

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie	rocznie	rb. 6 kop. —	Z przesyłką	rocznie	rb. 7 kop. —
	półrocznie	„ 3 „ —	pocztową	półrocznie	„ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce: na okładce kop. 10, na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja Medycyny. — Biuro ogłoszeń Ungra, Wierzbowa 8. — Dom Handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie-Przedmieście 53. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. — W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna № 6.

Adres Redaktora: Krak. - Przedm. № 7.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły, załatwiać można codziennie u Wydawcy od 9—10 rano

OGŁOSZENIA.

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.

Instytut szczepienia ospy

D-ra STĘPNIEWSKIEGO

Warszawa, Złota Nr. 28. Telefonu 3765.

Grand Prix na wystawie w Londynie 1903 r. Medal złoty na wystawie w Reims (Francja) 1903 r.

M. R.  D. P.

NATURALNA KAUKAZKA WODA
MINERALNA

NARZAN

„Narzan“ najwięcej ze wszystkich źródeł obfitujący w wolny kwas węglany sprzyja trawieniu i tem samem przemianie materji i ogólnemu odżywianiu.

Reprezen. na Król.: Dom Handlowy M. Friszberg. Warszawa, Plac Krasiński Nr. 8a, telef. 1934.

ŻĄDAĆ WSZĘDZIE.

ŻĄDAĆ WSZĘDZIE

ŻĄDAĆ WSZĘDZIE

RONCEGNO

Naturalne źródło arseno-żelaziste.

Znane i używane do kuracyi od 1856.

Stosowane z najlepszym wynikiem i stale przez cały rok i do kuracyi domowej we wszystkich krajach, zalecane przez liczne powagi lekarskie przy niedokrewności, blednicy, chorobach krwi, malarji z jej następstwami, w chorobach skóry, nerwów i kobiecych, chorobie Basedow'a etc.

✂ Dostać można we wszystkich aptekach. ✂

BAD RONCEGNO (stac. kolei Valsugana) 535 M. n p. m.

Kąpiele mineralne i inne najnowsze urządzenia kąpielowe **Grand Hotel des Bains**, pierwszorzędnny, 200 pokoiów i salonów, wszelki komfort. Duży cieniasty park. Aromatyczne powietrze, wolne od pyłu. Muzyka kąpielowa. Wszystkie sporty letnie

Temperatura w lecie przeciętnie 18—22°

✂ Sezon kąpielowy 20 maj do 15 paździer. ✂

Prospekty przez dyrekcję kąpielową RONCEGNO, Tyrol południowy.

Lecznica D-ra A. Tarnawskiego w KOSSOWIE.

Za Kołomyją stacya kolei Zabłotów we wschodnio-południowych Karpatach w Galicyi z klimatem pogodnym, ciepłym i bez wiatrów. Otwarta od 1 maja do końca października.

LECZENIE FIZYKALNO-DYETETYCZNE t. j. WODĄ, KĄPIELE SŁONECZNE, GIMNASTYKA i t. p.

Lekarze polacy

praktykujący

W KARLSBADZIE

Goldwasser (okulista), Hassewicz, Max. Kaufman, Oskar Kaufman, Kołaczkowski. Kostecki, Kretowicz, Kropf, Maleszewski, Moraczewski, Rficz, Rosenzweig, Szarf, Schermant, Sliwiński, Süsskind, Toepfer, Wasserthal.

LEKARZ

potrzebny jest do majątku ŚWISŁOCZ (gub Grodzieńska). O warunkach dowiedzieć się można u administratora majątku J. Imbirowicza (poczta INDURA).

Poszukuje się lekarza do miasteczka **KISIELINA** Wołyńskiej gub. Bliższa wiadomość u współwłaściciela apteki Tomasza Rossockiego, stacya pocztowa Torczyn gub. Wołyńskiej.

D-r Xawery Gorski

ordynuje jako lekarz zakładowy
w SZCZAWNICY.



**Vereinigte Chinfabriken
ZIMMER & CO
FRANKFURT A.M.**

Zjednoczone fabryki preparatów chinowych

ZIMMER & CO, Frankfurt a. M.

EUCHININ wolny od gorzkiego smaku SALOCHEININ przeciw newralgii SALOCHEININ SALIC. przeciw reumatyzmowi ARISTOCHIN Antipyreticum CHINAPHENIN Antipyreticum i Anti-neuralgicum	EUNATROL Chelagogum VALIDOL Analeptic., Antihysteric. Stomachicum UROSIN przeciw podogrze i skazie moczanowej FORTOIN przeciw bieguncie DYMAL antyseptyczny proszek do przesypania ran
---	--

PREPARATY-LYGOSINU:

LYGOSINO-CHININA Antysepticum	LYGOSINO-NATRIUM Antigonorrhoeicum
---	--

inne specjalności fabryki: perelki chininy, kokaina kofeina i t. p.

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

Dr. Kazimierz Ciagliński

ordynuje jak zwykle od 20 maja
w Ciechocinku.

Dr- Franciszek DOBŶA MARIENBAD „Weisser Schwan”

Dr. Med. J. Maciejewski
ordynuje od 1-go Maja do Października
w KISSINGEN
„VILLA ELSA”.

DOCENT DR. E. BIERNACKI
ordynować będzie od dnia 20 Czerwca
w KARLSBADZIE.
„Haus Nizza“ obok Alte Wiese.

D-r W. Bujakowski
stale ordynuje w Druskienikach.

BUSKO **Dr. J. Majkowski**
praktykować będzie, jak dawniej
przez cały sezon kąpielowy
(20 Maj—20 Wrześ.).

D-r Franciszek Jezierski
ordynuje jak zwykle od 20 Maja
w CIECHOCINKU (przy aptecę).

S O Ł E C

70-ty rok istnienia.

WODY MINERALNE SIARCZANO-SŁONE.

Sezon leczniczy trwa od 20 Maja do 20 września.

Nowowzniesiony, wszelkim wymaganiom higieny i komfortu odpowiadający zakład kąpielowy. Kąpiele mineralne siarczano słone, mułowe ogólne i częściowe, ługowe, gazowe i przez lekarza-specjalistę prowadzony dział mechano-elektroterapii i gimnastyki leczniczej.

Hotel z restauracją, salą balową i teatralną, mieszkania w willach dobrze urządzonych.

Przedstawienia teatralne, koncerty, reuniony, stała orkiestra, czytelnia, wypożyczalnia książek, gimnastyka ogrodowa, tennis, krokiet, łódka, wycieczki.

Dojazd przez KIELCE (Iw. Dąbr.), skąd szosą do zakładu.

Wynajmować mieszkania jedynie przez kantor hotelowy!

Adres: st. poczt. STOPNICA,
gub. kielecka.

Dyrektor Dr. Włodzimierz Daniwski
Lekarz zakładu Dr. Feliks Krzymuski.

ZARZĄD ZAKŁADU KĄPIELOWO-ZDROJOWEGO w Ciechocinku

niniejszym ogłasza o otwarciu Zakładu w dniu 8 (21) maja na przeciąg czasu 4-eh miesięcy, 1-szy sezon trwa do 30 czerwca, II-gi do 13 sierpnia i III-ci do 21 września włącznie.

Mieszkania w I i III sezonach są znacznie tańsze.

Wody Ciechocińskie jodo-bromo-słone szczególnie są pożyteczne w cierpieniach skrofulicznych, reumatycznych, kobiecych i wielu innych.

Nie ma dziecka, któreby nie potrzebowało kąpiei Ciechocińskich.

Zakład jest w posiadaniu 8 źródeł z rozmaitą koncentracją solanki od 6‰ do 1/2‰ (artezyska do picia). W razie potrzeby dla wzmocnienia solanki dodaje się do kąpiei Ciechociński szlam i ług (40‰ soli i innych części) wytwarzane na miejscu, jako uboczne produkty przy warzeniu soli.

Zakład wydaje kąpiele solankowe, borowinowe (błotne) kwaso-węglowe, elektryczne, świetlne, parówki, tuszówki i inhalacje.

Prywatny Zakład gimnastyczny, 2 biblioteki, 2 apteki, sprzedaż wód mineralnych, kefiru i kumysu.

Poczta i telegraf.

Kościół, cerkiew, hotele, pensjonaty, dostateczna ilość willi wygodnie urządzonych i rewidowanych przez całą Komisję Sanitarną.

Kawiarnia, handel wszelkimi produktami i restauracje pod dozorem lekarza zakładowego.

Zakład posiada rzeźnię, prowadzoną przez lekarza weterynaryi, elektryczne oświetlenie, wodociąg, stały Teatr (operetka), orkiestrę, obszerny park i t. d.

Spacerów pod Tężniami, na wale ochronnym, zabawy i gry.

Roczny zjazd kuracjuszy do 10,000 osób.

Ciechocinek łączy się odnogą D. Ż. Warszawsko-Wiedeńskiej, z pograniczną stacją Aleksandrowo.

Komunikacja ze wszystkimi pociągami Warszawskimi i zagranicznymi.

Tania komunikacja statkami parowymi.

Zakład hydropatyczno-leczniczy „CHOJNY” POD ŁODZIĄ

pod kierunkiem lekarskim D-ra Adama Landego, lek. szpit. Dziec. Jezus w Warszawie.

Sezon letni od 20-go Kwietnia r. b.

Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych (z wyjątkiem umysłowych i zakaźnych). Kanalizacja, wodociąg, waterklozety, ogrzewanie centralne, oświetlenie elektryczne. Ogród owocowy, park, lasek, staw z łódkami. Wszelkie metody racjonalnego leczenia fizykalnego (hydropatya, kąpiele specjalne, elektryzacja, masaż i t. d.) i dyetetycznego. Specjalne urządzenia dla kąpiei powietrznych i słonecznych. Wody mineralne. Kefir. Połączenie telefoniczne z Warszawą, Łodzią, Pabjanicami i Tomaszowem.

Cena od rb. 3 dziennie. Prospekty gratis.

BAD HALL Górna Austrya

Miejscowość kąpielowa pierwszorzędna, jod i brom zawierająca.

Najstarsze i najskuteczniejsze źródła jodowe w Europie. W chorobach kobiecych, wysiękach, przewlekłych zapaleniach, żółtaczach, w przymiocie nabytym i dziedzicznym, i jego następstwach, pedogrze, gośdciu etc. etc.

Najnowsze środki kuracyjne. Informacyi udziela Zarząd Kąpielowy.

D-r Michał Przyrembel

choroby chirurgiczne, praktykuje przez sezon w Ciechocinku.

D-r Med. Wasserthal w Karlsbadzie

mieszka obecnie Alte Wiese

„Melone“.

W reumatyzmie
dnie, podagrze
ischias, lumbago
porażeniach

najlepiej kąpać się w kąpielach z dodatkiem
soli borowinowej MATTONI'EGO
Czas trwania kąpeli, ciepłotę i ilość dodatku
oznacza lekarz

ZDUMIEWAJĄCE WYNIKI już po kilku kąpielach

Sól Borowinową Mattoni'ego można dostać we wszystkich aptekach, składach aptecznych i handlach wodami mineralnymi.

Prywatny Zakład Ginekologiczny
D-ra Czesława Stankiewicza
Warszawa, Złota 3.

Urządzenia ściśle aseptyczne. Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny — Pracownia chemiczno-drobnowidzowa. Wylęgarka (couveuse). Pokoje wykwindnie umeblowane. Winda hydrauliczna Otis. — **Przyjmowane są:** chore ginekologiczne, (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacji) oraz ciężarne. Nazwisko pacjentki, na mocy ustawy zakładu może pozostać w zupełnej tajemnicy. — **Opieka lekarska:** właściciel zakładu mieszkający przy zakładzie i lekarze asystenci. Na miejscu stała akuszerka i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka. — **Cena pobytu z leczeniem od 2 rubli dziennie.** Za operacje i porody opłata stosownie do umowy. Poród i 10 dni pobytu na sali wspólnej (2 łóżka) Rb. 40. Dla osób niezdolnych poleconych przez Szanownych kolegów, ustępstwa do 50%.

Poliklinika. Informacje na miejscu i listownie. TELEFONU NR. 1846

Thiocol
„Roche“

Najlepszy preparat guajakolu rozpuszczalny w wodzie, bezwonny i nietrujący. Doskonale środek przeciw gruźlicy przy rozwoleńniu

Pastilli
Thiocoli
„Roche“

Najpewniejszy, i najwygodniejszy, najtańszy sposób przepisywania Thiocolu.

