

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 28.

Warszawa d. 28 Czerwca (II Lipca) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do badań nad chorobą Morvan'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu. Podał W. Sterling. (Dokończenie). — Przypadek torbieli jajnika u dziewczynki 10-letniej. Skręcenie szyjki. Skręt kiszki esowatej. Podał A. Karczewski. — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 70. O bezkrwistości miejscowej skóry, względnie obniżeniu jej ciepłoty, jako wyrazie zaburzeń czynnościowych w narządach wewnętrznych. 71. Przypadek adipositas dolorosa. 72. Nadzwyczaj czuły, prosty i szybki sposób określania cukru gronowego za pomocą szczawianu fenylhydrazyny. 73. Odżywianie chorych na nerki. 74. Otrucie dwuchromianem potasu. 75. Przyczynek do leczenia zatrważających krwotoków po wycięciu migdałków. — Drugi zjazd chirurgów ortopedystów w Berlinie. — Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi. — List otwarty do Redakcyi „Medycyny”. — **DRÓBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **ZMARLI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ”
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Sterling — Contribution aux recherches sur la maladie de Morvan et sur la formation des cavernes dans la moelle. 2) D-r A. Karczewski — Un cas de kyste d'ovaire chez une enfant de 10 ans avec torsion du pédioule et du S iliaque.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. Sterling — Ein Beitrag zur Frage der Morvan'schen Krankheit und der Höhlenbildung im Rückenmark. 2) D-r A. Karczewski — Ein Fall von Eierstockcyste bei einem 10-jährigen Mädchen mit Torsion des Fusses und der Flexura sigmoidea.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni dr. FLATAUA w Warszawie.

Przyczynek do badań nad chorobą Morvan'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu.

Podał

Władysław Sterling.

(Według odczytu, mianego w Tow. Lek. Warsz.
dnia 25 listopada 1902 r.).

(Dokończenie — Patrz Nr. 27)

Z danych badania powyższego wynika, że w przypadku niniejszym w klinicznie typowej postaci choroby MORVAN'a mamy do czynienia

z wytwarzaniem się jam w rdzeniu, z bujaniem tkanki glejowatej oraz ze zmianami w białej i szarej substancji rdzenia natury wtórnej. Od czasu pierwszego opisu anatomicznego syringomyelii przez OLIVIER'a d'ANGERS rozmaici badacze zajmowali się zbadaniem patogenezy wytwarzania się jam w substancji rdzenia, tworząc liczne — często wręcz przeczące jedna drugiej teorie. A więc HALLOPEAU, JEOFFROY i ACHARD, opierając się na obecności w ogniskach sklerotycznych naczyń o ścianach zgrubiałych, wykazujących cechy sprawy zapalnej, przypuszczają, że wskutek obliteracji tych naczyń mogą po-

wstać ogniska nekrobiotyczne, których wessanie się prowadzi do powstawania jam: sprawę taką określają oni nazwą *myélite cavitaire*. CRITZMAN, przyłączając się do zdania powyższego, twierdzi, że bujanie glei w syringomyelii najzupełniej różni się od gliomatu w znaczeniu nowotworu, przypisuje on bujaniu temu pochodzenie zapalne wskutek zaburzeń w krążeniu lub wskutek obrażeń zapalnych komórek wyściółki albo innych miąższowych elementów rdzenia. LEYDEN i VIRCHOW, wypowiadają się za embryonalnem pochodzeniem jam; sądzą oni, że w pewnym okresie życia embryonalnego kanał centralny ulega rozszerzeniu, z tego zaś rozszerzenia wytwarza się jama, która dopiero następnie otacza się zbitą tkanką sklerotyczną. KAHLER i PICK, dzieląc zdanie to, sądzą, że jamy powstawać mogą nie tylko z kanału centralnego, lecz i z przebiegających wzdłuż rdzenia jego uchyłków, zdanie powyższe opierają oni na mniej lub więcej dokładnem wysłaniu ścian jamy przez komórki ependymalne. Natomiast SIMON, SCHULTZE i ROTH sprowadzają wytwarzanie się jam w rdzeniu do rozpadu nowotworu, który określają nazwą *glioma telangiectodes*. Tymczasem WEIGERT zaprzecza wszelkim sprawom rozpadowym, jako źródłu powstawania jam. HOFFMANN także odróżnia istotne gliomaty od bujania tkanki glejowatej, które spotykamy w syringomyelii, a które określa on nazwą pierwotnej gliozy centralnej (*primäre centrale Gliose*). Podnosi on fakt, że gliozą umiejscawia się regularnie na tylnej linii zamknięcia kanału centralnego, idąc w kierunku *septi mediani posterioris*. Przypuszcza on, że anomalie wrodzone (wadliwe zarośnięcie kanału centralnego) są zawsze sprawą pierwotną. Innego rodzaju jest hipoteza LANGHANS'a, który znajdował syringomyelię przy guzach tylnej jamy czaszkowej: twierdzi on, że w przypadkach tych krew z górnej części rdzenia odpływa do naczyń, mieszczących się w *os basilare*, jama zaś w rdzeniu powstaje wskutek sprawy zastoinowej z uchyłku kanału centralne-

go i wskutek odkładania się jednolitej galaretowatej masy pomiędzy elementami tkanki nerwowej, mamy więc tutaj do czynienia z pewnego rodzaju swoistym obrzękiem, a „jednolita galaretowata masa” jest tylko modyfikacją wypociny zastoinowej. Teorię tę, która nie znalazła zbyt gorącego przyjęcia zmodyfikował KRONTHAL: opierając się na własnych doświadczeniach na zwierzętach, twierdzi on, że guz, wychodzący z okostny części kanału kręgowego, może wywoływać zastój w rdzeniu, którego skutkiem jest rozszerzenie kanału centralnego, zle odżywianie tkanki nerwowej i bujanie glei. REDLICH, jako przyczynę powstawania jam, przyjmuje anomalie w rozwoju naczyń. MINOR i STADELMANN wielką rolę patogenetyczną przypisują krwotokom rdzeniowym. SCHLESINGER, który we wszystkich badanych przypadkach znajdował jamy chociażby częściowo pokryte nabłonkiem, twierdzi, że gliozą centralną wychodzi zawsze z kanału centralnego, lecz że w sprawie tej za zwyczaj odgrywają także rolę wrodzone anomalie rozwoju (zwłaszcza embryonalne rozszerzenie kanału centralnego), że jamy powstają w nowo-wytworzonej tkance przez rozpad jej części centralnych, i że ważne znaczenie przypisać należy anomaliom naczyń, które zawsze znajdujemy w pobliżu tkanki nowotworowej. Jest to więc eklektyzm w najszerszym znaczeniu tego słowa. U nas istnieje przypadek LUXENBURGA, potwierdzający teorię HOFFMANN'a o gliozie centralnej, przypadek MĘCZKOWSKIEGO, gdzie była sprawa zapalna w naczyniach, oraz przypadek ORŁOWSKIEGO (*sarcomatosis medullae*), potwierdzające teorię LANGHANS'a.

Zastanawiając się nad patogenezą badanego przezemnie przypadku, przychodzę do przekonania, że nie da się on podciągnąć pod żadną z powyższych kategorii. Sądzę też, że rzuca on odmienne światło na mechanizm i istotę powstawania niektórych jam i szpar w rdzeniu kręgowym.

Przedewszystkiem zaznaczam fakt — sam przez się już bardzo interesujący: obecność w rdzeniu dwu odrębnych kategorii szpar. A więc jama w części szyjowej rdzenia, wysłana komórkami ependymalnymi — znajduje się w niewątpliwym związku z kanałem centralnym. Jama ta przypomina w zupełności jamy *par excellence* syringomyelityczne — nadaje też ona całemu przypadkowi odpowiednie piętno, które jest również uzasadnione klinicznie.

Zupełnie odmiennie pod względem histopatologicznym przedstawiają się jamy, znajdujące się w innych częściach rdzenia (w części grzbietowej i lędźwiowej). Na żadnym z odnośnych skrawków nie było widać żadnego związku z kanałem centralnym ani pod względem topograficznym, ani pod względem histologicznym. Z opisu widać, że jamy te — ewentualnie szpary i szczeliny — tworzyły się wewnątrz zgrubiałych łącznotkankowych przegród, które biegły od obwodu rdzenia, przypominając budową swą *pia mater*. Ściany tych jam składały się z włókien łącznotkankowych i nigdy nie były wysłane komórkami ependymalnymi. Nawet w tych przypadkach, w których odnogi tych jam przebiegały tuż obok kanału centralnego, nie można było nigdy zauważyć jakiegokolwiek związku pomiędzy jamą a kanałem. Nie ulega też wątpliwości, jak to widać z całego opisu histopatologicznego, że mamy tutaj do czynienia z powstawaniem jam, nie mającem nic wspólnego z kanałem centralnym, ani z komórkami ependymalnymi, ani też z embryonalnie związanem z kanałem *septum longitudinale posterius*.

W jaki sposób tworzą się te jamy?

Na pytanie to mogę odpowiedzieć tylko w formie przypuszczenia. Jest faktem, nie ulegającym żadnej wątpliwości, że od obwodu rdzenia wpijają się zgrubiałe przegrody łącznotkankowe zarówno w istotę białą, jak i w istotę szarą. Faktem jest także, że jamy tworzą się w tych przegrodach, które wpijają się w istotę szarą (w tylny róg). Jakkolwiek odnogi tych jam, le-

żących w istocie szarej, mogą sięgać aż do istoty białej — tu jednak nigdzie nie widziałem powstawania jam, ani szpar w tych przegrodach, które wprost z obwodu rdzenia wpijały się w istotę białą (jak np. w klinie w słupach tylnych).

Drugi fakt, który widoczny jest z opisu preparatów, polega na tem, że w okolicy przegród, wpijających się z obwodu rdzenia do istoty białej, rozrost neuroglei był znacznie większy, aniżeli w okolicy tychże przegród, wpijających się w istotę szarą. Oba te fakty wskazują w sposób jasny, że istota szara i istota biała oddziałują niejednakowo na proces wrastania w nie przegród łącznotkankowych.

Zarówno sam proces tworzenia się tych zgrubiałych przegród łącznotkankowych, jak i proces tworzenia się szczelin, szpar i jam wewnątrz tych przegród mogą tłumaczyć sobie tylko w postaci przypuszczenia. Z przeglądu skrawków otrzymałem wrażenie, jakoby pierwotnie proces polegał na wrastaniu zgrubiałych przegród od obwodu rdzenia w jego głąb, że zaś neurogleja ulegała wtórnie rozrostowi w okolicy tych *septa*. Rozrost więc neuroglei uważałbym za sprawę wtórną — podrażnieniową. W tkance białej, posiadającej więcej zbitą strukturę, neurogleja bujała w kierunku odśrodkowym od tych przegród łącznotkankowych i tworzyła większe lub mniejsze ogniska sklerotyczne z odpowiednią budową, przyczem jasne jest, że w terytoriach, chronologicznie dawniejszych, t.j. przylegających do *septum* — tkanka sklerotyczna wykazuje charakter starszy (mało jąder, dużo włókien, mało naczyń, zupełny brak włókien nerwowych) — im dalej zaś posuwamy się w kierunku od *septum*, tem młodszą okazuje się tkanka (dużo jąder, dużo naczyń, rozproszone włókna nerwowe).

W istocie szarej proces jest pod tym względem analogiczny, że i tutaj widzimy bujanie neuroglei w bezpośrednim otoczeniu przegród, lecz bujanie to jest znacznie mniejsze, aniżeli w istocie białej. Otóż przypuścić można, że

wskutek niewiadomych nam przyczyn następuje retrakcja oddzielnych warstw zgrubiałych prze-gród łącznotkankowych, przyczem od intensywności tej retrakcji zależeć będzie tworzenie się albo maleńkich szczelin, albo powstawanie większych szpar i jam. Zauważyć należy, że ani szpary, ani jamy te nigdy nie dochodziły do samego obwodu rdzenia, i że wskutek tego trzeba wyłączyć w zupełności ich związek ze *spatium epispinale* (pomiędzy *pia mater* a rdzeniem) lub ze *spatium subarachnoideale*. Z opisanym tu sposobem powstawania jam w rdzeniu nie spotkałem się w żadnym z dostępnych mi źródeł literatury.

Serdeczne podziękowanie składam tu Szanownemu d-rowsi FLATAUOWI za cenny kierunek i pomoc przy pracy oraz koledze Władysławowi LEHROWI za piękne wykonanie rysunków.

