

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 43.

Warszawa d. II (24) Października 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 Administraça „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Hipotonia i hipertonia u jednej i tej samej chorej. Podał d-r Z. Bychowski. — WYKŁADY KLINICZNE. Wegetaryanizm jako dyeta lecznicza. Streścił J. Sunderland. — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 126. Przyczynę do nauki o chorobie Banti'ego. 127. W sprawie achyliae gastricae i anaemiae perniciosae. 128. Adrenalina przeciw krwotokom kiszkiowym w przebiegu tyfusu brzuszego. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 19 września r. b. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Z. Bychowski — L'hypotonie et l'hypertonie chez la même malade.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Z. Bychowski — Ein Fall von Hypotonie und von Hypertonie bei derselben Kranken.

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

PRACE ORYGINALNE.

HYPOTONIA I HYPERTONIA

u jednej i tej samej chorej.

Podał

D-r Z. BYCHOWSKI.

Lekarz ambulatorium szpitala na Pradze.

Spostrzeżenia kliniczne lat ostatnich dostatecznie dowiodły, że sztywność mięśniowa (ogólna czy częściowa) jest jednym z najstarszych i najwcześniejszych objawów choroby PARKINSON'a (*Paralysis agitans*).

Miedzy innymi i ja¹⁾, na zasadzie 21 przypadków, spostrzeganych w poliklinice d-ra GOLD-FLAMA, przyszedłem do przekonania, że zdarzają się niewątpliwie przypadki choroby PARKINSON'a, w których albo wcale niema drżenia, albo zjawia się ono i to w słabym stopniu dopiero po długoletnim istnieniu cierpienia. Od tego czasu miałem sposobność badania przynajmniej tyłu jeszcze chorych, tem cierpieniem dotkniętych, i przekonałem się o słuszności już przed 9 laty

¹⁾ O chorobie PARKINSON'a. Medycyna. 1894.

wypowiedzianego przezemnie zdania, t. j., że sztywność mięśniowa panuje nad całym obrazem klinicznym choroby PARKINSON'a, i że wszystkie prawie objawy tej choroby do sztywności mięśniowej, jako do ogólnego mianownika, sprowadzić się dają.

Wielu autorów wypowiedziało nawet przypuszczenie, że całej patogenezy choroby PARKINSON'a należy może szukać w układzie mięśniowym (SASS²⁾, STRÜMPFEL³⁾, LEYDEN et GOLDSCHIEDER⁴⁾, SCHWENN⁵⁾. Niedawno⁶⁾ tę kwestję jeszcze raz pobieżnie poruszyłem i tak samo wypowiedziałem się na korzyść mięśniowego pochodzenia choroby PARKINSON'a i zaliczyłem ją do grupy cierpień czynnościowych mięśniowych, czyli t. zw. przeze mnie *myos*.

Jeżeli więc na chwilę odwrócimy naszą uwagę od innych objawów choroby PARKINSON'a i zostaniemy tylko przy sztywności mięśniowej, to prawdziwie jej przeciwstawieniem pod tym względem jest wiać rdzenia. Nie mówię oczywiście tu o całym złożonym zbiorze objawów wiać rdzenia, lecz o spotykanej w tem cierpieniu hipotonii mięśniowej, która, jak dowiódł FRENKEL, tak samo należy do wczesnych i nigdy nie brakujących objawów tego cierpienia. Jeszcze raz dla uniknięcia nieporozumień zaznaczam, że nie mam bynajmniej na myśli przeprowadzenia tu paraleli między temi dwoma cierpieniami. Mówię tu wyłącznie o stanie pewnych gromad mięśniowych w obydwóch tych cierpieniach. A jeżeli spojrzeć na nie z tego właśnie punktu widzenia, to w chorobie PARKINSON'a mamy ogromne wzmocnienie napięcia mięśniowego (Mu-

skeltonus), hipertonię, w przeciwieństwie do hipotonii, którą spotykamy u dotkniętych wiać rdzenia. Trzeba jednakże zaznaczyć, że hipotonia nie zawsze, że tak powiem, rzuca się w oczy. Często trzeba jej, jak przyznaje FRENKEL⁷⁾ i FOERSTER⁸⁾ dopiero szukać. Przypadek wiać rdzenia z taką wybitną hipotonią, jak to opisał FRENKEL w pierwszych swoich pracach, należą do wielkich rzadkości pomimo to, że w tym właśnie kierunku badamy zwykle odpowiednich chorych.

Już z tego powodu niżej opisany przypadek budzi pewne zaciekawienie. Mielśmy tu w kończynach górnych, jak zaraz zobaczymy, bardzo wybitną, prawdziwie parkinsonowską sztywność mięśniową, podczas gdy dolne kończyny były dotknięte hipotonią w bardzo wysokim stopniu. Przypadek ten zresztą posiada nie tylko wartość kazuistyczną, lecz, jak zobaczymy, i ogólnie teoretyczną.

Chodzi o 65 letnią P. F. Zebranie dokładnych wywiadów jest bardzo utrudnione. Opowieść chorej co do niektórych szczegółów i dat różni się od opowieści jej mało inteligentnego małżonka. Następujące szczegóły można uważać za mniej więcej ustalone. Chora jeszcze przed 30 laty zaczęła się uskarżać na silne „reumatyczne“ bóle w nogach. Bóle czasami były bardzo dotkliwe, nie pozostawiały jednakże nigdy śladów w postaci „spuchnięcia“ lub „skrzywienia“ stawów. Chora leczyła się w Ciechocinku, ale bez skutku. Bóle się wciąż wzmagały, i chodzenie stawało się coraz więcej utrudnione. Wskutek tego chora zmuszona była (przed 20 mniej więcej laty) używać przy chodzeniu kija. Powtórny pobyt w Ciechocinku tak samo nie przyniósł żadnej ulgi. W tym samym czasie otoczenie chorej zauważyło, że kolana „zaginają się w tył“. Zaleconego przez le-

²⁾ Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. St. Petersburger med. Wochenschrift. 1891.

³⁾ Odpowiedni rozdział w podręczniku szczegół. patol. i terap.

⁴⁾ Krankheiten des Rückenmarks w Handbuch der spec. Pathol. und Therapie Nothnagla. Str. 118.

⁵⁾ Beitrag zur Pathogenese der Paralysis agitans. Deutsches Archiv für klin. Medizin. Bd. 70.

⁶⁾ BYCHOWSKI. Ein Fall von recidivirender doppel-seitiger Ptose mit myasthenischen Erscheinungen in den oberen Extremitäten. D. Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 22.

⁷⁾ Die Behandlung der tabischen Ataxie, 1900 Lipsk.

⁸⁾ Die Physiologie u. Pathologie der Coordination. 1902 Jena.

karza przyrzędu ortopedycznego chora nie mogła używać.

Chodzenie stało się coraz więcej utrudnionem. Od 15 lat chora już wcale chodzić nie może. Pomimo tego jednakże bardzo skwapli-

wie, opierając się rękami o to krzesło, przenosiła na nie i tułów. Do zeszłego roku chora sama gotowała, prała nawet bieliznę, siedząc na krześle; obierała kartofle, szyła i t. d., słowem władała rękami zupełnie należycie.

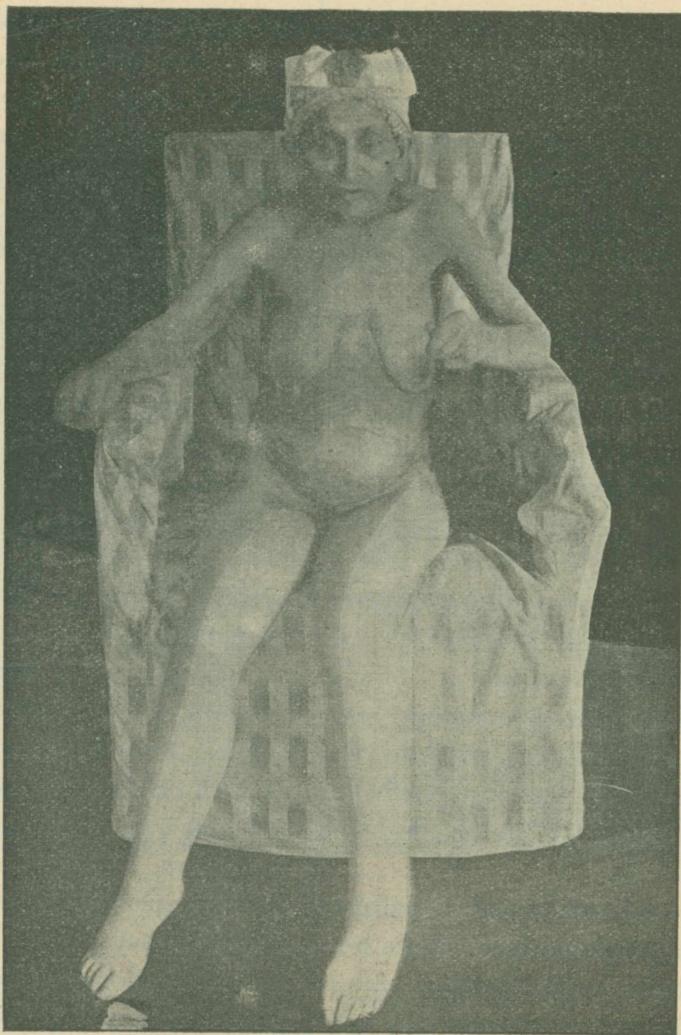


Fig. I.

wie zajmowała się do przeszłego roku gospodarstwem. Przesuwała się bardzo dowcipnie za pomocą 2 krzeseł. Na jednym siedziała, a drugie miała przy sobie; jeżeli chciała zmienić miejsce, przesunęła nieco drugie krzesło, a na-

Dopiero przed rokiem chora zaczęła się skarżyć na drętwienie i sztywność w rękach, które zaczęły się kurczyć. Coraz trudniej jej było wykonywać z taką samą zręcznością poprzednie czynności. Po kilku miesiącach wy-

stąpiło i drzenie w rękach. Obecnie i rękoma nie robić nie może. Przyłączyło się także bardzo męczące palenie w palcach. Chora dłużej nad 15 — 30 minut nie może pozostać w jednej pozycji i ciągle prosi, aby ją przewracano. Wskutek tego wszystkiego cierpi na bezsenność, brak apetytu, a nastrój ducha jest przygnębiony.

Rodziców chora straciła w dzieciństwie, nie więc o nich nie wie. Rodziła 6 razy, ostatni raz przed 25 laty; dwoje dzieci umarło w pierwszych latach życia, reszta zaś cieszy się dobrem zdrowiem. Roniła 2 razy.

Zmarła przed kilkoma laty siostra chorej miała „podobną“ (?) chorobę (tak samo leżała wiele lat w łóżku).

Badanie przedmiotowe wykazuje złe odżywianie bez jakichkolwiek widocznych zboczeń w budowie. Chora jest wogóle przygnębiona, na pytania odpowiada niechętnie i powoli. Zaburzeń psychicznych niema. Inteligencya odpowiada mniej więcej społecznemu stanowisku chorej (mąż jest tragarzem). Zwłaszcza niema żadnych danych na *dementia senilis* lub *paralytica*. Przy pierwszym rzucie oka na chorą zaraz nasuwa się myśl o chorobie PARKINSON'a. Twarz, jak maska, nieruchoma. Przednie mięśnie szyjowe napięte. Ramiona są nieco odprowadzone od klatki piersiowej i zgięte w stawach łokciowych prawie pod kątem prostym.

(Por. rysunek I i II).

Dłonie zgięte, a tak samo i falangi palców, duże zaś palce są przeciwwstawione. Ręce wogóle, a zwłaszcza dłonie, mają klasyczny układ parkinsonowski. Duże palce wykonywają rytmiczne drobne ruchy rotacyjne, a w dłoniach daje się spostrzedz rytmiczne nie wielkie i nie szybkie drzenie, zmniejszające się na chwilę przy ruchach celowych. Mięśnie w górnych kończynach są wogóle napięte i na dotyk jakby twarde. Przy ruchach biernych napotyka się duży opór, który przy pewnym wysiłku można jednakże prawie usunąć. Ze strony stawów

żadnych zmian niema. Wskutek sztywności mięśniowej ruchy dowolne są bardzo ograniczone. Chora jednakże przy pewnym wysiłku może podnieść ręce do głowy. Bezładu przy tem nie widać. Zmian czucia w górnych kończynach niema. Odruchów ścięgniastych ani ze strony *m. biceps*, ani *m. triceps* otrzymać nie można. W mięśniach wybitna pobudliwość mechaniczna. Żrenice wąskie. Prawa większa od lewej. Na światło oddziaływają, aczkolwiek bardzo leniwie. Ze strony pozostałych nerwów czaszkowych żadnych zmian niema.

