitowych. Zachowanie jąder nie świadczy jeszcze o schorzeniu trzustki, zwłaszcza, jeśli ruchy robaczkowe u badanego osobnika są wzmogone. Westenrik również dochodzi do wniosku, że próba jądrowa w tem wykonaniu, jakie polecił Schmidt, nie wytrzymuje ścisłej krytyki naukowej. Na podstawie swoich badań poleca Westenrik zastąpienie badania jąder w sześcianach mięsnych makroskopowem badaniem tych resztek sześcianu, które znajdujemy w woreczku po przejściu jego przez przewód jelitowy. Jeśli u chorego na brak soku żołądkowego (achylia gastrica) lub u osobnika z prawidłową lub wzmogoną kwaśnością soku wielkość sześcianu mięsnego po przejściu jego przez przewód pokarmowy zostanie bez zmiany, pomimo zubożenia sztucznie kwaśności soku, to ta okoliczność daje, zdaniem Westenrika, prawo do tego, aby przypuszczać z pewnem prawdopodobieństwem schorzenie trzustki. Czy tak jednak jest w rzeczywistości, orzec dziś nie potrafię, ponieważ własnego doświadczenia w tej sprawie nie posiadam, a w piśmiennictwie badań w tym względzie wcale niema.

V.

Gdy Sahli i Schmidt starali się rozwiązać pytanie, czy sok trzustkowy dostaje się do jelit, zapomocą metod glutoidowej i woreczkowej, to cały szereg badaczy usiłował rozstrzygnąć tę samą sprawę inną drogą, mianowicie przez szukanie zczynów trzustkowych w treści żołądkowej, w kale, moczu, nawet we krwi, jakoteż przez wydostawanie treści dwunastnicy w możliwie czystym stanie. Tu należą metody Boasa⁶⁶⁾, Bołdyrewa⁶⁷⁾, Müllera⁶⁸⁾, Schlechta⁶⁹⁾, Wohlgemutha⁷⁰⁾, Einhorna⁷¹⁾, Grossa⁷²⁾, Zarnicyna⁷³⁾ i in. Pierwsze trzy z tych sposobów szczegółowo podałem w jednej z moich prac poprzednich⁷⁴⁾; w tejże pracy ogłosiłem wyniki własnych badań, które przeprowadziłem w tym celu, aby wyświecić, czy metody Bołdyrewa i Müller-Slechta mają donioślejsze znaczenie rozpoznawcze. Odsyłając więc do tej pracy, na tem miejscu jeszcze raz podkreślę konieczność wielkiej ostrożności we wnioskach rozpoznawczych w każdym poszczególnym przypadku, wysnuwanych na podstawie takich poszukiwań trypsyny w treści żołądkowej i w kale. Istotnie, jak zaznaczyłem już w pracy poprzedniej, wynik dodatni poszukiwań trypsyny, świadcząc, że trypsynowydzielnicza czynność trzustki jest zachowana, nie wyłącza jej schorzenia, ujemny zaś sam przez się nie zawsze przemawia za jej zajęciem. W wyniku ostatecznym metody te, pod warunkiem niejednokrotnych poszukiwań trypsyny i kojarzenia ich wzajemnego, wskazują co najwyżej, czy sok trzustkowy dostaje się do jelit. Lecz ani samo dostawanie się tego soku do jelit, ani tembardziej ilość trypsyny, ani wreszcie brak trypsyny w kale nie pozwalają nam na stanowcze i ostateczne wnioski o stanie trzustki. Istotnie, podczas ponownych badań u tychże osobników stwierdzałem nieraz w soku żołądkowym po śniadaniu z oliwy lub w wypróżnieniach po środku rozwalniającym ilości trypsyny, z dnia na dzień czasami bardzo znacznie się wahające. Łatwo to zresztą zrozumieć, jeśli się uwzględni, że warunki dostawania się soku trzustkowego do żołądka lub jego treści w wypróżnieniach mogą, jak w swoim czasie wyjaśniłem, układać się niejednakowo i wskutek tego wywoływać wyniki różne nawet wtenczas, gdy sok trzustkowy dostaje się do przewodu jelitowego zawsze w jednakowej ilości.

Tę ostrożność we wnioskach o stanie trzustki należy, moim zdaniem, zachować również przy korzystaniu z metod, które mają na celu wydostać zawartość dwunastnicy bez wszelkich domieszek. Metody te ogłoszono już wtenczas, gdy wspomniane wyżej badania swoje ukończyłem. Najdoskonalszą z nich jest metoda Zarnicyna. Autor ten daje choremu połknąć kapsułkę srebrną, zawierającą w sobie gąbkę; kapsułkę tę podaje on w kapsułce glutoidowej takiej twardości, że rozpuszcza się ona tylko w soku trzustkowym. Po rozpuszczeniu się kapsułki glutoidowej gąbka kapsułki srebrnej przesiąka treścią dwunastnicy, pęcznieje i, podnosząc przykrywkę kapsułki srebrnej, zamyka ją. Wydostawszy z wypróżnień kapsułkę srebrną, Zarnicyn wyjmuje gąbkę i bada ją co do trypsyny. Nie mając własnego doświadczenia co do tej metody, stanowiącej bez wątpienia krok naprzód, uważam jednak za niezbędne niektóre o niej uwagi, rzucające światło na jej znaczenie. Osnuwam je częściowo na danych klinicznych, częściowo

zaś na rozumowaniach teoretycznych. Nie uważając uwag teoretycznych za nieomyślne, pozwolę sobie wszakże wątpić o możliwości przygotowania dla każdego poszczególnego przypadku kapsułki takiej zbitości, żeby ona rozpuszczała się tylko w dwunastnicy, i to, żeby w razie obecności soku trzustkowego w dwunastnicy rozpuszczała się bezwarunkowo zawsze. Tej pewności, jak mi się zdaje, mieć nigdy nie można, jeśli zważymy, jak różnorodne mogą być u różnych osób kombinacje w wydzielaniu soków trawiennych, w stanie ruchowej i wchłaniającej czynności jelit i w udziale drobnoustrojów w sprawach, toczących się w jelitach. Możliwą jest jednak, pomimo to, jeszcze jedna okoliczność; mianowicie, w razie rozpuszczenia kapsułki glutoidowej ła-two może się zdarzyć, że gąbka kapsułki srebrnej w stanach chorobowych przesiąknie, oprócz mieszanki żółciowo-jelitowo-trzustkowej, również wielką ilością drobnoustrojów. Drobnoustroje zaś, dostając się dzięki następnemu zamknięciu się kapsułki w warunki bardzo sprzyjające ich rozwojowi, mogą doprowadzić do zniszczenia trypsyny. Jako skutek, w obydwóch przypadkach możemy otrzymać ujemny wynik badania metodą Zarnicyna, jakkolwiek sok trzustkowy dostaje się do przewodu jelitowego. Dalsze studia nad tą metodą wykażą, o ile te moje uwagi nie pozbawione są słuszności. Druga uwaga, czysto kliniczna, opiera się na niezaprzeczalnym fakcie, że schorzenia trzustki zajmują po większej części nie całą trzustkę, lecz jej część, i że zdrowe części trzustki mogą, nawet gdy są bardzo niewielkie, zastąpić w zupełności trawienną czynność całej trzustki (Körte i inni). Więc nawet dodatni wynik badań metodą Zarnicyna, na podobieństwo dodatniego wyniku metody Müllera-Schlechta, nie wyłącza sam przez się nawet rozległych zmian trzustki.

O wiele mniej pewną i poniekąd niebezpieczną dla chorego wydaje mi się metoda Einhorna, który wprowadza na cienkim zgłębniku do dwunastnicy kapsułkę metalową, następnie wypompowuje zawartość dwunastnicy i podaje ją badaniu.

Tak więc wyniki badania treści żołądka, treści dwunastnicy i wypróżnień co do trypsyny, nawet wielokrotnie powtórzone u tegoż samego osobnika, nie mają jeszcze same przez się bezwzględnie znaczenia dla oceny stanu trzustki. Wyniki takich badań mogą nabrać ogromnego znaczenia rozpoznawczego jedynie pod warunkiem kombinowania ich z innymi oznakami klinicznymi. Zwrócę jeszcze uwagę, że w tych razach, gdy wypróżnienia zawierają dużo tłuszczu, przy badaniu ich co do trypsyny należy go uprzednio wyciągnąć eterem, w przeciwnym bowiem razie otrzymamy pomimo obecności trypsyny wynik ujemny. Wreszcie, jeśli wypróżnienia zawierają ropę, badanie ich co do trypsyny daje wynik dodatni nawet wtedy, gdy trypsyny niema, w zależności od zaczynu proteolitycznego krwinek białych.

Nader znacznemu obniżeniu zawartości indolu w kale i indykanu w moczu przypisują Gerhardi⁷⁵⁾, Stefanini^{*}), Biondi^{*}) i inni, z nowszych badaczy Zuccola⁷⁶⁾ i Visentini⁷⁷⁾ doniosłe znaczenie rozpoznawcze, upatrując w tem objaw schorzenia trzustki resp. braku trypsyny w przewodzie jelitowym. Doświadczenia Katza, de Renziego i in-

nych wykazały jednak, że indykanurya może być bardzo wybitnie zaznaczona nawet po całkowitem wycięciu trzustki. Z drugiej znów strony nie należy zapominać, że ilości indykanu w moczu nie można uważać za pewny wskaźnik stopnia gnicia białkowego w jelitach. Prawidłowa ocena stanu tych spraw wymaga jednoczesnego ilościowego obliczenia przetworów gnicia białkowego nie tylko w moczu, lecz i w wypróżnieniach, a takie badania nie mogą być jeszcze dziś przeprowadzone wobec braku ściślej, a prostej metodyki. Te okoliczności, jak również dane kliniczne (Schwarz⁷⁸⁾ i inni) przemawiają przekonywająco przeciwko uznaniu stopnia indykanuryi za objaw prawidłowego lub chorobowego stanu trzustki. Pewien wyjątek pod tym względem przedstawia brak indykanu w moczu w przypadkach o obrazie klinicznym ostrej niedrożności jelit, usadowionej w górnej części brzucha, mianowicie w nadbrzuszu. Takie skojarzenie objawów powinno, jak wykazują spostrzeżenia kliniczne, zawsze kierować naszą uwagę na to, czy nie mamy przed sobą ostrego krwotocznego zapalenia trzustki, resp. krwotoku trzustki. Com powiedział o indykanuryi, wszystko to dotyczy (Oser, Brugsch) również kwasów eterosiarkowych, jakkolwiek niektórzy autorowie (le Nobel i inni) twierdzą, że znaczne obniżenie ich zawartości w moczu przemawia za brakiem trypsyny w jelitach, zależnym od schorzenia trzustki.

W poszukiwaniach metod określenia sprawności czynnościowej trzustki skierowano uwagę również na inne czynniki soku trzustkowego. Wohlgemuth⁷⁹⁾ i niezależnie od niego Enriquez, Ambard i Binet⁷⁹⁾ polecili w tym celu badanie moczu, krwi i kału co do zaczynu dyastatycznego. Według Wohlgemutha w schorzeniach trzustki, połączonych z zatkaniem światła chociażby tylko niektórych jej przewodów, zawartość dyastazy we krwi i w moczu znacznie się podnosi, w wypróżnieniach zaś, otrzymanych przy pokarmie mało zasobnym w węglowodany po środku rozwalniającym, odwrotnie ogromnie spada. Nim przejdę do rozejrzenia się w wynikach badań klinicznych, w tym kierunku przeprowadzonych, zatrzymam się nieco na podstawach teoretycznych propozycji Wohlgemutha i wymienionych badaczy, ponieważ z zapoznania się z nimi możemy wytworzyć sobie sąd, o ile ich metody mają znaczenie w dyagnostyce schorzeń trzustki.

(Dok. nast.)

Z ambulatoryum Domu samarytańskiego PP. Ekonomek
w Krakowie.

O kilku nowych lekach podanych dla użytku chirurga.

Napisał

Dr Adolf Klęsk,
kierownik zakładu.

Bezwątpienia słuszną i konieczną jest energiczna walka z bezwartościowymi nieraz »nowymi« środkami lekarskimi. Z drugiej jednak strony nie wynika stąd, by odrzucać »en bloc« wszystkie nowo pojawiające się środki jako bezwarto-

*) Przytaczam pedług Osera, str. 100.

ściowe, bo krytykować i potępiać można tylko to, o czym przekonał się, że jest złem rzeczywiście.

Wspomniana więc wyżej walka zachęca nas właśnie do badania środków, nowo w obiegu handlowym się zjawiających. Ogłaszać powinno się zaś mojem zdaniem tak dodatnie jak i ujemne wyniki badań i doświadczeń, co z jednej strony zachęci lekarzy do dalszego stosowania środków dobrych, a odstręczy fabrykantów od reklamowania środków bezwartościowych. Pomijanie milczeniem środków reklamowych, a bezwartościowych, rozzuchwała natomiast tylko producentów coraz więcej. Wobec ciągłego zalewania rynku handlowego nowymi środkami lekarskimi, obowiązkiem każdego lekarza, rozporządzającego pewnym materiałem klinicznym, jest badać działanie nowych środków, bo niesfusznem wcale jest zapatrywanie, że nowych środków nie potrzeba, albowiem mamy dosyć wypróbowanych starych. Tak zgoła nie jest, a nietrudno to udowodnić*). Weźmy np. ze środków przeciwnilnych powszechnie używany jako zasyпка jodoform. Bezwątpienia jest to środek bardzo dobry, ale nikt nie będzie twierdzić, że jest to już ideał i ostatni wyraz doskonałości w zakresie proszków przeciwnilnych. Zawiera on drobnoustroje, a przytem nie raz drażni tkanki i ma woń odstraszącą wielu chorych, a nawet lekarzy. Zupełnie też uzasadnione są usiłowania zastąpienia jodoformu innymi środkami. Tym właśnie usiłowaniom zawdzięczamy wynalezienie różnych przetworów, z których niejedne, choć jodoformu w zupełności nie zastąpiły, to jednak wzbogaciły skarbnicę leczniczą, np. przetwory bizmutu (kseroform, dermatol), jodu (airoł, vioform), izoform i t. p. Obecnie środki te stały się już dla lekarza praktyka i chirurga niezbędnymi. Podobnie rzecz się ma i z innymi środkami odkażającymi.