Sulfosot-
syrop
„Roche“

Pozbawiony własności trujących krezotu w postaci syropu, odpowiedni w praktyce u biednych i w kasaach.

Sirolin „Roche“

Najidealniejsza forma terapii krezotowej wzgl. guajakolowej

Syrop o przyjemnym zapachu i smaku

Wywołuje, jak to wykazują tysiączne spostrzeżenia na klinikach i w prywatnej praktyce przy gruźlicy płuc, poprawę apetytu i odżywiania, przyrost wagi ciała, zmniejszenie potów nocnych, kaszlu, plwociny i objawów kataralnych.

inne wskazania: influenza, bronchitis, koklusz, chirurg. gruźlica, ogólne osłabienie, zółty.

Doświadczenia na klinice uniwers. w Halli n. S. (Dyrektor prof. v. Maring) wykazały, że „Sirolin odpowiada wszelkim wymaganiom środka wzmacniającego, posiadającego przyjemny smak”. (O leczeniu domowym gruźlicy płuc przez D-ra Hugo Winternitz'a 1-go ass. kliniki. Deutsche Aerzte-Ztg. 1 stycznia 1902 r.)

Przepisuje się: Sirolin, Lagenam origin. Dla dorosłych 3—6 łyżeczek od herbaty, dla dzieci 2—3 łyżeczek dziennie przed lub natychmiast po jedzeniu per se lub w wodzie.

Ostrzega się przed naśladownictwem: Sirolin jest tylko prawdziwy, gdy butelka jest zaopatrzona w naszą firmę.

Jedyni fabrykanci: **F. Hoffmann-La Roche et C-ie.**

Fabryka chemiczno-farmaceutycznych produktów.
Bazylea (Szwajcarya), Grenzach (Baden).

Protulin
„Roche“

trwały preparat fosforanu białka. Skuteczniejszy od dotychczasowych organicznych i nieorganicznych preparatów fosforu i kwasu fosforowego.

Airol
„Roche“

najlepszy, bezwonny preparat zastępujący jodoform.

Thigenol
„Roche“

Syntetyczny preparat siarki z 100% org. związ. siarki. Bezwonny preparat i zastępuje Ichtjol.

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 23.

Warszawa d. 2 Maja (24 Czerwca) 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynę do leczenia operacyjnego przedziurawień jelita w przebiegu duru brzuszego. Podał C. Jankowski. (Dokończenie). — O porażeniu astenicznym (Myasthenia gravis pseudoparalytica). Podał W. Sterling (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 63. Aglutynacyjne własności surowicy chorych żółtaczkowych względem laseczników tyfusowych. 64. Przyczynę do statystyki wycięcia śledziony wraz z opisem przypadku usunięcia śledziony z powodu przerostu samorzutnego. 65. Doświadczenia nad nowotworzeniem kości po wycięciu żeber. 66. Exodyna, nowy środek czyszczący. 67. Osteoplastyczne wycięcie spojenia łonowego. — KRONIKA. — DROBIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE — Spis prac oryginalnych w czasopiśmie Lekarskich polskich zawartych w maju 1904 r. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) C. JANKOWSKI — Contribution au traitement chirurgical des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. 2) D-r W. STERLING — Sur la myasthenie grave pseudoparalytique.

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

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) C. JANKOWSKI — Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Darmperforationen bei Typhus abdominalis 2) D-r W. STERLING — Ueber asthenische Paralyse.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki chirurgicznej w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

Przyczynę do leczenia operacyjnego
przedziurawień jelita w przebiegu duru brzuszego.

Podał

CZESŁAW JANKOWSKI.

(Odczyt wygłoszony na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

(Dokończenie — Patrz Nr. 22)

Status praesens. Chłopiec wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiany. Tętno = 108, miękkie; oddech = 24, powierzchowny, T° =

37,2°. Samowiedza nieco zamącona. Język obłożony, suchy. Wypróżnień nie miał od 16. II. Brzuch nieco wzdęty, zwłaszcza z lewej strony, i bardzo bolesny nie tylko przy macaniu, lecz nawet przy dotykaniu; najbardziej wrażliwą okazuje się strona lewa na przestrzeni, ograniczonej dołu linią poziomą od *symphysis oss. pubis* do lewego kolca przylędźwiowego górnego przedniego, od wewnątrz linią pionową nad kresą białą, od zewnątrz linią poziomą od pępka do wolnego końca XII żebra. Okolica lędźwiowa

z lewej strony również jest bardzo wrażliwa na dotyk. Mocz o odczynie kwaśnym, w ilości około $\frac{1}{2}$ litra na dobę, ciężar gatunkowy 1,035, kolor ceglasty; zawiera ślady białka, daje wyraźny odczyn na indykan, odczynu diazowego nie daje. Płuca i serce zdrowe. W czasie pobytu chorego w klinice wewnętrznej od 17 do 22 II. ciepłota nie podnosiła się, tętno wahało się pomiędzy 100 — 120 uderzeniami, bolesność zaś brzucha i wzdęcie jego z lewej strony stale się powiększały. Wypróżnienie 21. II bez użycia środków przeczyszczających; stolce dość zbite, bez domieszki krwi; wymioty trwały ciągłe. Przy badaniu przez odbytnicę okazała się znacznie rozszerzoną, a z lewej strony wyczuwałem niewyraźne nacieczenie. Dopiero 22. II. a zatem na siódmy dzień choroby, zdecydowano się na przepisanie chorego do kliniki chirurgicznej, gdzie niezwłocznie dokonana została operacja w uśpieniu eterowym (ca 200 cm. sz.) po uprzednim zastrzyknięciu morfiny.

Cięcie skórne poprowadzono na brzegu lewym mięśnia prostego brzucha, w linii tegoż cięcia przecięto pozostałe warstwy ściany brzusznej. Po rozcięciu ostrożnem otrzewny mocno przekrwionej ukazała się sieć z poroszerzaniami i krwią napełnionymi naczyniami. Sieć, poprzyrastaną do pętli jelita cienkiego i do esicy i nacieczoną ropą, wycięto. Pod siecią ukazały się pętle jelit, pozrastanych pomiędzy sobą i z esicą; na powierzchni jelit znajdowały się żółtawe błonki włóknikowe, które łatwo dały się zdjąć kleszczykami. Podczas oddzielania jelita cienkiego od esicy znaleziono w jednej pętli otworek wielkości ziarnka grochu, przez który wylała się zawartość jelita. Brzegi otworu tego, nacieczone ropą, rozpułchnione i obrzękłe, ścięto nożyczkami, poczem na otwór nałożono szew trzypiętrowy. Pomiedzy pętle jelit cienkich założono wgłąb jamy brzusznej w różnych kierunkach kilkanaście pasków wypranej i wyjałowionej gazy jodoformowej i wyprowadzono je nazewnątrz rany. Jamy brzusznej nie przemywano. Powłoki brzu-

szne zaszyto szwem trzypiętrowym. Bezpośrednio po operacji wystąpiły objawy zapaści i zastoinowe w kończynach dolnych, które ustały po wstrzyknięciu pod skórę około 400 cm. sz. roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Drugiego dnia po operacji chory czuł się znacznie lepiej, aczkolwiek bolesność brzucha i okolicy lędźwiowej lewej, chociaż zmniejszyła się, jednak całkowicie nie ustąpiła. Wieczorem na drugi dzień po operacji silna czkawka, a po niej uporeczywe wymioty kałowe, które pomimo zastrzykiwań morfiny i częstych płukań żołądka trwały ustawicznie przez dwa dni, poczem ustały. Bolesność brzucha, słabnąc stopniowo, po dniach paru ustąpiła, piątego dnia po operacji obfite dwukrotne wypróżnienie o prawidłowym wyglądzie i spoiści. Rana goiła się prawidłowo, paski gazy jodoformowej usuwano stopniowo i zastępowano nowymi, zakładanymi luźno. Jako jedyne powikłanie wystąpiło w 2 tygodnie po operacji zapalenie mięśnia prostego brzucha, które trwało około 10 dni. 3. V. chory opuścił klinikę z zupełnie zagojoną raną pod lekkim opatrunkiem ochronnym. Na trzeci dzień po zabiegu przerobiono z porcją krwi, wziętą z palca, próbę WIDAL'a, która dała wynik dodatni.

Na rokowanie przy operacji przedziurawienia jelita wpływa głównie, po za stanem ogólnym chorego, okres czasu, jaki upłynął pomiędzy chwilą wystąpienia perforacji a operacją. Według obliczeń ESCHER'a¹³⁾ przypadki, operowane przed upływem 24 godzin po przedziurawieniu, dały 26,9% wyleczeń, operowane zaś później ledwie 20%. Jeszcze wybitniejszą różnicę znalazł MICLESCU¹⁴⁾, którego statystyka jest znacznie bogatsza — 25 $\frac{1}{3}$ % wyzdrowień u operowanych przed upływem 24 godzin, a za ledwie 15 $\frac{1}{3}$ % u operowanych później. Pod tym względem nasz przypadek dawał rokowanie, bynajmniej nie zachęcające, o ile bowiem znam odnośne piśmiennictwo, to w za-

¹³⁾ ESCHER. L. c.

¹⁴⁾ L. c.

dnym nie operowano tak późno. PEARSON¹⁵⁾ wprowadzie mówi o chorym, operowanym dopiero dziewiątego dnia po perforacji, jednak cały przebieg choroby i miejsce przedziurawienia zdają się przemawiać raczej za tem, że miano tu do czynienia z powoli postępującem zapaleniem wyrostka robaczkowego. Najpóźniej operowane przypadki są ABBE'go¹⁶⁾ (w 60 godzin po perforacji) i CHAMPLIN'a¹⁷⁾ (w 3 dni).

Streszczając w paru słowach poglądy obecne, dotyczące metodyki samego zabiegu, zaznaczymy:

1) Należy operować jaknajrychlej po wystąpieniu perforacji. Większość angielskich i amerykańskich autorów, których zdanie jest najbardziej miarodajne ze względu na najobfitszy przez nich zebrany materiał kazuistyczny, a za nimi i MICLESCU, radzą nawet nie wyczekiwać na przeminięcie wstrząsu.

2) Mając na uwadze stan tętna, należy niezmieennie ostrożnie obchodzić się z narkozą i, o ile się da, unikać jej nawet zupełnie, zwłaszcza u osobników bardzo osłabionych, a operować w znieczuleniu miejscowem.

3) Operować możliwie szybko; w niektórych przypadkach czas trwania operacji nie przerosł 20 minut.

4) Cięcie prowadzić należy nad miejscem, gdzie znajdujemy przytłumienie odgłosu opukowego, *resp.* największą bolesność brzucha, gdyż daje nam to wskazówki co do ewentualnego miejsca perforacji. Gdy lokalizacji tej oznaczyć w przybliżeniu nie możemy, wtedy należy zrobić rozległe cięcie w smudze białej i iść do kątnicy, ulubionego miejsca owrzodzeń tyfusowych, *resp.* perforacji, ku górze, wyciągając stopniowo pętle jelita. Cięcie w smudze białej uważam za daleko odpowiedniejsze, niż stosowane przez amerykańskich chirurgów, wspomniane przed chwilą przez kol d-ra BARĄCZA cięcie na brzegu ze-

wnętrznym mięśnia prostego brzucha z prawej strony, ponieważ daje ono daleko łatwiejszy dostęp do wszystkich poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego, co jest rzeczą ważną, gdyż perforacje znajdować się mogą na całej przestrzeni tegoż przewodu.

5) Mając na względzie możliwość istnienia drugiej, ewentualnie licznych perforacji, należy w każdym przypadku starannie przejrzeć nie tylko jelita cienkie, lecz i grube, zwłaszcza esicę.

6) Ogromny nacisk położyć należy na „toaletę” jamy brzusznej i doskonale jej wysączkowanie, najlepiej za pomocą pasków gazy jodoformowej, powprowadzanych w różnych kierunkach.