Zupełnie inny obraz dają kończyny dolne. Z dołączonych fotografii (Rysunek II i III), przy zdejmowaniu których nie uciekano się oczywiście do żadnych wysiłków i t. p., widać, z jaką wybitną hipotonią mamy tu do czynienia. Ogarnia ona wszystkie prawie mięśnie dolnych kończyn, dzięki czemu można im nadawać najrozmaitsze, wprost dziwaczne pozycye.

Kości i stawy są bez widocznych zmian. (Zdjęcie roentgenowskie kolana, niestety, nie udało się w szczegółach. Klisza jednakże wykazała prawidłowe kontury kości). Stopy mają wygląd zupełnie stopy końskiej (*pes equinus*). Wyprostowanej w kolanie nogi chora absolutnie nie może podnieść, zgiętą zaś nieco porusza dowolnie. Nieznaczne ruchy dowolne w palcach stóp. Odruchów kolanowych i ze ścięgna ACHILLES'a nie ma. Czucie, zaczynając mniej więcej niżej *linea hypogastrica*, przytępione i bardzo wyraźnie spóźnione. Najlepiej i najprędzej chora poznaje bodźce cieplikowe. Bardzo wybitne zmiany ze strony czucia stawowego. Nieduże zginania i wyprostowania w stawach kolanowych i stawach stopy czasami zupełnie zostają nie rozpoznane, jakkolwiek muszę dodać, że czasami chora daje odpowiedzi dokładniejsze. Przypominam, że w górnych kończynach i czucie stawowe jest zupełnie dobrze zachowane. Czasami rznięcie przy oddawaniu moczu.

Streszczając przytoczoną wyżej historję choroby, widzimy 65 letnią kobietę, u której

przed 30 laty wystąpiły pierwsze objawy wia-
rdzenia (ból). Stopniowo wystąpił bezład ru-
chów i wybitna hipotonia w dolnych kończy-
nach, co nareszcie uniemożliwiło chorej chodze-
nie. Górne zaś kończyny przez cały ten długi
okres czasu nie pozostawiały nic do życzenia.
Dopiero przed rokiem w górnych kończynach
wystąpiły pewne zmiany, które tak samo uczy-

2) sztywność mięśniową, twarz nieruchomą, ty-
powe drżenie i typowe parestezie.

Pierwszy zbiór objawów wskazuje na wia-
rdzenia, drugi na chorobę PARKINSON'a.

Najłatwiej byłoby oczywiście przypuścić u
naszej chorej przypadkową kombinację oby-
wóch tych cierpień. I rzeczywiście w literatu-
rze istnieje kilka przypadków, ogłoszonych pod

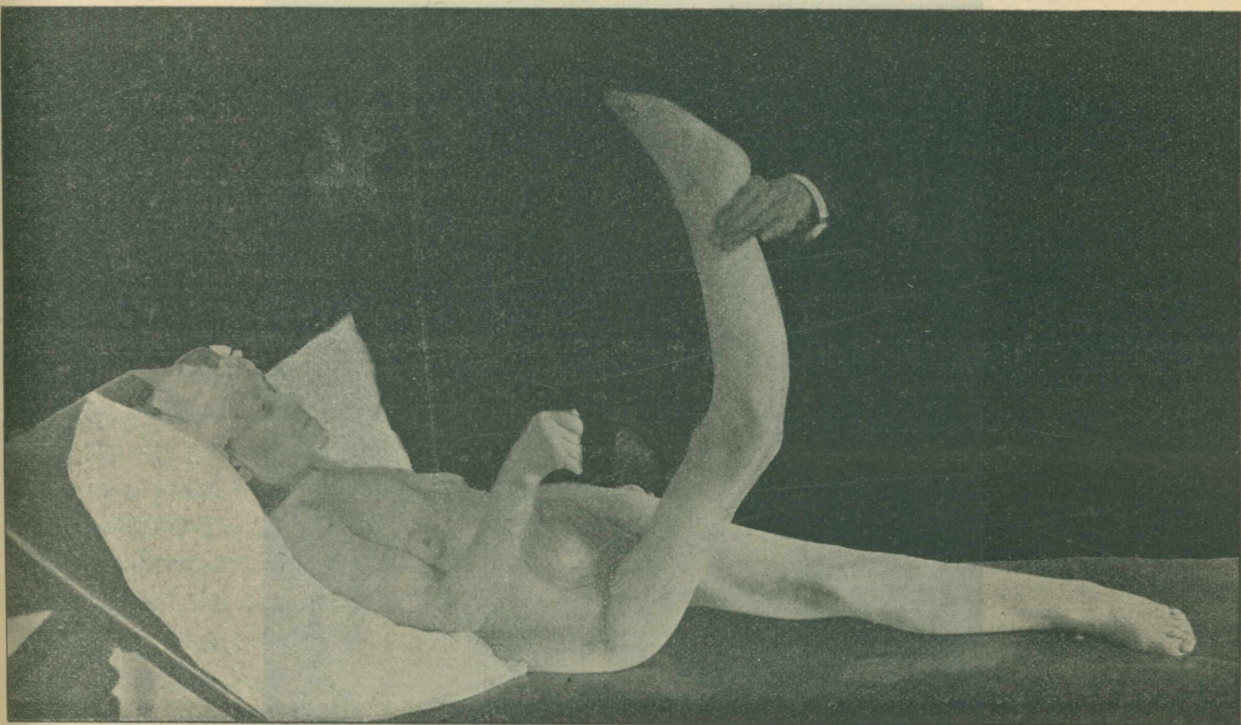


Fig. II.

niły je niezdolności do wszelkich czynności. Lecz
stan patologiczny w górnych kończynach nie
tylko że się różni od stanu w dolnych kończy-
nach, lecz wprost jest biegunowo jemu przeci-
wny; polega bowiem na bardzo daleko posunię-
tej hipertonii.

Mamy więc u jednego i tego samego osob-
nika dwa odmienne zbiory objawów: 1) bóle neu-
ralgiczne, zaburzenia koordynacji, zaburzenia
czucia, brak odruchów ścięgniastych i hipotonię;

taką etykietą (HEIMAN⁹⁾, PLACZEK¹⁰⁾, WEIL¹¹⁾,
HEP¹²⁾, WERTHEIM-SALOMONSON¹³⁾.

⁹⁾ Ueber Paralysis agitans [Berlin, 1888. przyp.
8-21.

¹⁰⁾ Combination von Tabes dorsalis und Paralysis
agitans. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1892.

¹¹⁾ Verhandlung der Berliner Gesellschaft für Psy-
chiatric. 1898.

¹²⁾ Sprawozdanie z Aertzlicher Verein zu Hamburg
w 1900 r. w Neurol. Cblatt Bd. XIX.

¹³⁾ Tremoparalysis tabiformis. Neurologisches
Cblatt. Bd. XIX.

Przypadki PLACZEK'a i WEIL'a były w 1900 r. jeszcze przez SEIFERT'a demonstrowane w berlińskim towarzystwie psychiatrycznym¹⁴⁾. Cytują jeszcze przypadki KARPLUS'a i STINZING'a, które mi w oryginale są niedostępne. Nie-

go związku między objawami wiału rdzenia i choroby PARKINSON'a. W. SALOMONSOHN wprost powiada, że mamy tu „cierpienie tylnych pęczków z odmienną patogenezą wskutek rozsianego stwardnienia naokoło naczyń, co wywołuje i

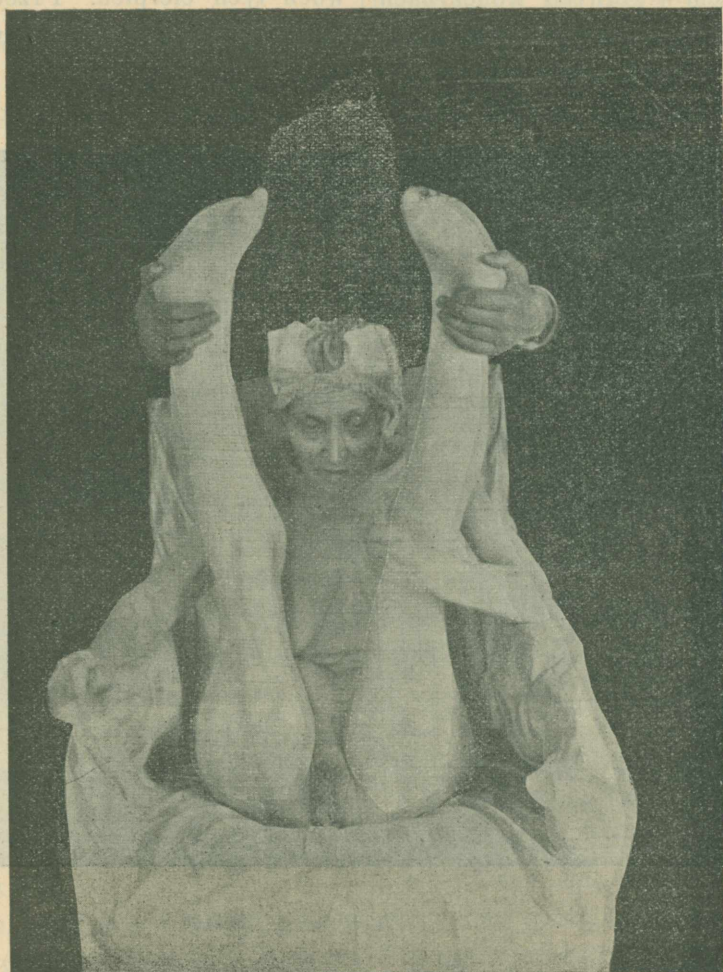


Fig. III.

którzy z autorów (HEIMAN, HEP, SEIFERT) rzeczywiście zapatrują się na swoje przypadki jako na „przypadkową kombinację”; inni zaś, zwłaszcza WERTHEIM, SALOMONSOHN, przypuszczają u swoich chorych istnienie jakiegoś głębsze-

anatomiczną podstawę dla *paralysis agitans*¹⁴⁾. W. SALOMONSOHN idzie jeszcze dalej i twierdzi, że mamy tu do czynienia z oddzielną jednostką kliniczną, dla której proponuje nazwę *Tremoparalysis tabiformis (cum Dementia)*.

Nie tu miejsce na obszernie omówienie kwestyi anatomicznych zmian w narządzie ner-

¹⁴⁾ Neurologisches Cblatt. Bd. XIX.

wowym w chorobie PARKINSON'a i o ile tym zmianom znaczenie patogenetyczne przypisywać można. W wyżej wspomnianej pracy mojej o chorobie PARKINSON'a dowiodłem, z jak wielką ostrożnością należy przyjmować wszystkie te dane. Pochodzą one przeważnie z późniejszych badań ludzi starych, w których narządzie nerwowym i bez choroby PARKINSON'a są analogiczne zmiany, jakie w chorobie PARKINSON'a opisują. Niedawno SANDER¹⁵⁾, badając narządy nerwowe ludzi starych i dotkniętych chorobą PARKINSON'a, przyszedł do takich samych mniej więcej wniosków. Hipotezy więc W. SALOMONSON'a można, zdaje się, zupełnie nie uwzględniać.

Co mnie szczególnie w danym razie zajmuje, i czemu przypisuję nie małe znaczenie teoretyczne, to jest, jak już powiedziałem, fakt istnienia dwóch różnych i, zdawało by się, wzajemnie się wykluczających stanów mięśni u jednej i tej samej chorej. Niestety, poprzedni autorowie nie zwracali żadnej uwagi na ten szczegół. Główny nacisk kładli na drżenie. PLACZEK, co prawda, wspomina o typowym dla choroby PARKINSON'a „*Rigor musculorum*“ u jego chorego, ale wtedy, kiedy PLACZEK swój przypadek ogłosił, nie interesowano się jeszcze hipotonią, nie wiemy więc, czy istniała u tego chorego. Tylko W. SALOMONSON wzmiankuje, że prawe ramię było nieco „sztywne“ (etwas rigid), nogi zaś „robiły nawet wrażenie hipotonii“. Zasadniczej zaś różnicy, która tkwi w tych 2 stanach mięśni i on nie zauważył¹⁶⁾. Zastanawia-

jąc się bliżej nad moimi i analogicznymi przypadkami, przychodzi się do przekonania, że znajdujemy się tu wobec bardzo złożonych warunków, których wcale nie można porównywać z innymi kombinacjami nozograficznymi, jak wiał rdzenia + choroba BASEDOW'a, lub wiał rdzenia + akromegalia i t. p.

Przyznaję, że, chcąc sobie wytłumaczyć istotę naszego i kilku analogicznych przypadków, wchodzi się mimowoli w krainę bardzo niebezpiecznych rozumowań teoretycznych. Jest to tem trudniejsze, że patologia ogólna mięśni wogóle jeszcze bardzo mało jest zbadana, nawet istota napięcia mięśniowego nie jest rozjaśniona. O pochodzeniu hipotonii i FRENKEL wyraża się bardzo powściągliwie.