Na sprawę t. zw. środków odkażających przyranych zapatrujemy się obecnie nieco inaczej, niż dawniej. Znamienią pod tym względem jest np. ostatnia praca Büdingera, której zasada brzmi: środki przeciwnilne w roztworach wcale w rzeczywistości ran nie odkażają, lecz mają jedynie za zadanie dawać lekarzowi do rąk na pewno czystą bakteriologicznie wodę. O tem, by t. zw. środki przeciwnilne odkażały ranę, np. przy płukaniu, niema i mowy, a t. zw. opatrunek przeciwnilny ma na celu odkażać nie ranę, lecz jedynie jej wydzieliny i chronić je od rozkładu. Cel ten spełniają proszki, gazy impregnowane, zalewki i t. p.

Niektóre znowu z rzekomych środków przeciwnilnych działają skutecznie przez swój wpływ mechanicznie, np. balsam peruwiański na mocy ciężkości, a odwrotnie woda utleniona przez wytwarzanie piany. Powinni też lekarze przekonać się wreszcie, że o wiele pewniejszym środkiem odkażania ręki jest czyste jej pielęgnowanie, niż moczenie w sublimacie.

Nie utrzymuje nikt jednak przez to, by roztwory środków przeciwnilnych były zbyt skuteczne. Będą one i nadal niezbędne, choć właściwie dotąd idealnego środka takiego nie znamy. Idealny bowiem środek przeciwnilny powinien posiadać następujące własności: 1) Działać silnie na drobno-

ustroje »in vitro et in vivo« w roztworze słabym, a nie być dla ustroju trującym i szkodliwym, nawet przy dłuższem użyciu. 2) Nie niszczyć skóry, narzędzi metalowych, bielizny, przedmiotów gumowych. 3) Być przezroczystym. 4) Nie mieć przykłej woni. 5) Nie czynić skóry ślizką lub zbyt szorstką. 6) Być tanim i nierozkładać się, a łatwo dawać się przechowywać.

Warunków tych jest dosyć dużo, nie też dziwnego, że dotąd żaden ze środków odkażających im we wszystkich nie odpowiada. Sublimat niszczy narzędzia, drażni skórę, nerki, karbol ma woń przykłą, drażni skórę, lyzol jest nieprzezroczysty, czyni skórę ślizką i ma woń niemiłą i t. p. Toteż przemysł chemiczny ciągle szuka nowych środków.

W ostatnich czasach podano znowu kilka środków przeciwnilnych. Niemożna ich uznać za zupełnie i oryginalnie nowe, albowiem po większej części są to przetwory fenolów lub formaliny.

Z kombinacji obu powstał w powszechnem użyciu będący i silnie reklamowany lysoform. Ma on także liczne wady, bo jest nieprzezroczysty, czyni skórę ślizką, a prócz tego wydziela w cieple przykłą woń formaliny.

Fabryka Richtera z Pesztu podała środek przeciwnilny pod nazwą: lysochlor. Badania Lautenheimera wykazały, że ze związków fenolowych najsilniej działają połączenia chloru z kresolem, przyczem własności trujące obu środków ulegają zmniejszeniu. Najlepszym środkiem okazał się chlor-m-kresol, który w kombinacji z mydłem staje się łatwo rozpuszczalnym, a któremu w tej formie nadano nazwę lysochloru. Roztwory 0.25% niszczą gronkowce w minucie, działają więc znacznie silniej, niż 2% roztwór lysolu. Również badania, dokonane w zakładzie bakteriologicznym Bujwida, przemawiają za tym środkiem (Eisenberg). Niestety dla chirurga ma on liczne wady. Roztwory lysochloru są mętne, a nawet więcej mleczne niż lysolu, tak, że narzędzi pod powierzchnią płynu nie widać, co często może być powodem skałeczenia się ostremi narzędziami. Dalej pomimo zapewnień fabryki na etykietach, że środek ten jest bezwonny, za taki uznać go nie można, a dla mnie osobiście ma on przykłą, wybitną woń chloru, co zwłaszcza przy użyciu do roztworów wody ciepłej, lub w gorącej sali staje się nieznośnem. Nadto narzędzia pokrywają się w roztworze lysochloru nalotem, który wprowadzie łatwo znika, ale bądź co bądź jest nieprzyjemny. Lysochloru używa się w roztworach 0.5—2%.

Drugim podanym w ostatnich czasach środkiem przeciwnilnym jest boroform. Jest to również przetwór formaliny. Według doświadczeń Schattenfroha w zakładzie higienicznym w Wiedniu, działa boroform silniej, niż lysoform. Jest to płyn jasny o dość miłej woni, rozpuszczający się w wodzie zupełnie przezroczysto z odcieniem różowym (przypominającym rozpuszczone pastylki sublimatowe). Niestety ma on także wady. Przedewszystkiem roztwory zmieniają się już z dnia na dzień; roztwór traci barwę i w końcu staje się bezbarwnym. Dalej środek ten działa na węże gumowe w irygatorach i roztwór wychodzi z nich mętno-czerwono zabarwiony. Barwa ta udziela się jeszcze długi czas innym płynom, przepuszczanym potem z tego samego

*) Stosownie do nowego prądu w prasie lekarskiej w pracy niniejszej nie przytaczam piśmiennictwa, ani też nie obarczam jej cytatami z prac poprzedników.

irygatora. Wobec zmiany barwy o pomyłkę nietrudno, bo nigdy się dokładnie nie wie, czy płyn jest sublimatem, boroformem, czy np. roztworem boru lub wodą. Najgorszą jednak wadą boroformu jest to, że wywołuje on tak silne pieczenie i palenie w ranach, a nawet w pochwie, iż chorzy za nic potem nie chcą się zgodzić drugi raz na zastosowanie tego środka. Zaletą jest to, że boroform jest mało trujący. Używa się go do odkażania rąk i skóry w roztworze 2—3%, do narzędzi 5%, a do płukania ran najwyższej 0,5%.

Baktoform nie przyjął się zupełnie, ma bowiem wady większości przetworów formalinowo-mydlanych, t. j. niemiłą woń, śliskość i nieprzeźroczystość. Z przetworów formalinowych natomiast znalazła już szerokie zastosowanie almateina. Ma ona już swoje obszerne piśmiennictwo; u nas korzystnie wyraził się o niej Chrzęszczewski (Przegl. lekarski Nr 41, 1909), zalecając ją przy leczeniu wrzodów goleni i w ginekologii.

Przy wrzodach goleni działa almateina korzystnie jako zasyпка. Od każdej zasyпки wymagamy, by o ile możności nie miała niemiłej woni, dalej, by pobudzała ziarninę do bujania, wysuszała i odwiała ranę, odkażała wydzieliny, nie drażniła okolicznej skóry, nie zanadto paliła w ranie i nie wywoływała objawów zatrucia. Wiele z tych zalet posiada właśnie almateina, a zarzucić jej można chyba to, że czasem wywołuje bolesne pieczenie i z tego powodu nie należy sypać jej za dużo na rany, a w maściach należy używać niższego odsetka, niż radzi Chrzęszczewski, a więc nie 10% lecz 3—5%. Stosując almateinę w licznych przypadkach wrzodów goleni, nie zauważyłem wprawdzie tak korzystnego działania, jak Chrzęszczewski, ale bezwarunkowo z wyników byłem zadowolony, zwłaszcza przy wrzodach cuchnących, pokrytych nalotami. Również nadaje się almateina znakomicie do opatrywania odleżyn, gdzie zwykle ze względu na nieczułość tkanek stosować ją możemy swobodnie. Również korzystnie działa almateina w miejsce jodoformu w gruźlicy chirurgicznej, np. w postaci zawiesiny glicerynowej lub sztyfcików. Werndorff zachwala znów almateinę jako cenny środek do plombi kostnej Mosetiga. Wogóle twierdzić można, że almateina pozostanie już na stałe w skarbnicy leczniczej.

Z innych środków wspomnieć muszę o nowojodynie. Jest to połączenie jodu i formaliny z dodatkiem łożku, celem zmniejszenia drażniącego działania. Środek ten działa bardzo dobrze w podobnych przypadkach, jak almateina. Gaza nowojodynowa nadaje się bardzo do tamponady, zwłaszcza przy krwawieniach, bo nowojodyna działa zarazem tamująco na krwotok. Również i odwianające działanie nowojodyny jest wybitne. Zaletą nowojodyny jest to wreszcie, że jest tańszą od jodoformu (7 hal. gram nowojodyny, gdy gram jodoformu 9 halerzy), nadaje się więc do praktyki szpitalnej i w kasach chorych. Nowojodyny nie należy ogrzewać, ani wyjaławiać powyżej 80° stopni, albowiem rozkłada się ona, nieraz gwałtownie.

Polecają też nowojodynę jako zawiesinę w glicerynie; brak mi jeszcze co do tego własnego doświadczenia.

Wreszcie z przetworów formalinowych podano jako zasyпку tannophen, proszek szarozółty bez wybitnej woni. Jest to produkt kondensacyjny chloro-m-kresolu (porównaj lysochlor), formaldehydu i tanniny. Jako zasyпка przy ra-

nach i wrzodach zakażonych i cuchnących działa tannofen niezłe, odwiania i wysusza rany, a nietylko, że nie wywołuje palenia, jak inne przetwory, ale przeciwnie, nawet nieco znieczula, tak że chorzy bardzo go sobie chwają. Zostawia on na ranie czarny osad, co przeraża niektórych chorych, którzy sądzą, że to już zgorzel.

Pomówię wreszcie choć o jednym środku, zalecanym w ostatnich czasach do znieczulania, mianowicie o cykloformie. Polecają go zwłaszcza przy bolesnych wrzodach, szczelinach odbytu, przy gruźlicy krtani (rozpuszczony w koryfinie 1:25), a nawet wewnętrznie, np. w dawce 0,2—0,4 gr. przy wymiotach ciężarnych. W ambulatoryum stosowałem w wielu przypadkach cykloform i odniosłem wrażenie, że działa wcale dobrze, a nie gorzej, niż często obecnie używana anestezyna. O wiele lepiej i pewniej działa środek ten w proszku, niż w maści, nawet zgęszczonej. Przy bolesnych wrzodach goleni skutek jest nieraz bardzo widoczny i utrzymuje się do następnego dnia. W jednym przypadku osiągnąłem w praktyce prywatnej u chorego ze zgorzelą urazową palca wybitne złagodzenie bólu przez zasypywanie miejsca zgorzelinowego cykloformem. Również oddaje cykloform dobre usługi przy bólach odbytu z powodu szczeliny, owrzodzeń, krwawic i t. p. i nadaje się bardzo dobrze do znieczulania miejsc ziarninowych przed skrobaniem. Wprawdzie cykloform nie jest środkiem przeciwniepalnym w całym tego słowa znaczeniu, ale stosowany jako proszek na rany w okresie bolesności, spełnia dość dobrze zadanie zasyпки.

Ocena dobroci i skuteczności danego środka, podanego do użytku zewnętrznego, nie jest wcale łatwa. Zwyczajnie opinie, wydane w zakładach teoretycznych, brzmią przychylnie, ale praktyka rozstrzyga nieraz inaczej. Prócz przedmiotowego skutku, musimy uważać także na podmiotowe wrażenia naszych chorych. Zadanie jest łatwe, gdy dany środek posiada jakieś wybitniejsze działanie znieczulające, odwianające i t. p., natomiast oceniać, czy dany lek jest »in vivo« dobrym środkiem przeciwniepalnym, jako płyn, zasyпка, gaza lub maść, jest nieraz trudno; pomaga tu jedynie pilna obserwacja chorych cierpiących na podobne cierpienia przy stosowaniu środków już znanych i wypróbowanych równocześnie z nowymi, obliczanie czasu gojenia się, pokrywania naskórkiem i t. p.

Listy otwarte do Redakcji »Przeglądu lekarskiego«.

Do Nru 47. z r. 1910 str. 668. W sprawie referatu Dra Sonnenberga i Goldsobla:

O odczynie Nylandera na cukier gronowy.

W ciągu wieloletniej praktyki w pracowni Dra Serkowskiego przerobiłem setki moczków o różnej zawartości cukru i nie miałem wypadku, aby odczyn Almen-Nylandera zawiódł. Zawartość 10% cukru spotyka się względnie rzadko, ale mocze o zawartości ponad 5% bywają bardzo często. Przeczytawszy w »Przeglądzie lekarskim« z dnia 19. XI. 1910 streszczenie referatu PP. Dra Sonnenberga

i Dra Goldsobla, dowiedziałem się, że powyższy odczynnik nie oddziaływa z wysokoprocentowymi rozczynami cukru gronowego.

Spostrzeżenie to, trudne do objaśnienia, zniewoliło mnie do wykonania szeregu doświadczeń. Do doświadczeń użyłem 10⁰/₀ rozczynów cukru gronowego chemicznie czystego (Merka) i zwykłej technicznej glukozy. Jak jeden, tak i drugi rozczyn dały z odczynnikiem Almen-Nylandera wyniki dodatnie, różnica polegała tylko w ilości czarnego osadu, który w rozczywie chemicznie czystej glukozy był nieco większy. Nie znając dokładnie treści pracy PP. Dra Sonnenberga i Dra Goldsobla, nie mogę orzec, co spowodowało ujemny wynik odczynu, ale nawet brak czarnego osadu nie jest dowodem nieobecności cukru, ponieważ płyny o większej zawartości cukru mają własność zmieniania koloru jasnego na brunatny przez gotowanie tylko z wodzianem sodu (na tem polega próba Hellera).