Przypisek. Już po ukończeniu pracy niniejszej natrafiłem na artykuł THOMAS'a i HAUSER'a, ogłoszony w listopadowym zeszytacie „Revue Neurologique“ 1902 r. Przypadek, ogłoszony przez autorów tych, o tyle jest interesujący, że przedstawia on badanie histopatologiczne rdzenia, w którym stwierdzono także obecność dwu odmiennych kategorii jam w rdzeniu, a mianowicie, jamy w części szyjowej, pokrytej komórkami ependymalnymi, i szpar w części grzbietowej i lędźwiowej — zupełnie pozbawionych tej powłoki. Jest to fakt wielkiej wagi, lecz na tem kończą się analogie przypadku autorów francuskich i mojego. Przedewszystkiem klinicznie przypadek THOMAS'a i HAUSER'a nie przedstawiał zupełnie cech syringomyelii, lecz przebiegał pod postacią prawostronnego porażenia połowicznego bez żadnych zaników i bez zaburzeń czuciowych i troficznych. Co się tyczy badania mikroskopowego, to autorowie stwierdzili wybitne zmiany zapalne w naczyniach tylnej połowy rdzenia oraz w oponach. Tym to zmianom zapalnym naczyń przypisują oni wyłączną rolę w powstawaniu jam i szpar, określając je jako utratę substancji

wskutek złych warunków odżywiania miejscowej tkanki nerwowej. Jak powstaje ta utrata substancji, o tem artykuł milczy — ponieważ zaś w okolicy destrukcji tkanki nie spotykali oni nigdy zupełnej obliteracji naczyń krwionośnych, przeto uciekają się do ryzykownego przypuszczenia obrzęku okołonaczyniowego, jako bezpośredniej szkodliwości, wywołującej powstawanie szpar. Samo zaś bujanie neuroglei jest sprawą wtórną, zależną tylko od wytwarzania się jam, o ile można wywnioskować, autorowie uważają je za swojego rodzaju sprawę cykatryzacijną, lecz przechodzącą granice normalnego zablźniania się utraty substancji. Autorowie posuwają się tak daleko, że nawet jamę w części szyjowej wysłaną komórkami ependymalnymi, uważają za skutek zlania się pomniejszych szpar z niższych części rdzenia, powstałych wskutek zapalnej utraty substancji, pojawienie się zaś komórek ependymalnych uważają za wytwór reakcji zapalnej (!). W niektórych szparach autorowie spostrzegali twory, przypominające budową opisane przeze mnie festony łącznotkankowe — nazywają je oni głośno „pozostałością naczyń krwionośnych“.

LITERATURA.

- 1) MORVAN. De la parésie analgesique des extremités supérieures. Gazette hebdomadaire de Médec. et de Chirurgie. 1883.
- 2) Tenże. Nouveaux cas de parésio-analgésie des extremités supérieures. Gazette hebdomadaire. 1885.
- 3) Tenże. De la parésio-analgésie des extremités sup. Gazette hebdomadaire. 1886. S. 521 537, 555.
- 4) Tenże. De la scoliose dans la parésio-analgésie. Gaz. hebdomadaire. 1887. S. 549 i 664.
- 5) Tenże. Nouveaux cas de la parésio-analgésie etc. Gazette hebdomadaire. 1889. S. 560 i 575.
- 6) PROUFF. La maladie de MORVAN. Gaz. hebdom. 1887. S. 249.

7) CHARCOT. De la maladie Morvan. Progrès médical. 1890.

8) Tenze. Sur un cas de syringomyelie avec panaris analgésiques type Morvan. Gazette hebdomadaire. 1891.

9) Tenze. De la maladie de Morvan. La Semaine médicale. 1889.

10) GOMBAULT. Sur un cas de maladie de Morvan. Gazette des hôpitaux. 1889. Nr. 50.

11) GOMBAULT i REBRUL. Un cas de maladie de Morvan suivie d'autopsie. Gazette hebdomadaire. 1889. Nr. 19 i 20.

12) GOMBAULT. Maladie de Morvan, syringomyélie et lèpre. Revue neurologique. 1893. N. 14.

13) ACHARD. Syringomyélie — type Morvan. Gazette des hôpitaux. 1891. Nr. 82.

14) BERNHARDT. Ueber die sogenannte Morvan'sche Krankheit. Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1891. Nr. 8.

15) DUERING. Lepra und Syringomyelie. Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1894. N. 6.

16) EHLERS. A propos de la lèpre et de la syringomyélie. Semaine médicale 1893. N. 56.

17) EISENLOHR. Ein Fall Morvan'scher Krankheit. Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1893.

18) JOLLY. Ein Fall Morvan'scher Krankheit. Charité Annalen. 1892.

19) GRASSET. Un cas de maladie de Morvan. Leçons recueillies. Paris. 1892.

20) PICK. Ein Fall der Morvan'schen Krankheit. Prager Medicinische Wochenschrift. 1891. Nr. 43—46.

21) PROUFF. Faits de maladie de Morvan. Gazette hebdomadaire. 1891. N. 2.

22) ROSENBACH. Ueber die neuropatischen Symptome der Lepra. Neurologisches Centralblatt. 1894. N. 16.

23) ZAMBACO. Maladie de Morvan. Semaine médicale. 1893.

24) MONOD. Contribution à l'étude de panaris analgésique. Gazette hebdom. 1887.

25) MARESTANG. Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de la lèpre anesthétique et de la syringomyelie. Archiv. générales de médecine. 1887.

26) ROTH. Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose medullaire. Archives de Neurologie. Vol. XV, XVI. 1888.

27) MONOD i REBRUL. Contribution à l'étude du panaris analgésique. Archives générales de médecine. 1888.

28) HÜCKEL. Zwei Fälle von schweren symmetrischen Panaritien auf trophoneurotischer Grundlage. München. Medic. Wochenschrift. 1889.

29) THIBIÈRE. Lèpre anesthétique et Syringomyélie. Gazette hebdomadaire. 1891.

30) TEDESCHI. Ueber die Uebertragung der Lepra auf Thiere. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde. 1893. B. IXV. N. 4—5.

31) SINGER. Ein Fall von Morvan'scher Krankheit. Wiener medicin. Presse. 1894. N. 5.

32) OPPENHEIM. Ein Fall von Morvan'scher Krankheit. Neurologisches Centralbl. 1890 N. 15.

33) VERHOOGEN. Maladie de Morvan etc Gaz. hebdom. 1893. S. 290.

34) KAHLER. Ueber die Morvan'sche Krankheit. Prager Medic. Wochenschrift. 1882. Nr. 36.

35) FUERSTNER i ZACHAR. Ein Fall der Morvan'scher Krankheit mit Autopsie. Archiv für Psychiatrie. 1883. Bd. 14. S. 422.

36) BERNHARDT. Die Morvan'sche Krankheit und Syringomyelie. Berliner Klinische Wochenschrift. 1884. Nr. 4.

37) REBRUL. Contribution à l'étude du panaris analgésique. Archives générales de médecine. 1888. Nr. 5.

38) JOEFFROY i ACHARD. Un cas de maladie Morvan suivie d'autopsie. Archives génér. de médecine. 1890. Nr. 4.

39) JOEFFROY i ACHARD. Un second cas de maladie de Morvan suivie d'autopsie. Archives de médecine expérimentale. 1891. Nr. 5.

40) HOLSCHEWNIKOFF. Ueber die Morvan'sche Krankheit. Neurol. Centr. 1892. N. 5.

41) HOFFMANN. Zur Lehre von der Syringomyelie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1893.

42) SCHLESINGER. Syringomyelie. Monografia. 1895.

43) Tenze. Ueber die Syringomyelie. Wiener medicinische Wochenschrift. 1897. N. 38 i 39.

44) GOLDSCHIEDER. Lepra und Syringomyelie. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1898. N. 50.

45) SOUQUES. Un cas de syringomyelie type Morvan. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1891. N. 4.

46) A. JACKSON i GALLOWICZ. A case of Syringomyelies. Lancet 1892. referat z Neurolog. Centralb. 1892. N. 4.

47) HALLION. Les déviations véritables nevropathiques. Iconographie de la Salpêtrière. 1892. N. 3 i 4.

48) SACHS i ARMSTRONG. Morvans Disease. N. Y. Medical Journal. 1892. referat z Neurol. Centr. 1892. Nr. 4.

49) SCHLESINGER. Ueber die klinische Erscheinungsformen der Syringomyelie. Neurologisches Centralblatt. 1893. N. 3).

50) SOUQUES. Un nouveau cas de syringomyelie type Morvan. Nouvelle Iconographie de Salpêtrière. 1892. Nr. 5.

51) PITRES. Lèpre et Syringomyelie. Gazette des hôpitaux. 1892.

52) ANFIMOW. Die Morvan'sche Krankheit. Wiestnik psychiatrii. 1891. N. IX.

53) PITRES. Lèpre systématisée nerveuse à forme syringomyélitique. Nouv. Iconographie d. l. Salpêtrière. N. 1893.

54) FRAENKEL. Morvan'sche Krankheit und Lepra. Neurolog. Centralblatt. 1844. N. 7.

55) MUELLER. Ein Fall von Morvan'scher Krankheit. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895. N. 13.

56) BILSCHOWSKY. Ein Fall von Morvan'scher Krankheit. Neurologisches Centralblatt. 1896. N. 10.

57) BABES i MANICATIDE. Recherches sur la syringomyelie. Archives des sciences médicales. Bukarest. 1896. N. 3.

58) THOMAS. Note sur un cas de syringomyelie type Morvan chez l'enfant. Revue médicale de Suisse. 1895. Nr. 11. Referat. z Neur. Cent. 1897. N. 2.

59) LAEHR. Lepra und Syringomyelie. Berliner klinische Wochenschrift. 1897. N. 3.

60) KAPLAN. Ueber eine neue Methode der Axencylinderfärbung. Neur. Cent. 1900. N. 8.

61) PRUS. O stosunku choroby Morvan'a do syringomyelii i do trądu. Przegląd Lekarski. 1893, 614, 631, 641, 660, 673.

62) LUXENBURG. Przypadek jam w rdzeniu kręgowym oraz kilka uwag w kwestyi bar-

wienia rdzenia i nerwów obwodowych. Książka jubileuszowa Brodowskiego. 1893.

63) MĘCZAŃSKI. O syringomyelii (badanie mikroskopowe). Gazeta Lekarska. 1899. N. 9.

64) ORŁOWSKI. Sarkomatoza rdzenia i syringomyelia. Przyczynek do nauki o powstawaniu jam w rdzeniu. Gazeta Lekarska. 1899. N. 20, 27, 28.

65) SKŁODOWSKI. Przypadek porażenia typu BROWN-SEQUARD'a. Gazeta Lekarska. 1900.

66) THOMAS i HAUSER. Pathogenie des certaine cavités medullaires. Revue Neurologique. 1902. N. 11.

Przypadek torbieli jajnika u dziewczynki 10-letniej. Skręcenie szypuły. Skręt kiszki esowatej.

Podał

A. Karczewski.

(Dokończenie. — Patrz Nr 27).

Nie mam zamiaru szczegółowo roztrząsać sprawy pochodzenia torbieli skórzastych, tembardziej iż przypadek mój pod tym względem nie może dorzucić nic nowego do pojęć ustalonych, aczkolwiek, być może, nie dość rozpoznań. Ograniczając się przeto kilku uwagami, powyżej wyłuszczone, pozwolę sobie natomiast rozważyć spostrzegany przypadek ze stanowiska klinicznego. Sądzę bowiem, iż zasługuje on na uwagę względu na powikłany obraz chorobowy, na którego wytworzenie złożyły się dwie sprawy: skręcenie szypuły guza jajnika i skręt kiszki esowatej.

Rzeczą godną zastanowienia, zdaniem mojem, jest wzajemny stosunek spraw pomienionych i współudział ich w obrazie chorobowym. Niezaprzeczenie za sprawę główną uważać należy guz jajnika, który rozwijał się powoli i obecnością swoją oddawna już sprawiał chorej

pewne dolegliwości. Nie mamy żadnych danych, na mocy których moglibyśmy ustalić początek rozwoju guza. Ponieważ jednak wiemy z doświadczenia, że torbiele skóraste rosną bardzo wolno, możemy przeto z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuścić, że guz w danym przypadku zaczął się rozwijać wkrótce po urodzeniu się dziecka. Dopóki był on mały, nie ujawniał niczem swej obecności. Wprawdzie rodzice zaznaczają, że dziecko od urodzenia miało skłonność do zaparcia stolca; to jednak można sobie wytłumaczyć katarem kiszek, spowodowanym karmieniem sztucznym.