Jeden tylko wniosek, zdaje mi się, można i teraz wyprowadzić, a mianowicie ten, że hipotonia nie ogarnia w wiaździe rdzenia całego układu mięśniowego, i, że nie zaprzeczając oczywiście istnienia głębokiego związku między nerwami i mięśniami, należy jednakże przyznać ostatnim pewną autonomię w ich czynnościach skurczowych.

turami, które występują w pewnych określonych grupach mięśniowych po rozmaitych cierpieniach narządu nerwowego ośrodkowego, jak np. po połowicznych porażeniach i t. p., i które są tylko wynikiem poprzedzającego porażenia, jak to wyjaśniły badania HERRING'a, MANN'a i inn. Sztywność zaś, z którą się spotykamy już w pierwszych okresach choroby PARKINSON'a, jest pierwotna, rozwija się stopniowo i obejmuje coraz większą liczbę gromad mięśniowych. Nie można też, ma się rozumieć, doprowadzić tego i analogicznych przypadków pod rubrykę t. zw. skombinowanych układowych cierpień rdzenia (*combinirte Systemerkrankungen* STRUEMPER'a, KOLBMANN'a i inn., gdzie przy zajęciu tylnych i bocznych pęczków obok zaburzeń czucia, braku odruchów i t. p. występują jeszcze objawy spastyczne. Zajęcie wyłącznie górnych kończyn, twarzy (mowa), mięśni szyjowych, typowy układ dłoni i drżenie w nich, a nareszcie i brak odruchów ścięgniastych w górnych kończynach, wszystko to wcale nie licuje z zajęciem bocznych pęczków.

¹⁵⁾ Paralysis agitata und Senilität. Monatschrift f. Psychiatrie. 1898

¹⁶⁾ Dla uniknięcia nieporozumień trzeba dodać, że sztywności mięśniowej, którą spostrzegamy w chorobie PARKINSON'a, nie należy utożsamiać z wtórnymi kontrak-

WYKŁADY KLINICZNE.

Albert ALBU.

WEGETARYANIZM

jako dyeta lecznicza.

Streścił

J. Sunderland.

Gorliwi zwolennicy wegetaryanizmu głoszą, że należy żyć się w ich ideę, aby ją dokładnie zrozumieć, że odczuwać trzeba chęć tego sposobu życia, aby go należycie ocenić. Jestto ponieważ charakterystyczne dla doktryny, która żąda, aby ją oceniać uczuciowo, a nie rozumowo. Dedukcyje wegetaryanów twierdzą, że instynkt prowadzi człowieka do użycia roślin. Nauka odrazu ocenia twierdzenie, które opiera się na uczuciu i instynkcie, a nie na faktach. Gdyby szukać określeń dla wegetaryanizmu w sensie bezwzględnych zwolenników — staje się niemożliwe określenie ścisłe. Jeżeli zaś zechcemy ograniczyć się do określenia rzeczowego — przyznać musimy, że wegetaryanizm obejmuje li tylko kwestyę żywienia się. Ponieważ jednak wyłączny pokarm roślinny, jako pokarm dla zdrowych, nie wytrzymuje krytyki fizyologicznej, to można mówić o wegetaryanizmie li tylko jako o środku dyetetycznym, leczniczym, jako o pokarmie dla chorych. Ztąd wniosek, że znaczenie wegetaryanizmu w pojęciu jego zwolenników bywa nad miarę wywyższane i przeceniane. Wegetaryanizm zawiera, jako motyw podstawowy — żywienie organizmu i to takie, jakie zasługuje na uwzględnienie tylko w przypadkach poszczególnych, a tymczasem wegetaryanie dołączają motywy ideowe, nie będące w żadnym związku z motywem pokarmowym. Wpływ na rozwój etyczny i estetyczny nie może pozostawać w żadnej łączności z gołym faktem używania roślin, jako pokarmu. Ten związek ideowy jest sztu-

cznie zestawiony przez wybujałych filozofów i reformatorów świata.

Jeżeli jednak ruch wegetaryanizmu, jako dążność socjalno-etyczna, jest chybiony, zaprzeczyć mu nie można dodatnich dążeń obyczajowych w znaczeniu wychowawczego wpływu obyczajowego i higienicznego na masy ludowe. Znaczenie to nie leży w postaci odżywiania, lecz w związanym z nią rozumem ukształtowaniu ogólnego trybu życia. Po wsze czasy przejawiania się doktryny wegetaryanizmu — dążenia jej kierowane były do celów uproszczenia życia, do osiągnięcia zadowolenia w możliwie skromnych warunkach. Wyrażało się to dążenie w usuwaniu jednoczesnem przyzwyczajenia dla zdrowia szkodliwych. I dla tego może znajdował ruch ten zwolenników przeważnie w niższych klasach ludności, które skłonne były w położeniu swem ekonomicznem więcej doń się stosować. Doktryna wegetaryanów propagowała reakcyę przeciwko zwyrodnieniom o'byczajowym i wydelekacjom przyzwyczajeniom życiowym. Lecz tego rodzaju dążenia mogą być osiągnane i na innej drodze, choćby na drodze rozumnej higieny bez akcentowania pokarmu roślinnego. Do uszczęśliwiania ludzkości dążą i tysiące zwolenników innych idei. Socjalni politycy, prawodawcy, filozofowie także w swem przekonaniu służą tejże sprawie. Wiele dróg do Rzymu prowadzi — a tak samo i do szczęśliwego i zadowolonego życia. Droga jednak, przez wegetaryanizm wybrana, wydaje się jedną z trudniejszych, niewygodnych, niepotrzebnie uciążliwych. Wegetaryanin podobny jest do tego, który codziennie ma przed sobą uciążliwą drogę i odbywa ją pieszo, zamiast użycia koni, które ma do dyspozycji. Warunkuje wegetaryanizm niepotrzebne zużycie sił organizmu i materji, które na innej drodze znalazłyby zużycie więcej celowe. Wegetaryanin musi ciągle brać na drogę nadmiar ma-

teryalu opałowego, ażeby wynagrodzić nienormalnie wielkie zużycie materii.

Dla przeciętnego człowieka podobne nieprawidłowe żywienie się może być pożyteczne w potrzebie wyrozumowanej — w chorobie.

Należy zresztą zwrócić uwagę, że umiarkowanie w żywieniu się nie związane jest wyłącznie z pożywieniem roślinnym. I bez związania się doktryną wegetaryanizmu, przy pożywieniu mięsnym i mieszanym dają się również osiągnąć prostota i skromność życiowa. Prawda, że każde dążenie do poprawy obyczajów wymaga odpowiedniego bodźca, aby przyciągnąć zwolenników. Filozofia życiowa, która propaguje wegetaryanizm, może nie miałyby bodźca wpływowego, gdyby za podstawę jej nie służył odrębny sposób odżywiania. Gdyby jednak ta etyczna tendencja dominowała w propagatorstwie wegetaryanów — nieby jej zarzucić nie można było. Lecz w rzeczywistości te wyższe dążenia — to frazes tylko. Nie dowiedli wegetaryanie, aby osiągnęli lepszą poprawę obyczajów lub lepsze warunki życiowe, niż inni, dążący do tego celu na innej drodze.

W dążeniach do poprawy życia higienicznej i obyczajowej ze strony wegetaryanów włącza się i zakaz alkoholowy. Lecz abstynencja ta, ściśle biorąc, nie ma nic wspólnego z wegetaryanizmem. I dla tego jeszcze, trzymając się w pochodzie swym za pojęcie abstynentów alkoholowych, wykazują logiczną niekonsekwencję, która świadczy o świadomej słabej ich pozycji. Ze strony antyalkoholistów są jednak energicznie odpierani i słusznie, gdyż zwalczanie nadużycia alkoholu nie ma nic wspólnego z pokarmem mięsnym. Że nadmiar spożytego mięsa usposabia do użycia piwa lub wina nikt nie przeczy, lecz alkoholizm zwalczać można bez przyjęcia pożyty, dla mięsnego pokarmu wrogiej. Propagatorzy wstrzemięźliwości od alkoholu wykazaliby błąd taktyczny, gdyby w swej propagandzie łączyli się z wegetaryanami. Dążenie swe uczyniłyby bezowocnem, tak jak wegetaryanizm w propagowaniu wyłącznie pokarmu roślinnego. O ile jarosze w swoich sferach podtrzymują wstrzemięźliwość alkoholową, służą tylko dobrze sprawie abstynencji alkoholowej samej w sobie.

W ostatnich latach konstatować należy, że nauka lekarska odnosi się do doktryny wegeta-

ryanizmu przychylniej. Krytyczne rozpatrzenie sprawy doprowadza do wniosku, że wyłączenie żywienia pokarmami roślinnymi, fizjologicznie rzecz biorąc, może być wystarczające i o tyle jest uprawnione, że w zasadzie i przy nim sprawność fizjologiczna osiągnięta być może. Lecz wniosek z tego taki, że w najlepszym razie pokarm wyłącznie roślinny identyczny być może z pokarmem mieszanym — ale dalekie od prawdy będzie twierdzenie o przewadze pokarmu roślinnego nad innym, jak utrzymują wegetaryanie. Przeciwnie, pokarm roślinny posiada ważne niedogodności i na poparcie nie zasługuje dla człowieka zdrowego. W zdrowiu jedyne prawidłowe żywienie się stanowi pokarm mieszany. Pokarm wyłącznie roślinny może być zastosowany tylko w chorobie, jako środek dyetetyczno-leczniczy.

Wychodząc z tego założenia, nauka lecznicza uznaje pokarm wyłącznie roślinny, jako jedno ogniwo więcej w łańcuchu środków fizycznodietetycznych. Zastosowanie diety roślinnej, ściśle krytyczne, w ograniczonej liczbie chorób usunie przekonanie, przez laików wkorzenione, że dieta ta stanowi swego rodzaju panaceum.

W zastosowaniu praktycznem w stanach chorobowych pod mianem diety roślinnej nie będziemy pojmowali przyjętej wogóle jako pożytecznej diety płynnej (kleików, zup mlecznych i t. d.). Pod dietą wegetarykańską należy pojmować wyłącznie lub przeważnie zastosowanie nasion, strąków, ziarn, owoców, jarzyn, dostosowanych do użycia w starannem kulinarnem przygotowaniu. I chociaż przyjęte one będą nie na surowo, jak chcą skrajni wyznawcy doktryny — pozostaną dietą ściśle roślinną.

Gotowanie i odpowiednia postać kulinarna (zupy, miazgi i t. d.) ułatwiają przyswajalność, nie kaza wprowadzać naraz zbyt wielkiej ilości dla żądanego wyrównania ciepłikowego, oswabdzają od drzewnika. Przy tego rodzaju sprawności kulinarnej białko roślinne, a nawet tłuszcze (np. orzechy bez wierzchniej skórki w miazdze przyjętej) przyswajają się nie gorzej od zwierzęcych. Jeżeli zaś ustępują nieco w tym względzie, należy przyjąć pod uwagę, że idzie tu o chorych, którzy pozostają w spokoju, więc względnie mniej pokarmów zużywają. Wprawa w technikę przygotowania nie zawsze bywa po-

trzebna. W pewnych stanach chorobowych stosujemy dyetę roślinną w postaci grubej i surowej. Mniejszy stopień pożywności w danym razie daje się zrównoważyć dodatkami.

Dyeta roślinna stosuje się przez czas ograniczony, w terminie trwania choroby lub do chwili polepszenia się danego stanu chorobowego. W znaczeniu lecznictwa naukowego stanowi ona postać kuracji dyetetycznej na wzór diety mlecznej, mięsno-tłuszczowej w cukromoczu, bezalkoholowej w podagrze, ubogiej w węglowodany w otyłości. Zwykły czas stosowania 4–6–8 tygodni lub dłużej, względnie do potrzeby. W ostatnim razie baczniejszą uwagę zwracać należy na wagę ciała, aby w ten sposób kontrolować ewentualność odżywiania niedostatecznego. Przy kuracjach krótkotrwałych odżywianie niedostateczne daje się łatwiej wyróżniać w okresie zdrowienia. Nie zawsze dany stan chorobowy wskazuje użycie diety wyłącznie roślinnej. Niektóre cierpienia, a jeszcze więcej niektórzy chorzy lepiej znoszą dietę roślinną z dodatkiem mleka — tak zwaną *dieta lacto-vegetabilis*, t. j. dietę, złożoną przeważnie z pokarmów roślinnych na surowo lub gotowanych z uzupełniającym dodatkiem mleka. Ilość mleka wynosić może od $\frac{1}{4}$ litra do jednego w zależności od indywidualnych wskazań. Zamiast mleka dodawać można śmietankę lub masło, jako tłuszcz. Dodatek jaj i sera już przechodzi miarę diety mleczno-roślinnej. Czasami odpowiednim okazuje się dodatek twarogu.