7) Co do sposobów postępowania z samem miejscem perforacji, należy oddać bezwzględnie pierwszeństwo dokładnemu zeszytciu i ileostomii, unikając wycięcia кишки i omentoplastyki. ESCHER¹⁸⁾, opierając się na 8 przypadkach, przytoczonych przez MAUGER'a, w których pomimo starannych poszukiwań nie znaleziono perforacji, a ograniczono się na wysączkowaniu jamy brzusznej i otrzymano 4 wyzdrowienia, tudzież na przypadkach ALLINGHAM'a i WEIR'a, w których z powodu trudności technicznych nie zeszyto przedziurawionej ściany jelita, a wszyto ranę jelita do rany powłok brzusznych, wyprowadza wniosek, że ileostomia, *resp.* nawet tylko wysączkowanie jamy brzusznej daje lepsze wyniki (40% wyzdowień), niż zeszytcie doszczętne; E. radzi w każdym przypadku nie zeszywać perforacji, lecz wszywać ją, po ewentualnem rozszerzeniu, *resp.* połączeniu cięciem dwóch w bliskości od siebie znajdujących się otworów perforacyjnych do rany skórnej, ograniczając wskazania do do-raznego zamknięcia li tylko tymi przypadkami, w których operujemy natychmiast po insultcie, u chorych, których ogólny stan jest zadawalający, i gdzie niema ani meteoryzmu, ani wybitnego porażenia układu mięśniowego jelit. Doświadczenie uczy, że, aczkolwiek bezwład je-

¹⁵⁾ PEARSON. Brit. med. Journ. 1899.

¹⁶⁾ ABBE. New York Med. Record. Jan. 5. 95.

¹⁷⁾ Cyt. u KEEN'a. L. c.

¹⁸⁾ ESCHER. L. c.

lita i meteoryzm po perforacyi mogą ustać same przez się, to jednak często powodują objawy zamknięcia światła kiszek, wiemy również, że laparotomia, wcześniej wykonana, zmniejszając ciśnienie wewnątrz jelita, usuwając ognisko zakażenia i zapewniając odpływ wydzielinie, jest w stanie pomódz odcinkowi jelita, znajdującemu się w stanie niedowładu *resp.* bezwładu, do szybszego powrotu *ad integrum* i przywrócenia ruchów robaczkowych. Jeszcze dwie okoliczności zdają się przemawiać za poglądem ESCHER'a: 1) wykonanie ileostomii zabiera daleko mniej czasu, niż nałożenie szwu kiszkowego; 2) w razie powtórnej perforacyi nie potrzebujemy uciekać się do relaparotomii. Materiał jednak kazuistyczny, na którym oparte są wnioski E., zbyt jest nieliczny, by mógł mieć dostateczną siłę przekonywającą, tak że wogóle pytanie, czy w danym poszczególnym przypadku dokonać ileostomii, czy też nałożyć szew na perforację, pozostaje nadal nierozstrzygniętem i wymaga dalszych spostrzeżeń kazuistycznych i statystycznych.

Z polikliniki prof. OPPENHEIM'a w Berlinie.

O porażeniu astenicznem

(*Myasthenia gravis pseudoparalytica*)

Podał

WŁADYSŁAW STERLING.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 22).

W przypadku niniejszym natrafiamy na dość znaczne trudności rozpoznawcze. U kobiety 30-letniej rozwija się nagle, niemal bezpośrednio po operacyi ropnia w jamie ustnej, cierpienie, które cechuje się rudymmentarnymi objawami opuszkowymi, a więc — mową nosową w połączeniu z chrypką — oraz pewnymi zaburzeniami oddychania. Objawy te nie występują samoistnie,

lecz zarysowują się jakoby na tle pewnego stanu chorobowego, który trwa u chorej od lat wielu, a więc ogólnej wrażliwości, bólu głowy, zawrotów głowy, zaburzeń naczynioruchowych, pulsacyi w skroniach, drżenia rąk i nóg, które należy zakwalifikować do kategorii objawów neurastenicznych. Zaznaczam tutaj specjalnie, że z objawów neurastenicznych spotykamy w przypadku niniejszym nie te, które mogłyby *per se* do pewnego stopnia symulować porażenie asteniczne, a więc astenię (cerebrastenię), lecz objawy *par excellence* naczynioruchowe (pulsacya w głowie), bólowe (*cephalea*) oraz podrażnieniowe (drzenie rąk i nóg), nie można więc ani na chwilę powziąć przypuszczenia, ażeby cały obraz chorobowy złożyć na karb wyłącznie neurastenii.

Jeżeli teraz zadać sobie pytanie, pod jaki typ chorobowy dadzą się podprowadzić pozostałe objawy, to odpowiedź nie wypadnie łatwo. Zaburzenia mowy o charakterze wyraźnie opuszkowym, które powstały w sposób zupełnie ostry, nie mogą być wyrazem porażenia opuszkowego; możnaby tu pomyśleć wprawdzie o apoplektycznej postaci porażenia opuszkowego, lecz przeczy przypuszczeniu temu cały przebieg choroby, brak początku wstrząsającego, brak porażen (zazwyczaj *hemiplegia alternans*), brak objawów miażdżycy tętnic, przymiotu lub wady serca oraz znaczne wahania w natężeniu choroby. Te właśnie wahania w połączeniu z wybitną apokamnozą mięśni, biorących udział w akcji mowy (a po części i mięśni ramienia), czynią w przypadku niniejszym prawdopodobnem przypuszczenie porażenia astenicznego. Powiadam prawdopodobnem, gdyż odbiega dość znacznie od klasycznego typu tego cierpienia. Przede wszystkim brak w nim udziału mięśni ocznych, tak charakterystycznego dla tej choroby, w której ptoza bywa w większości przypadków pierwszym objawem (chora nasza opowiadała wprawdzie o opadaniu jej powiek w ciągu dnia, lecz objawu tego nie mogliśmy stwierdzić obiektywnie. Następnie pomimo wybitnie zaznaczonej

apokamnozy w przeciągu krótkiego okresu czasu (np. podczas badania) chora nasza wyraźnie zaznacza, że wieczorem stan jej się polepsza, co dotyczy głównie mowy. Objaw ten zupełnie nie typowy dla porażenia astenicznego znalazłem w literaturze tylko w przypadku AUERBACH'a. Wreszcie niezwykle jest wystąpienie cierpienia tego po urazie (operacja), co znalazłem zaznaczone tylko w przypadku RENCKIEGO (uderzenie w głowę). Rozpoznanie nasze jest więc niepewne: prawdopodobnie mamy tutaj do czynienia z nietypowym przypadkiem porażenia astenicznego, występującym na ogólnym tle neurasteniczem. Z objawów poszczególnych chciałbym podkreślić tylko nadzwyczaj wybitny u chorej naszej wpływ afektów na występowanie i nasilenie się objawów chorobowych.

Umyslnie przy motywowaniu rozpoznania nie powoływałem się na dane badania elektrycznego, gdyż wykazują one pewną odrębność w stosunku do klasycznego typu MyaR. Wyjmuję z pierwszej pracy JOLLY'ego opis reakcji myastenicznej: „Występuje ona (MyaR) najwyraźniej, jeżeli z początku w przeciągu kilku sekund działać prądem indukcyjnym, silnie tetanizującym mięsień, a potem po krótkiej pauzie również kilkosekundowej, nie zmieniając pozycji elektrody, drażnić ponownie przez czas krótki przy tej samej sile prądu. Spostrzegamy wtedy bardzo prędko, że tężec przy każdym następnym drażnieniu występuje w sposób mniej pełny — widzimy także jeszcze podczas drażnienia, jak skurcz powoli się zmniejsza. Wkrótce następuje taki moment, w którym za każdym razem w chwili wejścia prądu występuje jeszcze krótkotrwały skurcz (podobny do skurczu przy zamykaniu prądu stałego), podczas gdy następnie przy dalszym drażnieniu powstają bardzo słabe skurcze mięśnia, które wreszcie zupełnie znikają. Jeżeli natomiast działać prądem indukcyjnym na mięsień w przeciągu od $\frac{1}{4}$ do 1 minuty, wtedy spostrzegamy równomierne słabnięcie skurczu, które stosownie do siły prądu znika zupełnie wcześniej

lub później. Wystarcza tutaj, jak i przy pierwszym sposobie pauza, trwająca niecałą nawet minutę, ażeby prąd wywołał taki sam skurcz, jak pierwotnie“.

(Patrz rys. str. 476).

Opis ten jednak pomimo całej swej jasności nie wyczerpuje całkowitej charakterystyki MyaR. Z poszczególnych zdjętych przez JOLLY'ego myogramów widoczne są jeszcze następujące kardynalne cechy, a mianowicie: 1) stopniowe zmniejszanie się natężenia skurczu przy każdym następującym drażnieniu oraz 2) wybitna różnica w sile opadania krzywej skurczu mięśniowego przy drażnieniach późniejszych w porównaniu z drażnieniami pierwszymi. Podaję tu z pracy JOLLY'ego jedną z takich najbardziej typowych krzywych. Widzimy tutaj wprawdzie już przy drugim drażnieniu pewne osłabnięcie skurczu, lecz dopiero przy 4 i 5 krzywa zaczyna opadać szybko, chyląc się ku zeru. Odmienność oddziaływania elektrycznego w przypadku naszym polega na tem, że największa różnica w wysokości krzywej przypada zawsze na drugie drażnienie, podczas gdy przy następujących staje się ona już nieznaczna. Jak widać z załączonego rysunku, dalecy jesteśmy tutaj od możliwości doprowadzenia skurczu do zera; miałem sposobność zaznaczyć już kilkakrotnie, że nawet przy typowej reakcji myastenicznej nie udaje się to stwierdzić, w tym zaś (IV) przypadku siła skurczu nawet po wielu drażnieniach trzymała się na względnie znacznej wysokości.

Tyle przy przerywanem drażnieniu prądem faradycznym (pierwsza metoda JOLLY'ego). Natomiast przy stałem działaniu na mięsień prądem tetanizującym — możemy w przypadku naszym doprowadzić skurcz do zera, lecz trzeba na to bardzo długiego okresu drażnienia, lecz i wtedy stan ten trwa kilka sekund, ustępując zaraz miejsca przerywanemu skurczowi umiarkowanej siły. W ostatecznej konkluzji przychodzę do przekonania, że w przypadku niniejszym mamy do czynienia z oddziaływaniem pokrewnem reak-

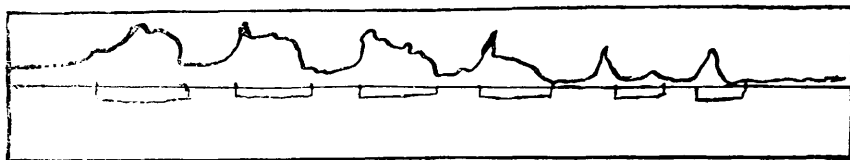
cyi myastenicznej, lecz, bądź co bądź, od niej odmiennem.

Przypadek V. Józef Barde, lat 49, właściciel zakładu mlecznego w Treptowie. Od lat 11 powoli powstała u chorego lewostronna ptoza, która rozwinęła się silniej w przeciągu ostatnich dwóch lat. Co do powstania wahań, chory nie daje odpowiedzi określonych: można stwierdzić tylko, że nie zawsze stopień ptozy jest jednakowy, że nad ranem po przebudzeniu się jest ona najmniejsza oraz że w ostatnich latach jest ona silniejsza, aniżeli z początku choroby.

Do tego czasu podobno zawsze był zdrow, nigdy nie cierpiał na bóle głowy ani na bóle

oku wybitna ptoza już w stanie spokoju (odsłonięta jest mniej więcej połowa rogówki). Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w trakcie badania natężenie ptozy znacznie się zmienia: przy badaniu apokamnozy łatwo jest stwierdzić wybitne zjawisko myasteniczne w *levator palpebrae superioris sinister*, a być może i w *dexter*. Po 25 podniesieniach ku górze lewa powieka zupełnie opada: po krótkiej pauzie ptoza znika zupełnie.

Czoło marszczy dobrze, kąty ust stoją na jednakowej wysokości, język wysuwa w prostej linii. Odruch z podniebienia miękkiego żywy i nie wyczerpuje się przy wielokrotnem wywołaniu. Mowa normalna, nawet przy dłuższem



w kończynach, nie miewał też nigdy zaburzeń pęcherzowych, ani kiszkowych. Do dzisiejszego dnia ciężko pracuje, nie męcząc się przy pracy, chodzi doskonale, nie odczuwając braku tchu. Żuje i połyka bez zarzutu. Chorób wenerycznych nigdy nie przechodził. Żonaty jest od lat 12, ma ośmioro zdrowych dzieci, jedno zmarło w drugim roku życia na zapalenie płuc. Żona zdrowa, nigdy nie roniła. Ojciec chorego zmarł na raka wątroby, z czworga rodzeństwa wszyscy zdrowi. Chory opowiada, że matka jego przechodziła tę samą chorobę, co i on, t. j. prawostronną ptozę o rozmaitem natężeniu, która później minęła bez śladu.