Z wywiadów wiadomo, że zaparcie stolca w ciągu pierwszych 7 lat życia nie sprowadzało żadnych dolegliwości. Dopiero w ciągu 3 lat ostatnich dłużej trwające zaparcie pociągało za sobą bóle. Sądzę, iż zjawienie się tych bólów wyjaśnić można w ten sposób, że guz przed 3 laty dosięgnął już sporych rozmiarów. Umieszczony poza macicą, zajmował on stosunkowo dużo miejsca w małej miednicy dziecięcej i przez to zaczął wywierać ucisk na odbytnicę. Kiszka, pomimo usiłowań, często nie mogła już wydalić nagromadzonej powyżej mechanicznej przeszkody masy twardego kału. Ztąd bóle, które ustępowały po zastosowaniu ławatyw.

Guz, powiększając się w dalszym ciągu, doszedł nareszcie do takich rozmiarów, że nie mógł pomieścić się w miednicy małej, lecz górnym swym odcinkiem zaczął wystawać do jamy brzusznej. Wówczas, zgodnie z prawem, ustalonym przez H. W. FREUND'a, odbyła się wędrówka torbieli. Górny jej odcinek, nachylając się ku przodowi, pociągnął za sobą część, położoną niżej; torbiel została wyważona z miednicy małej i umieściła się przed macicą. Od tej chwili guz przestał wywierać ucisk na odbytnicę, a ztąd zrozumiałą jest rzeczą, że chora w ciągu ostatnich trzech miesięcy nie miała napadów bólu ani razu.

Wiadomo, że podczas wędrówki guza z miednicy małej do jamy brzusznej następuje

niewielkie (mniej więcej na 90°) skrócenie szypuły, które winno być uważane za normalne i które nie wywołuje żadnych dolegliwości. To skrócenie normalne w przypadkach poszczególnych, pod wpływem bodźców różnorodnych, działających nagle (uraz) lub powoli (ruch robaczkowy kiszek, zmienne napełnienie pęcherza i odbytnicy), może się powiększyć tak dalece, że naczynia szypuły ulegają zaciśnięciu. Wówczas następują zaburzenia poważne, które cechują skrócenie szypuły t. zw. patologiczne.

W naszym przypadku rolę bodźca wywołującego odegrało, bez wątpienia, uderzenie łokciem w brzuch. Na razie skrócenie nie musiało być zbyt wielkie (może na 180°), po upływie bowiem kilkunastu godzin zaburzenia w krążeniu widocznie zaczęły się wyrównywać, skoro objawy pierwotne znacznie złagodniały. Dopiero później, mniej więcej w 36 godzin po uderzeniu, prawdopodobnie wskutek rozmaitych prób oczyszczenia kiszek, nastąpiło całkowite skrócenie szypuły (na 360°), połączone z zaciśnięciem naczyń.

Do tego skrócenia całkowitego przyłączył się skręt кишки esowatej, wikłający sprawę. Powikłanie to, zdaniem mojem, powstało dzięki współdziałaniu trzech czynników, do których zaliczam: położenie guza z lewej strony, krótkość jego szypuły i wydłużenie krezki кишки esowatej.

Wiadomo, że krezka кишки esowatej stanowi ciąg dalszy więzu szerokiego, który zawsze wchodzi w skład szypuły guza jajnika. Jeżeli podczas rozwoju guza szypuła wyciągnie się w postaci długiego powroza, skrócenie jej, zwłaszcza odbywające się powoli, nie oddziaływa na krezkę кишки esowatej. Inaczej rzecz się ma wtedy, kiedy szypuła ta jest krótka, a skrócenie nastąpiło nagle pod wpływem urazu. Wówczas guz jajnika, wykonywając obrót dookoła swej osi poprzecznej i zwijając swą krótką szypułę, ściąga powłokę otrzewnową z organów sąsiednich, a przede wszystkim z кишки esowatej. Za-

chodzi tu niejaki podobieństwo do koła rozpu-
dowego, w które dostała się część ubrania ro-
botnika. Skręcając część pochwyconą, ściągnąć
ono może z robotnika całe ubranie wierzchnie.

W chwili, gdy guz jajnika wykonywał
obrót dookoła swej osi, a szypuła jego ulegała
skręceniu, nawijając niejako na się kreskę kisz-
ki esowatej, z konieczności musiało nastąpić
podejgnięcie ku górze ramienia dolnego (pro-
stnicowego) tej кишки. Ponieważ była ona na-
pełniona zawartością płynną, ramię jej górne
(okrężnicowe), znacznie obciążone, zsunęło się
ku dołowi, i w ten sposób nastąpił skręt кишки
esowatej. Rozumie się, że koniecznym warun-
kiem powstania tego skrętu było uprzednie
wydłużenie nadmierne kreski, które mogło być
wrodzone lub nabyte wskutek długotrwałego
zaparcia stolca.

Tym sposobem pod wpływem różnorod-
nych czynników powstały współrzędne i wzaje-
mnie zależne od siebie zmiany anatomiczne, któ-
re dały ciężki, acz niezbyt wyrazisty obraz cho-
rowy. W obrazie tym na plan pierwszy wysu-
nęły się trzy zasadnicze objawy, cechujące nie-
drożność kiszek (*ileus*): wymioty, brak stolca i
wiatrów oraz ból w brzuchu. Do całości obrazu
niedrożności brakowało objawu czwartego, mian-
owicie wzdęcia, zarówno miejscowego, jak i
ogólnego. Ten brak wzdęcia dawał nam dużo do
myślenia. Cały bowiem obraz chorobowy czynił
wrażenie niedrożności, która, jak wiadomo, pra-
wie zawsze ujawnia się bądź wzdęciem miejscow-
ym, ograniczonem do pętli zatkaney i dostrze-
galnem dla oka lub przynajmniej wyczuwalnem,
bądź wzdęciem ogólnem, które jest wyrazem
bezwładu kiszek wskutek zapalenia otrzewny.
Umieszczenie bólu z lewej strony w dole brzu-
cha mogło na razie nasunąć podejrzenie skrętu
kiszki esowatej. Podejrzenie to jednak nie go-
dziło się z faktem, że do кишки można było wlać
sporą ilość wody, która w dodatku nie odchodzi-
ła z powrotem, lecz, wypełniwszy całą niemal
okrężnicę, powodowała wyraźne pluskanie. Sam

ból w brzuchu nie miał cech bólu właściwego za-
paleniu otrzewny. Wzmagał się bowiem napado-
wo, dosięgając niezwyklego natężenia. Bolesność
zaś przy ucisku ograniczała się lewem podbrzu-
szem. Wobec powyższych sprzeczności można
było co najwyżej przypuszczać, że niedrożność
kiszek w danym przypadku zależała od uwież-
nięcia pętli кишки cienkiej w jednym z uchyl-
ków otrzewny. Brak wzdęcia odcinka doprowa-
dzającego, na które SCHLANGE kładzie tak wiel-
ki nacisk w sprawie rozpoznawania niedrożności
mechanicznej, można było poniekąd wytłoma-
czyć tem, że od początku choroby upłynął sto-
sunkowo niezbyt długi okres czasu.

Przystąpiliśmy zatem do operacyi, nie ma-
jąc ścisłego rozpoznania, lecz opierając się je-
dynie na objawach ogólnych, które, jak nam
się zdawało, wprost zagrażają życiu chorej. Zna-
leżenie skrętu кишки esowatej na razie wyjaśni-
ło nam niektóre z powyżej wyłuszczonych
sprzeczności. Skręt był niezupełny na 180°. Taki
zaś skręt, jak wiadomo, nie zamyka całkowicie
światła кишки. Ztąd przedewszystkiem zrozu-
miała stała się dla nas rzeczą, dla czego udawa-
ło się wlewać sporo stosunkowo wody do od-
bytncy. Z drugiej zaś strony tym niezupełnym
skrętem można było sobie poniekąd wytłoma-
czyć brak wyraźnego wzdęcia: wiatry mogły
odchodzić w niewielkiej ilości niepostrzeżenie
dla chorej. Natomiast niejasnym w całej tej
sprawie pozostał ból niepomierne silny w sto-
sunku do stopnia skrętu. To nas skłoniło do dal-
szych poszukiwań, które doprowadziły do odna-
leżenia guza jajnika ze skrzyconą szypułą.

Rzeczą powszechnie jest znaną, że skrzyce-
nie szypuły guza jajnika samo przez się może
wywołać objawy podobne do tych, jakie spo-
strzegamy w niedrożności mechanicznej. Zazwy-
czaj jednak w przypadkach skrzycenia szypuły
nie napotykamy trudności rozpoznawczych. Pod-
czas wywiadów, szczególnie u dorosłych, bacz-
niej zwracających uwagę na zmiany, zachodzące
w ich ustroju, często otrzymujemy wskazówki

mniej lub więcej dokładne co do istnienia guza. Badanie zaś prawie zawsze pozwala wykryć obecność torbieli w jamie brzusznej.

W danym przypadku rozpoznanie guza jajnika wogóle, a skręcenie szypuły w szczególności było wielce utrudnione z rozmaitych powodów. Przedewszystkiem wywiady nie dostarczyły nam wyraźnych danych, na mocy których możnaby było podejrzewać istnienie guza jajnika. Podejrzenie to wogóle z trudnością mogło się zrodzić wobec młodocianego wieku chorej. Następnie, sam obraz chorobowy uległ zatarciu wskutek kombinacji skręcenia szypuły ze skrętem kiszki esowatej, który niezaprzeczenie przyczynił się poniekąd, jeżeli nie do wywołania, to przynajmniej do wzmożenia objawów niedrożności. Wreszcie badanie brzucha, które

było niezwykle utrudnione z powodu mocnego napięcia powłok brzusznych i nader niespokojnego zachowania się chorej, nie doprowadziło do żadnych pozytywnych wyników. Być może, iż udałooby się osiągnąć pewne wskazówki za pomocą wymacywania przez odbytnicę, gdyż wówczas, prawdopodobnie, nie uszłoby naszej uwadze ciało jajowate, elastyczne, położone tuż poza ścianą brzuszną ponad spojeniem łonowem. Badanie to jednak, przyznając otwarcie, niesłusznie zostało zaniedbane. Zaniedbanie to z jednej strony, z drugiej zaś różnorodne trudności, powyżej wyluszczone, sprawiły, że rozpoznanie w naszym przypadku było niedokładne, co na szczęście nie wpłynęło na postępowanie lekarskie i wynik pomyślny leczenia operacyjnego.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

70. O. ROSENBACH. O bezkrwistości miejscowej skóry, względnie obniżeniu jej ciepłoty, jako wyrazie zaburzeń czynnościowych w narządach wewnętrznych.