Dodatek masła, mleka lub śmietanki zapobiega niedostatecznemu odżywianiu, jakie warunkuje, bądź co bądź, dieta wyłącznie roślinna. Szczególniej ma to znaczenie w tych stanach chorobowych, które powodują z natury swojej odżywianie niedostateczne, a w których dieta roślinna bywa jednak pomocna, np. nerwowe zaburzenia trawienia ze zmniejszonym łaknieniem. W podobnych przypadkach dodatek mleka stanowi poniekąd czynnik tuczący. Nie należy jednak diety mleczno-roślinnej stawiać na równi z dietą mieszaną, gdyż charakterystykę pierwszej stanowi właśnie brak mięsa, a mięso, spożywane w większych ilościach, w niektórych chorobach (zapalenie nerek, neurastenia, neurozy funkcyjne) stanowi bodziec drażniący dla organizmu chorego. Wyłączenie więc tego bodź-

ca wyrzucić może wpływ dodatni na układ nerwowy i czynności tkanek i narządów.

Wogóle jednak zaznaczyć należy, że pokarm wyłącznie roślinny przyjęty został do szeregu środków dyetetyczno-leczniczych na zasadach empiryi. Brakuje dotąd dowodów ściśle naukowych dla wytłumaczenia działania ogólnego, jakie wywiera w pewnych razach dieta wegetarykańska. Jak dotąd, działanie to można sobie wyjaśnić mniej lub więcej na drodze hipotetycznej, biorąc pod uwagę momenty następujące:

1) Wyłączenie z pożywienia mięsa, a więc połączeń zasadowych, w niem zawartych, i pokrewnych ciał ksantynowych, być może, uspokaja pobudzone nerwy, wzmacnia przeto i reguluje ich czynność, oszczędza narządy osłabione i wpływa tą drogą na chemizm komórek, na przeróbkę materii w ustroju. Zależność albowiem nie tylko anatomicznej ciągłości komórek, lecz i funkcji ich od rodzaju pożywienia dowiedziona jest przy pomocy badań chemii fizyologicznej i patologicznej w nieprawidłowej przeróbce materii. Nie znamy jeszcze dokładnie całego procesu przemiany przy prawidłowej przeróbce, nie możemy więc szczegółowo kontrolować wpływu na chemizm ustrojowy przy zmianach odżywiania. Lecz przypuścić należy, że zmiana pokarmu może wywołać istotne zmiany w chemizmie komórek. Liczne doświadczenia terapii dyetetycznej świadczą o tem.

2) Pokarm roślinny, powodując przypuszczalnie zmiany w chemizmie komórek — działa odtruwająco, szczególnie w chorobach, w których istnieje tak zwane samozatrucie produktami przeróbki, pochodzącymi z sekrecyi wewnętrznej niektórych narządów. Pewne pośrednie produkty przeróbki, które w warunkach normalnych ulegają przemianom, związkom i przez to stają się nieszkodliwymi. W warunkach patologicznych przechodzą do krwi niezmienione i działają jako trucizna na krew, komórki nerwowe i liczne inne organy, wpływają na ich ciągłość anatomiczną i funkcyjną. W leczeniu autointoksykacji dieta roślinna zaczyna grać coraz poważniejszą rolę np. w rwie kulszowej pochodzenia toksycznego (*diabetes*) lub wogóle w neurastenii którą traktują obecnie również, jako ob-

jaw wtórny, zależny od nieprawidłowych przeróbek, od jakościowo zmienionej mieszaniny krwi.

3) Nasuwa się również przypuszczenie, że działanie pokarmu roślinnego zależy od obfitej zawartości w nim soli mineralnych, którym nadano miano soli pożywnych (Nährsalze). Nazwa ta, wprowadzona przez LIEBIG'a, nadużywana była w swem znaczeniu przez niektórych lekarzy (LAHMAN) i przez przemysł fabryczno-lekarski. W znaczeniu jednostek ciepłotowych sole mineralne są bez wartości. Badania w zakresie chemii fizycznej w stosunku wyników tych badań do fizjologii czynią prawdopodobnym wpływ soli mineralnych na wchłanianie pokarmów. Sole mineralne zmieniają ciśnienie osmotyczne soków tkankowych w większym lub mniejszym stopniu i w ten sposób pobudzają lub hamują zasymilowanie materii pokarmowych. I pokarmy zwierzęce zasobne są w sole mineralne, lecz z drugiej strony wiemy, iż działanie pewnych procesów chemicznych w ustroju polega na występowaniu wolnych jonów (H, Cl, J). Wyswabianie się zaś tych jonów po większej części zależy od rodzaju połączeń, w których sole mineralne znajdują się w pokarmach. Według KÖPPE'go połączenia te inne bywają w pokarmach zwierzęcych, a inne w pokarmach roślinnych, tak że różnica ta i różny wpływ posiadać może. Zresztą badania w tym kierunku dopiero są zapoczątkowane. Pewnikiem tylko jest dotąd, że dla celów leczniczych niektóre sole mineralne łatwiej wydobywać możemy z pokarmów roślinnych, niż ze

zwierzęcych np. żelazo ze szpinaku. Roślinne pokarmy również bogatsze są w sole kwasów organicznych, które niweczyć mogą wzmożenie kwasów w ustroju. Z drugiej strony pozostają one ubogie w chlor i przez to wpływać mogą na skład chemiczny krwi i soków ustrojowych. Zużytkowanie soli mineralnych, zawartych w pokarmach roślinnych, szczególnie łatwiej się staje przy użyciu świeżych jarzyn zielonych i owoców, i na to nacisk kładą ci, którzy w kwestyi tej doświadczenie posiadają.

4) Działanie ogólne uznane konstatacne bywa w przewlekłym zaparciu, a oparte na wpływie mechanicznym nie przyswojonych resztek drzewnika i na wytwarzaniu kwasów i gazów, które pobudzają perystaltykę.

5) Nie należy przeoczać w końcu działania suggestyjnego, jakie sprowadza zmiana pokarmu w neurastenii, neurozach, w szczególności w nerwowych zaburzeniach trawienia. Dołączyć tutaj trzeba sam rygor dyetetyczny, połączony z dyetą roślinną, mianowicie usuwanie alkoholu i alkaloidów pożywkowych, co dla chorego układu nerwowego posiada znaczenie doniosłe. Może to nasuwać uwagę krytyczną, że mówimy o wpływach leczniczych diety roślinnej, usuwając jednocześnie alkohol, lecz w odpowiedzi na to praktyka przytacza inne wyniki leczenia, mniej skuteczne od usuwania li tylko alkoholu bez zastosowania diety roślinnej.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

126. FICHTNER. Przyczynek do nauki o chorobie Banti'ego.

Opisana w r. 1894 przez BANTI'ego choroba, której głównymi objawami są powiększenie śledziony, małopokrwistość oraz marskość wątroby, dotychczas jeszcze nie posiada ani jasnej etiologii, ani ściśle określonego obrazu klinicznego, tak, że rozpoznanie w niektórych przypadkach waha się między chorobą BANTI'ego z jed-

nej strony a zwykłą marskością wątroby, małopokrwistością śledzionową albo t. zw. śledzionową białaczką wrzekomą — z drugiej.

Przypadek FICHTNER'a, bardzo szczegółowo przez długi czas spostrzegany, ciekawy jest przede wszystkim pod tym względem, że w nim wyraźnie występuje związek między chorobą BANTI'ego a urazem. Dalszą osobliwość tego przypadku stanowią wahania w wielkości puchli-

ny brzusznej, która pod koniec obserwacji zmniejszyła się do minimum lub nawet prawie zupełnie znikła. Dalej znajdujemy zmiany w natężeniu małopokrwistości, a co się dotyczy stosunku składników morfologicznych krwi, wyraźne zmniejszenie liczby leukocytów (leukopenia), z oddzielnych zaś gatunków białych ciałek leukocyty jednojądrowe były licznie zwiększone. Z powikłań istniało kilka razy operowane cierpienie ropne ucha środkowego z zajęciem wyrostka sutkowego oraz kamica żółciowa.

BANTI podzielił przebieg opisanego przez się cierpienia na 3 okresy: okres powiększenia śledziony i małopokrwistości, okres przejściowy z zaburzeniami trawienia, wydzielaniem moczu bardzo skąpego, zawierającego dużo moczanów, urobiliny, a niekiedy także barwniki żółciowe, wreszcie okres marskości wątroby z puchliną brzuszną, zwiększeniem małopokrwistości, lekkim zwiększeniem liczby białych ciałek krwi. Okres pierwszy ma trwać zwykle 5 — 6 lat, niekiedy nawet 10 — 11 lat, drugi — kilka miesięcy, trzeci — 5 — 12 miesięcy. Po 6 — 12 latach następuje zejście śmiertelne, jeśli śledziona nie została wycięta. Opisy szczególnie lekarzy włoskich potwierdzają te dane BANTI'ego. W Niemczech głównie SENATOR zajmował się omawianą chorobą. W kilku przypadkach SENATOR zauważył, że puchlina brzuszna może zniknąć zupełnie albo na czas dłuższy (jak w przypadku FICHTNER'a). Z badań hematologicznych SENATOR'a okazuje się, że liczba czerwonych krążków krwi może być w rozmaitym stopniu zmniejszona, niekiedy występuje znaczne zmniejszenie ilości barwnika krwi i to w większym stopniu, niż zmniejszenie liczby erytrocytów, wreszcie liczba leukocytów bywa zmniejszona bądź to bez zmiany stosunku poszczególnych postaci białych ciałek, bądź też ze zmniejszeniem ilości wielojądrowych leukocytów neutrofilowych. A zatem w przebiegu choroby BANTI'ego występują: oligocytaemia, oligochromae-mia, leukopenia. Poikilocytoza i eozynofilia nie są stałe. Wreszcie SENATOR zwrócił uwagę na częstość dyatezy krwotocznej w ostatnim okresie choroby (krwotoki żołądkowo-kiszkowe, nosowe, płucne, krwimocz, purpura i t. d.). Te dane SENATOR'a potwierdzone zastały przez kilku autorów (PRIBRAM, KAST, MARCHAND).

Co się tyczy etiologii, to BANTI jest zdania, że pierwotnie tu cierpi śledziona, cierpienie zaś wątroby i krwi następuje wtórnie wskutek przejścia jakiegoś jadu do krwi. Pogląd ten podziela SENATOR, który cierpienie śledziony przypisuje jakiemuś zakażeniu ze strony przewodu pokarmowego. Na to wskazywać się zdaje częstość występowania w początku choroby zaburzeń trawienia. Niedawno CHIARI zwrócił uwagę na to, że zbiór objawów BANTI'ego nierzadko zależny jest od pewnych postaci późnego przymiotu dziedzicznego. Zdanie to do pewnego stopnia potwierdzają 4 ogłoszone przez CHIARI'ego przypadki oraz jedno spostrzeżenie MARCHAND'a. O innych przyczynach choroby wiemy niewiele. Nadużywanie wysokości i nabyty przymiot nie grają widocznie żadnej roli. Zimnicę niekiedy znajdujemy w wywiadach, lecz znaczenie jej przyczynowe jest wątpliwe. Uraz dotychczas nie był notowany.

Rozpoznanie przedstawia niekiedy znaczne trudności. Powiększenie śledziony oraz małopokrwistość pochodzenia zimniczego, jak również zwykłą marskość wątroby łatwo wyłączyć w typowych przypadkach, gdy wiadomy jest przebieg danego przypadku. We wczesnych okresach choroby, gdy nie ma jeszcze puchliny, lub gdy wywiady są niejasne, rozpoznanie jest bardzo trudne. Niepewne i często zupełnie niemożliwe jest odgraniczenie choroby od białaczki wrzekomej śledzionowej i małopokrwistości śledzionowej. Jeśli jednak, idąc za radą MARCHAND'a, uważać będziemy za *pseudoleukaemia lienalis* tylko te przypadki, w których obok powiększenia śledziony istnieje jednocześnie powiększenie gruczołów chłonnych, przypadki, w których występują określone zmiany anatomiczne w śledzionie (*lymphomata*), to odróżnienie będzie łatwe. Pozostaje zatem zwykła małopokrwistość z powiększeniem śledziony. Lecz i w tej chorobie występują, według CHIARI'ego, lekkie zmiany cyrrotyczne w wątrobie. Możliwe jest, że choroba BANTI'ego przedstawia tylko wyższe stopnie tych zmian, i że obie choroby w istocie nie różnią się od siebie. Kwestya ta obecnie jeszcze nie może być rozstrzygnięta. Trudności dyagnostyczne zwiększają się jeszcze przez to, że przymiot dziedziczny, który w każdym przypadku na uwagę mieć należy, klinicznie zazwyczaj wcale ustalony być nie może.