Przyczyną nieudania się odczynu może być albo cukier trzcinowy, wzięty przez omyłkę zamiast gronowego, albo obecność w płynach amoniaku, który przeszkadza w dzielaniu się osadu.

W. Kraszewski, inż. chem. (Warszawa).

Z listu powyższego wnoszę, że P. inż. Kraszewski przy wykonywaniu doświadczeń z odczynnikiem Almen-Nylandera nie zwrócił uwagi na warunek, o którym nadmieniałem w sprawozdaniu z wygłoszonego przezemnie odczytu w Towarzystwie Lekarskim Łódzkim, gdzie zjawisko omawiane również zaznaczyłem, że przy wykonywaniu będących w mowie doświadczeń gotowałem płyn, zawierający cukier, wraz z odczynnikiem Nylandera nie dłużej nad jedną minutę. Dłuższe gotowanie różnicę w zabarwieniu zaciera. W praktycznym zastosowaniu niewystępowanie czarnego zabarwienia w rozczynach wysokoprocentowych przy jednonumutowym gotowaniu ma swą wartość, ponieważ, robiąc próbę Nylandera w próbkach, zwykle dłużej nad jedną minutę nie gotujemy.

Zauważę tutaj, że do doświadczeń braliśmy tylko czysty cukier gronowy; doświadczenia robiliśmy nie z moczem, zawierającym cukier, lecz z rozczynami cukru w wodzie przekropionej. Próbę przerabialiśmy setki razy i zawsze zjawisko, o którym mowa, wyraźnie występowało. Pracę naszą wydrukowaliśmy w czasopiśmie »Kosmos«¹⁾. Ze względu jednak na pewne niedokładności w owej pracy, na które już po wydrukowaniu sami zwróciliśmy uwagę, mamy zamiar rzecz raz jeszcze ogłosić, przyczem prawdopodobnie uwzględnimy doświadczenia z moczem, zawierającym cukier.

Jestem przekonany, że P. inż. Kraszewski przy ponownym wykonaniu doświadczeń z odczynem Almen-Nylandera i uwzględnieniu warunku, aby gotowanie trwało nie dłużej nad minutę, — potwierdzi prawdziwość zjawiska, na które zwróciłem uwagę. E. Sonnenberg (Łódź).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Bernacki. **W sprawie rozpoznawania ukrytych postaci nosaczyny.** (Russkij Wracz 1911, Nr 9). Autor zastosował zjawisko anafilaksyi do rozpoznawania nosaczyny i doszedł do przekonania, że nadają się do tego zwierzęta, przeważnie morskie świnki, z anafilaksją bierną lub czynną względem bakteryi nosaczyny. Zjawiska anafilaksyi wystę-

powwały znacznie wyraźniej, jeżeli układ nerwowy morskiej świnki przed doświadczeniem podlegał działaniu toksyny błoniczej lub tężcowej, wprowadzonej w bardzo małej ilości do krążenia zwierzęcia. A. Modrzewski.

Pissany i Rendu. **Ropne wiewiórowe zapalenie stawu kolanowego, jako powikłanie przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego.** (Soc. méd. d. Hôpitaux 1911, 20. 1.). Autorowie przedstawiają chorego na ropne zapalenie prawego stawu kolanowego. W ropie dobytej ze stawu stwierdzono obecność gonokoka. Chory zakaził się wiewiórem przed 8 laty i od tego czasu cierpi na zapalenie gruczołu krokowego. Staw nakłuto i opróżniono z ropy, poczem sprawa zwolna ustąpiła zupełnie. Stahr.

Widal i Javal. **Kiłowe zapalenie nerek, leczone arseno-benzolem.** (Soc. médic. d. Hôpitaux. 1911, 20. 1.). Jak wiadomo, działa rtęć bardzo różnorodnie na wtórne zapalenie nerek kiłowe. Ehrlich też uznaje zapalenie nerek za jedno z najważniejszych przeciwwskazań do stosowania arsenobenzolu. Autorowie są zdania, że »606« działa także różnie zależnie od okresu choroby, w którym się ten lek stosuje. Obecnie przedstawiają autorowie chorego z ciężkim, od 14 miesięcy trwającym białkomoczem (14 gr. na litr), z wysokiego stopnia nieprzepuszczalnością nerek dla chlorków i uporczywymi obrzękami ciała. Po wstrzyknięciu do żyły 0,60 gr. arsenobenzolu spadł białkomocz w 17 dniach z 10 gr na 2¹/₃ gr, a potem na 1 gr na litr. Obrzęki powoli ustępowały. Przypadek ten jest podobny do ogłoszonych przez Lessera i Michaelisa, stoi zaś w przeciwieństwie do spostrzeżenia prof. Gaucher. Zdaje się więc, że na podstawie dotychczasowych naszych wiadomości trudno ustalić wskazania. Wszystko zależy, jak się zdaje, od stanu nerek. W każdym razie »606« nie jest bezwzględnie przeciwwskazane we wszystkich przypadkach swoistego zapalenia nerek. Stahr.

Pietrowa. **W sprawie farmakologii urotropiny.** (Russkij Wracz 1911, Nr 6). Pragnąc doświadczać zbadać, czy urotropina oprócz dróg moczowych, wydziela się też innymi drogami, badała autorka działanie tego środka na żółć na 2 psach z przetokami żółćki i pęcherzyka żółciowego. Wyniki badań są następujące: 1) Urotropina wywiera wpływ żółciopędny najwybitniejszy w 3 godziny po podaniu. 2) Po dłuższym podawaniu urotropiny ilość żółci zwiększa się nawet bez podawania tego środka. 3) Już po 1/2 godzinie w żółci można wykryć obecność urotropiny. 4) Obecność formaldehydu w żółci wykryła autorka tylko raz jeden. 5) Pod wpływem urotropiny ilość stałych części w żółci zmniejsza się o 8—9%. 6) Urotropina działa odkażająco nie przez tworzenie się formaldehydu, lecz przez powstawanie pokrewnego połączenia, działającego podobnie do formaldehydu, o czem mówi Citron. — Dalsze badania wykazały, iż gnicie w żółci, otrzymanej w okresie działania urotropiny, rozpoczyna się znacznie później (7 dni), niż w żółci normalnej (na 3-ci dzień). Dodawanie urotropiny do hodowli prątków duru brzuszkiego zatrzymuje ich rozwój. Zestawiając wyniki swej pracy z danymi, otrzymanymi przez prof. Witolda Orłowskiego, dochodzi autorka do wniosku, iż urotropina wskazana jest także w wielu cierpieniach narządu żółciowego, a więc przy żółtaczkach niezbytowych i pochodzenia zakaźnego, kamicy żółciowej, a także przy marskości wątroby i w okresie podurowym w celu zapobiegania powstawaniu cierpień dróg żółciowych. Twierdzenie to popiera autorka przykładami dobrych wyników, jakie otrzymano w klinice prof. Smirnowa pod wpływem stosowania urotropiny. Z. Gilewicz.

Nürenberg. **O pantoponie Sahliego.** (Russkij Wracz 1911, Nr 6). Pantopon Sahliego zawiera wszystkie składowe części makowca w postaci chlorków. Powstanie tego środka jest wynikiem współczesnej tendencji stosowania nie jednego środka o danym działaniu, ale połączeń kilku środków o pokrewnym działaniu farmakologicznym. Tendencja ta objawia się w pracach Sahliego, a także

¹⁾ »Kosmos« — czasopismo Polskiego Towarzystwa im. Kopernika. Lwów, 1910, XXXV.

Krawkowa i jego uczniów. Autor zestawia 25 prac cudzych i przytacza wyniki własnych badań nad pantoponem, na mocy których twierdzi, iż stosowanie tego środka wskazane jest zamiast makowca, kodeiny, belladony, morfiny, dioniny, heroiny i in., po części też zamiast środków nasennych, ponieważ pantopon działa pewnie, bez zjawisk ubocznych. Hamującego działania na ruchy żołądka i jelit N. nie spostrzegł. Raz jeden przy wstrzykiwaniu podskórnym, zgodnie ze spostrzeżeniem Ewalda, widział N. stan znacznego podniecenia i dlatego zaleca ostrożność w przypadkach schorzenia układu nerwowego. Pantopon nadaje się do stosowania wewnątrznie, podskórnie i w postaci lałatyw. Dawka 0,01—0,02 3 razy dziennie. Fabryka Hoffman-La Roche wyrabia pastylki po 0,01 i ampułki do wstrzykiwań podskórnych po 0,1 sz. c. 1% roztworu. Z. Gilewicz.

Złotowierchownikow. O rozpoznawczym znaczeniu objawu „dźwięku monety“ (signe du sou) przy wysiękach opłucnej. (Russkij Wracz 1911, Nr 7). Z. badał znaczenie metody Pitresa w rozpoznawaniu wysięków opłucnej. Sposób ten polega na bezpośrednim osłuchiwaniu uchem klatki piersiowej chorego, podczas gdy pomocnik z przeciwnej strony na tejże wysokości uderza jedną miedzianą monetą o drugą, przyłożoną dokładnie do klatki piersiowej, przyczem, o ile pomiędzy uchem, a monetą znajduje się płyn, to zamiast dźwięku stłumionego słychać wyraźny, wysoki, metaliczny dźwięk. Ogółem zbadał Z. 48 chorych, z których u 28 był wysięk opłucny. We wszystkich przypadkach wysięku opłucnej, kontrolowanych zapomocą nakłucia klatki piersiowej, objaw Pitresa znajdowano wyżej, niż stłumienie odgłosu opukowego i osłabienie drżenia głosowego klatki piersiowej i odpowiadał on stałe górnej granicy wysięku. Na mocy swych spostrzeżeń uważa W. metodę Pitresa za bardzo cenną przy rozpoznawaniu wysięków opłucnej, niezależnie od ich jakości, głównie zaś granic ich, i niezawodną — w tych przypadkach, w których badanie drżenia głosowego klatki piersiowej i zastosowanie nakłucia napotyka na trudności. Z. Gilewicz.

Hirtz. Wskaźnik oddechowcy wobec rozedmy płuc. (Journ. d. Practiciens. 1911, 28. 1). Obecnie w klinice zbyt zaniedbano pomiarów klatki piersiowej, które szczególnie w toku rozedmy płuc mogą dawać cenne wskazówki. Wskaźnik oddechowy, t. z. różnica pomiędzy obwodem klatki piersiowej na szczycie forsownego wdechu i na szczycie forsownego wydechu, wynosi na ogół 7 ctm. U ludzi, cierpiących na rozedmę płuc, opada do 5, 4, a nawet i do 2 ctm. Wskaźnik ten ma pewne znaczenie w rokowaniu. Nizki bywa u chorych z obustronnym wysiękiem opłucnym lub u dzieci ze zwężoną klatką piersiową, które niedostatecznie oddychają nosem, poza tem tylko w toku rozedmy. A jeśli wtedy wskaźnik wynosi mniej, niż 3 ctm., to chory narażony bywa na przypadłości niedomogi sercowej. Jeśli wskaźnik opada do 1 ctm., należy doradzać zabieg Freunda, polegający na nacięciu chrząstek żebrowych. Stahr.

Dmitrenko. Próba zastosowania szczepionki pneumokokowej przy zapaleniu płuc. (Russkij Wracz 1911, Nr 9). Autor z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł stosować autowakcyny i nie mógł także określić wskaźnika opsonicznego. Posługiwał się on gotową szczepionką wyrobu Mercka i Parke-Davisa i kierował się przy wstrzykiwaniach termoreakcją i ogólnym stanem chorego, jak to czynią przy leczeniu tuberkuliną. Stosował szczepionkę w ten sposób w 8 przypadkach ostrego włóknikowego zapalenia płuc i 2 przypadkach przewlekłego i doszedł do wniosków następujących: 1) Nawet stosunkowo duże dawki szczepionki są nieszkodliwe. 2) Leczenie szczepionką daje dobre wyniki w przypadkach przewlekłego zapalenia płuc; w ostrych przypadkach nie uzyskał D. tak świetnych wyników, jak to opisują inni badacze, n. p. Harris.

A. Modrzewski.

Prof. R. Wagner (Kijów). **Wypadek rozszerzenia**

tętnicy głównej obok zwężenia jej ujścia i zastawki dwudzielnej. (Russkij Wracz 1911, Nr 8). Przypadek ten dotyczy 48-letniego mężczyzny, cierpiącego na żółtaczkę, bicie serca i brak tchu podczas ruchu. Badanie kliniczne wykazało: rozkurczowe tętnienie w okolicy 5., 6. i 7. międzyżebra, uderzenie koniuszkowe serca w 7. międzyżebrow, górna granica bezwzględnej stłumienia serca na 4. żebrze, prawa na linii sutkowej prawej, lewa na przedniej linii pachowej. Nad tętnicą główną silny szmer skurczowy, który słychać także nad tętnicą podobojczykową, i rozkurczowy słabszy; nad tętnicą płucną też same dwa szmery, tylko nieco słabsze; w okolicy koniuszka serca szmerów nie było. Wobec tego i innych danych klinicznych rozpoznanie za życia brzmiało: Stwardnienie tętnic, zrosty osierdzia i opłucnej, niedomykalność zastawek tętnicy głównej i zwężenie ujścia tętniczego lewego, względna niedomykalność zastawki dwudzielnej, żółtaczka na tle zastoinowem. Po 10-dniowym pobycie w klinice chory zmarł. Badanie pośmiertne wykazało: Zrosty osierdzia, przewlekłe zapalenie wsierdzia ze zwężeniem ujścia żylnego i tętniczego lewego, względna niedomykalność zastawki dwudzielnej, rozszerzenie wstępującej części łuku tętnicy głównej, zrosty opłucnej, przewlekła gruźlica płuc i gruczołów oskrzelowych. — W przypadku tym za życia nie było żadnych danych, któreby wskazywały na zwężenie lewego ujścia żylnego i rozszerzenie tętnicy głównej. Rozwój choroby tłumaczy W. tak: Najpierw na tle miażdżycy powstało rozszerzenie tętnicy głównej, co później doprowadziło do zwężenia ujścia tętniczego, a potem żylnego lewego; to zaś stworzyło warunki, zapobiegające dalszemu postępowi rozszerzenia tętnicy głównej. Zmniejszenie napięcia ścian tętniaka wskutek małej ilości krwi w tętnicy głównej stworzyło warunki, wskutek których nie było ani tętnienia, ani stłumienia odgłosu opukowego, napotykanych przy tętniakach. Powstanie miażdżycy tętnic, przewlekłego zapalenia wsierdzia, osierdzia i opłucnej przypisuje S. w danym przypadku endotoksynom gruźliczym. Z. Gilewicz.