Wszelkie postaci nieprawidłowego uczucia zimna na określonej przestrzeni skóry autor nazywa psychrozami. Jeżeli chodzi o wrażenia podmiotowe, to zaburzenia takie określa nazwą psychro (hyper) aesthesia, hypothermia zaś — jeżeli obniżenie ciepłoty można stwierdzić przedmiotowo. Dokładne badanie tych stanów nastrocza sporo trudności, zwłaszcza przy usiłowaniu użycia przyrządów odpowiednich, z konieczności więc zmuszony był autor do posilkowania się dotykaniem ciepłą ręką w celu sprawdzenia skarg chorych. Innego rodzaju trudności wynikają z tego powodu, że różnice mogą być albo względne, albo bezwzględne, co zależy od czucia chorego

i ogólnego stanu ciepłoty. Do szeregu psychroz należą: 1) stałe uczucie zimna w nogach i rękach; 2) nagłe ziębniecie rąk — angioneuroza, opisywana przez NOTHNAGEL'a, której lżejsze postaci nazwano akroparestezyą; 3) po części stany, spotrzegane w okresie przekwitania [napływy krwi do głowy (kongestye), połączone z biciem serca, uczuciem trwogi i migotaniem w oczach], zwłaszcza, jeżeli napad poprzedza wyraźne uczucie zimna rąk, głowy lub grzbietu; 4) nareszcie pewne postaci nieprawidłowego podziału krwi, co możnaby nazwać psychroparestezyą podostrą albo przewlekłą. Te właśnie stany zasługują na szersze nieco traktowanie, a to z tego względu, że podobne skargi chorych, jako niezmiernie trudne do stwierdzenia, najczęściej nie są uwzględniane, ponieważ słyszymy je od ludzi, dotkniętych zaburzeniami czynności nerwów, więc naj-

chętniej kładziemy je na karb „nerwowości“, a w najlepszym razie zbywamy je mianem angioneurozy. Tymczasem ta nazwa powinna przypomnieć nam o pochodzeniu ośrodkowym badanego zjawiska, jednak rozumowanie ściśle wyłącza możliwość takiego podrażnienia ośrodków, które odbiłoby się tylko na naczyniach rąk lub nóg, wobec czego należy sądzić, że stany te znajdują się w związku z pewnymi zmianami mięszu (względnie mięśni) okolic wspomnianych. Wracając do całego szeregu omawianych zjawisk, należy zaznaczyć, że stanowią one typowe objawy zaburzeń regulacyjnej czynności nerwów, a przyczyn, wywołujących je, szukać należy w pewnych zmianach narządów. Nie można twierdzić, że chodzi tu zawsze o skurcz naczyń krwionośnych. Częstość winno tu raczej niedostateczne, jeżeli tak można wyrazić się, przyciąganie krwi do poszczególnych okolic ciała. Taka bezkrwistość miejscowa spotyka się najczęściej na czole, potylicy, przedniej powierzchni brzucha, łydkach, pośladkach, narządach płciowych, zewnętrznych i wewnętrznych powierzchniach ud. W tych okolicach chorzy doznają uczucia zimna, skóra zaś jest mało wrażliwa na dotyk nawet wtedy, jeżeli używamy przedmiotów mocno ogrzanych. Chorzy, u których istnieją zmiany wspomniane, pocą się niezmiernie łatwo zarówno podczas następczego przekrwienia, jak i pod wpływem nieco wyższej ciepłoty powietrza, a czasem nawet bez względu na stosunkowo znacznie niższą ciepłotę powietrza.

W przypadkach poszczególnych stan bezkrwistości miejscowej trwać może od kilku minut do kilku godzin, a nawet i dni; towarzyszą im często zaburzenia czucia (*anaesthesia*) i bóle w sąsiednich mięśniach, podobne do migreny i rozmaitych neuralgii (*cardialgia*, *ischias*). Z drugiej strony zjawisko to spostrzegano w przypadkach cierpienia lub wyczerpania mięśni, jak to miewa miejsce po ciężkiej pracy fizycznej lub oziębieniu danej okolicy ciała, co zależy od tego, że narząd wewnętrzny lub tkanki działają w warunkach zmienionych; jako objaw zwrotny spostrzegano zawroty głowy, silne przygnębienie, szybkie i niemiętne tętno. Do dziś nie umiemy jeszcze objaśnić, jaki związek zachodzi pomiędzy upośledzeniem ukrwienia skóry i czynnościami narządów wewnętrznych, nie da się jednak

zaprzeczyć, że związek taki istnieje i przejawia się w sposób mniej lub więcej wybitny. Względ ten posiada znaczenie poważne w postępowaniu leczniczym, to też w celu dokładnego poznania współistnienia objawów wspomnianych należy przedewszystkiem stwierdzić, czy opisane zaburzenia ukrwienia skóry zawsze towarzyszą pewnym stanom chorobliwym narządów wewnętrznych, a następnie skierować sposoby lecznicze ku usunięciu cierpienia zasadniczego. Jeżeli stany takie spotykamy u ludzi, zmuszonych pozostawać przez czas dłuższy w jednakowej pozycji (stanie, siedzenie), to powinny być zalecone ruchy i umiarkowane ćwiczenia gimnastyczne. Prócz tego odpowiednie pielęgnowanie skóry, zabiegi hidropatyczne, stosowanie ciepła suchego lub wilgotnego, nacierania i t. p. oddają często usługi niezaprzeczone. W końcu autor zastrzega się, że wcale nie przeczy istnieniu nerwów istotnych; kładzie tylko nacisk, że dotychczas zwracano zbyt mało uwagi na opisane przez niego anomalie czynnościowe w ukrwieniu skóry, wzgl. nieprawidłowe zmiany termiczne, zależne od cierpienia narządów mięszowych, zwłaszcza kiszek i mięśni. Tymczasem zjawiska te posiadają niewątpliwie znaczenie kliniczne i fizjologiczne, ponieważ wskazują na ścisły związek, jaki istnieje pomiędzy tak, zdaje się, mało wspólnego mającymi narządami.

(*Berlin. Klinik. H. 178. Apr. 1903*).

K. Z.

71. F. X. DERCUM i D. J. Mc CARTHY. Przypadek *adipositas dolorosa*.

Piątego lutego roku przeszłego F. X. DERCUM przedstawił w towarzystwie lekarskiem klasyczny przypadek „*adipositas dolorosa*“. Chory 39-letni bez dziedzicznego usposobienia nerwowego. Przed 15 laty przechodził jakąś gorączkową chorobę. W dwa lata po tej chorobie zauważył znaczniejsze powolne gromadzenie się tłuszczu podskórnego z boku klatki piersiowej, na brzuchu i w innych okolicach tułowia. Następnie takie same masy tłuszczu podskórnego zaczęły się tworzyć na obu ramionach, w górnej części przedramion i na udach. Równocześnie chory zauważył skłonność do tworzenia się wykwadów krwawych podskórnych. Przed 4 laty dostał chory napadu drgawek padaczkowych. Drgawki te powtarzały się dosyć często w osta-

tnich czasach. Przed 3 lata miał bardzo obfite krwawienie z nosa.

Nowopowstałe masy tłuszczowe nie powodują żadnych bólów, ale przy ucisku są bardzo bolesne. Chory jest niskiego wzrostu. Nagromadzenia tłuszczu w dolnych częściach brzucha przykrywają mu zupełnie części rodne, wisząc w postaci fartucha. Badanie układu nerwowego nie wykazuje nic nieprawidłowego. Na łącznicy oczu i w jamach oczodołowych wyczuwają się nagromadzenia tłuszczu. Siła wzroku $\frac{1}{12}$ i $\frac{1}{13}$ z prawej i lewej strony. Po tygodniu chory zmarł na różę. Badanie pośmiertne wykazało niedorozwój jąder, ostre zapalenie nerek, przerost śledziony. W tkance podskórnej brzucha znaleziono w tłuszczu 4 wyraźnie odgraniczone twory wielkości pomarańczy. Warstwę powierzchowną tych tworów stanowi otoczek z tkanki łącznej. Na powierzchni idą nieliczne gałązki nerwowe, w których badanie drobnowidzowe wykrywa zapalenie śródmiażdżowe. Na przecięciu tłuszcz, zawarty wewnątrz otoczek, jest twardszy, niż podskórny, czerwony i zawiera dosyć krwi. Badanie drobnowidzowe wykrywa hemolimfatyczną budowę tych nowopowstałych nagromadzeń tłuszczu. Gruczolki hemolimfatyczne wielkości ziarnka grochu znaleziono też w tłuszczu podskórnym. W mózgu znaleziono zupełnie nieprawidłowy układ brózd i „*adenocarcinoma glandulae pituitariae*“. Gruczoł tarczowy zupełnie prawidłowy.

Opisane wyniki badania pośmiertnego są tem ciekawsze, że dotychczas istnieją tylko 4 przypadki sekcyjne „*adipositis dolorosa*“. W dwóch badanie makroskopowe stwierdziło powiększenie i zwapnienie gruczołu tarczowego. W dwóch innych pod mikroskopem znaleziono ogniska zanikowe i ogniska kompensacyjnego przerostu w gruczole tarczowym, zapalenie śródmiażdżowe nerwów, przechodzących przez tkankę tłuszczową, i w jednym z nich stwierdzono zmiany w pęczkach GOLLI'ego, w drugim powiększenie i zwyrodnienie gliomatyczne *glandulae pituitariae*. Dane badania pośmiertnego, wyżej podane, są dosyć bliskie do podawanych w poprzednich, opisanych w literaturze przypadkach, i przemawiają według autora za związkiem pomiędzy czynnością *glandulae pituitariae* i tworzeniem się tłuszczu.

(*The American Journal of the medical sciences*, December 1902, p. 994).

Hołub.

72. RIEGLER. Nadzwyczaj czuły, prosty i szybki sposób określania cukru gronowego za pomocą szczawianu fenyldrazyny.

Sposób określania cukru gronowego polega na tem, że mniej więcej jeden ctm. sz. (20 kropeł) roztworu lub moczu, zawierającego cukier gronowy, nalewa się wraz z 10 ctm. sz. wody do próbówki i wysypuje szczyptę szczawianu fenyldrazyny. Cały ten roztwór przeprowadza się przy jednoczesnem klóceniu nad słabym płomieniem do zupełnego rozpuszczenia osadu; następnie dolewa się po 10 ctm. sz. 10% ługu potasu, korkuje się próbówkę gumowym korkiem i klóci po raz wtóry. Cały roztwór powinien momentalnie, ewent. w przeciągu jednej minuty zabarwić się na czerwono-fioletowy kolor; później występujące zabarwienie nie jest miarodajne.

Szczawian fenyldrazyny przedstawia kryształy w postaci listków, nie ulegających zmianie z czasem; otrzymuje się drogą chemiczną z chlorku fenyldrazyny w następujący sposób: 20 gramów chlorku fenyldrazyny rozpuszcza się w 300 ctm. sz. wody, nagrzewa się do zupełnego rozpuszczenia, dodaje się roztworu 10 grm. szczawianu amoniaku w 100 ctm. sz. wody; połączenie obydwóch roztworów momentalnie wytwarza wyżej wspomniane kryształy, które zbiera się na filtrze, przemywa się wodą i następnie wysusza.

Czułość tej próby daje możność wykrycia zawartości cukru w stosunku 0,05%; obecność białka nie przeszkadza. W badaniach lekarskich ług potasu daje się zastąpić jednym gramem *kaliumhydroxyd*; rozcieńczywszy moczu wodą w stosunku 1:10, dosypuje się szczyptę szczawianu fenyldrazyny, nagrzewa przy częstem klóceniu do zupełnego rozpuszczenia się osadu; w drugiej próbówce 10 grm. wody, zawierających szczyptę *kaliumhydroxyd*, klóci się do zupełnego rozpuszczenia się osadu; zawartość obydwóch probówek, zlewa się razem, korkuje gumowym korkiem; po pewnem klóceniu występuje czerwono-fioletowy kolor, określający obecność cukru gronowego.

(*Deut. med. Wochenschr.* Nr. 5. 1903).

Mamroth.

73. K. PEL. Odżywianie chorych na nerki.

Pod względem diety w przypadkach cierpienia nerek panuje do dziś pewne nieporozumienie, które u rozmaitych autorów prowadzi nawet do sprzeczności. Dążenie ku oszczędzaniu nerek

przez unikanie napojów wysokowych i przypraw korzennych zyskało prawo obywatelstwa; mniej lub więcej ścisła dyeta mleczna została również powszechnie przyjęta. Większość lekarzy pozwala chorym na mięso białe, mniej chętnie na jaja, natomiast mięso czarne zostało zupełnie usunięte. Co się dotyczy ryb, to zdania są podzielone; mleczko cielęce i mózdek jedni poczytują za szkodliwe, drudzy zaś zalecają, nawet co do używania świeżych owoców i jarzyn panuje brak zgody. Z drugiej strony nie posiadamy na to dowodów, żeby użycie umiarkowane naszych zwykłych produktów spożywczych miało być szkodliwe dla cierpiących na przewlekłe choroby nerek. Autor, polegając na swoim rozległym doświadczeniu, wyraża pogląd bardzo liberalny i stara się, o ile można mniej, krępować chorego. Zalecając pożywienie mieszane, kładzie nacisk na wielkie umiarkowanie w życiu, żeby uniknąć zaburzeń trawienia i gromadzenia się w kiszkiach produktów fermentacji. Zabrania albo przynajmniej znacznie ogranicza użycie wysoku, zwierzyny (zwłaszcza z „zapaszkiem”), ostrych serów i drażniących przypraw korzennych. Przyznaje mleku jego wysoką wartość odżywczą, jako pokarmu łatwo strawnego i wytwarzającego mało produktów fermentacji, jednak nie uznaje słuszności wyłączenie mlecznej diety w przypadkach przewlekłych cierpień nerek, ponieważ taka dyeta powoduje często zaburzenia trawienia, chorobliwe otluszczenie z uszczerbkiem na rzecz wytwarzania się hemoglobiny, a nadto sądzi, że takie obfite dostarczanie wody nie jest bardzo pożądane, jako zbyt obciążające pracę nerek. Natomiast zaleca mleko pod postacią zup mlecznych (ryż, sago, kasza jęczmienna, sucharki), lub jako czekolada, herbata i kawa mleczna. Nawet w przypadkach ostrego zapalenia nerek lub obostrzenia sprawy przewlekłej zaleca obok mleka leguminy, kompoty i lemoniadę. Unika bulionu, wyciągów mięsnych i rosołu ze względu na dużą zawartość w nich soli, istot wyciągowych i zasad alloksurowych, zarówno jak i pokarmów roślinnych, które zawierają dużo kwasu benzoosowego (owoce kostkowe, jarzyny zielone). W drugim lub trzecim tygodniu choroby przechodzi zwykle stopniowo do diety mieszanej. (*Zeitschrift. f. diätet. u. phys. Ther. B. VII. H. 1.*)