Co się tyczy leczenia, to lekarze włoscy zalecają wycięcie śledziony, które już niejednokrotnie wykonane zostało z wynikiem dość pomyślnym. Wskazanie do operacji wynika z poglądu, że cierpienie śledziony jest w tej chorobie pierwotne. Co do leczenia wewnętrznego, to stosować można albo arsen, albo także ostrożne leczenie przeciwpriymiotowe.

(*München. med. Wochenschrift. Nr. 32. 1903 r.*).

Pechkrane.

127. M. EINHORN. W sprawie achyliae gastricae i anaemiae perniciosae.

W niniejszej pracy autor porusza kilka ciemnych lub spornych punktów z patologii *achyliae gastricae*, dawniej zwanej *gastritis atrophica*, i małokrwistości złośliwej oraz rozpatruje wzajemny stosunek tych 2 cierpień. Praca autora dzieli się na 2 części: w pierwszej zajmuje się on *achylia gastrica*, w drugiej – małokrwistością złośliwą oraz związkiem tejże z pierwszym cierpieniem.

Achylia gastrica jest chorobą bardzo uporczywą. Do niedawna niewiadomo było, czy możliwy jest powrót do normalnego wydzielania soku żołądkowego. W roku 1896 EINHORN ogłosił przypadek, w którym powróciła prawidłowa sekrecja żołądka. Pojedyncze przypadki takie opisali także inni autorowie. Wobec rzadkości takiego zejścia choroby EINHORN przytacza jeszcze 3 spostrzeżenia tego rodzaju.

Etiologia *achyliae gastricae* nie jest jeszcze ustalona. BIEDER i MARTIUS przypuszczają, że jest to wada wrodzona. EINHORN jest zdania, że chodzi tu o zaburzenia czysto nerwowe, na co MARTIUS nie chce się zgodzić, mówiąc, że trwałe, przez miesiące i lata ciągnące się zahamowanie prawidłowej czynności organizmu na tle neurastenicznym jest bez analogii. Na poparcie swego poglądu EINHORN przytacza 3 spostrzeżenia, które dowodzą, że zupełne zahamowanie czynności wydzielniczej żołądka u osób neurastenicznych może trwać lata całe. *Achylia* w tych przypadkach rozwinęła się u osób, które poprzednio cierpiały na nadkwaśność, a po kilkoletnim trwaniu ustąpiła miejsca prawidłowej wydzielinie żołądka. Przypadki te nie mogą być porównane z niestrawnością nerwową lub *neurasthenia gastrica*, w których wprawdzie zachodzi zmienne zachowanie się sekrecji żołądka, lecz wahania te są krótkotrwałe.

EINHORN ochrzcił mianem *achylia gastrica* wszystkie te stany, w których stwierdzić się daje brak wydzielania soku żołądkowego przez czas dłuższy. Za życia trudno przekonać się, czy temu brakowi soku odpowiada zanik błony śluzowej żołądka, a zresztą klinicznie jest to kwestya podrzędnego znaczenia. Odróżnianie *achyliae idiopathicae s. simplicis* od *achyliae secundariae* zależnej od zaniku gruczołów żołądka (MARTIUS) nie ma wielkiego znaczenia, gdyż samoistna *achylia* może wywołać zanik gruczołów żołądkowych, z drugiej zaś strony i t. zw. wtórna *achylia* z ciężkim przebiegiem i ciężkimi objawami małokrwistości zdolna jest do polepszenia. Najwygodniej jest rozróżniać poprostu przypadki ciężkie i lekkie.

Niekiedy spostrzega się przypadki raka żołądka z *achylia*. Trudno w takich razach rozstrzygnąć, czy rak wywołał *achylię*, czy też rak rozwinął się u osobnika z *achylią*. Odróżnienie czystej *achyliae gastricae* od powikłanej przez nowotwór bywa niekiedy bardzo trudne. Najważniejszą rzeczą jest tu zachowanie się żołądka naczecz: w *achylia gastrica* żołądek jest zupełnie pusty, w raku, przeciwnie, zawiera często resztki pokarmowe. Kwaśność zawartości żołądka w godzinę po próbnem śniadaniu jest przy raku zwykle wyższa, jakkolwiek zdarzają się wyjątki. Nieznaczne krwawienia przy przemywaniu żołądka zdarzają się również częściej przy raku, niż w czystej *achylia gastrica*. Obecność guza rozstrzyga, rozumie się, rozpoznanie, choć i bez obecności guza na złośliwość cierpienia wskazuje bezskuteczność wszelkich zabiegów dyetetycznych i terapeutycznych.

MARTIUS uważa częste występowanie kałków błony śluzowej w zawartości żołądka lub przepłuczynach za szczególnie charakterystyczne dla chorych z *achylia*. EINHORN zgadza się, że objaw ten jest dość częsty, jakkolwiek spostrzegał wiele przypadków *achyliae* bez tego objawu.

W znacznej liczbie przypadków *achyliae gastricae*, spostrzeganych przez EINHORN'a, krew poddana została badaniu. W 11 przypadkach zmian we krwi nie znaleziono, a tylko w 4 z pomiędzy 15 badanych przypadków liczba czerwonych krążków krwi była zmniejszona. W jednym tylko przypadku zmiany we krwi były cha-

rakterystyczne dla małopokrwistości złośliwej, w pozostałych zaś 3 przypadkach miało się do czynienia poprostu z mniej lub więcej silnie wyrażoną małopokrwistością.

Co się tyczy związku *achyliae gastricae* z małopokrwistością złośliwą, to FINT był pierwszy, który zauważył ten stosunek, FENWICK zaś pierwszy ustalił fakt, że u chorych, zmarłych z małopokrwistości złośliwej, znaleźć można zanik błony śluzowej żołądka. Na mocy swych badań FENWICK doszedł do wniosku, że zanik ten stanowi główną przyczynę małopokrwistości złośliwej. Zdanie to podzielało wielu autorów (HENRY, OSIER, NOTHNAGEL, KAHLDEN i inni). Atoli nowsi autorowie nie podziеляją tego poglądu. NEUSSER, badając przemianę materii w jednym przypadku zaniku żołądka z małopokrwistością złośliwą, stwierdził zupełnie dobre przyswajanie substancji białkowych i na tej zasadzie kwestyonuje związek przyczynowy między *achylia gastrica* i *anaemia perniciosa*. Do tegoż zdania przyłącza się STRAUSS, który upatruje w zmianach czynnościowych i anatomicznych przewodu trawienia tylko objaw towarzyszący, cierpienie współrzędne, a być może, nawet wtórne. Materiał kliniczny autora przemawia również przeciw zależności małopokrwistości złośliwej od zaniku żołądka. Przedewszystkiem, jak to widać z powyższego, w większości przypadków *achyliae gastricae* stan krwi jest zupełnie prawidłowy. W jednym przypadku, w którym oględziny pośmiertne okazały zupełny zanik błony śluzowej żołądka, również nie było za życia małopokrwistości złośliwej. Powtóre, spostrzega się przypadki *anaemiae perniciosae* z prawidłowym, a nawet nadmiernym wydzielaniem soku żołądkowego, jak to widać z 3 przytoczonych przez EINHORN'a przypadków. Nie da się zaprzeczyć, że *achylia gastrica* i *anaemia perniciosa* mogą razem występować, lecz podobne przypadki stanowią mniejszość i dowodzą najwyżej, że

obydwa cierpienia mają wspólną przyczynę, albo też że grunt jest pomyślny dla rozwoju obu cierpień. Niepodobna także zaprzeczyć, że w ciężkich przypadkach małopokrwistości mogą w ostatnim okresie choroby powstać zmiany gruczołów żołądka i kiszek (zanik), analogicznie do zmian, rozwijających się w tej chorobie w rdzeniu kręgowym.

(*Archiv f. Verdauungs-Krankheiten Boas'a Tom IX. Zeszyt 2. 1903 r.*).

Pechkranc.

128. GRAESER. Adrenalina przeciw krwotokom kiszkiowym w przebiegu tyfusu brzuszego

Obfite krwotoki kiszkiowe w tyfusie brzuszonym należą do rzędu tych groźnych objawów, wobec których lekarz często jest zupełnie bezsilny. Zwykle stosowane środki, jak: lód, makiowiec, bismut, chlornik żelaza, wstrzykiwania podskórne ergotyny, pozostają nieraz bez skutku, i chory pomimo wszelkich zabiegów ginie z upływu krwi. W tak ciężkich przypadkach pamiętać należy o adrenalinie, która niejednokrotnie już okazała zbawienny wpływ na rozmaite krwotoki (*pneumorrhagia, metrorrhagia etc.*) Autor miał w leczeniu przypadek ciężkiego tyfusu brzuszego, powikłanego groźnymi krwawieniami z jelit. Chora do najwyższego stopnia małopokrwista była bliska śmierci. Wszystkie zazwyczaj stosowane w takich razach środki zawiodły. Wówczas autor przypomniał sobie adrenalinę (roztwór 1:1000, Parke, Davis et Co.) i zastosował *per os* po 30 kropel co 3 godziny w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Krwotok ustąpił i więcej się nie powtórzył. Chora po dłuższej rekonwalescencji wyzdrowiała. Żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych od zastosowania adrenaliny we wzmiankowanych dawkach nie zauważono.

(*Münchener med. Wochenschr. N. 30. 1903 r.*).

Pechkranc.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 15 września.

TREŚĆ: 1) A. KOZERSKI — przedstawienie przypadku sklerodermii. 2) LUBELSKI — przedstawienie chorych po operacji guzów krwawnicowych metodą VERRESO. 3) RZĘPKOWSKI — przedstawienie wątroby z bąblowcem po operacji TALMA'y. 4) NEUGEBAUER — przedstawienie przyrządów elektrycznych do oświetlania gardła i nosa. 5) BORZYMOWSKI — a) przedstawienie przyrządu do podawania ligatur i zamykadła do irygatorów; b) przedstawienie dwóch chorych, jednego po uransplastyce, drugiego po zeszyciu rany serca; c) „Trzy przypadki zeszycia ran serca i teoria zszywiania ran serca“.

1) Kol. A. KOZERSKI przedstawił przypadek sklerodermii u 7-letniej dziewczynki, w którym podkreślił: a) wiek chorej; b) kierunek smug sklerodermicznych, przebiegających, jak w półpaścu, mogących odpowiadać tak dobrze przebiegowi nerwów, jak i naczyń krwionośnych lub chłonnych, ściśle jednak smugi te żadnemu naczyniu nie odpowiadają, c) rzadko jednocześnie ze sklerodermią spostrzegana pokrzywka przemawia za współdziałem nerwów naczynioruchowych; d) przykurczenia w stawach, naokoło których skóra jest prawidłowa, przemawiają za zmianami w ośrodkach nerwowych.

2) Kol. LUBELSKI przedstawił dwóch chorych, jednego w 16 dni, drugiego w 3 miesiące po operacji guzów krwawnicowych, dokonanej metodą lekarza rumuńskiego VERRESO. Sposobem tym L. operował 25 chorych i wyniki operacji wkrótce szczegółowo ogłosił drukiem. Zdaniem L. metoda VERRESO o tyle jest wyższa od metody WHITEAD'a, że, dając na 9 lub 10 dzień rychłozrost, w wykonaniu jest daleko łatwiejsza i połączona ze znacznie mniejszem krwawieniem. W porównaniu z nakładaniem ligatury i odciąganiem sposób ten jest o tyle lepszy, że nie daje następnych pooperacyjnych bólów, następnych zwężeń i krwotoków, czasami śmiertelnych. L. przedstawił technikę operacyjną, korek gumowy swego pomysłu, używany przy tym rękoćzynie, otografie, zdjęte w różnych momentach ope-

racy, i preparaty guzów krwawnicowych, wyciętych pod postacią wianka.

3) Kol. RZĘPKOWSKI przedstawił wątrobę z bąblowcem, operowaną metodą TALMA'y. U chorego za życia wobec często zbierającego się w dużej ilości w jamie brzusznej płynu i wobec wyników badania chemicznego płynu rozpoznano marskość wątroby i zakwalifikowano do operacji TALMA'y. W 4 dni po operacji chory zmarł. Badanie zwłok wykazało bąblowca i t. zw. *hepar muscatum*.

4) Kol. NEUGEBAUER przedstawił kilka tanich i praktycznych przyrządów elektrycznych do oświetlania gardła i nosa.