St. praesens. Chory wzrostu wysokiego, tegiej budowy, dobrego odżywiania. Narządy wewnętrzne bez zmian. *Respiratio* 24, tętno 96. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Żrenice jednakowej szerokości, obie reagują dobrze na światło i akomodację. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Na lewem

liczeniu nie występuje zmęczenie, ani nosowy odcień. Żuje i połyka wybornie. Ruchy głową we wszystkich kierunkach dobre i nie wywołują zmęczenia. Siła mięśniowa w kończynach górnych i dolnych bardzo znaczna, ani śladu apokamnozy. Chodzi dobrze, chodzenie pod górę nie wywołuje duszności.

Odruchy z *triceps* słabe, periostalne z *radius* także, kolanowe normalne, z *ACHILLES'a* słabe, brak objawu BABIŃSKIEGO. Brak objawu ROMBERG'a. Czucie dotykowe, bólowe, ciepikowe, czucie położenia członków bez zmian.

Badanie elektryczne prądem faradycznym wykazuje wyraźną MyaR w *m. deltoideus sinister*, w *musculus biceps sinister* i w *m. sterno-cleido-mastoideus sinister*.

5. III. 03. Objawy oczne te same. Być może, lekki stopień objawu GRAEFFE'go. Rezultat badania elektrycznego ten sam.

12. III. 03. Skarży się na bicie serca. Objawy oczne, jak przedtem. Elektrycznie to sa-

mo. Od tego czasu widziałem chorego w poliklinice jeszcze kilkakrotnie, przyczem z wyjątkiem lekkich wahań w stopniu lewostronnej ptozy — stan był mniej więcej jednakowy.

Przypadek ten oftalmoplegii częściowej u 49-letniego mężczyzny, rozwijającej się powoli w przeciągu lat 11 i podlegającej znacznym wahaniom, nie przedstawia trudności rozpoznawczych: o nawrotowym porażeniu nerwu okoruchowego zaledwie można było pomyśleć, dokładne wywiady i badanie wyłączyły możliwość przypuszczenia wiądu rdzenia, a wybitnie wyrażona apokamnoza górnej powieki oraz reakcja myasteniczna w *m. m. biceps, deltoideus, sternocleidomastoideus* czynią rozpoznanie porażenia astenicznego niewątpliwem. Co czyni przypadek ten interesującym, to fakt, że właściwe objawy chorobowe ograniczały się tylko do *m. levatorpalpebrae superioris*. Jest to więc pod pewnym względem unikat w szeregu ogłoszonych dotychczas przypadków tego cierpienia — forme fruste porażenia astenicznego w całym znaczeniu tego wyrazu.

W literaturze cierpienia tego znalazłem szereg opisów analogicznych, lecz w żadnym objawy chorobowe nie ograniczały się tylko do powiek. Przytaczam w streszczeniu niektóre z tych przypadków.

CAMUSET obserwował 45-letniego mężczyznę, który przed 35 laty zapadł na dwojenie w oczach, które po 1—2 miesiącach przeszło, w 5 lat później wystąpiły te same objawy wraz z nieznaczną obustronną ptozą i trzymały się przez cały rok mniej więcej na tej samej wysokości. W 8 lat później wystąpił znowu napad diplopii wraz z ptozą, powikłany podczas dwóch miesięcy zaburzeniami połykania i nadzwyczajnem osłabieniem ogólnem. Po 7 miesiącach zupełne wyleczenie. Po 3 latach nowy napad ptozy obustronnej — *ophthalmoplegia exterior totalis* z następczem osłabieniem ogólnem, zachowaniem reakcyi na światło i akomodacyę. Brak zaburzeń wzrokowych przy widzeniu monokularnem.

GOLDZIEHER opisuje 87-letniego pacjenta który nigdy nie przechodził przymiotu, lecz był silnie obarczony dziedzicznie: *ophthalmoplegia exterior bilateralis*; rano po przebudzeniu się powieki były całkowicie otwarte, po 1—2 godzinach opadały zupełnie, a gałki oczne traciły możliwość ruchu. Chory przytem wykazywał cechy zupełnej amnezyi i nie oryentował się w przestrzeni.

KARPLUS spostrzegł 24-letnią kobietę, u której w 6-ym roku życia wystąpiła bez żadnej widocznej przyczyny nieznaczna ptoza prawostronna, której stopień powiększył się w przeciągu dni następnych, i do której po kilku tygodniach dołączyła się ptoza lewostronna. Po roku powoli ptoza obustronna minęła. Od tego czasu występowały wielokrotnie napady ptozy obustronnej, trwające po kilka tygodni, podczas tych okresów nad ranem remisye, wieczorem eksacerbacye porażenia. Po kilku latach wystąpiło osłabienie i wybitna apokamnoza w mięśniach kończyn górnych i dolnych oraz *ophthalmoplegia exterior*: obustronna umiarkowana ptoza, pareza górnej i dolnej gałkzki *n-i facialis* oraz przemijające zaburzenia żucia.

KUNN opowiada o 25-letnim studencie, który nigdy nie przechodził przymiotu i który zapadł na *strabismus* oraz lekki stopień ptozy początkowo na lewym, a potem na prawem oku; stwierdził on wybitną różnicę w napięciu objawów tych rano i wieczorem. Podczas długiego okresu obserwacyi okazało się, że objawy wahały się z dnia na dzień, ptoza była to silniejsza, to słabsza, to samo dotyczyło porażenia konwergencyi i zezu. Pozatem zupełnie normalny stan układu nerwowego, specjalnie siła mięśniowa we wszystkich grupach była zachowana.

WILBRANDT i SAENGER opisują u 27-letniej kobiety zresztą zupełnie zdrowej, nieobarczonej dziedzicznie, wystąpienie bez żadnej widocznej przyczyny ptozy, podlegającej silnym wahaniom. Badanie obiektywne wykazało *ophthalmoplegiam incompletam exteriorem*: upośledzenie ruchów ga-

lek ocznych na zewnątrz i ku górze, które także wahało się w dużych granicach. W *m. levator palpebrae superioris* właściwego porażenia nie było, lecz wybitny stopień apokamnozy; nad ranem stan był znacznie lepszy, aniżeli wieczorem. Żrenice równe, oddziaływały dobrze na światło, akomodację i konwergencję. Zresztą brak objawów myastenicznych w innych grupach mięśniowych.

Niestety, jak w tym, tak i w poprzedzających przypadkach brak jest danych badania elektrycznego, pomimo to sądzę, że można je zaliczyć do rudymentalnych postaci porażenia astenicznego. Nie mogę tego natomiast powiedzieć o cytowanym przez WILBRANDT'a i SAENGER'a przypadku HOCHÉ'go, który autorowie zaliczają do tej samej kategorii, gdyż nie ma tam ani jednego objawu, na którym możnaby oprzeć to rozpoznanie. Z przytoczonych historii chorób opisy KUNN'a, GOLDZIEHER'a i WILBRANDT'a i SAENGER'a najbardziej zbliżają się do mojego przypadku, lecz i w nich w oftalmoplegii przyjmowały udział i mięśnie gałek ocznych, i w żadnym z nich objawy apokamnozy nie ograniczały się do *m. levator palpebrae superioris*. To właśnie izolowane występowanie ptozy w naszym przypadku nadaje mu szczególne znaczenie kliniczne. Taki znawca omawianego przez nas cierpienia, jak GOLDFLAM — powiada w swej ostatniej pracy: „Według mojego dzisiejszego doświadczenia w każdym przypadku izolowanej ptozy należałoby mieć na uwadze porażenie asteniczne, o ile jej nie można powiązać z żadną z chorób, w której też ptoza się spotyka“. W innym miejscu powiada on: „W każdym podobnym przypadku pomimo przemijającego występowania opadania powieki i podwójnowidzenia, a być może, właśnie dla tego należy pomyśleć nie tylko o syfilisie, władzie rdzenia, paralizu postępującym i t. p., lecz mieć na uwadze możliwość porażenia astenicznego. Jeżeli wczesne rozpoznanie wszędzie jest bardzo pożądane, tem więcej znaczy ono w porażeniu astenicznem, albowiem zmusza do postępowania ochronnego i zapobie-

gawczego i nie pozwala na użycie środków energetycznych np. tyreoidyny“. Możnaby wprowadzić zadać sobie pytanie, czy nie mamy w przypadku naszym do czynienia z początkowym okresem tego cierpienia, które następnie rozwinęłoby się mogło i dać pełniejszy obraz, lecz przeczy temu 11-letnie trwanie choroby, występującej tutaj w postaci niezwykle łagodnej.

Na uwagę w przypadku tym zasługują jeszcze 2 objawy: objaw GRAEFFE'go oraz *tachycardia*: o ile pierwszy jest tylko zlekka zaznaczony, o tyle drugi występuje bardzo wyraźnie. Czy można tutaj mówić o kombinacji z chorobą BASEDOW'a, a przynajmniej z fragmentami tej choroby, nie jestem w stanie rozstrzygnąć (na powinowactwo i kojarzenie się porażenia astenicznego z chorobą BASEDOW'a zwracano już niejednokrotnie uwagę: BRISTOWE, FINLAYSON, OPPENHEIM, GOLDFLAM, JENDRASSIK, S. KALLISCHER, BALLET, SEELIGMÜLLER, LIEBRECHT, ROTHMANN, MARINA, STELLWAG, SCHLESINGER, PINCTON, KARPLUS, CHARCOT-MARINESCO, REMAK, SENATOR, WAMER) to tylko pewna, że objawów ocznych w przypadku naszym nie można uważać za wyraz choroby BASEDOW'a.

I jeszcze jeden punkt, na który chciałbym zwrócić uwagę: chory nasz, mianowicie, kategorycznie twierdzi, że matka jego kiedyś cierpiała „na zupełnie tę samą chorobę“, a mianowicie na ptozę jednostronną, podlegającą znacznym wahanom. Twierdzeniu temu, którego nie podobna było stwierdzić obiektywnie, oczywiście nie możemy dawać wiary bezwzględnej; o ile jednak byłoby ono prawdziwe, mielibyśmy w takim razie do czynienia z pierwszym w literaturze przypadkiem bezpośredniego dziedziczenia porażenia astenicznego. Jak wiadomo, dotychczas dziedziczności w powstawaniu tego cierpienia przypisywano rolę bardzo podrzędną (SCHULTZE np. zupełnie neguje jej znaczenie): zazwyczaj u rodziców lub w liniach dalszych spotykamy się tylko z migreną, neurastenią, psychozami lub gruźlicą.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

63. STEINBERG. Aglutynacyjne własności surowicy chorych żółtaczkowych względem laseczników tyfusowych.

Przedmiot, w nagłówku zaznaczony, posiada już obecnie bardzo obszerną literaturę. Surowica chorych żółtaczkowych posiada, zdaniem jednych autorów, dość wybitne własności zlepiające, według i nnych — zdolności aglutynacyjne surowicy tych chorych są takie same, jak u ludzi zdrowych, którzy tyfusu brzuszego nie przechodzili. Wobec sprzeczności tych wyników autor nanowo przedsięwziął szereg odnośnych badań, które niezbędne są dla oceny ważności rozpoznawczej odczynu GRUBER — WIDAL'a. Badano surowicę krwi 22 chorych, dotkniętych żółtaczką najrozmaitszego pochodzenia. We wszystkich przypadkach wykonano ilościowe określenie zdolności aglutynującej podług sposobu STERN'a. Mieszanie surowicy i hodowli umieszczano na 2 godziny w termostacie przy 370, poczem przygotowywano preparaty drobnowidzowe, przyjmując za granicę to rozcieńczenie, przy którym występowało jeszcze widoczne oddziaływanie surowicy na laseczники (małe kupki), podczas gdy najbliższe większe rozcieńczenie, jak również hodowla, do kontroli służąca, okazywały wyłącznie odosobnione ruchome prątki. Za miarę aglutynacji (A_2) uważano liczbę, wyrażającą największe skuteczne rozcieńczenie. Wszystkie swoje spostrzeżenia autor dzieli na 2 grupy, zaliczając do pierwszej przypadki z $A_2 < 40$, do drugiej — przypadki z $A_2 > 40$. Podział ten przyjął autor dlatego, że według uprzednich badań działanie aglutynacyjne surowic nietyfusowych w rozcieńczeniu 1 : 40 spostrzega się niezmiernie rzadko.

W 15 przypadkach zdolność zlepiająca surowicy względem laseczników EBERTH'a była mniejsza, niż 40, t. j. w rozcieńczeniu 1 : 40 już nie występowała. Należą tu: 6 przypadków żółtaczki nieżytowej, 2 przypadki kamicy żółciowej, 3 przy-

padki raka (pęcherzyka żółciowego, przewodu wątrobowego, dwunastnicy), 1 przypadek prawdopodobnego guza pęcherzyka, 1 przypadek ostrego żółtego zaniku wątroby, 1 przypadek ogólnej posocznicy i wreszcie 1 przypadek żółtaczki z gorączkowym przebiegiem. Na 7 przypadków drugiej grupy w 2 przed laty (2 i 30 l.) był tyfus brzuszny, i właśnie w tych 2 przypadkach surowica okazywała energiczne działanie zlepiające. Z pozostałych 5 przyp. w 2 była żółtaczka nieżytowa, w jednym żółtaczka z gorączką, w 1 rak wątroby i w 1 żółtaczka o ciemnej etiologii. W 3-ch z pomiędzy tych przypadków stwierdzono 1 raz zaledwie ślady aglutynacji przy rozcieńczeniu 1 : 80, 2 razy — wyraźną aglutynację przy 1 : 80, a zupełny brak aglutynacji przy rozcieńczeniu 1 : 160.

Z powyższego wynika, że między obecnością żółtaczki a zlepiającymi własnościami surowicy nie zachodzi żaden stały stosunek. Przy b. silnym nawet zastoju żółci surowica może nie posiadać zdolności aglutynacyjnych. Już jedna ta okoliczność stanowi dowód, że nie żółć lub pojedyncze jej części składowe używają surowicy krwi zdolności aglutynacyjnych. Wywód ten pozostaje w zgodzie z wynikami poszukiwań niektórych autorów (ECKARDT, KÖNIGSTEIN), według których żółć sama przez się własności zlepiających nie posiada. O wiele prawdopodobniejszym jest przepisywać to działanie innym towarzyszącym niekiedy żółtaczkę czynnikom. STERN uważa za b. prawdopodobne, że spostrzegane niekiedy przy żółtaczkę aglutynacyjne działanie surowicy zależy nie od żółtaczki jako takiej, lecz od towarzyszącego tejże, wzgl. warunkującego ją zakażenia. Także KÖNIGSTEIN przyjmuje dla wytłumaczenia dodatniego odczynu aglutynacyjnego w chorobie WEIL'a aglutynację zbiorową („Gruppenagglutination”). W tymże duchu wyraża się także KÖHLER, przyjmując, że w niektórych przypadkach żółtaczki zakażenie lasecznikiem

okreźnicy wywołać może aglutynacyjne własności surowicy. Zdanie to jednak nie wydaje się słusznem gdyż możność wywoływania aglutynacji wtórnej czyli pośredniej („*Mitagglutination*”, „*indirekte Agglutination*”) obca jest, jak wiadomo, grupie las. określonej. Autor w 2 przypadkach zakażenia proteus'em usznego pochodzenia (bez żółtaczki) spostrzegał wespół z LUBOWSKIM aglutynację las. tyfusowych w rozcieńczeniu 1 : 80, a w doświadczalnym zakażeniu królików proteus'em udało im się spostrzegać b. wysoką zdolność aglutynacyjną względem las. tyfusowych (w jednym przypadku przy rozcieńczeniu 1 : 1200). Podobne wyniki osiągnęli przy doświadczalnym zakażeniu gronkowcami.

Z punktu widzenia „aglutynacji pośredniej” nieprawidłowe występowanie, wzgl. brak odczynu w żółtaczce nie przedstawia nic osobliwego. Jak zmienna jest aglutynacja pośrednia przy tem samym zakażeniu u rozmaitych osobników, dowodzą podjęte w ostatnich czasach badania. KORTE dowiódł na licznych przypadkach tyfusu, że niektóre surowice okazują własności aglutynacyjne względem laseczników *paratyphi A*, inne—względem las. *paratyphi B*, trzecia kategoria—dla *paratyphi A i B*, surowice zaś innych tyfusowych wcale nie oddziałują na obydwa typy paratyfusu. Wyżej wzmiankowane badania autora nad zakażeniem gronkowcem i proteus'em również dowodzą, że występowanie aglutynacji wtórnej podległe jest w wysokim stopniu wahaniom osobniczym: w jednych przypadkach otrzymywano stosunkowo niewysoką wartość aglutynacyjną względem las. tyfusowych (1 : 120), w innych przeciwnie — b. wysoką (1 : 1200), jeszcze w innych — równą zeru.

Rozpatrując swoje przypadki ze stanowiska zakażenia bakteryjnego, autor w nich wszystkich odnajduje znamiona prawdopodobnego zakażenia. Że w tych przypadkach, w których dochodzi do zastójności żółci, występuje aglutynacja pośrednia las. tyfusowych, łatwo zrozumieć, gdyż zastój taki łatwo prowadzi do zakażenia dróg żółciowych. Dla t. zw. choroby WEN'a wielu autorów przyjmuje zakażenie proteus'em za moment etiologiczny. Przy tej zaś etiologii stosunkowo częste występowanie aglutynacji laseczników tyfusowych nie zawiera w sobie nic osobliwego (patrz wyżej). Brak odczynu w niektórych przypadkach żółtaczki tłumaczy się tem, że wcho-

dzą tu w grę rozmaite zakażenia, z których tylko pewna część zdolna jest aglutynować las. tyfusowe. Z drugiej zaś strony wiadomo, że przy jednym i tym samym sprawcy zakażenia rozmaite osobniki wobec aglutynacji pośredniej rozmaicie się zachowują. Te różnice osobnicze jeszcze więcej na jaw występują, gdy, zgodnie ze zdaniem JOACHIM'a, nie ograniczymy się do las. tyfusowych, lecz poszukiwania rozszerzymy i na inne gatunki bakterii.

Pogląd autora na powstawanie aglutynacji w żółtaczce uważany jeszcze być musi za hipotetyczny. Kwestya może zostać rozstrzygnięta jedynie przez połączenie spostrzegania klinicznego z doświadczeniami na zwierzętach w rodzaju tych (*proteus*, *staphylococcus*), jakie autor przeprowadził.

(Münch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 11)

S. P.

64. BAYER. Przyczynek do statystyki wycięcia śledziony wraz z opisem przypadku usunięcia śledziony z powodu przerostu samorzutnego.

Z punktu widzenia fizyologicznego wycięcie śledziony uważać można za zabieg dozwolony; dowodzą tego zarówno doświadczenia na zwierzętach, jak i spostrzeżenia chorych, u których usuwano śledzionę z powodu urazu. Zabieg ten wywołuje, prawda, niekiedy pewne zmiany we krwi, jak zwiększenie liczby białych ciałek, zmniejszenie liczby czerwonych krążków i zawartości hemoglobiny; dalej spostrzegano zastępcze obrzmienie gruczołów chłonnych i tarczowego. Jednakże objawy powyższe należą do przemijających, i już po upływie kilku miesięcy skład krwi nie przedstawia żadnych zboczeń.

Jeżeli jeszcze do niedawnego czasu połowa niemal przypadków usunięcia śledziony kończyła się śmiercią, przypisać to należy w części wadliwej technice i niedostatecznej aseptyce, głównie jednak nie dosyć ścisłemu stawianiu wskazań do tak poważnego zabiegu. Wprawdzie i dzisiaj sprawa ta jeszcze ostatecznie rozwiązana nie została, tem nie mniej jednak wyłączono już stopniowo cały szereg zachorowań śledziony, jako nie nadający się do zabiegu chirurgicznego. Dotyczy to przedewszystkiem śledziony, powiększonej wskutek białaczki, która, jak wiadomo, bardzo rzadko jest następstwem zachorowania śledziony; w tych przypadkach usunięcie tego narządu nie wpływa, rzecz prosta, wcale na prze-

bieg cierpienia zasadniczego. Do tej samej kategorii zaliczyć wypada śledzionę, powiększoną wskutek zastoju, zwyrodnienia skrobiowatego lub zanikowej postaci marskości wątroby.

W miarę tego, jak zaczęto coraz to krytyczniej dobierać przypadki, nadające się do operacji, wyniki jej stawały się pomyślniejszymi. Tak BESSEL-HAGEN zebrał do r. 1900 358 przypadków całkowitej rezekcji śledziony z 37,7% śmiertelności, podczas gdy statystyki poprzednie przedstawiają: VULPIUS'a — 49,6%, CECR'ego — 51,8%. Jeżeli porównać statystykę do r. 1890 i od 1890—1900, to widzimy, że w pierwszym okresie śmiertelność wynosiła 42,2%, w ostatnim tylko 18,9%. Skala powyższa jeszcze się obniży, jeżeli uwzględnić przypadki operowane od czasu ukazania się statystyki BESSEL-HAGEN'a. Takich przypadków autor zebrał 35 i podaje opis jednego własnego. Przypadek dotyczy 12-letniego chłopca, u którego od lat 5 po zapaleniu płuc rozwijał się w nadbrzuszu, pod lewym łukiem żebrowym guz, który osiągnął 26 ctm. długości na 19 ctm. szerokości; odgłos wypukowy ponad guzem tępy, konsystencja jego twarda; kierunek guza od łuku żebrowego ku dołowi i w kierunku linii pośrodkowej. Badanie krwi wykazało znaczne zmniejszenie liczby białych ciałek — mianowicie 1800—1900 w jednym milimetrze sześciennym. Wątroba i gruczoły chłonne nie powiększone.

Śledzionę, ważącą 2,4 kil. usunięto. Przebieg pooperacyjny był, na ogół biorąc — prawidłowy, chłopiec po upływie miesiąca opuścił szpital. Godne uwagi w przypadku tym jest znaczne wzmożenie liczby leukocytów po operacji, mianowicie na 5 dzień liczba ich wzrosła sześciokrotnie, a więc do 12,000; potem stopniowo zaczęła spadać do zwykłego poziomu. Że w danym przypadku autor rzeczywiście miał do czynienia jedynie z samorzutnym przerostem śledziony, dowodzi brak innych objawów ogólnych i powolny rozrost guza.

W końcu autor, dodawszy zebrane przez siebie od r. 1900 przypadki do statystyki BESSEL-HAGEN'a, podaje krótką tablicę statystyczną 254 przypadków, obserwowanych od r. 1891, z ogólną śmiertelnością 21,2%.

Przypadki te grupują się, jak następuje:

1) Śledzioną powiększoną wskutek zastoju, zwyrodnienia skrobiowatego, marskości wątroby. Śmiertelność 100%.

2) Przerost białaczkowy — 8 przypadków, śmiertelność 75%.

3) Białaczka rzekoma — 1 przypadek z wynikiem pomyślnym.

4) Przerwanie śledziony: 43 przypadki — 34,9% śmiertelności.

5) Ropień — 4 przypadki pomyślne.

6) Gruźlica — 3 przypadki pomyślne.

7) Torbiel krwawa — 4 przypadki z zejściem pomyślnym.

8) Bąblowiec — 13 przypadków, 7,7% śmiertelności.

9) Mięsak — 5 przypadków, 20% śmiertelności.

10) Nowotwory zapalne — 2 przypadki, z których jeden śmiertelny.

11) Skręcenie szypuły śledziony wędrującej — 15 przypadków, 33,3% śmiertelności.

12) Zimnica — 89 przypadków, 20,2% śmiertelności.

13) Przerost śledziony wędrującej — 29 przypadków, 6,9% śmiertelności.

14) Przerost idiopatyczny — 21 przypadków, 9,5% śmiertelności.

(München. med. Wochens. 1904. N. 3).

A. Wertheim.

65. BALDASSARI i GARDINI. Doświadczenia nad nowotworzeniem kości po wycięciu żeber.

Doświadczenia autorów miały na celu przekonanie się, jaki materiał nadaje się najlepiej do wypełnienia braków po rezekcji żeber. Wprawdzie operacja powyższa zmierza częstokroć wprost do zmniejszenia pojemności tułowia, jednakże w innych przypadkach usunięcie żeber chorych pociąga za sobą niepożądane wypuklenie pokrytych przez nie narządów wewnętrznych. Dla tych właśnie przypadków pożądane jest nowotworzenie kostne na miejscu żeber usuniętych. Tymczasem już samo pole operacyjne nasuwa znaczne trudności w pokryciu braku kostnego, głównie z powodu ruchomości tułowia i granic braków, które nie wszędzie są stałe, kostne, jak to np. ma miejsce na czaszce.

Autorowie doświadczenia przeprowadzali na psach, wycinając żebro na przestrzeni

3—4 ctm. po obu stronach kręgosłupa. Następnie brak kostny z jednej strony zastępowali kością sterylizowaną, nieodwapnioną, z drugiej kawałkiem sterylizowanego zębra psiego.