K. Z.

74. F. BERKA. Otrucie dwuchromianem potasu.

Ze względu na rzadkość zatruc dwuchromianem potasu, autor podaje spostrzeżenie, dotyczące 22-letniej szwaczki, która w zamiarze samobójczym zażyła około 30 grm. dwuchromianu potasu, umieściwszy go w wydrążonych figach. Objawy zatrucia wystąpiły po upływie 3—4 godzin pod postacią gwałtownych bólów w brzuchu. Przemyto żołądek roztworem sody i wydobyto nieco zielonkawego płynu. Dopiero po upływie 9 godzin po otruciu chora zaczęła wymiotować płyn z początku żółtawo-zielony, później czerwony, w końcu czerwony z odcieniem zielonym. Jednocześnie zjawiała się biegunka, i w dwanaście godzin po zatruciu chora zmarła wśród objawów zapaści. Badanie zwłok wykazało: w rozszerzonym znacznie żołądku około 200 grm. brązowego śluzowatego płynu; śluzówka mocno pofałdowana; fałdy te obrzmiały i zabarwione na kolor czerwono-brązowy. Śluzówka dwunastnicy brązowa, w kiszce zaś częściej ciemno-karminowa i obrzmiała; w górnej części kiszki zawartość wodnista - śluzowata barwy ciemno-czerwonej. Wogóle otrucie kwasem chromowym cechuje szybki bardzo przebieg z zejściem śmiertelnym i bardzo niewielkie zmiany w narządach wewnętrznych. Za życia spostrzegano zwykle stan, zbliżony do *stadium algidum* cholery.

(*Münch. med. Wochschrft. N. 16. 1903.*)

K. Z.

75. BURKARD. Przyczynę do leczenia zatrważających krwotoków po wycięciu migdałków.

W przeważającej liczbie przypadków krwotoku po tonsillotomii leczenie nieoperacyjne doprowadziło do celu, w niektórych tylko przypadkach ten lub ów rękoczyn przedsięwziąć trzeba było. Tu należy: ucisk powierzchni krwawiącej za pomocą uciskadła MIKULICZA, podwiązanie naczynia krwawiącego w samej ranie, przyżeganie za pomocą żegadła PAQUELIN'a, obkłuwanie rany krwawiącej, wreszcie najpewniejszy rękoczyn, jaki dotychczas stosowano, podwiązywanie *art. carotis communis*; *art. carotis externa* w takich razach nigdy podwiązywana nie była. Należy jednak pamiętać, że, nie zważając już na wysoką odsetkę śmiertelności, jaką daje podwiązanie *art. carotis communis*, samo podwiązywanie tego naczynia, a zwłaszcza ligatura *art. carotis*

externae może być niewystarczająca i nie zabezpiecza od krwotoku. Nie zostało bowiem dotychczas z całą dokładnością dowiedzionem, jakie naczynie przy umiejętnem wycinaniu migdałków bywa zranione i czy zawsze jedno i to samo naczynie.

ZUCKERKANDL dowiódł, że przyczyną zatrważających krwotoków jest zranienie *art. tonsillaris*, ponieważ naczynie to z powodu ścisłego zrośnięcia z otoczką migdałka po zranieniu skurczyć się nie może. W takim więc razie w niektórych przypadkach podwiązanie *art. carotidis externae* jest bezskuteczne, gdyż *arteria tonsillaris*, będąca zwykle gałązką *art. palatinae ascendens*, często wychodzi z *art. pharyngea ascendens*, a ponieważ ta ostatnia często wychodzi z kąta, gdzie *art. carotis* się dzieli, a nawet z *art. carotis interna*, to podwiązanie *art. carot. exter.* nigdy nie daje rękojmi, że i *art. tonsillaris* również objęta została. Z powodu zaś licznych anastomoz, jakie w tej okolicy istnieją między *art. palat. ascend.* i *art. pharyng. ascend.*, podwiązanie *art. carot. ext.* w tych przypadkach, w których *art. pharyng. ascend.* nisko od pnia odchodzi i dla tego w podwiązkę wzięta nie została, nie zabezpiecza od krwotoków wtórnych. Nawet w przypadkach, w których *art. pharyng. ascend.* została podwiązana, istnieje niebezpieczeństwo krwotoku wtórnego ze strony gałązek, przeznaczonych dla podniebienia miękkiego, a wychodzących z *art. palat. ascend.*, która anastomozuje z naczyniami podniebienia strony przeciwnej, i przy odcięciu dowozu krwi z jednej strony pozostaje niebezpieczeństwo krwotoku wtórnego ze strony przeciwnej.

Samo przez się rozumie się, że podwiązanie nawet *art. carot. commun.* nie zabezpiecza również od wyżej wspomnianej przypadłości, co i podwiązanie *art. carot. exter.*; znany jest przypadek, w którym pomimo podwiązania *art. carot. commun.* krwotok ustał dopiero po wystąpieniu omdlenia.

Nie we wszystkich jednak przypadkach krwotok ma miejsce z powodu zranienia *art. tonsillaris*. Zdaniem MERKEL'a krwotok występuje z powodu zranienia *art. maxill. extern.*, zaś DEMME przypuszcza, że z powodu zranienia *art. lingualis*, gdyż oba naczynia niekiedy podchodzą bezpośrednio do samego migdałka lub wchodzą w sam miąższ jego. W takich razach uzasadnione jest podwiązanie *art. carotidis exter.*, jeżeli w samej ranie krwawiące miejsce uchwycić się nie daje.

W praktyce daleko ważniejsze znaczenie ma nie silny krwotok, natychmiast powstający, lecz występujący później i często się powtarzający, który właśnie powstaje z powodu zranienia niewielkiej gałązki *art. tonsillaris*. W takich razach, gdy wszelkie sposoby tamowania krwotoku zawodzą, należy, zdaniem NICOLADONI'ego, wyłuszczyć ostatek krwawiącego migdałka z zewnątrz i gardziel zamknąć przez zeszywanie łuków podniebiennych. Sposób operacji tenże, co przy wyłuszczeniu guzów migdałka (LANGENBECK, MIKULICZ) z tą różnicą, że można zaniechać przecięcia czasowego szczęki dolnej. Cięcie na 1 ctm. poniżej i poza przyczepem ucha wzdłuż szczęki dolnej kończy się na szerokość palca powyżej kości podjęzykowej. Po odpreparowaniu płata skóry i przecięciu *platysmae* i *fascyi* szyjowej blisko kąta żuchwy, dochodzimy do *m. biventer* i *stylogloideus*, stanowiących punkt wytyczny dla dalszego rękoczynu. Należy dalej unieść żuchwę i przez usta wypchnąć ostatek migdałka; idąc wgląd' nad wspomnianymi mięśniami, napotykamy krwawiący migdał z idącymi doń naczyniami, które należy podwiązywać. *Musc. styloglossus* poprzednio należy przeciąć. Następnie przecinamy gardziel i wyłuszczaamy migdalek. Otwór gardzieli zamykamy przez przyszywanie łuków podniebiennych od strony ust lub z zewnątrz.

(Wiener klin. Wochenschr. 1903. N. 22).

L. Krause.

Drugi Zjazd chirurgów-ortopedystów w Berlinie.

Jak w przeszłym, tak i w tym roku przed zjazdem chirurgów odbył się zjazd zawiązanego w przeszłym roku Towarzystwa chirurgów ortopedystów.

Na kongresie tym w dniu 2 czerwca przedstawiono 31 prac z dziedziny ortopedyi. Posiedzenie otworzył prezydujący prof. HOFFA, zaznaczając, że liczba członków 150, a obecność blisko 250 zebranych dowodzi istotnej potrzeby takiego stowarzyszenia, że projekt zawiązania takiego stowarzyszenia nie był poroniony; wymiana zdań, bodziec do dalszej pracy, by nie pozostawać w tylnych szeregach, to przecież dorobek dla nauki, a dla społeczeństwa istotna korzyść, bo lekarze, którzy zajmują się ogólną praktyką, mają możność obznajmiania się z ortopedją. W końcu zebrani na propozycję prezydującego uczcili przez powstanie pamięć zmarłych prof. SCHEDE'go i NICOLADONI'ego. Prof. ESMARCH'a i HEFTMANN'a wybrano na członków honorowych.

Pierwszy zabral głos VULPIUS z Heidelberga w sprawie plastyki ścięgien, zreferował obecny stan i wartość tego zabiegu oraz wyniki swoich 400 przypadków, przyczem podał swój sposób przedłużania ścięgien (zmieniony BAYER'a).

LANGE z Monachium mówił o sztucznych ścięgnach z jedwabiu, krytykując rozległe operacye, jakie proponuje VULPIUS przy przeszczepianiu ścięgien, i dowodząc na zasadzie praw fizyki, że można je zastąpić znacznie mniejszemi.

W tej samej sprawie przemawiali SCHANZ z Drezna (demonstracya pacyenta, który miał złamaną rękę, odłamki rozeszły się na 12 ctm., chory, długi czas nie leczony, był kaleką, po zeszcyciu ręki, wyseparowaniu mięśnia krawieckiego i przyszcyciu go do ręki — funkcye powróciły zupełnie), CODIVILLA z Bolonii (pokazu-

je swojego pomysłu narzędzia do plastyki ścięgien), WITTEK pokazuje chorego, który prawie nie mógł chodzić z powodu chorea — po przeszczepieniu mięśni chodzi doskonale.

W dyskusyi REINER z Wiednia mówi o swoim sposobie *arthrodezy*, GOCHT pokazuje piękne preparaty drobnowidzowe, dowodzące, że ścięgna zrastają się po 15 dniach, sprawa idzie *per primam*, wrastają naczynia — które potem ulegają zanikowi; JOSEPH z Berlina pokazuje dziecko z *paralysis infantilis*, któremu przeszczepił *tibialis anticus*, HORN przestrzega przed zapędem do transplantacyi, przed którą radzi próbować redresyę, MARMUREK pokazuje swój sposób przedłużania ścięgna bez użycia szwu, w końcu HOFFA pokazuje niezwykle prosty zabieg przy *paralysis infantilis* i *pes equinovarus*, polegający na przedłużeniu ścięgna Achilles'a za pomocą połowicznej jego tenotomii (z pozostawieniem mostka), redresyi oraz ujęciu w węzeł za pomocą szwów ścięgien, biegnących ku grzbietowi stopy, obcięciu węzła ponad szwami i, po zaszcyciu rany, nałożeniu na parę tygodni gipsu; wyniki, jak do tej pory, bardzo dobre.

Po południu o *coxa var.* mówili JOACHIMSTHA', SCHANZ, BORHARD, TRÖHLICH, LUDLOFF, który zajął miejsce DREHMAN'a u MIKULICZA, CODRIVILLA z Bolonii i REINER z Wiednia.

W dalszym ciągu KÖLLIKER z Lipska pokazuje gipsowane szyny z drutu, MÜLLER ze Stuttgartu mówi o anatomicznych zmianach przy bezkrwawem nastawianiu wrodzonego zwichnięcia ud, WULLSTEIN i HEUSNER pokazują swoje przyrządy, mające na celu wyrugowanie gipsowego opatrunku w leczeniu wrodzonego zwichnięcia uda. HIRSCH z Berlina pokazuje chorego z wrodzonym wysokiem położeniem obu kości łopatkowych, MAYER 50-letniego chorego,

któremu wykonał redresję wrodzonego *pes varus*. HEUSNER z Barmen pokazuje nowy przyrząd do leczenia *pes varus*, BRODNITZ mówi o KÜMMEL'owskich cierpieniach kręgow, BADE o wynikach leczenia *scoliosis* za pomocą ortopedycznych gorsetów, JOACHIMSIAL o paraliżu *m. glutaeus medius* po uderzeniu kopytem. W końcu HEFTMANN pokazuje niezmiernie ciekawą chorobę z *lordosis* kręgow lędźwiowych, chodzi ona tylko na czworakach lub też trzymając rękami stopy, robi zupełne wrażenie małpy, gdyż ma ręce nawet nieco dłuższe od nóg. Na drugi dzień rano byliśmy

w klinice HOFFA'y, który pokazywał swój sposób operowania *pes equino-varus* w *paralysis infantilis*, niekrwawy sposób nastawiania przy wrodzonym wywichnięciu uda za pomocą t. zw. „Pumpenmethode“; REINER z Wiednia pokazywał na obu kończynach swój sposób operowania *genu valgum*, sposób rzeczywiście łatwy i dobry — podskórne oddzielenie nożykiem *epiphyseos*, złamanie ręką — gipsowy opatrunek. Do lat 7-miu użycie noża, po latach siedmiu złamanie bez użycia noża dla oddzielania *epiphyseos*.

Aleksander Zawadzki.

Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi.

Sekeya ludowa.

W sekeyi tej następujące sprawy były obszerniej roztrząsane: najpilniejsze potrzeby sanitarne miasteczek, praktyka lekarska ludowa, organizacja pomocy lekarskiej gminnej. Sprawy te obudziły największe zainteresowanie i najżywsze rozprawy. Dalej idą: mieszkania ludności wiejskiej, popularyzowanie higieny i czystość u młodzieży szkolnej. Na omówienie innych spraw, objętych programem, zabrakło czasu: na szkoły wiejskie, pożywienie i odzież ludu, kąpiele. Co do kąpiele, to zwiedzającym kąpiele ludowe na Pradze im. CHAŁUBIŃSKIEGO udzielał wyczerpujących objaśnień prof. BARANOWSKI, a przy zwiedzaniu kąpiele fabrycznych d-r BABIŃSKI.

Ponieważ wszystkie przytoczone sprawy dotyczą najbardziej palących potrzeb prowincyi, nie więc dziwnego, że rozprawy nad nimi ścigały do sekeyi ludowej większość przyjezdnych. Przeważnie większość referatów opracowali lekarze z prowincyi, a nie warszawscy. Delegacja sekeyi rolnej wystąpiła z całym szeregiem cennych wniosków, opracowanych już uprzednio na

posiedzeniach specjalnej komisji, złożonej z ziemian i lekarzy, a dotyczących wszystkich spraw, projektowanych w programie narad.

Co do miasteczek, to rozprawy nad nimi dały nader ponury obraz ich stanu sanitarnego. Nie zaspokojonych a krzyczących potrzeb higienicznych widzimy tu mnóstwo na każdym kroku, i trudno wyróżnić między nimi najpilniejsze. A jednak zgodność we wnioskach zabierających głos w tej sprawie była niemal zadziwiająca. D-r S. KLARNER z Bełżyc i Fr. GRODECKI z Pren, choć zamieszkali na dwóch przeciwnych krańcach królestwa, piszący każdy z innego stanowiska, podali wnioski niemal identyczne. D-r S. KLARNER skreślił obrazowo wrażenia, jakich doznałby inteligentny człowiek, przyjeżdżając po raz pierwszy do naszego miasteczka i badając je pod względem sanitarnym. D-r GRODECKI ten sam temat opracował z punktu widzenia lekarza, zamieszkałego w takim miasteczku. D-r MICHAŁOWSKI opisał szczegółowo miasteczko Żelechów i losy miejscowej komisji sanitarnej, które mogłyby być śmieszne, gdyby nie były tak smutne. Tow. Lekarskie Radomskie oraz Sekeya rolna dały szeregi wniosków w sprawie uzdrowotnienia miasteczek.

Najwyższe niechlujstwo, zakażenie powietrza i studzien wskutek braku bruków i ścieków, podwórz i ustępów, które najczęściej nie istnieją wcale, jeżeli zaś są, to w ohydnych stanie, zacieśnienie domów, wznoszonych bez oglądania się na jakikolwiek plan regulacyjny dla miasteczka lub na ustawę budowlaną, brak wody do picia, wstrętne brudy przy przygotowaniu produktów spożywczych najpierwszej wagi, a więc w rzeźni (jeżeli jeszcze na szczęście jest ona) i piekarniach, brak kąpeli lub łaźni, brak zadrzewienia, brak przytulku, ochrony lub szpitala — oto najpilniejsze sprawy sanitarne.

Przyczyną tego opłakanego stanu jest ciemnota, bieda i brak zmysłu czystości u mieszkańców, obojętność inteligencji miejscowej. W każdym jednak razie z rozpraw okazało się, że mieszkańcy byliby gotowi ofiarować swoje: dobrą wolę, czas, pracę a nawet i składki pieniężne dla poprawy złego, gdyby nie jakieś beznadziejne przeświadczenie, że wszystko to pójdzie na marne, że prace ich nie będą miały ciągłości, ani siły wykonawczej.

Jako główny środek zaradczy wskazywano: stałe komitety sanitarne, które właściwie od czasu ostatniej cholery zniesione nie były, a nawet przed dwoma laty rozporządzeniami władz wyższych powołane zostały do dalszej czynności. Dzisiejsze protokoły policyjno-sanitarne, wyroki i kary nie mają żadnego wpływu na usunięcie nieporządków. Dalej: zwiększenie liczby lekarzy miejskich z nadaniem im praw; łączenie się właścicieli domów w spółki dla wynajmowania wspólnych stróżów.

Jako środki materialne wskazywano: dochody propinacyjne z rzeźni i zyski z kas pożyczkowo-oszczędnościowych miejskich.

D-r POLAK, któremu niemal wyłącznie przypadły w udziale trudy około przygotowania narad higienicznych kwietniowych i zasługa do prowadzenia ich do skutku, zajmował się sprawą uzdrowotnienia miasteczek ze szczególną energią. W celu posunięcia tej sprawy naprzód utworzył on delegację, złożoną z prezydentów i burmistrzów miast prowincjonalnych, lekarzy, finansistów i t. d., mającą za cel zebranie i zbadać istniejących postanowień i przepisów sanitarnych oraz obmyślenie operacji finansowych, któreby umożliwiły miastom śpieszniejszą poprawę ich stanu. Delegacja ta odbyła kilka

wstępnych posiedzeń, rozpoczynając w ten sposób swe czynności.

W sprawie pomocy lekarskiej ludowej przemawiał d-r BIEGAŃSKI, opierając się na wynikach narad nad tym przedmiotem w towarzystwie lekarskiem częstochowskim i na odczytanych tam pracach d-rów WITKOWSKIEGO i BRZozOWSKIEGO. Z 880 lekarzy prowincjonalnych w królestwie tylko 240 przypada na miasteczka. Z 25 — 30 tys. ludności wiejskiej, przypadającej na jednego takiego lekarza, udziela on porad zaledwie 1500 rocznie włościanom. Znaczy to, że na 10 chorych włościan jeden tylko radzi się lekarza. A jednak lud nasz leczyć się lubi i ma mnóstwo doradców zdrowia — z których najmniej może jeszcze szkodliwe są dziedziczki we dworach. Właściwie jakiejś jednolitej medycyny ludowej niema u nas. Zażegnaniom, zamawianiom i t. p. lud wierzy nie z przekonania, ale z braku krytycyzmu i w gruncie rzeczy wielkiego zaufania do nich nie żywi.

W przekonaniu ludu, skłonnego do materialistycznego poglądu na świat, skutek zależy od nakładu pracy. To też zamawiania, homeopatya nie trafiają tak do przekonania ludu, jak pomoce materialne energiczne: upust krwi, bańki, pijawki, nacierania. Akuszerowie, chirurdzy łatwo zdobywają powagę wśród ludu. Lud nie ma dokładnego pojęcia o sposobie zdobywania wiedzy lekarskiej. Wszystkich swych doradców zdrowia uważa za doktorów, którzy nabyli swą wiedzę przez terminowanie u innych i zajęli różne hierarchicznie stanowiska. W praktyce ludowej konieczna jest znajomość psychologii ludu i dużo taktu w postępowaniu: obok życzliwości stanowczość i powaga. Porada lekarska u nas kosztuje włościanina zbyt drogo, jak to pokazuje głębsze wniknięcie w istotę rzeczy, bo pochłania $\frac{1}{30}$ jego rocznego dochodu. Fermer francuski poświęca 10 razy mniejszą część swych dochodów dzięki lepszym drogom, mniejszym odległościom od lekarza, innemu stosunkowi do aptek.

Wolna praktyka lekarska wiejska, dziś ledwie u nas kiełkująca, chyba się u nas bujnie nie rozwinie, wobec tego, że w ostatnich czasach potężnie się rozrasta stała pomoc lekarska przy stowarzyszeniach, kasach chorych i t. d. I u nas powstał już lekarz fabryczny i kolejowy, a niezadługo otrzymamy stałych lekarzy wiej-

skich na wzór ziemstw w Cesarstwie, gdzie lekarzy wiejskich wolnopraktykujących niema wcale.

Już od r. 1867 lekarze nasi, zwłaszcza tow. lek. lubelskie, domagali się uorganizowania stałej pomocy lekarskiej wiejskiej — lekarzy gminnych. Były nawet pewne usiłowania w tym kierunku, ale od dłuższego czasu już ustały. W r. 1897 władze uorganizowały pomoc lekarską wiejską w gub. Płockiej.

Pomoc taka jest poniekąd żywiołowym koniecznym następstwem ciągłej demokratyzacji praktyki lekarskiej i mimo wad dzisiejszych ma wszelkie widoki rozwoju przed sobą. Powinniśmy ją uważnie śledzić i poddawać ścisłej a bezstronnej krytyce. Obok tego pracujemy nad wyrobieniem u ludu większego zaufania do lekarzy.

W rozprawach podnoszono, że liczba lekarzy, żyjących przeważnie z praktyki ludowej wiejskiej, wzrasta, że „chłopski rozum“ wieśniaka pozwala mu nawet na wielkie wydatki, gdy widzi skuteczność medycyny (surowica przeciwbłonicza), że na „wyleczenie“ ofiarowałby nawet i trzecią część rocznego dochodu. Lekarz wiejski winien znać dobrze i choroby dziecinne i oczne. Nie może on traktować ludu jako coś niższego, wstrętnego, głupiego, a nie wolno lekarzowi występować przed ludem w roli znachora i umacniać tem istniejących przesądów. Zaufanie do lekarza gra w leczeniu rolę pierwszorzędną, a więc zawsze będzie podstawą wolnej praktyki a przynajmniej wolnego wyboru lekarza. Uorganizowana zbiorowo przez dwory pomoc lekarska dla służby folwarczej w Drobinie, Szrensku i Ciechanowie rozwija się bardzo pomyślnie. Gdzie drogi są lepsze, lekarz może objeżdżać chorych własnym powozikiem w jednego konia, co o połowę zmniejsza koszt porady.

Sprawę projektowanej rządowej pomocy lekarskiej ludowej rozważali dr. FIDLER, KĘDZIERSKI i MICHAŁOWSKI z dwóch różnych punktów widzenia. FIDLER i MICHAŁOWSKI zastanawiali się, czy projektowana pomoc może spełnić to, czego od niej należałoby oczekiwać, KĘDZIERSKI zaś — jaki pożytek ma ludność z dotychczasowej próbnej organizacji pomocy lekarskiej w gub. Płockiej. Mimo różnego punktu wyjścia wnioski wszystkich były bardzo zbliżone.

Błędem dotychczasowej organizacyi jest przytłoczenie lekarzy ogromem pracy lekarskiej i kancelaryjnej, niemożliwym do udźwignięcia. Błędem jest przeniesienie punktu ciężkości na leczenie ambulatoryjne i to jeszcze objazdowe. Ogromne cyfry porad ambulatoryjnych nie mogą służyć za dowód korzyści tych porad dla ludności, jeżeli uwzględnimy, że w takim lichu urządzonem ambulatoryum bez poczekalni, zimnem, wilgotnem, masy chorych (do stu), przybyłych zdaleka, wyczekują lekarza, który wrzeszcząc przybywa, znużony męczącą podróżą po złych drogach, i udziela pośpiesznych minutowych porad, wpuszczając po kilka osób na raz do quasingabinetu, bo lwia część czasu musi poświęcić zapisywaniu chorych.

Błędem jest dotychczasowe zaniedbanie leczenia szpitalnego, które jedynie zapewnia choremu z warstw ludowych jakie takie warunki higieniczne, spokój i umiejętną pomoc. Dotychczasowe lecznice wiejskie w lokalach wynajętych, często nieodpowiednich nie czynią zadość nawet skromnym wymaganiom, a przez dwa dni wyjazdowe w tygodniu chorzy w nich są pozbawieni wszelkiej pomocy i nadzoru. Do stosunków szpitalnych nowa organizacja wprowadza wielkie zamieszanie. Obok dotychczasowych szpitali płatnych powstają szpitaliki wiejskie bezpłatne. Czy nie tracą przez to dzisiejsze szpitale, i tak już niezmiernie ubogie, znacznej części swych dochodów, składających się w połowie z opłat, wnoszonych przez gminy za leczenie chorych? Czy miasta będą płaciły i nadal większą część podatku na nową organizację dla ludu wiejskiego, a obok tego jeszcze utrzymywały szpitale? Przyszłość dzisiejszych szpitali może budzić poważne obawy. Zdawałoby się, że nowa pomoc lekarska powinna przedewszystkiem objąć wszystkie szpitale, zapewnić wszystkim bezpłatne leczenie w szpitalach, stworzyć naprzód nowe szpitale w miastach powiatowych, gdzie ich dotąd nie ma, podnieść stan dzisiejszych szpitali, a wszystko to z nowego podatku.

Podatek na nową organizację pominął bezrolnych właścicieli domów w osadach (żydów), rzemieślników, zawody wyzwolone, służbę leśną w lasach rządowych. Kto wie, czy inny rodzaj podatku np. mieszkaniowy albo pogłówny z u-

względnieniem zamożności — nie byłby słusznieszy.

Apteki po wsiach i osadach przy nowej organizacji są poważnie zagrożone. Felczerów, stanowiących plagę naszego lecznictwa, nowa organizacja podnosi, powierza im nowe czynności i nadaje im prawa służby rządowej. Szerszej pomocy położniczej dla ludu, obrony od chorób zakaźnych, pomocy dla chorych umysłowych, kalek i nieuleczalnych, poprawy warunków higienicznych organizacja nie uwzględnia. W dotychczasowej organizacji razi brak zaufania do szerszego ogółu i gmin, usuniętych zupełnie od wszelkiego udziału w zarządzie i kontroli, choć gminy powołane są do tego przez zasadnicze prawa państwowe. A jednak zaufanie i ofiarność ogółu mogłyby bardzo dopomóc prawidłowemu rozwojowi tej trudnej sprawy. Wybór lekarzy, od którego zależy cała wartość nowej organiza-

cy, powinien być powierzony towarzystwom lekarskim, ewentualnie jakiemuś gremium powołanych do tego przez władze lekarzy. Służba lekarska winna być ubezpieczona od śmierci i starości. Leczenie bezpłatne powinno przysługiwać tylko ubogim.

Organizacja próbna w gub. Płockiej jest zaledwie miniaturą pomocy lekarskiej w ziemstwach, która pochłania daleko większe sumy. Projektowany podatek jest za mały względnie do zadań. Kto wie, czy płacenie lekarzowi wiejskiemu jakichś 400--600 rubli za samo zamieszkiwanie w oznaczonym miejscu z obowiązkiem prowadzenia lecznicy i taniego leczenia chorych w ambulatorium i po domach — nie byłoby najlepszym zużytkowaniem projektowanego podatku.

(C. d. n.).

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

Szanowny Redaktorze!

W N. 7 „Krytyki Lekarskiej“ kol. Zygmunt KRAMSZTYK zarzuca mi, że w „Kronice“, wydrukowanej w Nr. 24 „Medycyny“, na zasadzie jednej niesprawiedliwej oceny „zakwestyonowałem bezstronność sędziów konkursowych wogóle i posądzam wszystkich o kierowanie się jakimiś ubocznymi względami, a nie szczerem bezstronnem przekonaniem“.

Gdybym istotnie zrobił wszystkim sędziom konkursowym tak ciężki zarzut, to naprawdę „obraziłbym tych wszystkich lekarzy szpitalnych, którzy w konkursach urząd sędziów pełnili“. Ale, gdzie ja to napisałem, napróżno łamię sobie głowę, napróżno czytam jeszcze i jeszcze raz artykuł swój i nigdzie nie podobnego znaleźć nie mogę. Ze słów moich można tylko

wyciągnąć wniosek, że trafiają się między sędziami konkursowymi ludzie, przykładający do obowiązków swych nie tak wielką miarę, jak chce kol. K. Ponieważ zaś „wady i grzechy ludzkie muszą się odbijać i na sędziach konkursowych“, więc kol. K. wniosku powyższego za fałszywy uznać nie może, tembardziej, że wyprowadzony został nie na zasadzie jednej tylko „niesprawiedliwej oceny“: wszakże „Gazeta Lekarska“, oprócz zdarzenia z ostatniego konkursu, przypomina i o drugim podobnym przypadku, ja zaś w „Kronice“ swojej przytoczyłem trzeci. Nie oparłem więc wniosku na unikacie i nie „uogólniłem grzechu sędziego“, a ztąd „protest“ kol. K. jest co najmniej zbyteczny.

„Sędziami konkursowymi“, powiada dalej autor notatki w „Krytyce Lekarskiej“, „są wszakże lekarze, ci sami, którzy i podług pro-

jektu kol. SREBRNEGO ostatecznie stanowiliby o wyborze kandydata". Według mojego projektu sędziami byłoby kilkunastu a nawet kilkudziesięciu lekarzy, a przy tak dużej liczbie sędziów łatwiej usunąć protekcję i względy osobiste, niż przy septemviracie. Mając zaś do czynienia ze złem nieuniknionem, należy starać się o zredukowanie go do możliwych granic.

Że przy obecnym systemie „przewidywania wyniku konkursu spełniają się często dlatego, że lekarze znają kandydatów” t. j. ich wartość, w to chyba kol. K. sam nie wierzy, miałby może słuszność, gdyby zamiast wyrazu „często” napisał: „czasem”.

„Pogłoski o szczegółach zamkniętego posiedzenia bardzo często też muszą być błędne”, pisze wreszcie kol. K. — mnie się zdaje, że może nie tak często, jak sądzi autor notatki, który w prawdziwość faktu, ujawnionego przez „Gazetę Lekarską”, pozwala wierzyć bez zastrzeżeń, chociaż inne „posądzania” nazywa „niesłusznymi”, a „wieści” — „fałszywymi”. A przecież i ów fakt z „Gazety” jest tylko „pogłoską o szczegółach zamkniętego posiedzenia”.

Racz przyjąć wyrazy poważania.

Zygmunt Srebrny.

6. VII. 03.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GABRIÉLIDÉS podaje następujący sposób bardzo szybkiego barwienia laseczników gruźliczych. Rozciera się i suszy płwocinę zwykłym sposobem; poczem puszcza się na preparat 3 krople roztworu następującego: 1,0 fuksyny; 10 ctm. sz. bezwodnego wysoku; 5,0 kwasu karbolowego; 40 ctm. sz. wody. Celem otrzymania tej mieszaniny rozpuszcza się naprzód fuksynę w wysoku i dodaje się zwolna, klóćąc ciągle, wodę z rozpuszczonym w niej karbolem; mieszaninę pozostawia się kilka godzin i cedi. Po puszczeniu na preparat 3

kropel wysusza się szkiełka nad płomieniem gazowym w ciągu 8 — 12 sekund i kładzie się je na 1 sekundę do następującego roztworu: 25 ctm. sz. kwasu saletrzanego; 95% wysoku 100 ctm. sz.. Szkiełko przemywa się wodą i wkłada się na 1 sekundę do roztworu: 10% wodnego błękitu metylenowego 7 ctm. sz.; wody 100 ctm. sz.. Wreszcie szkiełko ostatecznie przepłukuje się wodą. Cały rękoczyn trwa 15 sekund. W tkankach laseczniki barwią się powyższym sposobem w ciągu 5 minut. (Grèce méd. 15.X 1902).

P.

Wiadomości bieżące.

— W jednej z „Kronik”, umieszczanych co miesiąc w naszym czasopiśmie (patrz „Medycyna” N. 10 z r. b.), kol. SREBRNY poruszył myśl utworzenia kasy pogrzebowej specjalnie dla lekarzy. Myśl ta znalazła wielkie uznanie zaró-

wno pośród kolegów, w naszym mieście zamieszkałych, jak i na prowincyi i w Cesarstwie. Otrzymaliśmy dosyć listów i gotowych projektów, dotyczących ustawy kas podobnych, już w Cesarstwie istniejących. W celu ułatwie-

nia tej ważnej sprawy i przyspieszenia jej kol. SREBRNY podzielił się bliższymi szczegółami z Zarządem Kasy oszczędnościowo-pożyczkowej dla lekarzy. Zarząd Kasy opracował odpowiedni projekt i w dniu 4 lipca r. b. na zebraniu ogólnem tejże Kasy, po rozpatrzeniu całego projektu ustawy kasy pogrzebowej w całości i co do oddzielnych paragrafów, zgromadzenie ogólne Kasy pożyczkowo - oszczędnościowej lekarzy postanowiło projekt ten z małemi zmianami przesłać odpowiednim władzom do zatwierdzenia. Nie przypuszczamy ani na chwilę, aby ustawa nie była zatwierdzona, otwarcie kasy będzie możliwe w chwili zapisania się do niej przynajmniej 100 członków, od nas więc samych będzie zależało, aby zainicjowana przez kol. SREBRNEGO w naszym czasopiśmie tak pożyteczna kasa jak najprędzej mogła zacząć funkcyonować.

— Komitet sekcji higienicznej Wystawy sportowej w Warszawie, pozostający pod przewodnictwem kol. Teodora HERYNGA, wydał dziełko p. t. „Higiena sportu“. Oprócz wstępu, bardzo barwnie i zajmująco napisanego przez d-ra TRZCIŃSKIEGO, książka ta zawiera: 1) Sport pieszy przez d-ra SKOWROŃSKIEGO. 2) Cyklizm przez d-ra BUCZYŃSKIEGO. 3) Łyżwiarstwo przez d-ra KUCHARZEWSKIEGO. 4) Jazda konna przez p. WROTNOWSKIEGO. 5) Gimnastyka i wioślarstwo przez d-ra TRZCIŃSKIEGO. 6) Pływanie przez d-ra A. PRZYBOROWSKIEGO. 7) Rybołówstwo przez d-ra GROBELINI. 8) Myśliwstwo przez d-ra GEPNERA. 9) Gry sportowe przez d-ra GUIRARDA. 10) Atletyka przez d-ra J. PIOTROWSKIEGO. 11) Automobilizm przez d-ra KAMOCKIEGO. 12) Szermierstwo przez d-ra PIOTROWSKIEGO. 13) Wskazówki dla lekarzy, kwalifikujących kandydatów do wyścigów klubowych, przez d-ra T. HERYNGA i d-ra J. PAWIŃSKIEGO. W części dru-

giej znajdujemy zarys fizjologii i patologii pracy mięśniowej przez d-ra J. NUSSBAUMA. W tej pożytecznej książce jedno nas tylko zadziwia, czy wogóle lekarze powinni kwalifikować kandydatów do wyścigów. Wszak wyścigi ze sportem w naszym pojęciu lekarskiem sportu nie wspólnego mieć nie powinny, a tem samem lekarz nikogo do wyścigów kwalifikować nie powinien.

— Kol. Mieczysław KORZENIOWSKI mianowany został ordynatorem w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

— Wyszło z druku nowe wydawnictwo Towarzystwa Ogrodniczego Warszawskiego p. t. „Flora Królestwa Polskiego“, napisana przez znanego na polu naszego przyrodoznawstwa uczonego p. Feliksa WERMIŃSKIEGO. Książeczka ta, formatu kieszonkowego, stanowi krótki podręcznik do określania roślin, przydatny dla uczącej się młodzieży oraz amatorów wycieczek botanicznych, zawiera klucz i tablice do określania rodzajów i gatunków, z bardzo licznymi rysunkami, całość 135 stron druku małej 8-ki. Cena w handlu księgarskim 1,75 rb. z ustępstwem dla zakładów naukowych. Nabyć można w kancelarii Towarzystwa, Bagatela 3, i w księgarniach.