5) Kol. BORZYMOWSKI: a) przedstawił przyrząd do podawania ligatur, składający się z gumowej przepaski i niklowanej szpulki i automatyczne zamykadło do irygatorów.

b) Kol. B. przedstawił chorego po uransplastyce. Dobry wynik po operacji B. przypisuje po raz pierwszy zastosowanej przez niego modyfikacji, polegającej na obszyciu gazą jodoformową odluszczonej od podniebienia i zeszytych ze sobą płatów.

c) Kol. B. przedstawił chorego, któremu przed 6 miesiącami zeszył serce z powodu drążącej rany prawej komory. B. zwraca uwagę na różnicę tętna u tego chorego na obu rękach.

d) Kol. B. odczytał pracę p. t. „Trzy przypadki zeszycia ran serca i teoria zszywiania ran serca“. Wnioski mówcy są następujące: 1) Przy cięciu skórkiem nie należy dotykać rany pierwotnej ani narzędziem, ani palcami, 2) przed wycięciem kostnego płatu trzeba wyciąć część 5-ej lewej chrząstki, wejść palcem przez ten otwór do śródpiersia i odluszczyć osierdzie i opłucną od okolicy projektowanego płatu, aby cała operacja odbywała się po za granicami opłucny; 3) po wycięciu płatu kostnego sposobem, poda-

nym wyżej, należy odluszczyć osierdzie od tylnej powierzchni mostka, 4) obszyć zeszytą ranę serca osierdziem, aby pozostała po za jamą osierdzia, 5) połączyć tylną jamę osierdzia z lewą opłucną.

W dyskusyi kol. SZTEYNER opisuje własny przypadek zeszywania rany prawego serca, zakończony wyzdrowieniem, i przychodzi do wniosku, że niema potrzeby omijania pierwotnej rany serca, unikania otwierania opłucny, która w przeważnej liczbie przypadków ran serca jest otwarta, i że, jak go poucza własny przypadek, nie należy zeszywać osierdzia.

Kol. ODERFELD zaznaczył, że, choć dotąd nigdy nie miał sposobności robienia podobnej operacyi, to jednak twierdzi, że B. niewłaściwie szukał rany w sercu palcem, że najlepiej wyciąć kawałek żebra z tyłu klatki piersiowej, i że B. niepotrzebnie nawet drobny ruch operacyjny nazywa „swoją metodą“.

Kol. PRZYBOROWSKI sądzi, że przez odluszczenie osierdzia od mostka nie uniknie się tarcia tegoż o serce.

Kol. SŁAWIŃSKI twierdzi, że tarcie nie jest szkodliwe, i przytacza przypadek, w którym igła, tkwiąca przez czas dłuższy w osierdziu, nie wywołała w niem zmian zapalnych.

Kol. BORZYMOWSKI odpowiada kol. SZTEYNEROWI, że należy omijać ranę pierwotną, gdyż zakażenie skóry jest sprawą bardzo poważną, że opłucna bardzo często bywa niezraniona, a w 3 przypadkach mówcy ani razu nie była zraniona, że operowanie serca bez otwierania opłucny chroni od następczego zakażenia, zwłaszcza przy dostępie powietrza, że zeszywanie osierdzia nie jest proponowane przez mówcę, jako rękoczyn niezbędny.

Kol. ODERFELDOWI mówca odpowiada, że pole operacyjne w przypadkach rozbieranych zwykle bywa wypełnione masą krwi, więc okiem znaleźć rany nie można, że wycięcie kawałka żebra z tyłu uważa za rękoczyn niepotrzebny, i że każdy chirurg ma prawo nowe proponowane przez siebie metody w postępowaniu chirurgicznem nazywać „swojami metodami“, zwłaszcza gdy one nie są „nieznaczące“.

Kol. PRZYBOROWSKIEMU B. odpowiada, że dla uniknięcia przyrostu osierdzia do mostka proponuje tamponowanie przestrzeni pomiędzy osierdziem odluszczonem a mostkiem.

Kol. SŁAWIŃSKIEMU B. odpowiada, że ropienie wywołują czynniki chemiczne, a nie mechaniczne.

St. Kopczyński.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Posiedzenie towarzystwa lekarskiego w Kolonii wypełnił odczyt d-ra WARBURG'a o zaniku kości, opisanym po raz pierwszy przez SUDECK'a. W danym razie chodziło o chorego, który zwichnął dośrodkowe końce 2 i 3-ej kości pięści. Nastawienie wykonano za pomocą operacyi; rana zagoiła się przez rychłozrost. Gdy po 5 tygodniach poddano kończynę prześwietlaniu, okazało się, że końce wszystkich kości pięści, nadgarstka, a nawet kości promieniowej, łokciowej i palców były jaśniejsze, zwłaszcza tkanka głęboka kości dawała cień znacznie słabszy, aniżeli u ręki drugiej, zdrowej; cień zaś był jakiś

plamisty i niejednostajny. Po 5-tygodniowym leczeniu obraz kości ręki był prawie taki sam; widocznych zaników mięśni nie było, natomiast skóra na ręce była chłodna, pokryta potem, a siła mięśniowa równała się zeru. Tego rodzaju cierpienie kości należy do zaników ostrych, zależnych od zaburzeń czynności nerwów odżywczych (*atrophia ossium tropho-neurotica*), opisanych naprzód przez SUDECK'a, następnie bardziej wyczerpująco przez KIENBÖCK'a, NONNE'go, EXNER'a i in. SUDECK zauważył, że wkrótce po zapaleniu większych stawów, zwłaszcza stawów ręki, za pomocą prześwietlania można stwier-

dzić zanik kości nie tylko w miejscu, które uległo cierpieniu, lecz i w sąsiednich kościach; sprawę tę SUDECK nazwał ostrym zanikiem kości pochodzenia zapalnego. Następnie KIENBÖCK dowiódł, że sprawa ta miewa miejsce i bez poprzedniego zapalenia i nazwał ją wprost ostrym zanikiem kości. Zanik ten spostrzegano również po zapaleniu części miękkich bez udziału stawów i kości i po urazach: distorsyi i stłuczeniu stawu bez przenikania drobnoustrojów. Badania dalsze dowiodły, że jednak najczęstszą przyczynę stanowią cierpienia stawów, i że po zapaleniu występuje ono łatwiej, niż po urazie. Ponieważ jednak zjawisko to nie występuje w każdym przypadku, przeto istotna jego przyczyna nie została wyjaśniona. Wiadomo tylko, że zwykle trzyma się ono kierunku zstępującego; występuje często po urazach nerwów, ze względu jednak na to, że jednocześnie ulegają urazowi i części miękkie lub kości, różniczkowanie ściśle jest bardzo trudne. Pomimo to jednak udział układu nerwowego w powstawaniu pewnej liczby przypadków tego cierpienia jest niewątpliwy, bez względu na to, czy sprawa dotyczy części obwodowej układu nerwowego, czy ośrodków zarówno mózgowych, jak rdzeniowych. Jeżeli sprawa chorobowa jest dosyć daleko posunięta, to prześwietlenie najzupełniej wystarcza do zrobienia rozpoznania, w początkach zaś cierpienia dla należytego zorientowania się należy zdjąć fotografię (Röntgenogram). Co właściwie wywołuje tę sprawę chorobową, i dlaczego kość daje obraz nie jednostajnie ciemny, lecz jakby pstrokaty? W przypadkach zwyrodnień kości w większości przypadków chodzi o rozpyływanie się kości ogniskowe, wskutek czego na beleczkach istoty gąbczastej i w kanałach HAVERS'a powstają małe wydrążenia t. zw. *lacunae Howshipi*, zawierające komórki, niszczące kość — osteoblasty. Wskutek wysysania się beleczek kostnych dochodzi do rozrzedzenia kości (*osteoporosis*). Bywa czasem i tak (zwłaszcza w przebiegu *osteomalacia*), że beleczki kostne naprzód ulegają odwapnieniu (t. zw. *Halisteresis*), co zapewne i w omawianem cierpieniu się dzieje. Przynajmniej badania EXNER'a pouczają, że w zaniku ostrym kości są bardzo ubogie w wapno, miękkie i znacznie (często o $\frac{1}{3}$) lżejsze, szpik zaś jest przekrwiony. Najprawdopodobniej sprawa odbywa się w ten sposób, że obok odwapnienia

starszych blaszek kostnych odkładają się nowe które przez czas długi nie ulegają zwapnieniu. Do sprawy kostnej często przyłącza się zanik mięśni z upośledzeniem ilościowym pobudliwości elektrycznej, a dalej zaburzenia skóry naczynioruchowe i odżywcze. Jeżeli jednak znane nam są pewne czynniki przyczynowe ostrego zaniku kości, to wpływ ich na samą sprawę chorobową jest zupełnie nieznaczny. Mówiono dużo o skutkach bezczynności. Przeciw takiemu pogładowi przemawia sporo względów; trudno byłoby wytłumaczyć naprzód szybki rozwój sprawy chorobowej, powtórę — dla czego ulegają jej kości, położone dosyć daleko od pierwotnego ogniska, a nareszcie — z jakiego powodu spotyka się to cierpienie względnie rzadko po unieruchomieniach kończyn. Być może, iż i w rozwoju danego cierpienia zachodzą takie same stosunki, jakie WOLFF opisał w swej pracy: „O zaburzeniach odżywczych w pierwotnych cierpieniach stawów”. WOLFF przekonał się za pomocą dokładnych pomiarów, że w cierpieniach stawów zarówno u osobników niedojrzałych, jak i dojrzałych, oddzielne kości ulegają wydłużeniu lub skróceniu bez względu na znaczną nieraz ich odległość od miejsca cierpienia. Te zmiany długości nie dadzą się objaśnić ani za pomocą czynności lub nieczynności członka, ani za pomocą zmian w chrząstkowych częściach nasady, WOLFF więc przypuszcza, że cierpienie pierwotne stawu wywołuje wtórne cierpienie nerwów danej kończyny; skrócenie kości będzie stanowiło wyraz zaniku, a wydłużenie przerostu na tle nerwowem. To też i SUDECK spostrzegane przez siebie zaniki kości kładzie na karb zaburzeń odruchowych i czynności nerwów odżywczych. Być może, iż mechanizm tych zaburzeń pojmować należy w sposób następujący. Zapalenia albo urazy kończyn mogą stać się przyczyną stanów podrażnienia w nerwach obwodowych; podrażnienia te zostają przeniesione na ośrodki odżywcze, zakłócając ich czynność w ten sposób, że w zakresie danego nerwu dochodzi do zaburzeń odżywczych. Taki pogląd tłumaczy nam dobrze, jak sprawy zanikowe, tak i przerostowe, spostrzegane w przebiegu ostrego zaniku kości, a być bardzo może, że tylko od stanu układu nerwowego zależy ta okoliczność, że w jednym przypadku mamy do czynienia z zanikiem, w drugim zaś z przerostem. Co się tyczy rozpoznania, to jest ono mo-

żywe zaledwo wtedy, kiedy istnieją zmiany odżywcze w skórze i mięśniach, albo, kiedy po leczeniu urazu lub zapalenia poniżej pierwotnego ogniska chorobowego istnieją zaburzenia, które trudno pogodzić z cierpieniem przebytem. Jeżeli w tych przypadkach nie uwzględnimy możliwości choroby kości, to chorego łatwo posądzić o udawanie, i istotnie zdarzało się już coś podobnego, na szczęście, prześwietlanie natychmiast wyjaśnia sprawę. Odnosna sprawa chorobowa nie mniejsze znaczenie posiada, jeżeli chodzi o orzeczenie zdolności do pracy, zwłaszcza, że przejawia się ona po upływie dosyć znacznego przeciągu czasu od chwili wygojenia się uszkodzenia, a powrót do zupełnego zdrowia spotyka się niezmiernie rzadko; zwykle pozostaje upośledzenie kończyny większego lub mniejszego stopnia lub zupełna niezdolność do pracy. Co się tyczy leczenia, to względnie najlepsze wyniki daje możliwie wczesne zastosowanie mięsienia i ćwiczeń ortopedycznych, faradyzacya, kąpiele gorące i leczenie zastrzykowe (Stauungstherapie).