Po upływie 6—8 miesięcy okazało się, że na miejscu kości nie odwapnionej regeneracja kostna była bardzo nieznaczna, natomiast wyjąłowny przez gotowanie kawałek zębra znakomicie przywracał dawną ciągłość zębra operowanego. Na mocy doświadczeń powyższych autorowie metodę ostatnią polecają w celach operacyjnych dla człowieka.

(Münchener med. Wochens. N. 3. 1904).

A. Wertheim.

66. EBSTEIN. Exodyna, nowy środek czyszczący.

Exodyna (eter tetramylowy kwasu dyacetylpirugallusowego) przedstawia się w postaci proszku żółtego, bez smaku i zapachu, nie rozpuszczającego się w wodzie. Zażyta wewnątrz, nie wywołuje żadnych bólów, a skutek następuje zwykle po 8—12 godz. Środek powyższy nie wywołuje również nieprzyjemnego uczucia rozwolnienia. Wypróżnienia bywają przy tem papkowate i powtarzają się kilka razy.

Pod względem działania exodyna zajmuje miejsce pośrednie między *laxantia* i *purgantia*. A zatem środek ten może być użyty z dobrym skutkiem w najrozmaitszych chorobach, połączonych z zaparciem stolca. W nawykowym zaparciu stolca autor stosował z dobrym wynikiem ławatywy z oliwy, a wewnątrz dawał exodynę. Jako „środek przesuwający“ exodyna działa w tych razach daleko lepiej, niż inne środki czyszczące, jako to: kalomel, rycyna i t. d.

Pod względem budowy chemicznej exodyna pokrewna jest purgatywie i emetywie, które również posiadają własności czyszczące. Różni-

ca między exodyną i purgatywą polega na tem, że moc purgatywna pozostawia plamy na bieleźnie. Exodyna należy, co prawda, do łagodnych i skutecznych środków czyszczących, lecz jak dotychczas, jest jeszcze bardzo droga.

Co się tyczy dawki exodyny, to dla dzieci wystarcza 0,5, dla dorosłych 1,0 do 1,5.

(Deut. Medicinische Wochensh. N. 1. 1904).

Springer.

67. MANZ. Osteoplastyczne wycięcie spojenia łonowego.

Metoda dotychczas wyrobiona została na trupie. Cięcie skórne w postaci łuku wypukłego ku dołowi łączy oba guzki łonowe; wierzchołek łuku znajduje się na nasadzie prącia. Następnie ostrożnie oddziela się od łuku łonowego nasadę prącia, obnażając wierzchołek łuku na przestrzeni 3—4 ctm. Teraz z obu stron przeprowadzwszy piłkę „gigli“ poza zstępującymi gałęziami kości łonowej przez otwór zasłaniany, przepiłujemy kość. Wreszcie przecinamy okostną na linii, łączącej koniec przedniego przepiłku i guzek łonowy, i za pomocą tej samej piłki przecinamy część poziomą kości łonowej. W ten sposób otrzymujemy sześciokąt kostny, który odchylamy ku górze, jakby na zawiasach—na częściach miękkich. Wówczas udostępnione jest dla oka operatora wnętrze małej miednicy, tak, że z łatwością wykonywać można wszelkie operacje na pęcherzu, gruczole krokowym, cewce, odbytnicy i t. p. Po dokonanej operacji, płat skórnokostny powraca na dawne miejsce, kość zeszywa się 4 szwami drucianymi, a przestrzeń pod spojeniem łonowym wypełnia się gazą.

(Centralblatt f. Chirurg. 1904. N. 15).

A. Wertheim.

K R O N I K A.

Warszawska Kasa pogrzebowa lekarzy.

Rozpoczynając „Kronikę“ dzisiejszą pod hasłem: „*memento mori*“, wracam do tematu, mniej więcej przed rokiem na tem samem miejscu przeze mnie poruszonego. Zwróciłem wówczas uwagę na potrzebę i pożytek kasy pogrzebowej lekarzy, a chcąc jaknajprędzej ideę w czyn wprowadzić, sądziłem, że najlepiej będzie połączyć proponowaną kasę z jedną z istniejących już instytucji lekarskich. Połączenie takie ka-
zało spodziewać się, że wyjednanie odpowiedniego pozwolenia władzy nastąpi łatwiej i szybciej, a prócz tego dawało możność przekazania kasy pod istniejącą już administrację, co zmniejszyłoby powinno związane z prowadzeniem instytucji koszty. Względy te skłoniły mnie do wystąpienia z odpowiednim wnioskiem do kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, której zarząd, po wypracowaniu ustawy, zakrzętnął się gorliwie około jej zatwierdzenia i zasłużył sobie na wdzięczność naszą za szybkie doprowadzenie dzieła do końca, albowiem warszawska kasa pogrzebowa lekarzy już istnieje i po zapisaniu się do niej 100 członków rozpocząć będzie mogła swą niewątpliwie pożyteczną działalność.

Miejmy nadzieję, że skompletowanie potrzebnej listy nie długo na siebie da czekać, tembardziej, że nasza kasa pogrzebowa odznacza się pewnemi zasadniczymi różnicami w porównaniu z innemi kasami pogrzebowemi.

A więc przedewszystkiem istniejące dotychczas kasy pogrzebowe szwankują na jednym punkcie, który bytowi ich ustawicznie zagraża. Idzie tu, mianowicie, o niepunktualne wnoszenie wkładów w razie śmierci uczestnika kasy. Wpisowe i pierwszy wkład opłacają wszyscy uczestnicy bardzo skwapliwie. Ale już przy pierwszym przypadku śmierci, a tembardziej przy następnych coś w kasie zaczyna się psuć: ten i ów nie wnosi należnej kwoty, skutkiem czego liczba członków kasy się zmniejsza albo nawet

nie dochodzi do wymaganej przez ustawę normy. Jeżeli zaś w jakimś szczególnie niepomyślnym dla kasy roku zdarzy się więcej przypadków śmierci, z pewnością znajdzie się pokaźna liczba nie dotrzymujących zobowiązania uczestników. Taka ewentualność w kasie pogrzebowej lekarzy jest wyłączona dzięki temu, że członek tej kasy musi być jednocześnie uczestnikiem kasy pożyczkowo-oszczędnościowej, w której ma zawsze pewien kapitał złożony. Z kapitału tego w razie potrzeby będzie kasa pogrzebowa za upoważnieniem interesowanego czerpać mogła, a taki stan rzeczy daje gwarancję prawidłowego jej funkcyonowania. Obowiązkowe zaś należenie do kasy pożyczkowo-oszczędnościowej nie wkłada na jej uczestnika zbyt wielkiego ciężaru, gdyż *minimum* wkładu wynosi wszystkiego dwa ruble na miesiąc. Nie jeden więc uczestnik kasy pogrzebowej, mimowolnie może, uciula sobie jednocześnie trochę grosza i w kasie pożyczkowo-oszczędnościowej.

Ważniejszą jeszcze stronę naszej kasy pogrzebowej, wyróżniającą ją wybitnie od innych tego rodzaju kas, stanowi okoliczność, że część wnoszonych wkładów przeznacza się na utworzenie funduszu wsparć, czyli że warszawska kasa pogrzebowa lekarzy jest zarazem i kasą pomocy.

Pisałem już o smutnej doli lekarza, złożonego chorobą i nie mającego gdzie szukać pomocy na czas niezdolności do pracy. Nasi koledzy łódzcy wyprzedzili już nas pod tym względem, w Łodzi bowiem istnieje od lat 3 oparta wprawdzie na innych zasadach kasa wzajemnej pomocy lekarzy. Jakkolwiek do instytucji tej należy tylko 46 lekarzy, jednak kapitał kasy z końcem roku 1903 wynosił 2691 rb., a w przeciągu roku ubiegłego wypłacono sześciu chorym uczestnikom 432 ruble, placąc po rubli trzy za każdy dzień choroby.

U nas tymczasem zapomogi mogłyby być wydawane z kapitału wsparć, i taka kasa pomocy byłaby dla chorego ubogiego lekarza niedającym się ocenić dobrodziejstwem, a przy liczonym udziale kolegów w kasie pogrzebowej oraz staraniach powiększenia środków kasy pomocy z innych źródeł wydział wsparć mógłby z czasem stać się instytucją poważną. Gdyby do kasy pogrzebowej lekarzy należało 1000 kolegów, to rodzina każdego zmarłego jej członka otrzymywałaby prawie 4000 rubli, a kapitał wsparć przy pierwszym przypadku śmierci wynosiłby już przeszło 700 rubli. Fundusz ten bowiem tworzy się z 10% od wkładów, pobieranych w razie wypadku śmierci, co stanowi 52,5 kop. od każdego uczestnika, czyli przeszło 500 rubli od 1000 uczestników, i z 5%, potrącanych przy wydawaniu każdego wsparcia, co przy 1000 uczestnikach wyniesie 200 rubli. Przy skromniejszych rozmiarach funduszu, przeznaczonego na wsparcia, można będzie ztąd czerpać na wkłady dla uboższych członków kasy pogrzebowej, gdy zaś fundusz ten wzrośnie, będzie mógł być obracany na zapomogi większe dla ubogich i zniezdolnionych uczestników kasy. W przyszłości znajdują się zapewne sposoby powiększenia kapitału wsparć z innych jeszcze źródeł, i w ten sposób, jak powiedziałem wyżej, z biegiem lat z kasy pogrzebowej może wyłonić się instytucja wielkiej doniosłości praktycznej.

Abstrahując zresztą od tego zadania, kasa pogrzebowa przy liczonym udziale kolegów, przy 1000 uczestnikach, dawałaby kapitału pośmiertnego 3,800 rubli, sumę, za którą pozostała po lekarzu rodzina może nie tylko bez kłopotu zająć się pogrzebem zmarłego, ale i mieć pewien zapas pieniędzy na pierwszy czas swego sierostwa aż do obmyślenia jakiegokolwiek sposobu do życia. W obecnych warunkach brak funduszu na pochowanie lekarza, który cieszył się

nawet względnym dobrobytem, nie należy do wielkich rzadkości, a przykłady szukania na gwałt pożyczki potrzebnej na opłacenie kosztów pogrzebowych są mi znane.

Kasa pogrzebowa daje możność każdemu lekarzowi oszczędzenia rodzinie swojej tego okropnego położenia, pozwala mu zabezpieczyć sieroty swoje przynajmniej tak, aby zpoza jego stygnących zwłok nie wyzierało groźne widmo nędzy, aby z ust pozostałych po nim nie wyszło straszliwe oskarżenie, że nie pamiętał o ich losie. A im liczniej garnąć się będą do kasy uczestnicy, tem spokojniejszy byt, przynajmniej na pierwszy czas, zapewniony będzie ich rodzinom. Uchylenie się od udziału w kasie jest lekkomyślnością ze strony ubogich, brakiem poczucia koleżeństwa ze strony majątniejszych, bo, nie należąc do kasy, uszczuplają wysokość sumy, jaka rodzinie ubogiego kolegi wypłaconaby być mogła. Z obu tych względów powinniśmy jaknajliczniej do kasy pogrzebowej się zapisywać, a dalibyśmy wielki dowód przeczności i koleżeństwa, gdyby ani jednego z kwalifikujących się do udziału w kasie w niej nie zbrakło, ani jednego z Warszawy i prowincyi.

Pora już bowiem zdać sobie sprawę z pożytku i konieczności zrzeszania się, które jedynie byt nasz poprawić jest w stanie. Dotychczas ciągle chodzimy luzem, mało jedni o drugich dbając. Zapewne, w tak licznej korporacji, jak lekarska, złożonej z najróżnorodniejszych żywiołów, nie może panować zupełna zgoda, harmonia i ogólna miłość braterska. Ale jeden cel powinniśmy widzieć wyraźnie przed sobą wytknięty — pomoc wzajemną, w imię której porzucmy waśnie, zapomnijmy o małostkowych ambicyjkach i antypatyach i walcmy pod hasłem dobra wspólnego.

Zygmunt Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= MONTI rozpoczyna leczenie zaburzeń żołądkowo-kiszkowych u dzieci od wlewań do odbytnicy roztworów fizjologicznych lub wprost wody gotowanej. Za pomocą irygatora i miękkiej rurki wlewa się noworodkowi naraz 200,0, dziecku rocznemu litr, starszemu do 2 litrów. Gdy się spostrzeże, iż woda dosięga kątnicy, to przerywa się wlewanie. W lekkich postaciach nieżyty bierze się wodę o 26° R, w biegunce krwawej obniża się ciepłotę jej do 18° R. FJEDROWICZ metodą powyższą osiągnął doskonale wyniki w 312 przypadkach. (Wraczeb. Gaz. 14 — 1903).