Dobrowolska. W sprawie wpływu upustu krwi na sprawy trawienne. (Russkij Wracz 1911, Nr 7). Na mocy danych, otrzymanych z badania 8 psów z przetokami różnych odcinków przewodu pokarmowego, twierdzi D., iż jednorazowa utrata $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ całej ilości krwi wywołuje zaburzenia w pracy narządu pokarmowego, dotyczące zarówno sprawy wchłaniania, jak też i ruchu. Zaburzenia ruchowe dzielą się na 2 okresy, z których pierwszy polega na zmniejszeniu wydzielania się soków obok zahamowania ruchu ścian, drugi na silnem wydzielaniu soków obok wzmożenia się ruchu. W pierwszym okresie soki zawierają znacznie więcej części stałych, niż w drugim. Zmniejszenie się stopnia trawienia i wchłaniania wybitniejsze jest w okresie drugim. — Pokarm obfitujący w wodę lub wlewany do żyły fizjologicznego roztworu soli zmniejsza znacznie zaburzenia trawienne w następstwie upustu krwi. Zaburzenia po upuszczeniu krwi dotyczą jednakowo trawienia białka, tłuszczu, jak i węglowodanów. Zaburzenia czynnościowe różnych odcinków dróg pokarmowych po upuszczeniu krwi ustępują jednocześnie. Z. Gilewicz.

Wiłłanien. W sprawie klinicznego znaczenia stolców tłuszczowych przy chorobach trzustki. (Russkij Wracz 1911, Nr 8). W. usuwał u psów część trzustki i badał zawartość tłuszczu w kale. Na mocy swych badań twierdzi, iż przy częściowem zaburzeniu w wydzielaniu soku trzustkowego do jelit mogą powstawać znaczne zaburzenia w trawieniu tłuszczów, polegające na zwiększeniu się w kale tłuszczów obojętnych, podczas gdy prawidłowo tłuszcze znajdują się w kale w postaci kwasów tłuszczowych i mydła. Zdaniem W. w tych przypadkach, w których chodzi o rozstrzygnięcie, czy stolce tłuszczowe zależą od zaburzeń ze strony trzustki, czy też są skutkiem braku żółci, mała ilość mydła w kale rozstrzyga rozpoznanie na stronę braku soku podpuszczkowego. Z. Gilewicz.

Prof. Janowski (Kijów). **O biegunkach pochodzenia nerwowego.** (Russkij Wracz 1911, Nr 7). Biegunka pochodzenia nerwowego zdarza się według J. bardzo często i posiada doniosłe znaczenie w praktyce lekarskiej. Występuje ona albo w postaci ostrych napadów, jak to opisali Lander-Brunton, Nothnagel i inni, albo w postaci przewlekłej, zjawiającej się okresowo. Do biegunki pochodzenia nerwowego nie należy zaliczać biegunki, napotykaanej przy braku soku i sokotoku żołądkowym, przy chorobie Basedowa, przy władzie rdzenia, a także przy histeryi. Przyczyną wystąpienia omawianej biegunki mogą być wzruszenia psychiczne, albo błędy dyetetyczne; pod wpływem pierwszej przyczyny biegunka zjawia się odrazu, lub też występuje zwolna, stopniowo; co do błędów zaś dyetetycznych, to wpływają one o tyle, o ile ustrój ma odpowiednią skłonność, i często nawet pokarm, który poprzednio wywoływał biegunkę, bywa dobrze znoszony w pewnych okresach. Chorzy tacy uskarżają się zwykle, iż nieraz powstaje u nich biegunka pod wpływem drobnych przyczyn, jak użycie zwykłych pokarmów, często zaś najwidoczniej bez wszelkiej przyczyny. Stolce bywają płynne, obfite i częste, czasem poprzedzone bólami w brzuchu; podczas stolca występuje niekiedy uczucie słabości, dochodzące do omdlenia, zawroty głowy, utrata sił, bicie serca i t. p. Czasem chorzy nie doznają potrzeby częstych wypróżnień, natomiast odczuwają stałe burczenie w brzuchu. Płynne stolce występują najczęściej po jedzeniu, ale prawie nigdy nie bywa ich w nocy, co ma ważne znaczenie dla odróżnienia tego cierpienia od organicznych chorób jelit. Przy badaniu takich chorych zauważyć się daje bolesność splotów nerwowych brzucha, oraz kurcz okrężnicy, którą wyczuwa się w postaci postronka. W okresach równowagi badanie stolca takich chorych nie wykazuje żadnych zmian; natomiast w okresie biegunki znajduje się w wypróżnieniach znaczna ilość śluzu, zmieszanego równomiernie z kałem, niezmiennione barwniki żółciowe i mało zmienione włókna mięsne; kawałków zaś niestrawionego pokarmu, wbrew oczekiwaniu, zwykle się nie znajduje. Zaburzeń w czynności żołądka ani podmiotowych, ani przedmiotowych nie bywa.

Przyczyna biegunki pochodzenia nerwowego jest według autora dwojaka: 1) wzmoczenie się ruchów robaczkowych jelit, 2) wzmoczone wydzielanie soków w zależności od podnieć nerwowych. Co do leczenia, to na pierwszym planie powinno być leczenie niedomogi nerwowej znanymi środkami. W przypadkach ciężkich wskazana jest na początku surowa dyeta z dodatkiem wina czerwonego, czernic i t. p. Naogół dyeta powinna być dobierana ogólnie, ponieważ u chorych takich nader często spozstrzega się idyosynkrazyę do wielu pokarmów. W ciężkich bardzo przypadkach uciekać się należy do lekarstw, wśród których niemałe znaczenie posiadają przetwory bromu i makowca w małych dawkach.

Z. Gilewicz

Pedyatria.

K. Potpeschnigg. **Spostrzeżenia i wyniki badań styryjskiej epidemii zapalenia przednich rogów rdzenia w r. 1909.** (Arch. f. Kinderhk. T. 54, Z. IV—VI. 1910). Spostrzeżenia opisane zebrał autor częścią z własnego doświadczenia, częścią z kwestyjonariusza, rozesłanego do wszystkich lekarzy styryjskich; ogółem opiera swe wnioski na podstawie 600 historii chorób. Uderzającą jest stosunkowo mała ilość zachorzeń w większych miastach, a gromadne występowanie choroby w miejscowościach, często oddalonych od głównych dróg komunikacyjnych, i jakkolwiek zaraźliwość — zresztą słaba — porażenia rdzeniowego zdaje się być stwierdzoną, to przecież nie można zaprzeczyć współdziałania innych jeszcze czynników usposabiających, a dotychczas nieokreślonych. Najczęściej zapadały w omawianej epidemii dzieci do 5 r. życia; szkodliwego wpływu stykania się w szkole nie zdołano zauważyć wbrew podaniom innych autorów. Złe stosunki higieniczne,

gęstość zaludnienia, nie oddziaływały sprzyjająco na szerzenie się choroby. Sposób szerzenia się zarazka nie dał się wykazać. Okres wylegania wynosił 8 dni, poczem nastawał okres zwiastunów: gorączka, wyprzedzająca zwykle porażenie o 1—5 dni (spozstrzega się jednak i przebieg bezgorączkowy), często rozlewne poty, cuchnienie z ust, niezbyt gardła (bez zmian wysiękowych), czasem nieżyt żołądkowo-jelitowy; wymioty wraz z silnymi bólami głowy w części potylicznej, stężenie karku, przodozgięcie kręgosłupa, połączone z bolesnością kręgow przy ucisku lub próbach wyprostowania — pojawiają się wkrótce przed porażeniami. W innej grupie przypadków na pierwszy plan wysuwają się bóle nerwów obwodowych, mięśni i stawów, powstające już to samoistnie, już też za uciskiem lub przy ruchach; zauważono, jako charakterystyczne, bóle kłujące w klatce piersiowej przy głębszym wdechu. Zupełne porażenia wyprzedzało częstokroć zmniejszenie siły pewnych grup mięśni, połączone z drganiem włókienkowem; u dzieci objawia się ten okres utykaniem przy chodzeniu i częstem padaniem na ziemię. Nagłego porażenia autor nie spozstrzegał. Rozprzestrzenianie się porażeni następuje niekiedy bardzo gwałtownie w przeciągu paru godzin, w innych przypadkach postępuje przez kilka dni, a czasem nawet przez parę tygodni po ustąpieniu ostrych ogólnych objawów. Do najwcześniejszych porażeni należy niedomoga pęcherza, występująca jednak nie często. Bole w porażonych kończynach utrzymują się nieraz tygodniami i wywołują przykurczenia; w częściach porażonych zauważano czasem upośledzenie czucia, w zdrowych zaś przeczulicę skórną; do zmian rzadziej występujących zaliczyć należy wysypki skórne, łuszczenie i obrzęki. Stosunkowo często występujące porażenie nerwu twarzowego wskazuje na możliwość ogniskowego zajęcia mózgu, jednak porażenia mięśni połykowych, strun głosowych i mięśni oka zdarzały się wyjątkowo, częściej natomiast spozstrzegano wzmoczenie odruchów ścięgniętych na kończynach zdrowych i dotkniętych porażeniem, mimo braku objawów mózgowych (leukomyelitis). Postacie poronne występują jako zapalenie gardła z gorączką, niekiedy z zawrotami, nerwobólami, tkliwością uciskową kręgosłupa, a dają się rozpoznać tylko wobec przypadków typowych. Śmiertelność wynosiła w Styryi 13.16%, dotykając głównie dorosłych; śmierć występowała jako skutek porażenia mięśni oddechowych i zdarzała się najczęściej w 4. dniu choroby. Przebyte zapalenie rdzenia pozostawiało w pewnych przypadkach, oprócz porażeni, drżenie kończyn, zniekształtnienia (obwisłe ramiona, garby, obwisły brzuch), osłabienie pamięci, zmniejszoną odporność na zakażenia, krótki oddech i t. p. Do jakiego stopnia mogą się cofnąć pierwotne porażenia, nie daje się nigdy przewidzieć. W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzano w przeważnej większości świeżych przypadków wzmoczone ciśnienie, tworzenie się pajęczynowatego skrzepu, zwiększoną ilość białka, a zmniejszoną cukru; w osadzie spotykano przeważnie limfocyty, a w kilku przypadkach dwoinki, barwiące się sposobem Grama, dające się wyhodować na agarze, które autor uważa za wtórne zakażenie schyłkowe. Szczepienie płynu mózgowo-rdzeniowego na zwierzęta (także mały i kozy) wypadało stałe ujemne. Leczenie polega na bezwzględnyim spokoju przez kilka tygodni (nawet w lekkich przypadkach), podawaniu aspiryny i środków kojących; w 2—3 dni po wystąpieniu największych porażeni faradyzacja, miesienie, ułożenia kończyn tak, aby mięśnie porażone nie ulegały rozciąganiu, wreszcie zapobieganie przykurczeniom przez opatrunki plastrowe i szynowe.

Bujak.

M. Bichlerowa (Warszawa). **Plamki Koplika.** (Arch. de méd. des enfants 1911, Nr 1). Plamki Koplika występują w okresie wylegania odry pod postacią białych punktów, otoczonych różową obwódką i sadowią się w rozmaitej ilości na wewnętrznej stronie policzków; nigdy nie spozstrzegano ich na podniebieniu, ani języku. Obwódki różowe bywają zmiennej wielkości i postaci, białe punkty zaś nie przekraczają 1 mm w średnicy; punkty białe przybierają

niekiedy odcień niebieski, nigdy żółty. W wyjątkowych razach nie zauważono plamek w odrze i to tylko w 1. roku życia; o ile wystąpią, mają znaczenie znamienne (patognomiczne). Zwykle pojawiają się 1—2 dni przed wysypką, niekiedy wcześniej — do 10 dni — przed gorączką i przed objawami nieżytowymi, najczęściej po obu stronach policzków, rzadziej jednostronnie, utrzymują się zaś 2—5 dni, licząc od ukazania się wysypki. Bujak.

Ostrowski. Wrodzone wady serca u osesków. (Ruskij Wracz, 1911, Nr 7). Na mocy 40 badań pośmiertnych stwierdził autor, iż najczęstszą wadą serca u osesków jest brak przegrody między komorami, sam, lub też w połączeniu ze zwężeniem tętnicy płucnej (15 przypadków). Zupełne zarośnięcie tętnicy płucnej spotyka się rzadko (autor napotkał je raz jeden). Zwężenie tętnicy głównej zdarza się znacznie rzadziej, niż tętnicy płucnej (4 przypadki). Z. Gilewicz.

Masao Sumita. Rzekome znaczenie zmian tarczycy w płodowych zmianach kości (»chondrodystrophia foetalis« i »osteogenesis imperfecta«). (Jahrbuch für Kinderk. styczeń 1911). Autor badał trzy płody z »chondrodystrophia foetalis« i tyleż z »osteogenesis imperfecta«, następnie dla kontroli 17 tarczyc począwszy od 8-miesięcznych płodów do 1½ rocznych dzieci. Autor dochodzi do wyników, że tarczycy płodów chorych na płodowe schorzenia kości, ani co do kształtu, ani co do wielkości i wagi, ani co do budowy histologicznej nie różnią się od tarczyc użytych do porównania, a już absolutnie nie spotkał autor zmian, jakie opisano przy matoleństwie i obrzęku śluzowatym. I tak przy »chondrodystrophia« tarczycy jest najczęściej zupełnie prawidłowa, często powiększona, bardzo rzadko zmniejszona wskutek zaniku. Braku tarczycy nie opisano. Lecz te zmiany tarczycy, spotykane przy »chondrodystrophia«, spotyka się również często u noworodków prawidłowych. Przy »osteogenesis imperfecta« zmian w tarczycy nie ma lub są tylko bardzo nieznaczne. Nie można więc wyszukiwać związku między schorzeniami takimi, jak np. matoleństwo lub obrzęk śluzowaty, a płodowymi schorzeniami kości. Ze swoich badań i z przytoczonego piśmiennictwa dochodzi autor do wniosku, że nie istnieje żadna postać płodowego schorzenia kości, którąby można odnieść do zaburzeń czynności tarczycy. Dadej.

Położnictwo i ginekologia.

K. N. Rabinowicz. Rzucawka (eclampsia) według materiału Maryjskiego Domu położniczego w Petersburgu od d. 1. I. 1899 r. do 1. I. 1909 r. (Ruskij Wracz 1911 Nr 7). W ciągu 10-lecia spostrzegano na 14584 porody 146 przypadków rzucawki (1·09%), u pierwiastek 100(68·5%), a u wieloródek 46 (31·5%); chorowały przeważnie osoby młode do 30 lat życia (75%). Zmarło 9 (6·1%). Oprócz tych zmarły 4 chore w okresie drgawek porodowych z przyczyn niezależnych od tej choroby (2 przypadki zakażenia krwi, 1 pęknięcia tętnicy mózgowej i 1 krwotoku macicznego). W przypadkach, które zakończyły się śmiercią, było średnio 15·7 napadów drgawek, u chorych zaś, które wyzdrowiały, 7·8. Największą śmiertelność stwierdzono w przypadkach drgawek, które zjawiały się przed początkiem bólów porodowych. Leczenie stosowano objawowe: w okresie napadów — morfinę podskórnie i wodnik chloralu w ławatywie; w wyjątkowo ciężkich przypadkach dokonywano operacji przyspieszającej poród. U wszystkich rodzących przerywano możliwie wcześnie pęcherz płodowy. Omawiając niską śmiertelność w zakładzie leczniczym w stosunku do statystyki klinik zagranicznych, zgadza się R. ze zdaniem Dürrsena, Seitza i Skrobańskiego, którzy twierdzą, iż rzucawka w Rosji nie przybiera tak złośliwej postaci, jak w Niemczech, i z tego powodu sądzi, iż nie wymaga ona bezwarunkowo stosowania energicznych i ryzykownych sposobów rozwiązania (»Schnell. i Frühentbindung«). M. Pietkiewicz.

Cramer. O istocie i leczeniu zmięknienia kości. (Münch. med. Woch. 1911 Nr 8). Stosunek zmięknienia kości do jajników nie ulega już wątpliwości. Hanau i Wild wykazali

nawet, że w prawidłowej ciąży i w położu spotyka się zmiany w kościach, przypominające żywo sprawę zmięknienia. Jednak nie można twierdzić, że tylko w jajniku leży przyczyna choroby. Znamy przypadki, gdzie trzebienie nic nie pomaga, a znowu kiedyindziej i inne sposoby leczenia (fosfor, adrenalina) wiodą do celu. Zmięknienie kości występuje nieraz endemicznie, a cierpienie to zjawia się nieraz równocześnie także u zwierząt (kóz, krów i t. p.). Zwłaszcza występuje ta choroba w okolicach, gdzie ziemia zawiera mało wapna. Schodzi się to ze spostrzeżeniami endemicznego występowania wola. Zmięknienie kości występuje prawie tylko u kobiet, może być dlatego, że czynność gruczołów starszych kobiet nie jest tak ciągłą, jak u mężczyzn, lecz przerywaną. Co do leczenia, to trzebienie zwykle miewa skutek bardzo dobry, usuwać należy jednak zawsze jajowód. W przypuszczeniu, że po wytrzebieniu tworzą się we krwi ciała, działające korzystnie na wytwarzanie kości, wyrabia firma Merck odpowiednią surowicę. Również stosuje się mleko kóz trzebionych, autor spostrzegł przytem nawet wybitny skutek. W niektórych przypadkach działa skutecznie także fosfor, ale trzeba stosować dawki znacznie większe, niż zwykle radzą. Fosfor zastąpić mogą przetwory: phosphachit i protylina (Kocha). A.

Prof. D. O. Ott. Przyczynek do etyologii i profilaktyki włókniało-mięśniaków macicy. Znaczenie zgięcia macicy ku przodowi w rozwoju tej choroby. (Ruskij Wracz 1911 Nr 7). Wychodząc z założenia, iż dotychczasowe próby jakiejś jednej, ogólnej teorii, mającej wyjaśnić etyologię różnorodnych nowotworów, nie miały i nie mogły mieć powodzenia, zachęca O. do zwracania pilnej uwagi na objawy zarówno patologo-anatomiczne, jako też i kliniczne, towarzyszące powstawaniu i rozwijaniu się nowotworów. W taki sposób jedynie można będzie w przyszłości zebrać materiał naukowy, nadający się do uogólnień i wniosków. Nowotwory jednego typu mogą rozwijać się pod wpływem rozmaitych czynników. O. zastanawia się szczegółowo nad wadą położenia macicy, zgięciem macicy ku przodowi (anflexio uteri), powikłaniem mniej lub więcej wyraźnymi zmianami w mięszu, szyjką stożkowatą, unieruchomioną niekiedy jakby blizną w przednim sklepieniu, przedłużeniem części nadpochwowej i t. d. W nieprawidłowościach tego rodzaju O. upatruje warunki, wielce sprzyjające rozwojowi włókniało-mięśniaków. Przeszło w połowie przypadków zgięcia macicy ku przodowi, obserwowanych w ciągu długiego szeregu lat, szczególnie zaś u chorych, u których nie udało się usunąć niepłodności, stwierdził O. rozwijanie się włókniało-mięśniaków. Jako czynniki przyczynowe stawia O. na pierwszym planie bierne przekrwienie macicy wskutek ucisku naczyń krwionośnych, szczególnie żył, w okolicy zgięcia macicy, oraz zmiany następcze w mięszu: przewlekłe zapalenie i zwyrodnienie włókniste macicy. Jako środek zapobiegawczy przeciwko rozwijaniu się włókniało-mięśniaków macicy zaleca O. gorąco, oprócz zabiegów, regulujących krążenie krwi w macicy (miesienie ginekologiczne), przede wszystkim usunięcie niepłodności, co daje się uzyskać w wielu przypadkach zapomocą wycięcia (excisio) części pochwowej. Materiał, którym O. rozporządzał w klinicznym instytucie położniczo-ginekologicznym, zebrany przez Dra Lewina, wykazuje, iż przeszło w 1/3 części przypadków operowanych w sposób powyższy, osiągnięto wyniki dodatnie: po wielu latach niepłodności chore zaszły w ciążę, niektóre z nich dwukrotnie. Autor kładzie nacisk na pewien szczegół techniczny przy operacji, dotyczący rozcięcia blizny, unieruchomijającej szyjkę maciczną w przednim sklepieniu pochwy; szwy powinny być nałożone w taki sposób, ażeby rana została zeszyta pod równym kątem do kierunku pierwotnego rozcięcia; linia szwów powinna iść w kierunku podłużnym (nie zaś poprzecznym) do osi szyjki macicznej. M. Pietkiewicz.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Przy badaniu uszkodzonych w głowę, w pewien dopiero czas po urazie, nieraz nie spotykamy żadnych już przedmiotowych objawów i wtedy podług Rhesego jedynie nieraz badanie otologiczne może być nam pomocą, gdyż wykazuje ono, nieraz i po miesiącach jeszcze, zmiany na błonie bębenkowej, kosteczkach, w błędniku i t. p. Także cenne usługi oddaje badanie podług Baranyego (drżenie gałek po przestrzykaniu ucha wodą zimną lub gorącą), badanie przewodzenia kostnego i t. p. W przypadkach wątpliwych powinien więc zawsze badać także otyatra. (Med. Klinik Nr 7, 1911).

Piperazyna Midy. (Gazette méd. des hopitaux de Paris). W ostatnich czasach do lecznictwa wprowadzono wielką liczbę środków, mających na celu oddziaływanie na skazę moczanową. Środki te są solami piperazyny (winian, chinian, cytrynian, chlerek), połączeniami farmaceutycznymi środków mniej lub bardziej moczopędnych z piperazyną. Piperazyna Midy w ziarnkach jest jednym z najsilniejszych środków, rozpuszczających kwas moczowy, a dowiodły tego liczne badania chemiczne, fizyologiczne i chemiczne. Nie rozkłada się ona w ustroju, lecz krąży pod postacią węglanu piperazyny i wszędzie, gdzie napotyka kwas, łączy się z nim i tworzy nadzwyczaj łatwo rozpuszczalny moczan piperazyny. Sole, przeciwnie, muszą wpiery ulec rozkładowi, aby mogły działanie swe przejawiać i działanie ich jest tem samem powolniejsze. Istnieją też w handlu substancje przeciwmoczanowe, które stanowią połączenie środków antyseptycznych moczowych z nieznaczną dawką czystej piperazyny. Doświadczenia kontrolne wykazały jednak, że środki te posiadają pewne własności antyseptyczne, lecz ich działanie jest słabsze, niż przy zastosowaniu odpowiedniej dawki czystej piperazyny: a prócz tego w połączeniach tych zachodzą oddziaływania molekularne części składowych, których wynikiem jest zmniejszenie własności piperazyny, a nawet zupełne ich zniesienie. W.

Do opatrywania ran przez laików, samarytanów przy udzielaniu pierwszej pomocy, n. p. w fabrykach i t. p., poleca Hans olej na rany, nazwany »nilotan«, składający się z balsamu peruwiańskiego, żywicy, oleju, parafiny i jodiny. H. jest zdania, że robotnik w fabryce nie potrafi nigdy wymyć sobie dobrze rąk i założyć czysto opatrunku. (Med. Klin. 1911, Nr 11). A.

Kłębek włosów (trichobezoar) usunął Kampmann 10-letniej dziewczynce zapomocą otwarcia żołądka. Guz dawał się wyczuć przez powłoki i w wywiadach dowiedziano się o skłonności do połykania włosów tak, że rozpoznanie nie było trudne. Charakterystyczne jest przytem wychudzenie przy wilczym nieraz apetycie. (Münch. med. Wochs. Nr 8). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XV ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w d. 14 (27) stycznia 1911 r.

Obecnych członków 40, gości 16. Przewodniczy prezes Prof. O. Czeczott. Otwierając posiedzenie podaje prezes do wiadomości, iż »Związek« poniósł nową stratę w osobie powszechnie szanowanego prowizora farmacyi Aleksandra Lipińskiego i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie. Potem zabiera głos wiceprezes wydziału farmaceutycznego p. Edmund Chrzanowski, w słowach następujących: »W Petersburgu, po niedługiej lecz ciężkiej

chorobie, zakończył życie członek »Związku«, właściciel apteki na Wyborskiej stronie prowizor Aleksander Lipiński. Kol. Lipiński pochodził ze szlachty wołyńskiej, urodził się w roku 1853, do rówieńskiego gimnazjum wstąpił w 1862 r. po skończeniu zaś kursu w gimnazjum wstąpił do apteki w roku 1871 w miasteczku Dąbrowicach. Na początku 1874 roku złożył egzamin na stopień podaptekarza; posadę tę zajmował w aptece Zeidla w Kijowie w ciągu niespełna 4 lat, uczęszczając jednocześnie i na wykłady uniwersyteckie. W kwietniu 1878 r. po złożeniu egzaminów otrzymał stopień prowizora farmacyi. Otrzymaawszy dyplom, skierował się do Petersburga, by szukać na obczyźnie pracy i szczęścia, niebawem pracę znalazł w aptece Szuppe, a w roku 1882 otworzył 12 września własną aptekę. Poświęciwszy się zawodowi farmaceutycznemu, ś. p. Aleksander wyniósłszy z domu rodziców twarde zasady uczciwości, miłości bliźniego i obowiązków obywatela kraju, wzmocnił się w tych zasadach u swoich nauczycieli, poznał życie cierpiących bliźnich i niósł chętnie pomoc każdemu, kto się do niego zgłaszał. W pracy społecznej w Petersburgu był zawsze w pierwszych szeregach, od 1882 r. był członkiem petersburskiego Towarzystwa aptekarzy, od założenia Sekcyi farmaceutycznej przy »Związku« liczy go również w liczbie pierwszych członków. Wszystkim organizacyom polskim nie szczędził, w miarę swoich środków, pomocy. W swoim skromnym zawodzie odznaczał się mrówczą pracą. Otarł nie jedną łzę ubogim chorym, to też liczne tłumy ludzi, należących do rozmaitych warstw społecznych, które zebrały się w dzień pogrzebu, były najlepszym dowodem ogólnego szacunku. Niech mu lekką będzie obca ziemia, na której pracował uczciwie większą połowę swego życia«.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I) Dr chemii Szymon Dzierzgowski wypowiedział rzecz p. t. **Odporność czynna przeciwko błonicy u zwierząt i człowieka.** Na wstępie zarysował prelegent rolę laseczników Löfflera w rozprzestrzenianiu się błonicy, zastanowił się szczegółowiej nad wydzielaniem przez te laseczniaki toksyny, jak również wyjaśnił znaczenie antytoksyny w walce z chorobami zakaźnymi. Ten stosunek wzajemny jądów (toksyn) i substancyi jad niweczących wyzyskano od pewnego czasu w celu leczniczym. Jeżeli wprowadzać do ustroju antytoksynę, to można zwiększyć odporność ustroju. Podawszy charakterystykę odporności czynnej, biernej, a także wrodzonej, przytoczył mowca sposoby uodporniania sztucznego różnych zwierząt, wreszcie zapoznał słuchaczy z szeregiem własnych wieloletnich doświadczeń, rozpoczętych jeszcze w r. 1902, a po części wykonanych przez prelegenta na samym sobie. Jeżeli zaszczyć błonicę psu, to pies ginie, bo jest bardzo wrażliwy względem laseczniaka Löfflera; przy badaniu krwi u takiego psa antytoksyny niema wcale. Zaś jeżeli psa uodpornić sztucznie, to znieść on może znacznie większą dawkę jadu, niż koń. Po 2¹/₂-miesięcznym uodpornianiu sztucznem tak pies, jako też koń znoszą jednakowe dawki toksyny, pomimo że u psa antytoksyny jest mało, u konia zaś dużo. Doświadczenia te dowodzą, że ustrój zwierzęcy rozmaicie oddziałuje na toksynę. Szczury przy uodpornianiu znoszą wielką dawkę toksyny, antytoksyny we krwi ich znajduje się bardzo mało. Otóż ilość antytoksyny w ustroju zwierzęcym nie jest jeszcze wskaźnikiem stopnia odporności w każdym poszczególnym przypadku. Na samym sobie wykonał mowca 24 wstrzyknięcia, stopniowo zwiększając dawkę, ostatecznie doprowadził własną surowicę do takiego stanu, że 1¹/₁₀ jego surowicy zubożył śmiertelną dawkę toksyny. Przed uodpornianiem znalazł mowca we własnej surowicy 1¹/₂₀₀ jednostki antytoksyny, po uodpornieniu jedną jednostkę, a po upływie 7 lat 1¹/₂₀ jednostki. Była to dawka 3 razy większa, aniżeli ta, którą wstrzykują zwykle podczaż zakażenia. Następnie przytoczył prelegent badania nad odpornością czynną, wywołaną przez działanie na błony śluzowe. I tak w szpitalach lekarze i służba, stykający się z choremi na błonicę, rzadko sami zapadają na tę chorobę, ponieważ są uodpornieni powoli małymi dawkami

drogą działania na błony śluzowe. W końcu wypowiada prelegent zdanie, że wiek dziecięcy będzie użyty nie tylko do rozwijania umysłu, lecz zarazem drogą uodporniania sztucznego, zahartowania względem różnych chorób zakaźnych uda się zabezpieczyć dzieci raz na zawsze od zakażenia w przyszłości.

Dyskusya: Dr Zboromirski robi uwagę, że uodpornianie zapomocą toksyny jest częściowe, bo do przesączu przechodzą nie wszystkie części składowe drobnoustrojów. Sposób ten ma znaczenie, wyłącznie zapobiegawcze, a nie lecznicze i nie może być stosowany podczas epidemii.

Dr Michałowicz zapytuje prelegenta, jak szybko wzrasta antytoksyna.

Prelegent odpowiada, że wzrost ten idzie powolnie, bo odczyn jest słaby, podniesienia ciepłoty zwykle nie bywa; uodpornianie ciągnie się około miesiąca. Sposób ten nie jest leczniczy, lecz ochronny, ponieważ podczas epidemii stosowany być nie może. Co do pierwszej uwagi Dra Zboromirskiego, przytoczył prelegent przykład, że jeżeli zwierzęciu wstrzyknąć surowicę i zarazek jednocześnie, zwierzę pozostanie przy życiu; doświadczenie to dowodzi, że przyczyną śmierci jest jad, a nie drobnoustroje.

Doc. Z. Orłowski zapytuje prelegenta, czy przeprowadził badania na kotach wobec tego, że u kotów przed epidemiami bywają jakies zmiany w gardle.

Dr Michałowicz: Poruszona przez prelegenta sprawa własnej odporności ustroju, odporności nabytej, czy odziedziczonej, jest obecnie mało brana na uwagę przy wstrzykiwaniu surowicy przeciwbłoniczej chorym na błonicę. Sprawa to tem ważniejsza, że obecnie wieje z Ameryki prąd wstrzykiwania przeciw błonicy olbrzymich dawek: 50, 80, nawet 120 tysięcy jednostek antytoksycznych. Ponieważ prąd ten znalazł uznanie w Berlinie, należy oczekiwać, że w niedalekiej przyszłości pójdzie za nim szeroki ogół lekarzy praktyków. Tymczasem wielkie dawki nie są co do skutków lepsze od małych dawek. Tak np. w Wiedniu w szpitalu Pospischila wstrzykują dawki do 120 tysięcy jednostek, wyniki zaś leczenia są gorsze, niż na oddziale Schicka, gdzie śmiertelność wynosi $4\frac{1}{2}\%$, wliczając w to przypadki, przywiezione do kliniki w stanie bezdechu. Tymczasem Schick wstrzykuje 600 jednostek w lekkich przypadkach, do 2000 w cięższych i 3000 w najcięższych septycznych postaciach. Stąd poniekąd dałby się wysnuć wniosek, że surowica wstrzyknięta jest jakby uzupełnieniem własnej siły odpornej ustroju. Zapominając o tem i wstrzykując olbrzymie dawki surowicy, narażamy z jednej strony ludność na ogromne wydatki, z drugiej możemy nawet zaszkodzić choremu, wprowadzając do ustroju płyn wcale dlań nie obojętny.

Prelegent zaznacza, iż na kotach odpowiednich doświadczeń nie przeprowadził, lecz stanowczo ich spróbuje. Jak wiadomo, jad np. wścieklizny w 3-ciem pokoleniu ginie na psach, u kota zaś wzmaga się do takiego stopnia, że toksyczna działalność jadu wścieklizny wystarcza jeszcze na parę pokoleń. Mówca w zupełności podziela przypuszczenie, że i przy błonicy koty odgrywają jakąś rolę.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za pouczający i na doniosłych własnych badaniach osnuty wykład.

II. Doc. Dr K. Noiszewski: **Człowiek chory w życiu, nauce i sztuce.** Poeta złotej doby piśmiennictwa polskiego powiedział, że nic lepszego nie masz nad zdrowie i, co za tem idzie, nic gorszego nad chorobę. Zastanawiając się bliżej nad pojęciami zdrowia i choroby musimy się zgodzić, że pojęcie osobnika zdrowego utożsamia się z pojęciem prawidłowego, a pojęcie chorego z pojęciem odbiegającego od normy. Tętno w granicach 60—80 uderzeń na minutę uważa się za prawidłowe, tętno poniżej i powyżej tej normy, np. 30—40 na minutę lub 150—200 na minutę, jest tętnem nieprawidłowym, tętnem serca chorego człowieka. Tak samo rzecz się ma z oddychaniem i ciepłotą: ciepłota $36\text{—}37^{\circ}\text{C}$ jest ciepłotą prawidłową, zaś wyżej lub niżej jest nieprawidłową, ciepłotą człowieka

chorego. Ta sama zasada stosuje się do wszystkich czynności naszego ustroju, a nawet do biegu naszej myśli. Zbyt powolny bieg myśli jest jedną z oznak zadumy czyli melancholii, zbyt prędki jest oznaką szału czyli manii. Już z podanych tu przykładów widzimy, że pojęcie normy jest węższe od pojęcia nienormalności. Nie ulega też wątpliwości, że fizjologia normalna jest tylko częścią obszerniejszej od niej nauki, — patologii.

Jak wiadomo, patologia, czyli nauka o człowieku chorym, należy do ważnego i olbrzymiego działu wiedzy ludzkiej, objętego ogólnem mianem — medycyny. Zarówno jednostki, jak i całe społeczeństwa ludzkie, niejednakowo zapatrują się na medycynę i lekarzy, i jeżeli większość jest przekonana o pożyteczności medycyny i lekarzy, to znowu były zawsze i są dzisiaj nie tylko jednostki, ale i całe grupy, uważające medycynę za wroga ludzkości. Zdaniem niektórych medycyna, zachowując przy życiu jednostki słabe i chorowite, czyni ogół ludzi słabszym i na choroby podatniejszym, bo słabi zachowani przy życiu pozostawiają po sobie słabsze jeszcze potomstwo. Ostatnimi czasy powstała nawet doktryna, która każe niszczyć wszystko, co słabe, gotując tym sposobem drogę dla przyjscia nadczołowieka. Twierdzą wyznawcy doktryny Nietzschego, że za wiele się robi dla słabych i chorych, gdy świat ten podług nich przeznaczony jest dla silnych i zdrowych.

Mówiąc o znaczeniu chorego człowieka dla życia, niepodobna przemilczeć o tak zwanej eugenicie. Twórcą jej jest Francis Galton, który w tym celu założył przy uniwersytecie w Londynie pracownię biologiczną dla eugeniki narodowej. Szkoła Francis Galtona tak określa cel i znaczenie eugeniki narodowej dla państwa: Nadszedł czas — mówią zwolennicy Galtona — opanowania rozwoju organicznego w ten sposób, jak nauki fizyczne opanowały świat materii nieorganicznej; należy opanować dziedziczność, zapanować nad umiejętnym doborem płciowym i wskazać na zależność dzielności rasy od tych czynników. Sprawą najważniejszą, podstawą bytu narodowego, sprawą, ważniejszą od rozwoju swobód politycznych, jest zdrowie i siła jednostek składających dany naród. Rozwój narodu nie może być dzisiaj rozpatrywany ze stanowiska wyłącznie politycznego; same warunki polityczne nie stanowią jeszcze o powstawaniu, upadku, rozkwicie i zaniku — śmierci narodów i ras. Nowsze badania wykazały olbrzymie znaczenie czystości życia rodzinnego i obyczajności płciowej dla przyszłości narodu. Dziś nie ulega już wątpliwości, że jednostki, uprawiające system dwójga dzieci lub, co gorzej jeszcze, zupełnej bezdzietności, wiodą naród cały do zwyrodnienia i śmierci. Eugenika stwierdza, że wszystkie wielkie kultury przeszłości: hinduska, egipska, asyryjska, grecka i rzymska wskutek wspomnianych czynników zakończyły się zwyrodnieniem i śmiercią i twierdzi, że zwyrodnienie zagraża współczesnej kulturze Europy i Ameryki. Francis Galton i jego uczniowie twierdzą, że dla dobra rasy trzeba zwycięstwa silnych i zdrowych, uczyć, że należy porzucić niewczesny sentymentalizm wobec słabych: niech słabi giną i nie krzewią słabości. Eugenika stoi na stanowisku moralności greckiej wobec niewolnictwa ras niższych, odrzuca naukę Chrystusa o miłości i litości dla chorych i słabych, odrzuca wszystkie idealne dążenia do opieki nad ludźmi upadłymi i stanami wydziedziczonymi. Nad jednostkami, obciążonymi chorobami dziedzicznymi lub nabytymi i nad ich potomstwem eugenika wydaje sąd: lepiej, żeby nie było ani ich, ani ich potomstwa. Twórca tej nowej niby nauki, Galton, chciałby uważać ją za rodzaj religii, opierającej się na podstawach pozytywnych i ściśle naukowych. Jak widzimy nauka ta jest zmodyfikowaną nauką Nietzschego, jest zwrotem do helenizmu.

Równoległe z tym ruchem eugenicznym płynie starszy i głębszy ruch zwrotu do stanu pierwotnego ludzkości. Od dawna zwrócono uwagę, że ludy dzikie i barbarzyńskie mają zmysły doskonalsze od mieszkańców krajów kulturalnych i nieraz już nawoływano ludzkość do powrotu do stanu pierwotnego. W końcu XVIII wieku rzecznikiem powrotu

ludzkości do stanu pierwotnego był Rousseau, który wywodził, że nauki i sztuki nie zrobiły człowieka ani szczęśliwszym, ani lepszym. Tego samego zdania był zmarły niedawno hr. L. Tolstoj, ten rosyjski Rousseau. Nie poszła jednak ludzkość i nie pójdzie za tymi głosami, ale dąży w kierunku przeciwnym, w kierunku odkryć i wynalazków. Współczesna ludzkość pochłonięta jest namiętnością robienia przyrządów mechanicznych, poprawiających narządy zmysłowe; jako wynik tej dążności powstały teleskopy, mikroskopy, telegrafy, telefony, termometry, barometry i tysiączne inne przyrządy, powiększające sprawność wzroku, słuchu, dotyku i ruchu mięśniowego. Żaden dziki pomimo najlepszego wzroku nie dojrzy tego, co z łatwością widzi człowiek z wzrokiem o wiele słabszym, przez mikroskop lub teleskop. Pomyślmy tylko, ile tysięcy musiałoby upłynąć, żeby oko doszło do doskonałości mikroskopu, a i wtedy jeszcze oko-mikroskop byłoby niezdatne jako oko-teleskop. Wszak, gdyby nie szkła optyczne, większość ludzi już po czterdziestym roku życia byłaby niezdolna nie tylko do pracy umysłowej, ale i do tych wszystkich zawodów, które wymagają dokładnego widzenia przedmiotów z bliska. Mówiliśmy tu o tych licznych przyrządach mechanicznych, które powiększają siłę i sprawność naszych zmysłów, nauki współczesnej nie zadowolniają już przyrządy, wspomagające przyrodzone narządy naszego ustroju; dąży ona do całkowitego zastąpienia narządów organicznych przez przyrządy nieorganiczne. U raka kończyna oderwana odrasta, a u salamandry odrasta nawet oko. Medycyna postępuje inaczej: nieużyteczną soczewkę t. zn. zaćmę usuwa, ale zamiast dążyć do odrodzenia naszej soczewki, stawia przed okiem operowaniem soczewkę szklaną. Odjętą nogę zastępuje nogą sztuczną, dając możność chodzenia człowiekowi, nawet obydwóch nóg pozbawionemu. Niezrównaną jest wprost technika dentystyczna, która zarówno pod względem kosmetycznym, jak i czynnościowym nie pozostawia nic do życzenia. Gdyby zamiana narządów organicznych przez przyrządy mechaniczne mogła bez końca posuwać się dalej, to z biegiem czasów wszystkie narządy organiczne naszego ciała zastąpiłyby przyrządy mechaniczne nieorganiczne i jaźń nasza zostałaby oswobodzona od zmysłów; spełniłoby się odwieczne marzenie ascezy średniowiecznej.