— ZMARLI. W Warszawie zmarł d-r Czesław SŁUPECKI w wieku lat 51. Ś. p. SŁUPECKI pierwotnie ukończył wydział prawny Uniwersytetu Warszawskiego i, już zajmując poważną posadę w sądownictwie, wstąpił na wydział lekarski, po ukończeniu którego zajął się rozległą praktyką, zwłaszcza wśród uboższej ludności naszego miasta.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2^o/o).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jakodyetetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj. — nieprzegotowane!) Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty — jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu — wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznej trawieniu bezspornie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żółtów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwzyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu — prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnym doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycji: **Apteka na Bolszaj Ochcie w S.-Petersburg**. Dawki na jedną dobę: Dla **Ssawców** — 2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju) Dla **dzieci** — 1 — 2 łyżek deserowych (bez dodatków) Dla **dorosłych** — 1 — 2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncji) r. 1 k. 60

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya)

APTEKA i SKŁAD

Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMĄ

D-ra T. HEINRICHA

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr 473b, nowy II.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne „MOTOR“

Warszawa, Marszałkowska 23.

poleca

KĄPIELE Z KWASU WĘGLOWEGO

otrzymywanego z soli rozpuszczonych w wannie. — Mogą być z łatwością przyrządzane tak dobrze w mieszkaniach prywatnych, jak również w Zakładach kąpielowych. Sposób użycia dołącza się do każdej kąpeli.

Dotrzeć można w aptekach i składach aptecznych. Cena kop. 80. Gotowe kąpiele wydają się w Łazienkach Akcyjnych na Zjeździe.

Największe w świecie labor. Parke Davis et C-o

w Detroit Stany Zjednocz. Północ. Ameryki.

Biura: w Nowym Jorku, Londynie, St. Petersburgu (Zamiatin per. 4).

Przygotowuje preparaty farmaceutyczne, które zyskały wszechświatową sławę, a z tych głównie znakomite.

ADRENALINA (Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działający czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący; pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach: oka, gardła i nosa, bezkrwawo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie. Upraszamy panów lekarzy o zwrócenie uwagi na ostatnie artykuły odnośnie stosowania **Adrenaliny** (Takaminy) przy leczeniu raka (La Presse Medicale, Paris 27 Avr., 1903 i Medical Record 23 Sierpnia 1902).

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabianie naszego preparatu adrenaliny, noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochybne wzniązki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu **Takaminy**.

CHLORETON (chemiczny związek chloroformu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczce i t. d. Ma tę wyższość nad kokainą, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-DIASTAZA Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienia na cukier w ciągu 10 minut ilość kroczmala 100 razy przewyższająca jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

KASKARA-EWAKUANT Lek tonicznie przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu **Kaskara Sagra**, za wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

ACETOZON ($C_6H_5CO \cdot O \cdot O \cdot COCH_3$, Benzoyl-acetyl hyperoxyd). Nowy środek przeciw-pasorzytniczy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 31-krotnie chlorek rtęci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwnośnych. Szczególnie znakomite wyniki, otrzymano przy leczeniu tyfusu brzuszego. Stosuje się z dobrym wynikiem przy tryprze, chorobach oczu, cholerze, dysenterji, rozwolnieniach u dzieci, sprawach ropniczych poporodowych i t. p.

Literaturę i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy i farmaceutów.

Adres dla telegramów „Kaskara“ — Petersburg

W Warszawie posiadają na składzie: Ludwik Spiess i Syn. — Henryk Welt i Towarz. Akcyjny „Motor“

Zbożowe BIAŁKO jako środek odżywczy „ROBORAT”

Przetwór idealnie czysty wolny od bakterji i substancji rozkładowych. Przyjemny w użyciu gdyż niema swego właściwego smaku i zapachu. Nadzwyczaj szybko strawny. Zawartość Białka 95%, Lecytynu 1.6%, Kroczmala 1%. Do użycia we wszelkich postaciach: z mlekiem, cacao, w zupach i potrawach po uprzednim *dobrem rozmięszaniu go z płynem*. Zalecany jako środek wzmacniający w kuracji roślinnej, w chorobach serca, sklerozie, bezkrwistości i cierpieniu żołądka. Środek odżywczy dla osłabionych, rekonwalescentów tak dorosłych jak dzieci.

Dostać można we wszystkich składach aptecznych i aptekach.

Próba 100 gr. oraz szczegółowy opis dla P.P. Doktorów franko i gratis.

Skład główny na gub. Kr. Pol. Ludwik W. Szwece, Senatorska 37 Pl. Resursy.



QUINIUM LABARRAQUE

Wino toniczne — Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ściśle tytrowane i dozowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze chinu 1,3 gr. pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkaloidów w litrze.

Dawka: kieliszek od likieru przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach. — Dom handlowy L. Frere (A. Champigny et C-ie). 19 rue Jacob w Paryżu

Na składzie posiadają:

Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi (Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny.

L. Mrozowski, Skład materiałów aptecznych, ul. Miodowa № 8.

Towarzystwo przetworów chemicznych i aptecznych (Henryk Welt) Przejazd № 5.

Apteka K. Wendy ul. Krakowskie-Przedmieście № 45

Wacław Różycki, Skład materiałów aptecznych ul. Krakowskie-Przedmieście № 17.

Emil Skomorowski, Skład materiałów aptecznych, ul. Długa № 27.

Schlesischer Obersalzbrunnen Oberbrunnen



Pierwszorzędne źródło alkaliczne, skutecznie działające od roku 1601.

Analizy i szczegóły o źródle wysyła pocztą bezpłatnie

Kantor ekspedycji wód mineralnych książeńcych w Obersalzbrunn.

Furbach i Striebold

Salzbrunn na Szląsku. Składy we wszystkich aptekach i materyałów aptecznych handlach.

Wiesbaden Kochbrunnen Podagra

GOŚCIEC, KAMICA, MOCZÓWKA CUKROWA.

Znane na całym świecie leczenie mineralne domowe nie przeskadzające pracy zawodowej w odczynie. Najliczniej w Europie odwiedzany zdroj (130000 kuracjusów). Najsilniejsze źródło sodowo-litynowe. Zdumiewająco szybkie wyniki we wszystkich chorobach przemiany, niesytach narządów oddechowych i trawienia, w cierpieniach wątroby, nerek i kości. Jako środki pomocnicze w leczeniu: naturalna sól sodejowa Kochbrunnen, mydło, pastylki i sól kąpielowa. Broszura, zawierająca zestawienie poglądów znakomitości lekarskich całego świata wyłącznie na sprawę leczenia domowego o przepisach stosowania kuracji, rozsyła

Gł. PRZEDST.: FR. KARPINSKI w Warszawie, Elektrańska 35.
Urz. Zarząd Zdrojowy w Wiesbaden.

N A Ł Ę C Z Ó W

Zakład leczniczy cały rok otwarty.

W sezonie letnim kąpiele żelaziste i błotne, hydro- i elektroterapia, masaż, gimnastyka. Całkowite utrzymanie wraz z leczeniem od 4 rub. dziennie.

Prospekty na żądanie gratis i franco.

O J C I Ó W

ZAKŁAD LECZNICZY DLA CHORYCH NERWOWYCH.

Ścisły internat cały rok otwarty, dwóch stałych lekarzy. Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, mechanoterapia, gimnastyka, wody mineralne. Poczta i telegraf na miejscu. Odległość od Olkusza stacji kolei lwangr.-Dąbrowskiej 20 wiorst. Umysłowo chorych lecznica nie przyjmuje.

Dyrektor Zakładu D-r St. Niedzielski.

BUSKO D-r J. Majkowski

praktykować będzie od 20 maja do 20 września w willi własnej.

Prof. Dr.
Soxhleta.

Cukier odżywczy

czysta Dextrino-Maltoza z solami trawienymi, bez działania rozwalniającego, najracjonalniejszy dodatek do mleka krowiego przy żywieniu zdrowych i chorych ssawców, od najwcześniejszego okresu życia, klinicznie stwierdzona skuteczność przy ostrych i przewlekłych zaburzeniach trawienia. Cena detaliczna puszeki 1/2 kilo zawartości Mk. 1.50. Udoskonalona zupa Liebig'a w proszku Puszka o 1/2 k. zawartości Mk. 1.50.

CUKIER ODŻYWCZY-KAKAO

smaczny, wzmacniający preparat odżywczy dla dzieci i dorosłych, dla zdrowych i rekonwalescentów. Cena detaliczna puszeki o pół kilo zawartości Mk. 1.80.

W Aptekach i Składowiach.

Przedstawiciel: Ignacy Lipszyc, Warszawa, Sadowa 6. Telefonu 1884.

Dla pp. lekarzy próby i literatura na żądanie gratis.

Fabryka środków odżywczych München G. m. b. H. w Pasing.

MARIENBAD INSTYTUT ZANDERA

Według najnowszego systemu urządzony instytut dla szwedzkiej gimnastyki leczniczej. Masaż, elektr. kąpiele świetlne, kuracja suchem, gorącym powietrzem; wyborne środki pomocnicze dla kuracji Marienbadzkiej. Właściciel i kierownik lekarski D-r Med. Edward Kraus.

ZAKOPANE

WILLA URANIA (ZAMOJSKIEGO 8).

Pokoje suche i widne, życie wykwiśnięte.

LECYTHYNA CLIN'A

Fosfor w stanie naturalnych organicznych związków.

« *Lecythyna naturalna, wydobyta z żółtka jajka, zawiera fosfor w tym stanie*
 « *związków organicznych o szczególnie energicznym działaniu, którem się odznaczają*
 « *wszystkie lekarstwa wytwarzane przez istoty żyjące.* »

PIGUŁKI CLIN'A

zawierające Lecythyne naturalną chemicznie czystą

OTOCZONE CIEŃKĄ WARSTWĄ BIAŁKA ROŚLINNEGO.

Ilość: 0 gr. 05 cent. Lecythyny w każdej pigułce. — Doza: 2 do 6 pigulek dziennie.

GRANULE CLIN'A

zawierające Lecythyne naturalną chemicznie czystą

ŁATWY DO ZAŻYWANIA, GŁÓWNIEM SIĘ ZAŁECA U DZIECI.

Ilość: 0 gr. 10 cent. Lecythyny na tyżeczkę od kawy. — Doza: 1 do 3 tyżeczek od kawy dziennie.

ROZTWÓR CLIN'A

DO WSTRZYKIWAŃ PODSKÓRNYCH

zawierający Lecythyne naturalną chemicznie czystą.

Roztwór w sterylizowanej oliwie zawierający dokładnie 0 gr. 05 cent. Lecythyny w jednym centymetrze sześciennym.

Jedno wstrzyknięcie dziennie.

WSKAZÓWKI
TERAPEUTYCZNE

NEURASTENIA, OGÓLNE OSŁABIENIE, ZMĘCZENIE,
RACHITYZM, CUKROWA CHOROBA i t. d.

Dozy dla dzieci: o połowę mniejsze od wyżej wskazanych.

CLIN & COMAR, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

895

HAEMATOGEN

Akcyjnego Towarzystwa fabryki chemicznej

Trapedach & C-o w Rydze

jest organicznym związkiem żelaza z białkiem, tak jak się to we krwi znajduje. Służy jako środek leczniczy we wszystkich wypadkach, gdzie się przepisuje użycie żelaza. Haematogen ze wszystkich związków żelaza najprędzej łączy się z organizmem. Preparat ten otrzymuje się w następujących trzech formach.

PLYNNY (skoncentrowany i oczyszczony Haeglob. w 70%. Gliceryna czysta chemicznie dla napr. smaku 20%, wino malaga 10%).

SUCHY w proszku.

SUCHY w tabletkach czekolady.

Do nabycia we wszystkich większych aptekach i składach aptecznych.

SPECYALNY ZAKŁAD

Prawdziwego kefiru leczniczego

K. SIGALIN Y

z KAUKAZU

przy ul. Królewskiej Nr. 27

I W OGRODZIE SASKIM

we własnym pawilonie.

Trzy medale złote na ostatnich wystawach w Paryżu i w Warszawie.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., lekarstwa leczenie, i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółdkowej, kału, wydzieliny z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

BAD-KISSINGEN.

D-r Hermann Norwitzky

Ludwigstrasse.
Apteka Ludwiga.

D-R L. LORENTOWICZ (ginekolog)

ordynuje w CIECHOCINKU.