= SICK opisuje dwa przypadki raka skóry, powstałego na gruncie owrzodzenia, wwołanego promieniami ROENTGEN'a. Pier-

wszy chory, 31 letni, pracował od lat w fabryce rur ROENTGEN'a i używał prawej ręki do próbowania rur. Z czasem utworzyły się ciężkie zmiany w skórze rąk i twarzy: wypadnięcie włosów, pigmentacja, zaburzenia odżywcze paznogi, zmętnienie soczewki, owrzodzenia na palcach. Jedno z nich na tylnej powierzchni prawej dłoni zaczęło się powiększać, gruczoły łokciowe obrzmiały. Stwierdzono raka dłoni i gruczołów. Drobnowidzowo był to rakowiec. Drugi chory, w starszym wieku, był również zajęty tą samą pracą, i u niego też powstało owrzodzenie na grzbiecie dłoni, z którego rozwinął się rak, grzybowato wystający po za otoczenie. Był to także rakowiec (*cancroid*). (Münch. m. Woch. 33 — 1903).

P.

Wiadomości bieżące.

— „Wraczebnaja Gazeta“ w Nr. 19 podaje następującą wiadomość, zaczerpniętą z „Wied. Od. Grad.“ „Stosownie do Najwyższego rozkazu z okręgu odeskiego ma być powołanych na plac boju jeszcze 30 lekarzy zapasowych. Do skompletowania tej listy zgłaszać się mogą ochotnicy. Gdyby zaś ochotników okazało się mniej, niż 30, to reszta wybrana zostanie przez losowanie w zarządzie odeskiej brygady miejscowej.“ Okazuje się tedy, że nie wszędzie powoływanie lekarzy zapasowych na wojnę odbywa się w taki sposób, jak u nas.

— Popyt na mleko skondensowane, wysyłane na Daleki Wschód, jest tak wielki, że grupa kapitalistów Królestwa Polskiego otwiera pierwszą fabrykę tego produktu, wypisywanego dotychczas wyłącznie z zagranicy.

— W szpitalach moskiewskich ma być zaprowadzona reforma w sposobie żywienia chorych, polegająca na tem, że chorzy będą mogli otrzymywać obiad z karty. Jednocześnie powstał zamiar wprowadzenia systemu gospodar-

czego pod względem zaopatrywania szpitalów w mięso, co pozwala przypuszczać, że mięso będzie lepszego gatunku i wypadnie taniej, niż dotychczas.

— Prof. d-r Wysokowicz z Kijowa wyjechał do Laojanu, jako kierownik sanitarnej części armii mandżurskiej.

— „The British Medical Journal“ z 30 b. m. podaje krytykę tłumaczenia książki WERESAJEWA p. t. „Zapiski lekarza“. Recenzent dowodzi, że na zasadzie książki WERESAJEWA należałoby przypuścić, że medycyna w Rosyi znajduje się w stanie półbarbarzyństwa, że nastrój rozpaczliwy WERESAJEWA jest wynikiem jego zawodowej ignorancji, słowem, że dla takiej książki najwłaściwszym miejscem byłby „śmietnik“.

— Wyszedł z druku „Polski przewodnik po zdrojowiskach“, ułożony przez d-ra X. GÓRSKIEGO.

— Następcą zmarłego d-ra DUCLAUX w Instytucie PASTEUR'a ma zostać d-r ROUX.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w maju 1904 r.

Gazeta Lekarska.

N. 19. 1) Antoni Krokiewicz. W sprawie patogenezy dwoinek Fraenkel'a. Przypadek zapalenia przerzutowego.

2) W. Horodyński. Przypadek wrodzonej olbrzymiości częściowej. (Dok.).

N. 20. 1) Władysław Stankiewicz. Jaka jest granica doszczętnego leczenia przepukliny?

2) Kazimierz Ciągliński. Przyczynę do leczenia balneologicznego chorych z cierpieniami serca i tętnic.

N. 21. 1) Stanisław Janczurowicz. Przypadek pleśniicy żołądka, wywołanej przez nieopisywanego dotychczas pasorzyta.

2) Władysław Stankiewicz. Jaka jest granica doszczętnego leczenia przepukliny? (Dok.).

N. 22. 1) S. p. d-r Leon Nencki.

2) Jan Pruszyński. O wpływie adrenaliny na układ krwionośny.

3) Kazimierz Rzętkowski. Miażdżyca aorty, wywołana u królików przy pomocy dożylnych wstrzykiwań adrenaliny.

Kronika Lekarska.

Zeszyt 9. W. Miklaszewski. O wpływie fizjologicznym zabiegów gorących na ustrój. (C. d.).

Zeszyt 10. W. Miklaszewski. O wpływie fizjologicznym zabiegów gorących na ustrój. (Dok.).

Krytyka Lekarska.

N. 5. 1) Mieczysław Kaufman. Emanuel Kant. W stuletnią rocznicę jego śmierci.

2) August Kosiński. W sprawie klinicznej oceny nowych leków.

3) Fr. Giedroyć. Z dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce. Trzy przywileje. (Dok.).

4) Józef Bieliński. Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie. (C. d.).

Zdrowie.

Zeszyt V. 1) Adolf Landau. Sposoby określania wilgoci ścian.

2) E. Goldberg. Sposoby usuwania wilgoci.

3) W. Makowski. O przyczynach wilgoci, w mieszkaniach piwnicznych, suterenowych i parterowych.

4) Stamirowski i Makarczyk. Kosztorysy osuszania mieszkań.

5) Kazimierz Zieliński. O konkursie na plany szpitalika prowincjonalnego.

Lekarz.

N. 9. Władysław Chodecki. Higiena pracy umysłowej.

2) K. Łazarowicz. Krwotoki przyranne. (C. d.).

3) Jan Bączkiewicz. Jak ochraniać dzieci od chorób zakaźnych? (C. d.).

4) J. Idzikowski. Apteczka domowa (C.d.).

N. 10. 1) Matylda Biehler. Odżywianie dzieci.

2) Władysław Chodecki. Higiena pracy umysłowej. (Dok.).

3) Jan Bączkiewicz. Jak ochraniać dzieci od chorób zakaźnych? (C. d.).

4) J. Idzikowski. Apteczka domowa. (C.d.).

Ginekologia.

N. 4. 1) M. Cercha. O borowinie, kąpielach borowinowych krynickich i zastosowaniu ich do leczenia chorób kobiecych.

2) Fr. Neugebauer. Hydromeningocoele sacralis anterior. (C. d.).

3) J. Asterblum. Przyczynę do rozpoznawania tyłozgięcia macicy ciężarnej.

Przegląd dentystyczny.

N. 3. Michał Seńkowski. Własności i skład chemiczny śliny.

Przegląd Felczerski.

N. 9. W. W. Chorzy na gruźlicę i szpitale.

N. 10. 1) B. Dybowski. W kwestyi „o nadużywaniu alkoholu w praktyce“.

2) B. B. Fizjologia i higiena systemu krwionośnego. (C. d.).

3) J. Węgrzyn. Lekarstwa.

4) J. Z. W kwestyi odpoczynków letnich.

Przegląd Lekarski.

N. 19. 1) Wincenty Łepkowski. Replantacja, transplantacja i implantacja zębów.

2) Adam Wrzosek. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych. (C. d.).

3) W. Łepkowski. Replantacja, transplantacja i implantacja zębów. (C. d.).

N. 21. Leon Karwacki. Kreozot i kreozalbina w cierpieniach narządu oddechowego.

2) W. Łepkowski. Replantacja, transplantacja i implantacja zębów. (Dok.).

3) Adam Wrzosek. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych. (C. d.).

N. 22. Z. Pelczar. O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania kąpeli gazowych w chorobach serca.

2) Józef Kadyi. Wypadnięcie pochwy i macicy wśród porodu.

3) Adam Wrzosek. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych. (Dok.).

Nowiny Lekarskie.

N. 5. Leon Szuman. Gastroenterostomia z pomocą magnezyowego guzika Chlumsky'ego. Wyzdrowienie.

2) Teofil Zalewski. Przypadek błony wrodzonej krtani.

3) Bolesław Gerżabek. O znaczeniu pozycji Walcherowskiej w położnictwie. (C. d.).

4) Jan Deyle. Rak oka i okolicznych jego organów. (Dok.).

Postęp okulistyczny.

N. 5. 1) K. Noiszewski. Powstawanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych.

2) E. Liebermann. Czy istnieje akkomodacja ocz, pozbawionych soczewki, i jak ją wytłumaczyć?

3) B. Wicherkiewicz. W sprawie akkomodacji ocz bezsoczewkowych.

Przegląd Higieniczny.

N. 5. 1) Wiktor Legeżyński. Zdrowotność m. Lwowa w r. 1903.

2) Kazimierz Panek. Jarstwo wobec najnowszej wiedzy.

Przegląd Weterynarski.

N. 5. 1) Władysław Turczynowicz - Wyżnikiewicz. (Nekrolog).

2) Włodzimierz Sas Biliński. Służba rewizorów bydła i kontrolujących żandarmów w pasie granicznym. (Dok.).

3) Bernard Rathaus. W sprawie stosunku weterynarzy autonomicznych do rządu.

Głos Lekarzy.

N. 9. 1) Taryfa lekarska.

2) Uregulowanie należytości sądowo-lekarskich w sprawach cywilnych.

3) Ordynacja dla lekarzy. (Dok.).

4) Opinie izb lekarskich w sprawie tytułu specjalisty.

5) Organizacja prasy lekarskiej polskiej.

6) Sprawa szpitalika św. Zofii.

7) Głos posła ludowego w sprawie epidemii.

8) Zatwierdzenie nowego statutu Tow. Samopomocy.

N. 10. 1) Położenie materialne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi.

2) Uregulowanie należytości sądowo-lekarskich w sprawach cywilnych.

3) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych. (C. d.).

4) Taryfa lekarska. (C. d.).

5) Z niwy dziennikarskiej.

6) Położenie lekarzy zdrojowych.

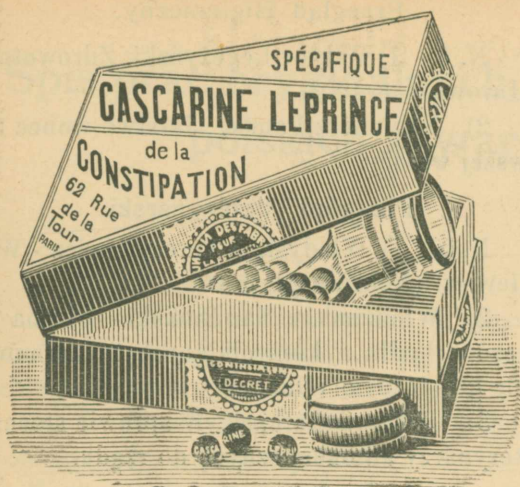
7) W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych.

8) W sprawie szpitalika św. Zofii.

Bardzo pożyteczny produkt z

Cascara Sagrada.

✦✦ **CASCARINE**
 $C^{12}H^{10}O^5$ **LEPRINCE** ✦✦
 (Kaskarin Leprens)



Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku
 Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892
 roku i 3 Lipca 1899 r.

WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby
 wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla
 organów trawienia; przy atonii organów tra-
 wienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży
 i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym.
 Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po
 jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek.
 Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16).
 Składy we wszystkich aptekach i składach ma-
 teryałów aptecznych

Racyonalne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego,
 przygotowanego przez D-ra Leprince

$C^{40}H^{54}Az^{14}O^{27}P^4$

Wskazania: Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—
 Anemia—Uwiąd starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

D-r LEPRINCE, 62, rue de la Tour, Paris (16).

DO NABYCIA WĘ WSZYSTKICH LÉPSZYCH APTEKACH.



Fabryki Farb

DAWNIEJ

Friedr. Bayer & C-o., Elberfeld.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie Juljusz WARSZAWSKI Warszawa, Złota 32.

Aspiryn

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 wysysa. Stos.: zmieszany z oliwą 3 razy dziennie wcierać.

Veronal

nowe hypnoticum. Wyróżnia się silnem i pewnem działaniem, wolne od szkodliwego ubocznego działania. Bezwonne, prawie bez smaku. Średnia dawka 0,5—0,75—1 gr. w gorącym płynie rozpuszcz. przyjm.

Heroin hydrochl.

Wyśmienite 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,—Urethritis 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 bakteriobójcze własności przy najmniejszym podrażnieniu.

Somatoza

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

Europen

Specj. wskaz.: mała chirurgia Ulcus molle, Papul. mad. Zastępuje jodoform, posiada zapach przyjemny. Stosow.: czysty lub z cappor. pulvaa p. mieszany lub jak masę 5—10%.

Tannigen

Nieszkodliwy derywat taniny. Działa skutecznie przy rozwolnieniu i katarach żołądkowo-kiszkowych, specyjalnie 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.

Citarin

Pochodna formaldehydu rozpuszczająca kwas moczowy, nowy środek przeciw typowej podagrze. Dawka: 2 gr. trzy do czterech razy dziennie (w pierwszym dniu częściej).

Theocin-Natr. acetic.

działa pewno, łatwo rozpuszczalne. Dawka 3,0—0,5 g. 3—4 razy dziennie, rozpuszczone po obiedzie

Silne środki moczopędne przy najczęstszych objawach wodnej puchliny. Zaleca się silnie pobudzać z początku diurezę zapomocą theocin-natr. aceticum i następ. możliwie długo ją podtrzymywać zapom. agurinu.

Agurin

Theobromino natrium aceticum. Dawka: 1 gr. 3—4 razy w opłtku lub w wodzie mętowej.

Creosotal-Duotal

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

Phenacetyna, Piperazyna, Lycetol, Jodothyryna, Salol.



O J C Ó W



Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych.

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

Dyrektor Zakładu Dr. St. Niedzielski.

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA****Własność rządowa francuska***Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.***VICHY CÉLESTINS**Stabości żołądka,
pęcherze,
dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej
z wód.**VICHY GRANDE-GRILLE**

Stabości wątroby i organów żółte wydzielających.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydające w jednej chwili wodę
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.**VICHY HOPITAL**Stabości żołądka i
kiszek.**Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych**
oraz Fabryka Pastylek egzystująca od 1855 r.**EDWARDA TREUTLERA**

w Warszawie, Nowy-Świat Nr. 60.

poleca

Tabulettae Extr. Cascar. sagr. fl. a 1,0

" Colae a 0,3

" Ferratini a 0,5

" Haematogeni a 0,5

" Haemoglobini a 0,3

" Haemogalloli a 0,25

Tabulettae Haemoli a 0,25

" Nitroglicerini a 1/100 grm.

" Ovariini a 0,3 i 0,5

" Saccharini a 0,06

" Stypticini a 0,05

" Thyreoidini a 0,06-0,1 i 0,50

Tabulettae Chinosoli a 1,0, Hydrarg. corrosiv. a 0,5 i 1,0, Iohimbini hydr. Spiegel a 0,005, Extr. Cascar. Sagr. sicc. a 0,5
Obduc. cacao Extr. Hydrast. Canad. sicc. a 0,25 Obduc. cacao Ferratini 0,1c. Fowleri Sol Gtt. i Obduc. cacao.**SANATOGEN BAUERA**

wskazany w:

**ANEMII, KRZYWICY, CHARŁAC-
TWIE, NEURASTENII,****i wszelkich stanach****osłabienia, jako****ŚRODEK WZMACNIAJĄCY****i TONIZUJĄCY SYSTEM****NERWOWY****== ZUPEŁNIE NIE DRAŻNI. ==****CHĘTNIE JEST PRZYJMOWANY****PRYZYWAJĄ SIĘ WYŚMIENICIE****== Broszury, próby i odnośną ==****literaturę wysyła pp. Lekarzom****S. KARCZEWSKI****Nowo-Senatorska № 4.****w Warszawie.**Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać
należy od bezwartościowych naśladownictw.**Kąpiele kwaso-węgłowe**

wydaje Zakład kąpielowy

Książęca Nr. 4.

CACODYLAT SODY CLIN

ZWIĄZEK ORGANICZNY ARSZENIKU.

KROPLE CLIN

ZAWIERAJĄCE CACODYLAT SODY.

W 5 kroplach zawiera się 0,01 cacodylatu sody.

PIGUŁKI CLIN

ZAWIERAJĄCE CACODYLAT SODY.

W każdej pigułce znajduje się 0,01 cacodylatu sody.

RURKI STERYLIZOWANE CLIN

zawierające cacodylat sody dla wstrzykiwań podskórnych, w dwojaki sposób zażywanych:
0,05—0,10 na 1 centm. kub. roztworu.

SPOSÓB PRZYJMOWANIA: CACODYLAT SODY bierze się po 0,05—0,10 centigr. na dobę.

ZASTOSOWANIE: Niedokrwistość, malarya, choroby gruczołów limfatycznych, choroba cukrowa, choroby skórne, blednica.

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

927

Duotal

czego. Znakomity środek w gruźlicy płuc, antyseptyk kiszkowy w tyfusie i enteritis. Duotal „Heyden'a” zupełnie bezwonny i bez smaku preparat guajakolu; nawet najwrażliwsi chorzy chętnie go przyjmują i dobrze go znoszą. Pozbawiony jest wszelkiego działania żrącego i trującego, przewlekłych nieżytach dróg oddychowych, odrzę, czają łatwo rozpuszczają się w wodzie i zapewniają szybkie i pewne wessanie.

Salocreol

i przewlekłych Lyntadenitach szczególnie pochodzenia żółtawatego. Miejscowe wcieranie resp. pędzlowania 3 do 15 gr. raz lub kilka razy dziennie, do 30 gr. pro die. Nie wywołuje wysypek, pęknięć i łuszczenia.

Połączenie działających składników kreozotu i kwasu salicylowego. Prawie bezwonny olejek o obojętnej reakcyi. Do zewnętrznego stosowania w reumatyzmie, arthritis deformans, róży, ostrych

Próby i literaturę za pośrednictwem Chemicznej Fabryki Heyden'a w Radebeul-Drezno. lub przedstawiciela na Królestwo Polskie LUDWIK FREIDER, WARSZAWA, LESZNO 60.

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

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 3,000,000 franków. Biuro centralne St. Fons, Lyon.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY



do USYPIANIA i znieczulania miejscowego

Produkty farmaceutyczne

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

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach z przedziałką. (Liter. na żądanie gratis i franco)

KROWIANKA
DANIELOWICZOWSKA S.

● ospa ochronna ●
TELEFON 528.

Inst. D-ra TCHÓRZNICKIEGO

W Szpitalach Paryzkich i Szpitalach Ministerjum Marynarki Francyi

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.

Wody mineralne naturalne

świeżego czerpania nadeszły do składu wód przy aptece

H. KUCHARZEWSKIEGO

Miodowa № 5, telefonu № 753.

Założony w 1845 r.

Instytut Wód Mineralnych

W OGRODZIE SASKIM.

Ul. Graniczna 14, telefonu 422

p o l e c a:

Wody mineralne naturalne świeżego czerpania.

Wody mineralne sztuczne, ściśle według analiz urządzone.

Kąpiele mineralne sztuczne wszystkich źródeł.

Kąpiele z kwasem węglanym cena jednej kąpeli 65 kop. z wanną 1 rb.

Kąpiele wydają się przez cały dzień w zakł. kąpiel. przy instytucie.

Otwarcie sezonu w ogrodzie przy Instytucie w połowie Maja.

N A Ł E C Z Ó W

Zakład leczniczy cały rok otwarty.

W sezonie letnim kąpiele żelaziste i błotne, hydro- i elektoterapia, masaż, gimnast.

Całkowite utrzymanie wraz z leczeniem od 4 rubli dziennie.

Prospekty na żądanie gratis i franco.

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, leczenie t. d.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Apiol D-rów JORET i HOMOLLE

reguluje najlepiej menstruację. Doza od 2—4 kapsułek—0,20 dziennie leczy:

Amenorrhoe (zatrzymanie się miesiączki).
Dysmenorrhoe (bolesne miesiączkowanie).
Ménorrhagie (zbyt obfitą miesiączkę).

Dla uniknięcia niepomysłnych skutków zapisywać:

„Apiol D-rów Joret i Homolle”.

Próby wysyłają się P. P. lekarzom bezpłatnie.

D-R EDMUND SUPIŃSKI

b. I-szy sekundaryusz krajow. szpitala w Krakowie ordynuje jako lekarz zakładu zdrojowo-kąpielowego

w KABCE.

BAD NAUHEIM

Instytut fizyk. terap. kuracye ruchowe, masaż, hydroterapia itd.
Lekarz dyr. Dr. Lilienstein-Wagner

Dr. med. M Ü N Z

praktykuje jak lat ubiegłych
w Kissingen.

SANATORIUM

dla chorych piersiowych i gardlanych
w Otwocku

D-rów Lewina i Gibiańskiego

(Konsultant D-r L. Lubliner).

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

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

D-r Weissenberg
ordynuje jak corocznie w języku polskim

w Kołobrzegu

GARTENSTRASSE 5.

D-r W. Sadowski

ord. jak lat ubiegłych w REICHENHALL
Villa Schönheim.

B. Asystent Kliniki lekarskiej Uniwer. Jagiell.

D-r Z. Wąsowicz

ordynuje jak w latach poprzednich w KRYNICY, dom pod „Orłem”

D-r Feliks ARNSTEIN

ordynuje jak zwykle od 21 Maja
w Ciechocinku.

1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk 2) Ligatury

**Skład główny materiałów
opatrunkowych**

**Sterylizowanych
Z PRACOWNI**

D-ra Borzymowskiego

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5 Pracownia Sterylizacyjna.

2) Tow. arzystwo Akc. Handlu Towar i Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr. 24. Telefon. Nr. 610.

w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).

w Lublinie: Skład Aptecz. W-go Magierskiego.

w Siedlcach: Apteka W-go Skówrońskiego.

w Kielcach Apteka W-go Wierzbickiego.

w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne
6) Gaza jodoformowa po 0,25; 0,5; i 1 m. 7) Bandaże 5—10—20 ctm. szer. 6 m. dług.

Prof. D-r Ludomił Korczyński

ordynuje od 1-go czerwca

w SZCZAWNICY.

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 dotacza się do każdej kąpeli.

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

ALFONS MANN
Fabryka Narzędzi Chirurgicznych
 Tłomackie 3.—Telefon 1025.
 Egzystująca od roku 1819.

Największy wybór narzędzi chirurgicznych, aku-
 szeryjnych, ginekologicznych, dentystycznych.
 Stoły operacyjne i szafki do narzędzi; Steryliza-
 tory ulepszonego systemu. Maszyny elektryczne
 o stałym i przerywanym prądzie. Wyroby gu-
 mowe francuskiej fabryki „Progres”. Jedwab
 oraz Catgut surowy lub sterylizowany.
 — Cennik illustrowany franko. —

SKŁAD
WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
 przy aptece
FR. KARPIŃSKIEGO
w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.
 posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicz-
 nych, oraz przetwory z takowych.
 Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.
 JENERALNA REPREZENTACJA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
 Faschingen i Selters.

Plastry smarowane Beyersdorfa

Emplast. adhaes. elasticum szerokości 18 cm.
 „ „ „ na szpulkach po 1¼ i 2¼ cm. szerokości, a 5 metrów długości.
 „ „ „ Hydrargyr 20%
 „ „ „ c. acid. carbolic. 5%
 Emplastr. elasticum „Guttaperc a pflastermul podług prof. D-ra Unna.
 „ „ saponat-salcylat 5,0 — 10,0 — 15,0 — 20,0 na ⅓ kwadr. metr.
 „ „ Zinci oxydati 10,0 na ⅓ kwadr. metr.

POSIADA APTEKA

E. GESSNERA
 w WARSZAWIE.

Zróżła Saint-Louis

Reprezentant Towarzystwa Saint-Louis
BASSIN DE VICHY

ma zaszczyt zawiadomić, że otrzymał świeży trans-
 port naturalnej Wody Mineralnej Saint-Louis № 112
 i równocześnie zwraca uwagę na jej kolosalne roz-
 powszechnienie z powodu większej zawartości mine-
 ralnych składników w porównaniu z innymi źródła-
 mi basenów de Vichy. Analizy sprawdzone przez
 Francuską Akademię lekarską.

REPREZENTANT TOWARZYSTWA

SAINT-LOUIS BASSIN DE VICHY
 na Królestwo, Warszawę i kraj Północno-Zachodni
L. Warszawczyk, Orla 5.

Nowe katalogi illustrowane 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.

D-r H. Dobrzycki

ordynuje podczas sezonu, jak w latach
 ubiegłych, w *Sławucie*.

Nowe katalogi illustrowane franko