Na posiedzeniu towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu d-rzy VIDAL i JAVAL zdawali sprawę ze swych ciekawych i ważnych badań nad rolą soli chlorowych w powstawaniu obrzęków u osobników, dotkniętych zapaleniem nerek. W moczu osobnika, cierpiącego na chorobę BRIGHT'a, określali oni codziennie przez 72 dni wydzielanie chloru. W przeciągu tego czasu zmieniali naprzemian 9 razy ilość soli chlorowych w pożywieniu i stwierdzili 5 razy powiększenie ilości wydzielanego chloru, cztery zaś razy zmniejszenie jego. Postępując w ten sposób, przekonali się, że obrzęki zwiększają się wskutek tego, że sole chlorowe zatrzymują większą ilość płynu w ustroju. Podczas tych doświadczeń ciężar chorego wahał się pomiędzy 56 a 66 klg.; otóż w chwili, kiedy pod wpływem zwiększonej ilości soli chlorowych ciężar ciała chorego dosięgał np. 62 klg., zjawiały się obrzęki, i przeciwnie znikaly one, kiedy ilość soli ulegała zmniejszeniu, a ciężar ciała spadał do 60 klg. Bez względu na to, że wydzielanie chloru było bardzo małe, przepuszczalność nerek dla błękitu metylenowego była niemal prawidłowa. Krzywa białkomoczu przedstawiała również bardzo ciekawe wahania: były one niemal równoległe do wydzielania się wody i soli chlorowych. A więc sole chloru wywierają na patogenę

obrzęków w chorobie BRIGHT'a wpływ, którego nie wolno zapoznawać: sól kuchenna w pewnych okresach cierpienia stanowi dodatek niebezpieczny. Badania, przeprowadzone na innych chorych, przekonały, że mleko, już oddawna zalecane empirycznie w tej chorobie, zawdzięcza swój wpływ dodatni małej zawartości chlorków. Jednak za pomocą odpowiedniego doboru potraw można stworzyć dyetę, która będzie zawierała jeszcze mniej chloru, aniżeli mleko; w każdym bądź razie rodzaj pożywienia posiada znaczenie mniejsze, aniżeli zawartość w niem chloru. Odnosne badania doświadczalne w połączeniu ze spostrzeganiem klinicznym przekonały, że rozmaite pokarmy stałe same przez się albo naprzemian z mlekiem stanowią doskonały środek pomocniczy do usunięcia, przynajmniej czasowego, chlorków, a tem samem i obrzęków. Po odczycie nastąpiły bardzo ożywione rozprawy, podczas których ACHARD i GOUGET powstawali przeciw nadużywaniu stosowanego tak często w chorobie nerek zastrzykiwania podskórnego roztworu soli kuchennej; twierdzili oni, że postępowanie to w żadnym razie nie przynosi choremu korzyści, a jak się teraz dowodnie okazało, stać się może przyczyną znacznego pogorszenia.

Dwa przypadki wady serca wrodzonej przedstawił d-r DRESLER na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Kolonii. W jednym z nich u dziewczynki 14-letniej istniał przewód BOTALU'a. Badanie przedmiotowe stwierdziło, co następuje: umiarkowane powiększenie poprzecznego wymiaru serca na prawo i na lewo, wzmocnienie uderzenia wierzchołkowego i wyraźne tętnienie w pierwszym międzyżebżu po stronie lewej; na tem samem miejscu znaleziono stępienie, które w postaci pasa ciągnęło się wzdłuż lewego brzegu mostka, poczynając od 3-go żebra aż do objęzka. W drugim międzyżebżu lewym dawał się wyczuć i wysłuchać mocny szmer skurczowy, słyszalny również dokładnie w pierwszym międzyżebżu lewym i nad wszystkimi otworami serca; szmer ten przenosił się i na tętnice dogłowe, a nawet można go było doskonale wysłuchać na grzbiecie pomiędzy łopatkami na wysokości 3 i 4 kręgu grzbietowego. Po zatem tony serca były głośne, ton drugi nad tętnicą płucną wzmocniony. Na podstawie wymienionych danych rozpoznano rozszerzenie tętniakowate tętnicy płucnej, co najzupełniej zostało potwier-

dzzone za pomocą prześwietlania. Tętno było miarowe, równe, dosyć mocne, 76 uderzeń na minutę. Na szczególną uwagę w tym przypadku zasługuje niezwykle silny rozwój fizyczny chorej i, wysmienita działalność serca bez względu na ciężką chorobę (*Pleuritis exsudativa et Polyarthritidis rheumatica*), na którą leczyła się w poliklinice.

Drugi chory, chłopiec 17-letni, dotknięty wrodzonym zwężeniem tętnicy płucnej, był bardzo lichy rozwinięty fizycznie. Już w trzecim roku życia leczono go z powodu tego cierpienia. Wtedy znaleziono już tętnienie rozlane nad okolicą serca, którego wymiar poprzeczny był powiększony głównie na prawo, tętno i uderzenie wierzchołkowe były bardzo słabe. Nad tętnicą płucną i u podstawy serca można było wyczuć i wysłuchać głośny szmer skurczowy, słyszalny doskonale pomiędzy łopatkami. Prócz tego stwierdzono znaczną sinicę, palce u nóg i rąk miały wygląd charakterystyczny palczek dobo-sza, a rozwój ogólny dziecka był bardzo upośledzony. Z czasem powstały w sercu zmiany swoiste. Wśród częstych napadów osłabienia serca narząd ten powiększał się stale. Obecnie stępienie bezwzględne sięga do linii przymostkowej prawej, ku górze do środka 3 międzyżebra lewego, na lewo zachodzi na szerokość palca po za linię sutkową lewą; stępienie względne dochodzi do prawej linii sutkowej, ku górze do

środku drugiego międzyżebra lewego, a na lewo przechodzi na 3 ctm. po za linię sutkową lewą. W międzyżebdach lewych IV i V i w I-em prawem widać wyraźnie tętnienie. Do istniejących dawniej szmerów skurczowych przyłączył się szmer rozkurczowy, słyszalny w tych samych miejscach, co poprzedni, a prócz tego jeszcze jeden szmer skurczowy, bardzo głośny, w pierwszym międzyżebżu lewym i w dole jarzmowym nad łukiem tętnicy głównej, gdzie również istnieje wybitne tętnienie. Ażeby wytłomaczyć sobie te objawy, należy przypuścić, że wskutek wielkiego rozciągnięcia komórki prawej do istniejącego już zwężenia tętnicy płucnej przyłączyła się niedomykalność zastawki trójdzielnej, lecz już względna; następnie prawdopodobnie przewód BOTALL'a i w tym przypadku nie był zarośnięty, przy skurczach więc komórki prawej krew z tętnicy płucnej przedostawała się do tętnicy głównej, powodując szmer skurczowy, co już poprzednio spostrzegał FOULIS. Jednocześnie stan chorego polepszył się nieco: sinica zmniejszyła się, tętno, poprzednio nie miarowe, stało się miarowym i wynosiło około 110 uderzeń na minutę, a to dzięki temu, że zastoje żyłne ustąpiły, a układ tętniczy napełniał się lepiej.

K. Z.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= RITTER opisuje przypadek (badany w instytucie patol. w Zurichu) jednoczesnego raka i mięsaka w tejże samej macicy. Masy guzowate znajdowały się na trzonie, zniszczyły część pochwową i przeszły na pochwę. Przerzuty w wątrobie tworzyły liczne białe guziki wielkości łepka od szpilki aż do orzecha. Badanie drobnowidzowe guza macicy wykryło typowy obraz raka, pośród którego rozsiane były wysepki mięsaka drobnokomórkowego.

(Inaug. Diss. Zür. 1902).

= Mięsaki przelyku należą do najrzadszych osobliwości. EICKEN znalazł w literaturze tylko 12 przypadków i opisuje jeden własny przypadek, spostrzegany w klinice w Freiburgu. 39-letni lekarz, ze zdrowej rodziny pochodzący i zawsze zdrowy, skutkiem napadu dny i otłuszczenia pił czas dłuższy stężone roztwory soli kuchennej. Wkrótce nastąpiły częste krwawienia z nosa, bóle brzucha i bolesność przy połykaniu. Później zjawilo się odbijanie cuchnącymi gazami i plwocina ropiasta. Z powodu wyraźnych

oznak zwężenia wykonano gastrostomię; chory zmarł po 2 dniach. Badanie wykryło: *phlegmone oesophagi dissecans, sepsis*. W przełyku znaleziono mięsak, klinowato umieszczony między błoną śluzową a mięsną. Przeważały komórki wrzeczio-

nowate, gdzieniegdzie ułożone w pęczki, w innych zaś miejscach tworzyły śluzową tkankę o szerokich okach, w których leżały liczne duże komórki; znaleziono także komórki olbrzymie.

(D. Z. f. Chir. T. 65).

P.

Wiadomości bieżące.

— W Medyolanie otworzono klinikę dla badań nad chorobami zawodowymi.

— W szpitalach wiedeńskich wyznaczono osobne sale dla chorych na gruźlicę. Służba ma nakazane zmywać ręce sublimatem po każdej czynności przy chorych gruźliczych. Bielizna i odzież ma być należycie odkażana.

— Za staraniem „Towarzystwa pomocy dla chorych piersiowych w Austrii“ powstaje w Wiedniu pierwsza stacya pomocnicza dla zwalczania gruźlicy. Pomiędzy innymi stacya ma za zadanie odnajdywanie chorych gruźliczych, udzielanie takim chorym wsparcie oraz rad higienicznych, a w szczególności stara się chronić dzieci od zakażenia. Stacya ma własny lokal, w którym lekarz bada chorych, przysyłanych przez lekarzy ubogich, policyjnych, ambulatorya prywatne i t. p. Osobny urzędnik bada stan materialny przysyłanych chorych. W przypadkach cięższych chorzy odsyłani zostają do szpitalów. Lekarz stacyi ma obowiązek przeprowadzenia dokładnego dezynfekcyi w mieszkaniach chorych gruźliczych. Otoczenie objaśnia się o niebezpieczeństwie zarażenia się.

— Na wniosek prof. d-ra S. SZPILMAN'a, jak donosi „Przegląd Higieniczny“ lwowski, prezydent miasta Lwowa zwołał ankietę dla obmyślenia środków zaradczych przeciw szerzeniu się wśród młodzieży szkolnej chorób płciowych. Statystyka polikliniki powszechnej wykazuje, że w roku 1901 zgłosiło się uczniów szkół średnich 69, w roku 1902 — 110, a do 30

czerwca 1903 roku 115 z chorobami wenerycznymi. Jako jeden z najważniejszych środków do zwalczania wzmagającej się liczby przypadków chorób wenerycznych u młodzieży szkół średnich uważa ankietę zamianowanie dostatecznej liczby lekarzy szkolnych etatowych, wchodzących w skład ciała nauczycielskiego.

— N. 176 Odczytów klinicznych, wydawanych przez Gazetę lekarską, zawiera pracę d-ra Alfreda SOKOŁOWSKIEGO p. t. „Rozpoznanie i leczenie zapalenia opłucnej“.

— XXV Zjazd balneologów niemieckich odbędzie się w Akwisgranie w marcu r. b.

— Nagrodę Nobla w roku bieżącym w dziale nauk lekarskich ma otrzymać d-r FINSEN.

— ZMARLI. W Warszawie d-r Michał ZABOROWSKI w 31 roku życia, były asystent kliniki chirurgicznej w szpitalu ś-go Ducha, ostatnio lekarz pogotowia.

— W dniu 18 b. m. d-r Adolf RUCKER w 64 r. życia. Wychowaniec uniwersytetu Kijowskiego, były ordynator szpitala Żydowskiego i szpitala ś-go Łazarza. Po odbyciu dłuższych studyów w Wiedniu w klinice prof. HEBRY, długi czas w Warszawie poświęcał się rozległej praktyce, jako znakomity dermatolog praktyk. Nagła śmierć nadzwyczaj dobrego i czynnego Kolegi wzbudza serdeczny żal w sercu tych wszystkich, którzy Go bliżej poznali.

SIEDEM ZŁOTYCH MEDALI

CHINA-FOSFAT LAROCHE'A

— ELIKSIR WINNY —

ŚRODEK POBUDZAJĄCY, WZMACNIAJĄCY I ANTYTERMICZNY.

Zawierający wszystkie czynne składowe części trzech gatunków chinu (żółtej, czerwonej i szarej, w połączeniu z fosfatami ziem i sody.

China-Laroche'a, odznaczająca się swym przyjemnym smakiem, przewyższa wszystkie inne chinowe Wina i Syropy. Po zatem połączenie fosfatów ziem i sody z chiną odpowiada znakomicie celowi, gdy wskazaną jest kuracja wzmacniająca.

Rola, którą fosfor odgrywa w ogólnym odżywianiu komórek i w rozwoju kości, jest tak wielką iż powinno się zalecać CHINĘ LAROCHE'a za każdym razem gdy to odżywianie organizmu jest niedostatecznym.

Powinno się ją zalecać podczas Rekonwalescencji, w Anemii, w Rachityzmie, w razach zaburzeń wywołanych szybkim wzrostem. W chorobach płucnych dopomaga ten środek w zwalczaniu, zwykłej w tych chorobach, utraty soli mineralnych.

Jest to wszechpotężny środek w walce z Wycieńczeniem, z Brakiem apetytu, z Gorączką i t. d.

SPRZEDAJE SIĘ WE WSZYSTKICH APTEKACH.

CLIN & COMAR, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques. — Paris.

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, bezkрово. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie.