Zostawianie przy życiu słabych i chorych nie jest grzechem, ale największą zasługą medycyny. Lekarze, zachowując przy życiu jednostki słabe i chore, występują w imieniu ludzkości otwarcie do walki z zasadą walki o byt, z zasadą zachowania w tej walce tylko lepiej przysposobionych do warunków przyrodzonych otoczenia. Medycyna dąży nie do usuwania osobników, nie przysposobionych do warunków otoczenia, ale do zmiany samych warunków. Ta dążność medycyny do zmiany warunków przyrodzonych nabrała największego znaczenia w naszych czasach, gdy powstał nowy dział medycyny — higiena; dział, specjalnie mający na celu zmianę warunków niekorzystnych na korzystne dla zachowania i wzmocnienia nawet najsłabszych jednostek. Przy pomocy higieny udaje się obecnie zachować przy życiu nawet dzieci, urodzone przed czasem, a tysiące chorych na gruźlicę nie tylko zachować przy życiu, ale powrócić rodzinom i społeczeństwu jako członków zdolnych do pracy. Słabi i chorzy budzą w nas głębokie współczucie i namiętne pragnienie wyrwania ich złym i ślepym losom przy pomocy potężnych wysiłków woli i rozumu. A któż odważy się zaprzeczyć, że te wysiłki uczucia, myśli i woli nie są kulturą potężną, wysoką uprawą ducha ludzkiego? Wszak istnienie człowieka chorego stworzyło wysokie typy etyczne lekarza i siostry miłosierdzia. Jak mityczny Herkules ścinał głowy hydrom i zabijał zwierzęta drapieżne, żeby stworzyć warunki dla pracy kulturalnej człowieka, tak dzisiaj lekarze wydali walkę na życie i śmierć istotom tak drobnym, że zaledwie pod drobnostwem może dojrzeć je oko, a tak złośliwym i niebezpiecznym, że w porównaniu z nimi nie mogą iść lwy, tygrysy i niedźwiedzie. Wszystkie dzikie zwierzęta razem nie zrobiły ludzkości tyle szkody,

co jedna epidemia cholery lub dżumy. Cholera i dżuma dawniejszymi czasy wyludniały całe kraje, bez przesady całe części świata. A gruźlica, ospa, dur, błonica? A jednak są ludzie, którzy nie tylko nie unikają ich, ale śledzą je i tropią, jak myśliwy zwierzę, w ich własnych legowiskach. Powołani miłością wiedzy i ludzkości, zapatrzeni w cel wielki, chociaż daleki, nie ustają w swych usiłowaniach, a chociaż padają jedni, wnet wstają nowi. Ale to jeszcze nie cała zasługa medycyny, bo zachowując przy życiu słabe i chore ludzkie jednostki, czyli, mówiąc językiem naukowym, jednostki odbiegające od normy, medycyna rozszerza coraz bardziej samo pojęcie normy i powiększa w nieskończoność obszar ludzkiego doświadczenia. Widzieliśmy, jak doniosłe znaczenie ma człowiek chorego w życiu rodziny, narodu i ludzkości; znaczenie człowieka chorego dla nauki jest niemiejsze. Wszystko, co wiemy o budowie naszego ciała i jego czynnościach, zawdzięczamy choremu człowiekowi: siedziby ośrodków dla mowy, ośrodków dla wzroku, słuchu i narządów ruchu w mózgu nigdy byśmy nie poznali, gdyby nie przypadki chorobowe, w których ośrodki te przez zmiany chorobowe były zajęte. I jeżeli kiedyś sama budowa myśli zostanie wykryta, niewątpliwie będzie to zasługą człowieka chorego. Wykrycie tak ważnej dla psychiatrii odmiany omamów, jak i tak zw. pseudohalucynacji, nauka zawdzięcza umysłowo choremu Dr Kandińskiemu, który sam ich doświadczał. Jakkolwiek od czasu jak istnieją poezja, rzeźba, malarstwo, zajmował w nich miejsce niepoślednie człowiek chorego, szczególnie umysłowo chorego i to tak dalece, że lekarz chorób umysłowych mógłby tu nawet czynić zupełnie ściśle rozpoznania (tak np. co do Hamleta, który cierpiał na zadumę bierną, która ku końcowi tragedii przechodzi w zadumę czynną, króla Leara, Otella, Lady Makbet), — to jednak dopiero u schyłku XIX wieku powstał dekadentyzm, czyli sztuka człowieka chorego. Ilość chorych tak niemiernie wzrosła i stale wzrasta, że chorego człowieka stworzył własną poezję, malarstwo, rzeźbę, a nawet i własną sztukę stosowaną. Któż może zaprzeczyć, że poezje Beaudelaire'a, Dörmanna, Przybyszewskiego nie są utworami umysłowo chorych; zresztą oni sami nie ukrywają, że wszystko co nienormalne, chore, niezwykle, ma dla nich urok nieprzeparty. »Ja kocham wszystko, co rzadkie i chore«, woła Dörmann. Dość przypatrzeć się współczesnemu stylowi sprzętów, t. zw. stylowi modernistycznemu, żeby się przekonać, że styl ten wzorowany jest na sprzętach naszych sal operacyjnych i pokojów dla chorych. Ta sama biała barwa, te same linie proste bez zagłębień i rzeźbienia, których unikamy ze względu na łatwo osiadający w nich kurz. Chorzy tak nawykli do widoku tych mebli, mebli miejsc pobytu chorego człowieka, że i po powrocie do domu przenieśli myśl o nich do swych mieszkań. (Streszczenie własne).

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie prelegentowi za zajmujący wykład.

W dziale administracyjnym posiedzenia:

1) Prezes Prof. Czeczott składa na rzecz budowy szpitala polskiego od bezimiennego ofiarodawcy 100-rublową 4½% obligację miejską serya I Nr 1610. 2) Uchwalono, iż posiedzenie doroczne odbędzie się 11 lutego 1911 r. 3) Prezes zaznacza, iż na następnym ogólnym posiedzeniu w myśl § 27 ustawy mają odbyć się częściowe wybory komisji rewizyjnej po poprzednim wylosowaniu 2 członków z obecnego jej składu. 4) Odczytano list do Prof. Napoleona Cybulskiego z powodu zaliczenia go w poczet członków honorowych »Związku«, jak również odpowiedź Prof. N. Cybulskiego z wyrazami podziękowania dla »Związku«. 5) Doc. Sowiński podaje do wiadomości, iż Dr Morawski również nie może się podjąć bezpłatnej pomocy lekarskiej w przytułku ks. Okofołuśka. 6) Uchwalono jedno posiedzenie Wydziału lekarskiego odbyć podczas postu w Towarzystwie Dobroczynności przy kościele św. Katarzyny. 7) Prezes Komisji rewizyjnej podaje do wiadomości, iż członek komisji p. Matuszewski wyjechał na dłuższy pobyt do Zakopanego. Uchwalono zaprosić do komisji 1-go kandy-

data p. Antoniego Ossendowskiego. 8) Prezes podaje do wiadomości, iż w Moskwie ma wychodzić »Rocznik piśmiennictwa lekarskiego rosyjskiego«. Redakcja zwraca się do »Związku« z prośbą o przysyłanie protokołów. Przyjęto do wiadomości, a sekretarza Doc. Sowińskiego upoważniono, by przesłał Redakcyi sprawozdania z posiedzeń »Związku« za rok 1908 i 1909. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Wiadomości zawodowe i ogólnolekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Walne Zebranie Delegatów organizacji lekarskich austr., należących do »Państwowego Związku organizacji« odbędzie się w Wiedniu 25, 26 i 27 maja b. r. Przedmiotami obrad będą m. i.: projekt ustawy karnej ze stanowiska interesów stanu lekarskiego, przedstawienie sprawy Dr Franza z Riedau na podstawie aktów urzędowych, sprawozdanie ze stanu funduszu dla rodziny Dr Franza, państwowa ustawa sanitarna, ustawa o ubezpieczeniu społecznym (sprawozdanie z uchwał komisji parlamentarnej i narada nad stanowiskiem lekarzy w razie nieuwzględnienia ich skromnych żądań), »Związek lipski«. Zebranie odbędzie się prawdopodobnie w sali Towarzystwa lekarskiego (k. Gesellschaft der Ärzte). R.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. III. do 25. III. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † — (w tem obcych 4 † —), krztuśca 5, ospy wietrznej 4, płonicy 11 † 1 (2 † —), odry 8, duru osutkowego 1, duru brzuszego 1, róży 1 † 2.

Dr Janiszewski.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W tych dniach odbyło się posiedzenie Komitetu gospodarczego oraz Komitetów sekcji naukowych Zjazdu celem omówienia ewentualności urządzania Zjazdów lek. i przyrodn. polskich nie w lecie, ale w terminie jesiennym. W ciągu dyskusji wyszły na jaw trudności, na jakie natrafiałyby czynności organizacyjne Zjazdów, gdyby Zjazdy miały odbywać się w jesieni; w tej bowiem porze są ferye uniwersyteckie, wskutek czego brak w mieście większej części właśnie tych, którzy Zjazd urządzają, będąc czynni czyto w Komitecie gospodarczym, czy też w sekcjach naukowych. Chociaż więc Zjazd musi być przygotowany znacznie wcześniej, to jednak ostatnie trzy tygodnie, bezpośrednio przed Zjazdem, muszą być wypełnione wyteżoną pracą tak w Komitecie gospod., jak w Komitetach sekcji naukowych, a temu właśnie na przeszkodzie stoi podczas feryi uniwersyteckich brak tych, którzy w tej pracy biorą główny udział. Wobec tego przyjęto, że Stała Delegacja Zjazdów rozpatrzy na przyszłość ewentualność odbywania tych Zjazdów w innym, niż dotychczas terminie, tegoroczny zaś Zjazd, jak już zdecydowano i do publicznej wiadomości podano, odbędzie się w lipcu, od 18. do 22. włącznie. Dnia 18. lipca odbędzie się o godz. 6 wieczorem uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dla uczczenia 50-letniego jubileuszu »Przeglądu lekarskiego« najstarszego z tygodników lekarskich polskich, poczem zebranie towarzyskie w salach Grand-Hotelu. Dnia 19. lipca uroczyste otwarcie XI. Zjazdu i odczyt Prof. E. Romera »O krajoobrazie«. W następnych dniach, rano i popołudniu, posiedzenia sekcyjne. Dnia 22. lipca zamknięcie Zjazdu i odczyt Dr H. Święcickiego z Poznania p. t. »Estetyka w medycynie«. Potem odbędzie się wycieczka balneologiczna i wycieczka geologiczna i zjazd do salin wielickich. Program naukowy Zjazdu zostanie niebawem ogłoszony.

W Pradze zawiązał się komitet lekarzy czeskich, dokładający starań, aby udział Czechów w XI Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich był jak najliczniejszy. Na czele komitetu stanęli: Prof. Vesely (Praha 248. II), Doc. Pelnaf (Praha, Spalena ul. 18), Prof. Slavik i Doc. Felber.

I. Zjazd lekarzy prowincjonalnych w Łodzi w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Komitet organizacyjny podaje do wiadomości, co następuje:

Wobec wyjazdu z Łodzi kol. Wacława Jasińskiego sekretarzem Zjazdu został kol. Antoni Tomaszewski, (Łódź, Przejazd Nr 6).

Wobec liczby zgłoszonych odczytów postanowiono utworzyć 2 sekcje: medycyny osobniczej i medycyny publicznej.

Dla uczczenia Zjazdu redakcja »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego«, oraz redakcja »Medycyny i Kroniki lekarskiej« wydają zeszyty poświęcone Zjazdowi.

W dalszym ciągu zgłoszono od d. 1. II. do 20. III. odczyty: 20) L. Batawia (Częstochowa). Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego. 21) J. Pełczyński (Radom). Praktyka walki z chorobami zakaźnymi w Radomiu. 22) B. Łuczycycki (Łódź). Przyczynę do sprawy walki z padaczką w Królestwie Polskiem. 23) H. Rozenblatówna (Łódź). Anafilaksja w rozpoznawaniu gruźlicy dziecięcej. 24) A. Kędziński (Serock). Wartość teorii w praktyce lekarskiej. 25) St. Kociński (Kochanówka). O postępach w rozpoznawaniu i leczeniu chorób umysłowych. 26) H. Goldberg (Łódź). Praktyka znieczulenia lędźwiowego. 27) A. Goldman (Łódź). Dezynfekcja rąk i pola operacyjnego. 28) B. Łuczycycki (Łódź). Stan zawstwa sądowo-lekarskiego na prowincji. 29) S. Skalski (Łódź). Lekarz fabryczny w roli znawcy. 30) J. Maybaum i H. Trenkner. Szpitalnictwo w Łodzi. 31) Br. Sawicki (Warszawa). W sprawie kształcenia młodych lekarzy. 32) A. Goldberg (Łódź). O znaczeniu języka Esperanto dla lekarzy. 33) S. Bronowski (Warszawa). O stanie materialnym lekarzy Królestwa Polskiego (na zasadzie kwestyionariusza) i o środkach poprawy tego stanu. 34) Fr. Mieczysławski (z Chorzel). Kilka zagadnień etyki zawodowej. 35) S. Bartoszewicz (Łódź). O rejestracji śmiertelności w miastach. 36) I. Watten (Łódź). Aseptyka i antyseptyka w życiu lekarza-praktyka. 37) Z. Endelman (Warszawa). O postępowaniu akuszerskim przy łożysku przodującym. 38) J. Leyberg (Łódź). O tuberkulidach skóry i ich znaczeniu dla dygnostyki gruźlicy. 39) Tenże. O martwicy tkanki tłuszczowej w patologii skóry ludzkiej. 40) H. Rozenal. (Łódź). Leczenie gruźlicy tuberkuliną. 41) A. Zaleski (Płock). Przyczynę do reperytyki przepukliny. 42) Tenże. Przypadek wprowadzenia przepukliny »en masse«. 43) A. Tomaszewski (Łódź). O wczesnym rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy stawu biodrowego. 44) W. Jasiński (Lublin) i S. Lewinson (Łódź). Rola »Opiekunów« w walce z gruźlicą. 45) E. Sonnenberg (Łódź). O próbie Nyländera. 46) J. Birenweig (Łódź). O zachowawczym leczeniu chorób skórnych. 47) J. Luxemburg i I. Zembrzusi (Warszawa). Uraz w stosunku do niektórych ciepłot wewnętrznych i chirurgicznych. 48) L. Tokarzewski (Włodowa). Stan położnictwa w powiecie Włodawskim. 49) M. Hertz (Warszawa). O potrzebie kursów laryngologicznych dla lekarzy prowincjonalnych. 50) Tenże. O urazowym uszkodzeniu błony bębenkowej. 51) M. Marx (Łódź). O stosowaniu sposobu Bierera w praktyce prywatnej. 52) A. Landau (Warszawa). O nowych prądach z dziedziny patogenety i leczenia moczołki cukrowej. 53) A. Tuchendler (Warszawa) i J. Maybaum (Łódź). Sprawy chorobowe dolnego odcinka kiszek w świetle badań rektoskopowych (z demonstracjami chorych w szpit. małż. Poznańskich).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 29. III. b. r. posiedzenie, na którym inż. Borkowski wygłosił II. część wykładu p. t. »Ehrlich i jego teorya«, a dr Stahr wykład p. t. »Meningitis, meningismus, meningitis serica«. W dyskusyach przemawiali: dr Blassberg, Bujak, Eisenberg, Gertler, prof. Gliński i Lewkowicz.

— D. 19. b. m. odbyło się poświęcenie »Domu samarytańskiego im. św. Józefa« przy Ambulatoryum Panien Ekonomek. Nowy ten oddział, na razie obejmujący 6 łóżek, będzie związkiem przyszłej »szkoły zawodowych dozorczyń chorych«. Kierownikiem lekarskim jest dr Adolf Klęsk.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Krzysztof Missona, rodem z Brodów.

Warszawa. Warszawskie »Towarzystwo przyjaciół nauk« otrzymało w darze od Józefa hr. Potocckiego czteropiętrowy gmach przy ul. Kaliksta, wartości około 200.000 rb. na pomieszczenie »Instytutu nauk doświadczalnych«, pracowni i zbiorów. Wspaniały ten dar stwarza dla nauk przyrodniczych, a wśród nich dla doświadczalnych nauk lekarskich, zupełnie samoistną instytucję, jakiej dotychczas nie posiadaliśmy. Zdobyć to ogromna dla całego naszego społeczeństwa, a szczególnej wagi dla tej dzielnicy, gdzie dla Polaków nie są dostępne zakłady uniwersyteckie (muszące zresztą wszędzie obok zadań naukowych w pierwszym rzędzie dbać o wypełnienie swoich zadań dydaktycznych, od których samoistne instytuty nauk przyrodniczych są z reguły wolne).

— Z powodu choroby dr. Sadowskiego wybrany został na jego miejsce drugim redaktorem »Medycyny i Kroniki lekarskiej« dr Stanisław Orłowski.

— Pogotowie ratunkowe warszawskie wzywane było w r. 1910 — 12.495 razy (169/00 mieszkańców), a udzieliło pomocy 9880 osobom, z tego w przypadkach chirurgicznych 7542 razy. Towarzystwo liczyło 1079 członków, dochodu miało 65771 rb., wydatków 48.409 rb. Prócz lekarza naczelnego i lekarza-interna działa w Pogotowiu 15 lekarzy i 9 sanitaryuszy. Prezesem Towarzystwa jest dr J. Zawadzki, inspektorem stacji prof. Kryński.

Z różnych stron. Tegoroczna wycieczka lekarzy austriackich odbędzie się 8—29 lipca, a obejmie słynne zakłady kąpielowe na zachodnich brzegach Europy. Podróż rozpocznie się z Hamburga statkiem »Kronprinzessin Cecilie«; wycieczka zwiedzi Havre i Trouville, Southampton i wyspę Wight, San Sebastian w Hiszpanii, Biarritz, Lizbonę, wyspy Jersey i Guernsey, Dover i Londyn, Rotterdam i Scheveningen. Całkowity koszt wycieczki, licząc od Wiednia z powrotem do Wiednia (kolej II. klasa) 645 marek. Zgłaszać się należy do »Hamburg-Amerika-Linie«, (Wiedeń, I. Kärntnerstrasse).

Mianowani: doc. Winterstein profesorem fizjologii w Rostocku, doc. Fischer z Gryfu profesorem dentystyki w Marburgu.

Zmarli: Otyatra prof. Lucae w Berlinie, patolog prof. Arloing w Lyonie, Dr Józef Handelsman w 78 r. ż. we Włocławku.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1911.

Gazeta lek. Nr 9—12. Moraczewski: O pochodzeniu indykana w moczu. (9—12). — Gabszewicz (dok. 9). — Brudziński: Teodor Escherich (10). — Dębiński: Ziarenka Mucha i ich znaczenie w rozpoznawaniu gruźlicy (10). — Szumowski: Uniwersytet lwowski 1661—1911 (10). — Kizler: Przyczynę do leczenia chirurgicznego bąblowca wątroby (11, 13). — Horodyński: Wrażenia z wycieczki naukowej do Anglii (11, 12). — Rosenberg: Przyczynę do klinicznego znaczenia odczynu Wassermanna (12—13).

Medycyna i Kronika lek. Nr 9—12. Simon: O ostrem zatruciu tarczowem po zażyciu nader drobnej dawki jodu (9—10).

— Długoszewski (dok. 9). — Borsuk: Przypadek pomyślnego zezycia moczowodu przeciętego przy operacji usunięcia macicy (10—11). — Szumowski: Kilka uwag o pierwotnej błonie nosa (11—12). — Krauze: Przyczynki do patologii przydatków sieciowych. (19).

Tygodnik lekarski Nr 9—12. Orłowski: Kilka słów o moim sposobie macania wyrostka robaczkowego i objawie Rovsinga (9). — W. Nowicki (dok. 9). — Szumowski: Jedenaście roczników warszawskiej »Krytyki lekarskiej« (9). — Wrzosek (dok. 9). — Hirszteld: O nowej metodzie reakcji Wassermanna (10). — Jakowicki: O wpływie morfiny na czynność wydzielniczą trzustki (10). — Stauber: Leczenie gruźlicy wstrzykiwaniami zawiesziny prątków gruźliczych (10). — Falgowski: Jak należy obecnie leczyć sprawy zapalne przydatków macicznych (11—12). — M. Selcer: Wyniki lecznicze w uzdrowiskach ludowych w Hołosku (11). — Markowski: Wpływ śmiertelnych dawek nikotyny na ośrodek oddechowy, naczyniowo-ruchowy i hamujące ośrodki serca przy sztucznym oddychaniu (12). — Poczubot: Odpowiedź Prof. Orłowskiemu na jego artykuły, dotyczące badania wyrostka robaczkowego i objawu różnicy ciepłoty (12).

Nowiny lek. Nr 3. Zawadzki: O kolidach oraz ich znaczeniu w procesach pobierania wody przez organizmy zwierzęce. — Bugiel: Piorunowanie raka. — Łazarewicz: O anafilaksji i idiosynkrazji (c. d.). — M. W. Herman: Wykłady kliniczne z urologii ogólnej (c. d.). — S. Trzebiński: Nieco o problemacie psychofizycznym (c. d.).

Przeгляд chorób skórnych i wener. Nr 11/12. 1910. Wernic: Różyce i cierpienia podobne do róży.

Postęp okulistyki Nr 2. Wicherkiewicz: O kilku rzadzych odruchach wywołanych wpływem na oko.

Przeгляд chirurgiczny i ginekologiczny Zeszyt II. T. IV. Bursche: O polipowatym zapaleniu odbytnicy i kiszki grubej. — Ciechomski: Przyczynę do kazuistyki wytworzenia przełyku z jelita czczego. — Sławiński: Próba wytworzenia przełyku z kiszki według sposobu Herzena. — Pietkiewicz: Drugi przypadek torbieli ujęć moczowodów u kobiety 22-letniej. — Rechniowski: Przypadek uwięźnienia przepukliny pachwinowej w worku wodniaka jądra. — Jakowski: Przypadek nadmiernie rozдутego pęcherza moczowego u płodu niedonoszonego.

Tani, przeciwnilny, nietrujący, nie żrący, bez zapachu.

rozpuszczalny w wodzie,
glicerynie
i słabym wysoku

THIGENOL

"ROCHE"

uśmierzający swiad,
zapalenie,
wytwarzający ziarninę,

syntetyczny preparat siarkowy,
mający wszechstronne zastosowanie
w
**GINEKOLOGII, CHIRURGII,
DERMATOLOGII etc.**



Plamy od Thigenolu
na białźnie dają
się łatwo zmyć.

Literaturę, zbiór recept i próbki wysyła: F. HOFFMANN-LA ROCHE i S-ka

BAZYLEA (SZWAJCARJA), GRENZACH (BADEN), WIEDEŃ III/1 NEULINGGASSE 11.

Kronika dentyst. Nr 3. Krakowski: Przepadek całkowitego rozszczenia podniebienia i wyrostka zębodołowego.

Zdrowie Nr 3. Inż. Mańkowski: Sprawa bruków w wickich miastach. — Majewski: W sprawie higieny kolejowej.

Przegląd higieniczny Nr 3. Dolnicki: O molu mącznym w młynach i sposobie jego tępienia.

Głos lekarzy Nr 5—6. Mikołajski: 1) O masowe szczeniowanie dzieci szkolnych metodą Pirqueta. 2) Z praktyki lekarskiej. 3) W sprawie kasy chorych w Brodach. — Icard: Operacje pośmiertne na osobach żywych. — Kandydatury lekarzy przy wyborach do lwowskiej Rady miejskiej. — Z praktyki lekarskiej. — W sprawie techników dentystycznych.

Nasze Zdroje Nr 3. Pawłowski: O badaniach klimatycznych zdrojowisk. — Bandrowski: Miliony polskie dla Francensbadu kosztem Krynicy, Żegiestowa, Nałęczowa. — J. M. B.: Z wycieczek kongresu balneologów w Solnegrodzie. — Vesely: O przewodze naturalnych wód mineralnych nad sztucznymi. — Rodak: Zdrojownictwo w państwie rosyjskim.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Szczawa
Krondorfiska
uznana za
najlepszą i naturalną

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozesła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacja dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Najlepsze pióra do napełniania od 80 h do 20 K za sztukę

Ołówki do pisania na ciele
w różnych kolorach 131

Drukuje recepty w blokach i inne druki
Bilety litografowane i drukowane

Skład papieru — galanteryi — ksiąg handlowych

Z. Ziembicki Kraków
Plac Maryacki 2

Wysyłka na prowincję odwrotną pocztą.
Ceny niskie ale rzetelne. Ceny niskie ale rzetelne.

HUNYADI JÁNOS

GORZKA WODA NATURALNA

NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY

ZWRACAĆ UWAGĘ
NA FIRME

ANDREAS SAXLEHNER

NA KAŻDEJ
ETYKIETCE

MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ



z leczniczego mułu Soos pod Francensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpeli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze

MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ.



Woda mineralna
naturalna
ŠARATICA

przewyższa aleko działaniem swoim gorzką wo e sztuczną
Uprasamy o przekonanie się gratis próbkami. 238 c

Zarząd Szaraticy w Krzenowicach na Morawach.



Odznaczony 14 medalami rządowymi u więcej niż 200 pierwsz. nagrodami.



Założony w r. 1897
w Krakowie.

PIERWSZY GALICYJSKI ZAKŁAD „ORNIS“ właśc. firmy: **A. MUSIOŁEK**,

dostawca c. k. urz. państw. Sklep: Kraków, ul. Sławkowska L. 16, naprzeciw Grand Hotelu. — Hodowla rasowego ptactwa i psów: Poczta Dębniiki, willa własna. — **Menazerya** w Parku Krakowskim otwarta dla Szan. P. T. Publiczności, posiadając przeszło 100 okazów zwierząt. — Zakład poleca po najniższych cenach: różne rasowe psy i drób, gołębie, króliki. Jaja do wylegu. Oswojone małpki, angorkoty, gad, papugi, kolibry, śpiew. zagr. ptaki, złote rybki, żywność, sprzedaż żywej zwierzyny. Wypycha tanio ptaki i zwierzęta itd. — Największy i jedyny zawodowy Zakład tego rodzaju w całym kraju. — Bogato illustrowane cenniki bezpłatnie za nadesłaniem 5 hal. marki opłatnie. — 25-letnia fachowość, wielka ilość podziękowań.