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

ACETOZON ($C_6H_5CO \cdot O \cdot O \cdot COC_6H_5$. Benzoyl acetyl-hydroperoxyd). Nowy środek przeciw-pasorzytniczy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci. Jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwnie. Szczególnie znakomite wyniki. otrzymano przy leczeniu tyfusu brzuszego. Stosuje się z dobrym wynikiem przy trzęsie, chorobach oczu, cholery, dysenterji, rozwojnieniachu dzieci, sprawach ropnych porodowych i t. d.

BIURO:

St.-Petersb., Zamiatań. 4
Adres dla telegr. —
CASCARA — ST.-PETERSBURG.

literaturę i cenniki wysyła
się bezpłatnie na zażądanie pp. lekarzy i farmaceutów.

PARKE, DAVIS & CO.

CHLORETON

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

TAKA-DIASTATA

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

CASCARA-EWAKUANT

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

CASCARA SAGRADA EXTR.

w tabletkach w obwol. czekolad po 1, 2, 3 i 5 gr., w opakowaniu po 25, 100, 500 i 1000 tabletek.

W Warszawie posiadają na składzie: Towarz. Akcyjne „Motor“ i Henryk Welt.

NAJWIĘKSZE W ŚWIECIE
LABORATORYUM
w Detroit (S. Z. P. A.).



Fabryki Farb

DAWNIEJ

Friedr. Bayer & C-o., Elberfeld.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie Juliusz WARSZAWSKI Warszawa, Złota 35.

Aspirin

Antirheumaticum i. Analgeticum. Najlepiej zastępuje salicylaty. Smak przyjemny kwaskowaty; prawie zupełnie pozbawiony działania ubocznego.

Daw. 1 gr. 3-5 dziennie

Mezotan

nowy ester salicylowy do miejscowego leczenia reumatycznych chorób.—Zastępuje olejek gaultheriowy; prawie bez zapachu i łatwo się wsysa. Stos.: zmieszany z oliwą 3 razy dziennie wcierać.

Hedonal

Nowe Hypnoticum, zupełnie nieszkodliwe, wolne od działania ubocznego. Spec. wskaz.: bezsenność nerwowa szereg. w stanach depresyjnych i t. d.

Daw 1,5—2 gr. po proszku w opłatkach lub w lewatywie.

Heroin hydrochl.

Wysmienite sedativum przy wszelkich cierpieniach dróg oddechowych, zastępuje morfinę i kokainę, łatwo rozpuszczalne w wodzie, nie drażni. Daw. dla dorosł. 0,003—0,005 gr. 3-4 razy dziennie, dla dzieci 0,0005—0,0025 gr. 3-4 razy dziennie.

Helmitol

nowy ulepszony antyseptyk pęcherza wsk.: Cystitis, Pyelitis, Phosphaturia,—Źretritis gonorrhoeica posterior, ropnie cewki.

Daw.: 1 gr. 3-4 razy dziennie.

Salophen

Specyfik przy bólu głowy, influenzy, ostrym reumatyzmie stawów

Dawka 1 gr. co 2-3 godziny.

Protargol

Organiczny preparat srebra do leczenia trypra i ran, jak również w chorobach oczu. Wybitne bakterjobójcze własności przy najmniejszym podrażnieniu.

Somatoza

Wybitny środek wzmacniający dla chorych gorączkujących, osłabionych, rekonwalescentów. W wysokim stopniu pobudza apetyt. Dorostym 6-12 gr. dziennie, dzieciom 3-6 gr. dziennie.

Europnen

Specj. wskaz.: mała chirurgia Ulcus molle, Papulmad. Zastępuje jodoform, posiada zapach przyjemny. Stosow.: czysty lub z capor. pulv aa p. mieszaną lub jak masę 5-10%

Tannigen

Nieszkodliwy derywat taniny. Działa skutecznie przy rozwolnieniu i katarach żółdkowo-kiszkowych, specjalnie u dzieci. Dawka 0,25-0,5 gr. 6 razy dziennie.

Żelazo-Somatoza

Skuteczny środek wzmacniający przy Chlorozie i Anemii. Zawiera żelazo w połączeniu organicznem i w postaci łatwo wysysającej się. Bez smaku, łatwo rozpuszczalne. Pobudza apetyt, nie działa zamykająco.

Aristol

Wybitny środek zablizniający a szereg. przy ranach po oparzeniu z Acid Boric. pulv. aa ppt mieszaną lub jako 5% masę.

Trional

Pewny środek nasenny, zawsze należy używać z większą ilością ciepłego płynu (herbata, mleko). Początkowa dawka 1,5 potem wystarcza 1 gr.

Agurin

Oetan Theobromin-natrium. Nowe Diureticum, bardzo skuteczne i bardzo dobrze znoszone, daw. 0,5-1 gr. pro die 3 gr.

Creosotal-Duotal

Preparaty kreozotu wolne od żrącego i trującego działania przeciw gruźlicy. Bronchitis Tyfus.

Phenacetyna, Piperazyna, Lycetol, Jodothyryna, Salol.

Nowa kanka do pochwy macicznej o podwójnym prądzie

opatentowana

ułatwia szprycowanie po położach lub operacjach pochwy macicznej, zastępując używanie miednicy.

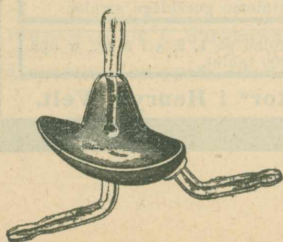
Niezbędna przy obmywaniach antyseptycznych.

Wielce pożyteczna dla p. p. lekarzy i akuszerok.

Bardzo wygodna dla dam w podróży.

A. BOGNIER et G. BURNET, 125 Rue Vieille du Temple, Paryż.

Wyroby kauczukowe. Instrumenty chirurgiczne, Przyrządy farmaceutyczne.



VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
Własność rządowa francuska



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS

Stabosci żołądka,
pęcherze,
dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Stabosci wątroby i organów żółte wydzielających.

VICHY HOPITAL

Stabosci żołądka i
kiszek.

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej
z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

CHEMICZNA FABRYKA VON HEYDEN, RADEBEUL-DREZNO.

Xeroform

Najlepszy i najtańszy środek zastępujący jodoform. W użyciu przyjemny, nie posiada zapachu, nie trujący nawet przy wewnętrznym stosowaniu w dużych dawkach dla antiseptyki kiszki. Wybitnie działa kojąco na bole i wstrzymuje krwawienie, nie drażni i nie wywołuje ekzemy. Odwiania nawet posokowate wydzieliny, działa wybitnie osuszająco i zmniejsza widocznie prędko wytwarzanie ropy. Działa wprawdzie w niektórych przypadkach słabiej na wytwarzanie ziarniny niż jodoform, przewyższa jednak jodoform i inne środki w działaniu na wytwarzanie nabłonka. Specyficznie działa przy ulcus cruris i wszystkich mokrych ekzemach. Pasta według pr. Bruns'a.

Creosotal

Najlepszy i najtańszy środek zastępujący jodoform. W użyciu przyjemny, nie posiada zapachu, nie trujący nawet przy wewnętrznym stosowaniu w dużych dawkach dla antiseptyki kiszki. Wybitnie działa kojąco na bole i wstrzymuje krwawienie, nie drażni i nie wywołuje ekzemy. Odwiania nawet posokowate wydzieliny, działa wybitnie osuszająco i zmniejsza widocznie prędko wytwarzanie ropy. Działa wprawdzie w niektórych przypadkach słabiej na wytwarzanie ziarniny niż jodoform, przewyższa jednak jodoform i inne środki w działaniu na wytwarzanie nabłonka. Specyficznie działa przy ulcus cruris i wszystkich mokrych ekzemach. Pasta według pr. Bruns'a.

„Heyden” Specyfik przy wszystkich niegruźliczych chorobach zakaźnych dróg oddechowych. Bystre wyleczenie pneumonii (również broncho pneumonii, po odrze, influenzy i dyfterii) przy stosowaniu dużych dawek Creosotalu: 10—15 gr. pro die w 4 dawkach, dla dzieci dawka na dobę 1—5 gr. Próby i wyciągi z literatury udziela gratis Fabryka chemiczna Heyden'a w Radebeul pod Dreznem lub przedstawiciel na Królestwo Polskie LUDWIK FREIDER, WARSZAWA, LESZNO 60.

W Szpitalach Paryżkich i Szpitalach Mini-terjum Marynarki Francji

Referat Akademii Naukowej, Medycyny i
Biologicznego Towarzystwa w Paryżu

OVO-LÉCITHINE BILLON

JAJECZNY LECYTIN BILLON
zażywa się przy
NEURASTENII,
ZNUŻENIU BŁADACZCE,
ANEMII, REKONWALESCENCYI i STAROŚCI.

DOM HANDLOWY

JÓZEF ROSENBERG, W WARSZAWIE

ZIELNA № 9. — TELEFONU № 2837.

INSTRUMENTY CHIRURGICZNE.
MEBLE OPERACYJNE.
KOMPLETNE URZĄDZENIA SZPITALI, KLINIK
I LAZARETÓW.
STERYLIZATORY.
MIKROSKOPY.
ELEKTRO-MEDYCZNE, MEDYCZNO-MECHANICZNE
I ORTOPEJICZNE APARATY.
WARSZTATY REPERACYJNE, SZLIFOWANIE
I NIKLOWANIE INSTRUMENTÓW I APARATÓW.

WYŁĄCZNA SPRZEDAŻ WYROBÓW
„TOWARZYSTWA AKCYJNEGO ARTY-
KUŁÓW MEDYCZNYCH” I ZWIĄZKU
MEDYCZNO-POLITECHNICZNEGO
DAWNIEJ CHR. SCHMIDT’A.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Giliard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon 8 Quai de Retz.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY

Produkty farmaceutyczne

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy.
Salol. Salicylaty: sodu, metylu. Pyrazolina
Metylen-Blau med. Rezoreyna med. Hydro-
chinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.



do USYPIANIA i znieczulania miejscowego.

Sprzedaż w rurkach szklanych i metalowych, w rurkach
z podziałką. (Liter. na żądanie gratis i franco).

D-r B. Landau

były ordynator sanatorium Leysin, lekarz polak ordynuje
jak lat poprzednich
w San-Remo
Via Vittorio Emanuele, 22 Casa Rubino.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, 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 leczenia, i t. d.



Zjednoczone fabryki preparatów chinowych

ZIMMER & Co, Frankfurt n. M.

EUCHININ

wolny od gorzkiego smaku

SALOCHININ

przeciw newralgii

SALOCHININ SALIC.

przeciw reumatyzmowi

ARISTOCHIN

Antipyreticum

CHINAPHENIN

Antipyreticum i Anti-neuralgicum

EUNATROL

Cholagogum

VALIDOL

Analeptic., Antihyster. Stomachicum

UROSIN

przeciw pedogrze i skazie moczanowej

FORTOIN

przeciw bieguncie

DYMAL

antyseptyczny proszek do przesypania ran

PREPARATY-LYGOSINU:

LYGOSINO-CHININA

Antysepticum

LYGOSINO-NATRIUM

Antigonorrhoeicum

Inne specjalności fabryki: perełki chininy, kokaina, kofeina i t. p.

Próby, broszury i wszelkie bliższe wiadomości udzielają się na żądanie.

WZMOCNIENIE ORGANIZMU

Przy tuberkulozie, rachitis, wycieńczeniu, neurastenii, opóźnionym wzroście i t. p. Syrop z hypofosfatów wapnia, sody i t. p. Hypophosphite de chaux D-ra Churchill w Aptece SWANN.

12, rue Castiglione, Paryż

Do nabycia w większych aptekach.

Repr. na Warszawę p. Henryk Mendelssohn.

Wino VIAL

przygotowane na korze chinowej, Ekstrakcie Mięsnym i Mlecznym, Fosforanie Wapnia jest



Środkiem odżywczym ze względu na jego fizyologiczne własności. WINO VIAL zawiera w sobie pierwiastki fosforanu wapnia, chininy i surowego mięsa. Połączenie tych trzech substancji daje środek najracjonalniejszy i najdoskonalszy z tonicznych. Przyjmowane w ilości kieliszka od likieru po każdym jedzeniu stanowi znakomite uzupełnienie pokarmu chorych i rekonwalescentów.

Vial Frères, pharmaciens

36 place Bellecour, Lyon, France.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

SANATORIUM

dla chorych piersiowych i gardlanych w Otwocku

D-rów Lewina i Gibiańskiego

(Konsultant D-r L. Lubliner).

Blizszych informacji udziela D-r Gibiański (Otwock ul. Warszawska) lub D-r Lewin w Warszawie Muranowska Nr. 25.

Instytut szczepienia ospy

D-ra T. Stępniewskiego

Warszawa, Żłota 28.

Posiada wypróbowany materiał krowiankowy. Wysyłka za zaliczeniem.

Nowe katalogi ilustrowane franko

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko