

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, załatwić można codziennie u Wydawcy od 9—10 rano

OGŁOSZENIA

1-sze

Krucza 49
rog Al. Je-
rozolimskiej
tel. 3504

INHALATORIUM

w Warszawie
dla chorób
oddech-
owych
zostało
otwarte!

Instytut szczepienia ospy

D-ra STĘPNIEWSKIEGO

Warszawa, Złota Nr. 28. Telefonu 3765.

REUMATYZM

Terma naturalna

PISZCZANY

(Pistian).

Na SPIŻU (Węgry) w małych Karpatach, 3 godziny do Wiednia, 3½ do Pesztu, najznakomitsze uzdrowisko siarczano-mułowe dla reumatyków w cierpieniach stawów i kości po złamaniach i zwichnięciach, w podagrze, nerwobólach (w Ischias), w syfilisie. Urządzenia, tak co do mieszkań jak i kąpeli według wszelkich wymagań, od wykwinnych aż do najtańszych. Zakład ortopedyczny.

Trzy baseny czysto siarczane, 3 siarczane-mułowe, i porcelanowy. Wanny porcelanowe, marmurowe i drewniane. Stosowanie kąpeli błotnych, lokalnych z nieznaczonym skutkiem. Sezon od 15 maja. Prospekty gratis. Wszelkich informacji udziela lekarz ordynujący

Dr. Al. Teichmann b. Asystent Uniwers. we Lwowie.

Do 15-go maja w Krakowie.

Od 15-go maja PISZCZANY na Węgrzech

ZŁAMANIA, ZWICHNIĘCIA.

ARTHRITIS

ISCHIAS

RONCEGNO

Naturalne źródło arseno-żelaziste.

Znane i używane do kuracji od 1856.

Stosowane z najlepszym wynikiem i stale przez cały rok i do kuracji 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 pokoi 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.

Wino VIAL

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



Sodkiem 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.

Do nabycia we wszystkich aptekach. Skład główny—Tow. Akc. Spiess i syn Senatorska 24 w Warszawie

Lekarze polacy

praktykujący

W KARLSBADZIE

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

SANATORIUM

dla chorych piersiowych i gardłanych
w Otwocku

D-rów Lewina i Gibiańskiego

(Konsultant D-r L. Lubliner).

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

APTEKA K. WENDY

w WARSZAWIE.

Skład główny surowic leczniczych

Pracowni Bakteryologicznej

D-ra Wł. Palmirskiego

Surowice Instytutu Pasteura

Instytutu Medycyny doświadczalnej.

SZPRYCE DO SUROWIC

w dobrym gatunku.

Zakład Leczniczy 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.

Marienbad Instytut Zandera

Urządzony podług nowoczesnych wymagań zakład do szwedzkiej gimnastyki leczniczej, Masażu, świetlnych kąpeli elektr., leczenie suchem a gorącym powietrzem; doskonałe środki sprzyjające leczeniu w **MARIENBADZIE**. Właściciel i kierownik lekarski
Dr. Med. Edward KRAUS.

CIECHOCINEK

D-r Leonard Lorentowicz
GINEKOLOG

ordynuje przez lato „willa Warszawianka”.

BUSKO

Dr. J. Majkowski

praktykować będzie, jak dawniej
przez cały sezon kąpielowy
(20 Maj—20 Wrześ.).

D-r Leon Kopff

ordynuje w **KRYNICY**
jak dawniej.

Dr- Franciszek DOBIJA

MARIENBAD „Weisser Schwan”

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. WODA
KĄPIELE SŁONECZNE, GIMNASTYKA i t. p.

LECYTHYNA CLIN'A

Fosfor w stanie naturalnych organicznych związków.

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

PIGUŁKI CLIN'A

zawierające Lecythyne naturalną chemicznie czystą

OTOCZONE CIEŃKĄ WARSTWĄ BIAŁKA ROSLINNEGO.

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

GRANULÉ CLIN'A

zawierające Lecythyne naturalną chemicznie czystą

ŁATWY DO ZAŻYWANIA, GŁÓWNIIE SIĘ ZAŁECA U DZIECI.

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

ROZTWÓR CLIN'A

DO WSTĄPIZYKIWAŃ PODSKÓRNYCH

zawierający Lecythyne naturalną chemicznie czystą.

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

WSKAZÓWKI
TERAPEUTYCZNE

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

Dosy dla dzieci: o połowę mniejsze od wyżej wskazanych.

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

856



PIGUŁKI CASCARA MIDY

Każda pigułka zawiera 0,12 wodno-alkoholicznej essencji słojowego szpiku kory drzewnej Cascara Sagrada, wolna dzięki naszego specjalnego przygotowania (1884 r.) wszelkiego tłuszczu (ostrej i rozdrażniającej substancji) i po 0,10 świeżego proszku.

Pigułki Cascara Midy mogą być używane przez Mamek i podczas ciąży.

ZASTOSOWUJĄ SIĘ PRZECIWKO

ZWYCZAJNEJ OBSTRUKCYI (Zatwardzeniu) I ŁĄCZNYM NASTĘPSTWOM

Dosyć użyć 2—3 pigułki po kolacyi lub przed snem, aby codziennie regularnie mieć wypróżnienie.

ONE NIE TWORZĄ RZNIĘCIA ANI TEŻ BIEGUNKI.

Apteka MIDY istnieje od r. 1828 faubourg St-Honoré, 113 w PARYŻU.

Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Reprezentant na Królestwo Polskie: H. MENDELSSOHN, Warszawa, Leszno 12.

Żądać podpis L. MIDY.

Creosotal

Duotal

Creosotal „Heyden'a“ i Duotal „Heyden'a“ są środkami uznanymi za skuteczne w gruźlicy płuc, pneumonii, bronchitis i żółtacz. Wolne od niszczących działań ubocznych, działania trującego, nieprzyjemnego zapachu i smaku kreozotu i guajakolu. Nigdy nie drażnią żołądka i kiszek. Nie wywołują rozwolnienia, nudności i wymiotów. Nawet w dużych dawkach dobrze się znoszą. W wysokim stopniu pobudzają apetyt. Szybka poprawa stanu ogólnego, odżywianie i siły wzmagają się, kaszel i płwocina zmniejsza się. Suchoty w pierwszym okresie już są uleczalne po upływie kilku miesięcy.

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

ZAKŁAD

wodolecznicy

Giesshübl. Sauerbrunn

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia

Giesshübler'u

Mattoni'ego.

Najlepszy napój dyetetyczny i orzeźwiający

Wyborny dla dzieci i rekonwalescentów.

Henryk Mattoni,
Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

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. Wylegarka (couveuse). Pokoje wykwindnie umeblowane. Winda hydrauliczna Otis. — Przyjmowane są: chore ginekologiczne, (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacji) oraz ciężarne. Nazwisko pacjentki, na mocy statutu 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 niezamożnych poleconych przez Szanownych kolegów, ustępstwa do 50%.

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

Sirolin
 „Roche“

Przyjemnego zapachu i smaku syrop, idealna forma leczenia kreozotem.

Protylin
 „Roche“

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

Sulfosot-syrup
 „Roche“

Pozbawiony, własności trujących kreozotu w postaci syropu, odpowiedni w praktyce u biednych i w kassach.

Thiocol „Roche“

jest pochodnią, guajakolu zajmuje pierwsze miejsce w terapii kreozotowej; działanie przeciwgruźlicze zostało doświadczalnie stwierdzone w pracowni prof. Tavela w Bernie, zaś tysiączne spostrzeżenia kliniczne potwierdzają leczniczą wartość preparatu.

Wyższość: Thiocol posiada tę wyższość nad innymi preparatami kreozotu resp. guajakolu, że rozpuszcza się całkowicie w wodzie, jest absolutnie bezwonny, nie drażni zupełnie błon śluzowych i wysysa się znakomicie.

Wskazania: Gruźlica płuc i krtani, przeważnie w okresie początkowym przewlekłej bronchitis chirurg. gruźlica (kości, gruczołów etc.) Na szczególną uwagę zasługuje stosowanie Thiocolu jako środka przeciw rozwojnieniu, przeważnie w przewlekłych biegunkach.

Sposób użycia: w dawkach po 2—3 gr. pro die, w proszkach po 0,5 lub w roztworach wodnych z syropem, smak poprawiającym. Szczególniej poleca się tabletki Thiocolu po 0,5. Przy biegunkach 3 razy dziennie 0,5, najlepiej pod postacią tabletek.

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

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

Airol
 „Roche“

najlepszy, bezwonnny preparat zastępujący jodoform.

Asterol
 „Roche“

Preparat Hg, rozpuszczalny w wodzie nie ścina białka, nie drażni i nie niszczy narządów.

Thigenol
 „Roche“

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

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 24.

Warszawa d. 29 Maja (II 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 drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Uugra 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. O porażeniu astenicznem (Myasthenia gravis pseudoparalytica). Podał W. Sterling. (Dokończenie). — Dormiol, jako środek nasenny. Podał T. Łapiński. — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 68. O krwotokach śmiertelnych w związku z nacięciem tętnicy. 69 Drogi zakażenia gruźliczego w organizmie dziecka. 70. Intoxicatio saturnina et nephritis saturnina. 71. Występowanie łasieczników tyfusowych w wypróżnieniach i moczu rekonwalescentów po tyfusie. 72. W sprawie hemianopieznej zwrotnej nieruchomości źrenic. 73. Zastosowanie przekłucia lędźwiowego w mocznicy. — ODCINEK. Działalność Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. STERLING — Sur la myasthenie grave pseudoparalytique. 2) D-r T. ŁAPIŃSKI — Dormiol comme remède hypnotique.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. STERLING — Ueber asthenische Paralyse. 2) D-r T. ŁAPIŃSKI — Dormiol als Schlafmittel.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z polikliniki prof. OPPENHEIM'a w Berlinie.

O porażeniu astenicznem

(*Myasthenia gravis pseudoparalytica*)

Podał

WŁADYSŁAW STERLING.

(Dokończenie — Patrz Nr. 23)

Przypadek VI. Paul Friehe lat 24, robotnik w fabryce wagonów kolejowych. Chory ten raz jeden tylko zjawił się w poliklinice (8. I. 03),

nie mogę więc podać przebiegu choroby jego, co właśnie w przypadku tym miałyby wielką wagę. Przysłany do polikliniki przez laryngologa (prof. KRAUSE'go), który stwierdził porażenie strun głosowych. Opowiada, że od 7–8 tygodni czuje pewien ucisk w okolicy szyi, co znacznie utrudniało mu mowę: przy dłuższem mówieniu lub czytaniu na głos — głos ulegał znacznemu zmęczeniu. Od kilku lat kaszle, lecz krwią nie pluł nigdy. Nie miewa bólów głowy, ani bólów w kończynach. Mocz i kał oddaje prawidłowo.

Żuje i połyka doskonale. Uskarża się na nieznaczną duszność, niezależną od kaszlu. Nie żonaty, *lues negatur*, napojów wysokowych używał w bardzo umiarkowanej ilości. Zawrotów głowy, ani bicia serca nie miewał. Pochodzi ze zdrowej rodziny.

St. praesens. Wysoki, nieźle zbudowany, dość blady mężczyzna. W prawym szczycie z tyłu i z przodu lekkie stępienie, *respiratio indeterminata*, nieco bronchofonii. Zresztą stosunki normalne. Puls 84.

Żrenice równe, oddziałują dobrze. Szpary oczne jednakowo szerokie, w mięśniach, unoszących powieki górne, niema objawów apokamnozy. Ruchy gałek bez zmian. Wybitnie słabe jest tylko zamykanie powiek, które nie może przezwyciężyć najłżejszego oporu.

Mięśnie, unerwiane przez pary VII i XII, funkcjonują z obu stron jednakowo. *Uvula* zwiesza się nieruchomo, przy fonacji lewy łuk podniebienny podnosi się daleko gorzej, aniżeli prawy. Głos ostry, nieco ochryply, lecz nie można stwierdzić obiektywnie wyczerpywania się mowy (nawet przy dłuższym liczeniu). Obiektywnie: nie ma zaburzeń w połykaniu i żuciu. Wyraźna duszność, *respiratio* 36, przy forsownem oddychaniu oraz szybkim przejściu przez pokój duszność wyraźnie się potęguje. Ruchy kończyn bez zmian, odruchy, czucie zachowane.

Laryngoskopowo: kompletne porażenie *m. m. cricoarytaenoideorum posticorum*: bardzo wąska *rima glottidis* przy inspiracji zwęża się jeszcze bardziej, nie ma jednak wyraźnego *stridor inspiratorius*.

Elektryczne badanie nie doprowadza do określonych wyników. W *palatum molle* stanowczo MyaR nie ma. Być może lekka reakcja myasteniczna w wargach (?).

Umyślnie do opisanych powyżej 5 przypadków dodałem tę krótką historię choroby, gdyż pomimo braku danych, na których możnaby oprzeć pewne rozpoznanie, sądzę, że, być może, mamy tutaj do czynienia z rozpoczynającym się

porażeniem astenicznem. Powtarzam raz jeszcze, że jest to przypuszczenie tylko, lecz właśnie takie niepewne przypadki posiadają dla kliniki szczególne znaczenie, gdyż chwytają one cierpienie w samym zarodku, co dla terapii bynajmniej nie jest obojętne. Nie chcę tu także rozstrzygać kwestyi, czy w razie słuszności tego przypuszczenia stwierdzone obustronne porażenie *m. m. cricoarytaenoideorum posticorum* należałoby uważać za objaw porażenia astenicznego, czy też za objaw postronny, wywołany jakimiśkolwiek cierpieniami w okolicy szyi lub śródpiersia. Jakkolwiek porażenia strun głosowych były opisywane w porażeniu astenicznem (HOPPE, FAJERSZTAJN, PINELES i inni), nigdy jednak nie należały one do pierwszych objawów choroby, sądzę więc, że prawdopodobniejsze jest tutaj wobec istniejących objawów gruźlicy przypuszczenie, że *n. recurrens* gdzieś na przebiegu swoim w śródpiersiu został uciśnięty przez powiększone gruczoły oskrzelowe. Niestety, właśnie w tym przypadku, w którym tylko dłuższa obserwacja mogłaby być dla rozpoznania miarodajna, musiałem się ograniczyć do podania wyników tylko jednorazowego badania.

Już przy rozstrząsaniu pojedynczych przypadków podkreślałem poszczególne objawy, zasługujące na uwagę, nie będę więc powracał do tego przedmiotu powtórnie. Chcę tylko na końcu pracy niniejszej streścić pokrótce dzisiejszy stan pojęć o istocie tego zagadkowego cierpienia, którego strona kliniczna została opracowana tak wyczerpująco, przyczem uwzględnię tylko prace roku ostatniego, które ukazały się po wyjściu wyczerpującej monografii OPPENHEIM'a oraz ostatniej pracy GOLDFLAMA, stanowiących punkt przełomowy w nauce o porażeniu astenicznem. Ilekroć wkracza na widownię nauki jakaś nieznana postać chorobowa, zaczynają z początku mnożyć się prace kazuistyczne, a później dopiero następuje okres, w którym na zasadzie zgromadzonego materiału staramy się zbudować pogląd na patogenezę danego cierpienia. Jak-

kolwiek wiele dawniejszych prac o porażeniu astenicznem dotyczyły mniej lub więcej pobieżnie jego patogenезy, lecz dopiero w ostatnich czasach zaczęły mnożyć się liczne hipotezy, starające się wyjaśnić mechanizm jego powstawania. Zwłaszcza płodny pod tym względem był rok ubiegły: każdy autor, opisując choćby jeden przypadek porażenia astenicznego, stara się dolepić do niego *ad hoc* zbudowaną hipotezę. Niestety, z góry powiedzieć trzeba, że wszystkie te przypuszczenia nie poruszyły sprawy dociekań nad interesującym nas cierpieniem ani na krok naprzód. Najwięcej sympatyj autorskich krąży około lokalizacyi i pochodzenia mięśniowego. Jak wiadomo, istniały w literaturze dotychczas 2 przypadki, w których badanie mikroskopowe wykazało w mięśniach w porażeniu astenicznem obecność ognisk drobnokomórkowych: są to przypadki GOLDFLAMA i WEIGERT'a - LAQUER'a. Do przypadków tych dorzucił w roku ubiegłym LINK spostrzeżenie trzecie. Opisał on niewątpliwie przypadek porażenia astenicznego, w którym po śmierci znalazł w obu *m. m. deltoidei*, w prawym *m. tibialis anticus*, w *m. m. recti interni*, w prawym *m. rectus externus*, w *m. m. supinatores longi* przy zupełnie normalnym układzie nerwowym ogniska drobnokomórkowe; ogniska te znajdowały się poczęści w *perimysium internum*, poczęści pomiędzy włóknami mięśniowymi. Ciekawe jest, że podczas gdy w przypadkach GOLDFLAMA i WEIGERT'a-LAQUER'a ogniska te były przerzutami nowotworów złośliwych (w pierwszym — prawdopodobnie limfosarkomatu śródpiersia, w drugim — złośliwego nowotworu grasicy), w przypadku LINK'a sekcyja nigdzie nie wykazała obecności nowotworu złośliwego, ani powiększenia gruczołów limfatycznych i śledziony (leukemia), a więc nie można było uważać samych ognisk za źródło, skąd następowało zatrucie organizmu. Dla przekonania się o słuszności teoryi grasicowej WEIGERT'a wstrzykiwał LINK jednemu królikowi tartą substancję grasicy inne-

go królika, innemu zaś królikowi wszywał pod skórę świeżą grasicę — wszystko z wynikiem ujemnym, gdyż w mięśniach nawet po 27 dniach nie znajdował ognisk drobnokomórkowych. Na zasadzie przypadku swego tłumaczy on sobie mechanizm powstawania zjawisk myastenicznych w sposób następujący: podczas funkcyi włókien mięśniowych powstają pewne produkty przemiany materyi, które muszą być usunięte, ażeby mięsień zdolny był do pracy ponownej (Mosso); jeżeli usunięcie to nie następuje — wtedy powstaje wyczerpanie mięśnia — można więc pomyśleć, że ogniska drobnokomórkowe, leżące pomiędzy włóknami mięśniowymi, przeszkadzając krążeniu limfy i utrudniając przeprowadzenie produktów zmęczenia, wywołują pośrednio objawy wyczerpania. Na korzyść hipotezy tej przemawia jedynie fakt, że ogniska te znalezione były w mięśniach ocznych, a więc tych, które zazwyczaj najczęściej przyjmują udział w cierpieniu. Natomiast, ażeby miała ona jakiegokolwiek cechy prawdopodobieństwa, należałoby dowieść, że 1) ogniska te znaleźć można w wielu przypadkach porażenia astenicznego, że 2) znajdują się one właśnie w tych mięśniach, które przyjmują największy udział w zjawiskach chorobowych, oraz 3) zbadać, czy w pewnej odsetce przypadków u ludzi zupełnie zdrowych nie znajdujemy takich samych skupień komórkowych. Pomijając nawet pytania te, na które odpowiedź prawdopodobnie wypadłaby dla przypuszczenia tego niepomyślnie, trudno jest zgodzić się na to grubo-mechaniczne tłumaczenie powstawania zjawisk myastenicznych, ponieważ ogniska występują tylko mikroskopowo, ponieważ znajdują się tylko w pojedynczych grupach włókien, wobec czego o utrudnionem krążeniu limfy nie może być mowy. A cóż począć ze zmianami, w których apokannoza była wybitna, a w których nie znaleziono ognisk komórkowych?

Według BYCHOWSKIEGO przypuszczenie organicznych zmian w mięśniach w porażeniu

astenicznym nie da się zastosować do większości przypadków, chodzi tu według niego o zaburzenia w biochemizmie mięśnia, czyli o zmiany mięśniowe funkcyjne, gdyż, sądzi on, zupełnie tak, jak mówimy o funkcyjnych zaburzeniach nerwowych, można z większym jeszcze prawdopodobieństwem przyjąć możliwość funkcyjnych zaburzeń mięśniowych, t. j. cierpień, które mają siedlisko w układzie mięśniowym, nie wywołując jednak zmian widocznych. I tak, jak istnienie neuroz, t. j. cierpień nerwowych *sine materia*, zależy prawdopodobnie od zaburzeń oksydacyjnych, to sądzi B. „opierając się na danych daleko pozytywniejszych“, że istnieją myozy, t. j. cierpienia mięśniowe *sine materia*. Pomijając już niefortunność terminu (przecież *myosis* oznacza zwężenie źrenicy), trudno jest zgodzić się z tem przypuszczeniem, któremu zbywa na wszelkiej faktycznej podstawie. Dla czego autor sądzi, że istnieją „daleko poważniejsze dowody“ dla przyjmowania cierpień funkcyjnych mięśniowych, aniżeli nerwowych, pozostaje to jego tajemnicą. Upatrywanie w porażeniu astenicznym analogii do choroby THOMSEN'a oraz do drżączki porażennej, na czem po części pogląd swój opiera, nie wytrzymuje krytyki, gdyż właśnie w myotonii znajdowano zmiany anatomiczne w mięśniach, a choroby PARKINSON'a nikt dzisiaj (prócz jednego chyba GAUTHIER'a) nie uważa za cierpienie mięśniowe. A zresztą trudno mi jest uwierzyć, ażeby wogóle można było jakiegokolwiek cierpienie nerwowe wytłomaczyć sobie zmianami wyłącznie w układzie mięśniowym.

GOWERS w ostatniej pracy swej upatruje siedlisko choroby w zakończeniach dendrytów; opiera się on na wynikach badań najnowszych, wykazujących, że fibrille nerwowe od dendrytów nieprzerwanie przechodzą przez komórki, jedne z nich biegną do innych dendrytów, inne do wyrostków osiowych; ten przebieg fibrill wyłącza według GOWERS'a rozwój energii nerwowej w

komórce, której przypada czynność wyłącznie odżywcza.

Edwin BRAMWELL uważa porażenie asteniczne za analogiczne do *neuritis postdiphtheritica*, uważa on wyrostek osiowy za siedlisko choroby. Jeżeli dodam, że COLLINS obwinia układ sympatyczny o wywoływanie zjawisk myastenicznych, że GOLDFLAM w ostatniej pracy swej wyraźnie skłania się ku korowej lokalizacji, a KOLLARITS zupełnie nie uważa cierpienia tego za jednostkę chorobową, lecz za kompleks objawów, mogący występować w rozmaitych cierpieniach rodzinnych, w sprawach zapalnych mózgowia oraz przy uszkodzeniach mózgu — przekonamy się łatwo, jaki chaos poglądów panuje dzisiaj w literaturze, jak mało zbliżyliśmy się do zgłębienia istotnego siedliska tego cierpienia.

Co się tyczy jego patogenezy, to teoria samozakażenia — ten ogólny kozioł ofiarny w patologii dzisiejszej — znajduje oczywiście najwięcej zwolenników. Niestety — dane eksperymentalne — czerpane pełną dłonią przeważnie z MOSS'a i VERWORN'a — nie wiele przyczyniły się do wyświetlenia kwestyi. Do czego prowadzić może bezkrytyczne przenoszenie danych eksperymentu fizyologicznego do kliniki, niechaj zaświadczy praca AUERBACH'a, który, opierając się na doświadczeniach VERWORN'a nad przemęcaniem zmęczonych komórek zwojowych roztworem soli kuchennej z dodatkiem tlenu, podawał tlen myastenikom, jako środek leczniczy. Dodam w końcu, że jako poważny przyczynek do teorii autointoksykacyjnej ukazała się w ostatnich tygodniach praca MOTZ'a, który opisał typowy przypadek choroby BANTI'ego, powikłanej porażeniem astenicznym.

Dormiol, jako środek nasenny

Podał

T. ŁAPIŃSKI.

W badaniach swych używałem 10% roztworu dormiolu; dla usunięcia nieprzyjemnego zapachu i gorzkiego smaku dodawałem nieco mięty, cukru lub soku malinowego. Dodatki te umożliwiały stosowanie danego środka, lecz nieprzyjemnego zapachu i smaku w zupełności nie usuwały, i długo trzeba było namawiać chorych, by wzięli powtórnie dormiol.

W przypadkach, gdzie bezsenność zależała od słabego podniecenia, omamów lub stanu zadumowego, zaczynałem zwykle od jednej łyżki. Chorzy tacy zasypiali zwykle w kwadrans lub pół godziny po zażyciu lekarstwa i spali 5—6 godzin. Chorym, silnie podnieconym, należało dawać większe dawki; czasami nawet 3 łyżki nie wywoływały snu, względnie chory zasypiał na 2—3 godziny.

W przypadkach, gdzie bezsenność trwała całe tygodnie, po 7—10 dniach przyjmowania

dormiolu dawkę należało zwiększać, gdyż pierwotna nie wystarczała. Na drugi dzień chorzy przytomniejsi uskarżali się na ogólną ociężałość, częste ziewanie; tego samego doświadczyłem na sobie, gdyż kilka razy z powodu bezsenności uciekałem się do dormiolu. Stosując dormiol, badałem tętno i oddech chorych, żadnych jednakże zmian w liczbie i jakości tętna i oddechu nie wykryłem.

Stosowałem dormiol 124 razy w rozmaitych cierpieniach umysłowych i nerwowych. Rodzaj choroby nie wpływał na skuteczność danego środka; powstawanie lub brak snu zależały od stanu, w jakim chory się znajdował. Chorzy podnieceni lub z silnymi bólami nie zasypiali wcale lub też tylko na bardzo krótko, wymagali przytem większej dawki; u neurasteników, chorych zadumowych, z omamami słabego napięcia sen następował szybko i trwał 5—6 godzin; bardzo często na drugi dzień występowały ociężałość i ziewanie; do ujemnych cech dormiolu zaliczyć należy gryzący smak i nadzwyczaj nieprzyjemny zapach.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

68. TAUTE. O krwotokach śmiertelnych w związku z nacięciem tchawicy¹⁾.

Autor uzupełnia niedawno ogłoszoną statystykę MARTIN'Y²⁾ i przytacza własne 3 przypadki śmiertelnych krwotoków z powodu przedziurawienia naczyń krwionośnych w zależności od rurki tracheotomijnej. W pierwszym przypadku

¹⁾ Referent ogłosił w „Czasopiśmie Lekarskim“ (1902 r.) 2 takie przypadki, pominięte w statystyce MARTIN'Y i TAUTE'go.

²⁾ Refer. „Medycyna“ N. 19. 1904.

u osoby dorosłej miał miejsce krwotok śmiertelny wskutek nadżarcia ściany aorty (*aneurysma arcus aortae*) w związku li tylko z uciskiem rurki; cięcie tchawicy było wykonane w napadzie duszności. W obu innych przypadkach miał autor do czynienia z odlęzynowem owrzodzeniem tchawicy i przedziurawieniem tętnicy bezimiennej u dzieci; z punktu widzenia anatomopatologicznego w obu tych przypadkach stwierdzono nie tylko uciskowy zanik, lecz i zapalne nacieczenie tkanek. Wskutek współdziałania ucisku

rukki i toksyn drobnoustrojów nacieczone tkan-ki ulegają zniszczeniu, sprawa dochodzi do *intima* naczynia, która naddziera się; otwór przepuszcza początkowo zaledwie główkę zgłębnika, lecz następnie wskutek kaszlu *intima* drze się dalej, i upływ krwi powoduje śmierć natychmiastową.

Dla dokładności statystycznych danych autor przytacza szczegółowo jeszcze jeden przypadek z kliniki BRUNS'a, gdzie krwotok miał miejsce u 24 letniej dziewczyny z powodu nadżarcia poprzecznie przez ranę tracheotomijną przebiegającej żyły tarczowej dolnej i został opanowany przez szybkie przewiązanie.

Krwotoki śmiertelne po cięciu tchawicy u dorosłych należą do wielkich rzadkości. MARTINA zebrał z literatury 3 takie przypadki, dwa miał własne (z tętnicy bezimiennnej); autor znalazł w literaturze jeszcze trzy (BOLTON, KERMANNER). Doliczywszy przypadek autora, mamy 9 śmiertelnych krwotoków po cięciu tchawicy u dorosłych — co jest nader małą odsetką wszystkich przypadków; zrozumieć to łatwo, jeśli uprzytomnimy sobie stosunek częstości cięcia tchawicy u dzieci i dorosłych. Wąski wymiar tchawicy u dzieci, wysoki przebieg tętnicy bezimiennnej, a przede wszystkim niespokojne zachowywanie się ich będą zawsze uspasabiały do łatwego nadżarcia naczyń krwionośnych przez ucisk rurki tracheotomijnej.

Autor zestawia dalej (krótkie historye chorób) wszystkie znane w literaturze przypadki śmiertelnych krwotoków po cięciu tchawicy, występujących w okresie pooperacyjnym w zależności bądź od mechanicznego ucisku rurki, bądź od przejścia sprawy rozpadowej, ewentualnie błoniczej na ściany naczyń krwionośnych z rany tracheotomijnej; pomija zaś zupełnie wszystkie te przypadki, zresztą nierzadkie, gdzie krwotok miał miejsce wskutek nieprzewiązania tętnicy lub żyły, krwawiącej podczas operacji lub wskutek ześlizgnięcia się przewiązki (FOCK, VOIGT, JENNY, BAER, FOLTANEK i inni). Przypadków omawianych autor zebrał z literatury 85; w 79 z nich śmierć nastąpiła już po pierwszym krwotoku, w 6 po powtórnych krwotokach i zawsze wskutek upływu krwi.

Statystyka MARTIN'y obejmuje tylko wraz z jego przypadkami 49 chorych.

Jak już wspomnieliśmy, wśród przypadków przez autora zebranych, dziewięć razy (10,6%) miano do czynienia z osobami dorosłymi. Co do jakości naczynia, które uległo nadżarciu, to w jednym przypadku (z kliniki BRUNS'a) nadżarciu uległ łuk aorty; 55 razy (65%) tętnica bezimienna; 4 razy — tętnica szyjowa wspólna (4,7%), przyczem prawostronna 3 razy, lewostronna 1 raz; tętnica tarczowa dolna — 3 razy; tętnica tarczowa górna, ewentualnie jej gałązki — w jednym przypadku; żyła bezimienna i jarzmowa wspólna — 2 razy; żyła tarczowa górna i dolna po 3 razy; żyła jarzmowa przednia — 1 raz. W wielu przypadkach naczynia uległego nadżarciu odnaleźć nie było można.

Co do częstości więc — pierwsze miejsce zajmuje tętnica bezimienna; objaśnić to łatwo przebiegiem jej między początkiem i podziałem na tętnicę szyjową wspólną prawą i podobojczykową — przylega ona tu całkowicie do przedniej ściany tchawicy na wysokości 8—12 chrząstki pierścieniowej. Nienormalny przebieg tętnicy bezimiennnej stwarza nader dogodne warunki dla nadżarcia tejże (LÜCKE, BRUCHET, FRÜHWALD, GANGHOFNER, KRAUZE, ENGELHARDT). Żyła bezimienna nie ma wcale styczności z tchawicą i dlatego przedziurawienia jej są możliwe tylko na tle rozpadowej sprawy septycznej, a nie wskutek ucisku rurki; również rzadko ulegają nadżarciu wskutek ucisku naczynia duże, jak tętnica szyjowa wspólna i żyła jarzmowa, ponieważ przebiegają z boku od tchawicy, a owrzodzenia bocznej ściany tchawicy są nader rzadkie (boczne rozcięcie tchawicy).

Wiedząc, w jakim okresie czasu po nacięciu tchawicy najczęściej ulegają nadżarciu naczynia krwionośne, możnaby zapobiegać temu powikłaniu przez zamianę w odpowiednim czasie zwykłych rurek na więcej podatne, krótsze lub dłuższe. Lecz niestety, czas ten jest nader nieokreślony: z 64 przypadków w 12 krwotok wystąpił między 3 i 5 dniem po nacięciu tchawicy, w 32 — między 6 i 9 dniem, w 9 — między 11 i 15 dniem i również tyle razy między 16 i 20 dniem. MAYLARD i KERMANNER spostrzegali krwotok w 5½—5 miesięcy po tracheotomii. Najczęściej krwotok ma miejsce między 6 i 10 dniem po operacji; wtedy więc należy zwrócić uwagę na klasyczne objawy poczynającej się odleżyny tchawicy.

Czy górne nacięcie tchawicy jest pod omawianym względem bezpieczniejsze od dolnego, trudno dać kategorię odpowiedź, gdyż 1) nie wszyscy autorzy w swych statystykach oznaczają, jakie cięcie było dokonane w poszczególnych przypadkach; 2) krwotoki śmiertelne zdarzają się i po górnym cięciu tchawicy. Należy jednak bezsprzecznie uznać, że dolne nacięcie tchawicy obok innych swych zalet jest pod tym względem niebezpieczniejsze.

Statystyka różnych oddziałów szpitalnych dowodzi, że możliwość krwotoku po nacięciu tchawicy w znacznym stopniu pogarsza widoki dobrego zejścia po tym rękoczynie. ZIMMERLIN na 141 nacięć tchawicy miał 5 razy śmiertelny krwotok (3,5%), w Zurichu w szpitalu dzieciennym BUBER podaje 3% tych powikłań, w Kantonálnym szpitalu tamże BAER—1%, WIEDERHOFER — 4,5%, GANGHOFNER 0,6%, ENGELHARDT — 1,7%, BRUNS — 1,6%. Przeciętna odsetka u wszystkich cytowanych autorów wynosi — 2,5%.

Jak postępować w takich przypadkach? Jeśli krwawi nieznaczne naczynie, należy je odszukać i przewiązać, zaznaczyć należy, że łatwiej jest to powiedzieć, niż wykonać, gdyż często nie można nawet stwierdzić, czy krwawi zewnątrz czy zewnątrz tchawicy. W przypadkach krwotoku z tętnicy bezimiennej żadna pomoc nie jest w stanie zapobiedz śmiertelnemu zejściu, gdyż powikłanie to zbyt szybko staje się panem sytuacji. Teoretyczne rady MARTIN'y nie na wiele, według autora, przydać się mogą. Daleko ważniejszą jest rzeczą wcześniej dostrzedz klasyczne objawy tworzącej się odległej tchawicy i odpowiednio postępować, aby nie potęgować ucisku rurki na tchawicę, czy to przez decanulement, czy przez stosowanie krótszej lub dłuższej rurki, lub wogóle innej, niż zwykła, czy też za pomocą intubacji (HEUBNER). W każdym razie te lub inne zarządzenia w okresie zwiastunów tego groźnego powikłania więcej przyniosą korzyści, niż trudne zabiegi przy istniejącym już krwotoku z tętnicy bezimiennej.

(Beiträge zur klinischen Chirurg. XII T. I Z.).

Goldman.

69. WOESTENHOEFFER. Drogi zakażenia gruźliczego w organizmie dziecka.

Dla zbadania dróg zakażenia gruźliczego autor szczepił zarazki gruźlicze świnkom mor-

skim, królikom podskórną w okolicę krzyżową kręgosłupa.

Większa ich część ginęła w ciągu 2—3 miesięcy, reszta została zabita w tym okresie zakażenia, przeto zarazki miały dosyć czasu do rozejścia się po całym ustroju. Na sekcjach znajdowano serowate zwyrodnienie gruczołów limfatycznych okolicznych a także pachwinowych, wzdłuż *promontorium* i pozaotrzewnowych; rzadziej gruczołów w okolicy nerek, wątroby i bardzo rzadko gruczołów kreskowych. W ciężkich przypadkach śledziona, nerki i płuca były prosowato zwyrodniałe.

Gruźlica więc z miejsca szczepienia rozchodzi się po organizmie przez naczynia limfatyczne, w niektórych przypadkach zarazki mogą dostać się do krwi przez nadżarcie jakiejś żyły lub przez przewód piersiowy.

W pewnej liczbie przypadków autor stwierdził na stole sekcyjnym zwyrodnienie gruczołów oskrzelowych i szyjowych, przepona więc nie stanowi naturalnej granicy dla zarazków.

Autor jest zdania, że, prócz dróg limfatycznych, dążących od pewnych części organizmu do najbliższych gruczołów, egzystuje pewna liczba dróg, nie mających bezpośredniego związku z określonymi okolicami ciała, a przebiegających swobodnie, samodzielnie do gruczołów, które ze swej strony są w bezpośrednim związku z pewnymi organami. Wogóle sieć dróg limfatycznych jest bardzo złożona, i dzięki temu wytłumaczyć sobie można, że w niektórych przypadkach najbliższe gruczoły w stosunku do miejsca zakażenia zostają nietknięte, gdy tymczasem bardziej oddalone podlegają zakażeniu.

Przechodząc do dróg zakażenia w wieku dziecięcym, autor zwraca uwagę, że według zdań i obserwacji najsłynniejszych pedyatrów, gruźlica u dzieci do 3 mniej więcej miesięcy nie zdarza się prawie wcale, i na tem autor opiera swe przypuszczenie o związku zakażenia gruźliczego z okresem ząbkowania. Jak wiadomo, w tym okresie błona śluzowa jamy ustnej jest rozpulchniona, naczynia limfatyczne w wielu miejscach obnażone, zarazki więc z łatwością dostają się do gruczołów szyjowych, ztąd do oskrzelowych, a nawet kreskowych.

Droga inhalacyjna w zakażeniu gruźliczem gra ważną rolę, o czem przekonał się autor, badając stare ogniska gruźlicze na trupach osób

dorosłych; ogniska te są następstwem pierwotnych zmian gruczolnych drobnych oskrzeli, tkanka zaś płucna zostaje tu zajęta wtórnie. Do pęcherzyków płucnych laseczki się nie dostają. Autor wyraża przypuszczenie, że gruczolka u dorosłych po większej części jest inhalacyjną, niezależną od gruczolki w dzieciństwie, która przebiegiem swym, zmianami anatomicznymi znacznie się różni od pierwszej.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę jeszcze na jedną drogę zakażenia, a mianowicie na pierwotne zakażenie migdałków. W literaturze mamy parę niewątpliwych przypadków pierwotnej ich gruczolki, lecz droga ta, według autora, nie jest częsta, choćby ze względu na to, że musielibyśmy częściej ją konstatować, przyjąwszy pod uwagę nadzwyczajną wogóle wrażliwość migdałków. Przypuszczenie, że migdałki mogą tylko służyć za wrota, same zaś nie ulegać zakażeniu, wydaje się wątpliwem.

Jeżeli zgodzimy się, że dzieci najbardziej wystawione są na zakażenie gruczolne podczas żąbkowania, to zrozumiemy, jak daleko posunięte winny być w tym okresie środki profilaktyczne. Od dziecka należy usunąć wszystko, co ma jakąkolwiek styczność z zarazkiem gruczolnym. Głównym rozsądnikiem zarazy u dzieci jest otoczenie, a nie mleko. BEHRING opiera swe twierdzenie na doświadczeniach o przepuszczalności błony śluzowej kiszek u noworodków (zwierząt). Doświadczenia prof. DISSE'go wykazały, że błona śluzowa kiszek u płodów i noworodków niczem się nie różni od tejże w wieku dojrzałym, błona zaś śluzowa żołądka w pierwszym bardzo krótkim okresie u noworodka nie jest jeszcze zupełnie sformowana i dzięki temu przepuszczalna dla antytoksyn i bakterii, lecz w tym okresie noworodek nie otrzymuje wcale mleka lub w każdym razie przegotowane.

(Berliner klin. Wochenschrift. 1904. N. 7 i 8).

Ludwik Stein.

70. KLIENEBERGER. Intoxicatio saturnina et nephritis saturnina.

W przypadkach zatrucia ołowiem z ostrymi objawami saturnizmu autor podczas ostrego napadu zawsze znajdował za pomocą zwykłych odczynników białko w moczu. Białkomocz w przewlekłym zatruciu ołowiem uważany jest w większej części podręczników za objaw niestały, przyczem nierozstrzygnięta jeszcze jest kwestya,

czy ten białkomocz uważać można za objaw już istniejącego zapalenia nerek. Brak jeszcze systematycznych badań nad sedymentacją moczu, któreby się mogły przyczynić do rozstrzygnięcia tej kwestyi. Wyniki doświadczeń nad zwierzętami nie są jednoznaczne. Różne gatunki zwierząt rozmaicie reagują na ten sam czynnik chemiczno-toksyczny. Pomimo to często udaje się doświadczać wywołać *nephritidem saturninam*. Co do przyrody tego zapalenia, to jedni za sprawę pierwotną uważają zmiany w mięszu nerek, inni upatrują istotę działania ołowiu we wpływie na tkankę śródmiąższową z naczyniami, inni wreszcie przyjmują współczesne i niezależne od siebie zmiany w mięszu i tkance śródmiąższowej. Z doświadczeń nad zwierzętami nie możemy się przysięm dowiedzieć, w jaki sposób człowiek reaguje na zatrucie ołowiem. Zapalenie nerek w przewlekłym zatruciu ołowiem było niejednokrotnie przedmiotem badań anatomo - patologicznych. Większość autorów upatruje istotę nerki ołowianej w pierwotnym cierpieniu układu tętniczego. Nie zgadzają się na to na mocy swych poszukiwań CORNIL i BRAULT. WRIGERT dla pierwotnego śródmiąższowego zapalenia wymaga przede wszystkim stwierdzenia bujania tkanki śródmiąższowej bez poprzedzającej utraty nabłonka nerkowego. W myśl tego autor przypuszcza, że uda się, być może, rzucić nieco światła na tę kwestyę dzięki systematycznym badaniom nad sedymentowanym moczem młodszych osobników, uległych zatruciu ołowiem.

W 7 badanych przypadkach znaleziono białkomocz: 3 razy przejściowy, 3 razy stały, w 1 przyp. obserwacja była krótka. Badanie osadu dało wyniki zgodne i b. charakterystyczne. Badana była centryfugowana *nubecula*, ceglasty zaś osad, jeżeli występował, usuwano za pomocą ogrzewania do 37° i rozcieńczenia wodą przekroploną. W osadzie w ostrym napadzie przewlekłego saturnizmu stwierdzono części składowe, które zazwyczaj występują w zapaleniu nerek: nabłonki, leukocyty, erytrocyty, wałeczki. Za najbardziej charakterystyczne dla ostrego okresu przewlekłego zatrucia ołowiem autor uważa częste występowanie ziarnistych nabłonek nerkowych i typowych ziarnistych wałeczków przy względnie nieznacznej domieszce czerwonych i białych ciałek krwi. Istnieje zatem w ostrym napadzie *saturnismi chronici*, o ile przynajmniej są

dzić można z wyników badania osadu, mięszone zapalenie nerek. To zapalenie nerek nie okazuje żadnej skłonności do rozwoju wstecznego i wyróżnia się wzmiankowanymi cechami od osadów w innych zapaleniach lub podrażnieniach nerek. Przyszłe poszukiwania dopiero okażą, czy istnieją wyjątki z naszkicowanego przez autora obrazu zapalenia nerek w zatruciu ołowiem. Wyniki, otrzymane przez autora przy badaniu osadu, mają, zdaniem jego, znaczenie dyagnostyczne dla ostrego napadu przewlekłego saturnizmu. W kilku przypadkach autor na mocy danych badania moczu mógł wcześniej, niż to zwykle jest możliwe, zrobić odpowiednie rozpoznanie i wyłączyć symulację, kolkę, z innych przyczyn powstałą i t. d.

(München, med. Wochenschr. Nr. 8. 1904).

S. P.

71. HERBERT. Występowanie laseczników tyfusowych w wypróżnieniach i moczu rekonwalescentów po tyfusie.

W czasie panującej w Göttingen epidemii tyfusu brzuszego podjęte były badania bakteriologiczne stolców i moczu ozdrowieńców po tyfusie. Badania te mają wybitne znaczenie dla kwestyi, jak długo laseczki tyfuszowe pozostać mogą w ustroju chorych, a więc wogóle dla kwestyi profilaktyki tyfusu brzuszego.

Badaniu poddano wypróżnienia i stolce 98 rekonwalescentów. Po pierwszym badaniu, które miało miejsce w 1 — 2 tygodnie po zupełnym zaiknięciu gorączki, następowało po 8 dniach 2 badanie. Jeśli obydwa badania dawały wynik ujemny, to wypróżnienia chorych uważano za wolne od laseczników; jeśli zaś jedno z nich dawało wynik dodatni, to wypróżnienia badano dopóty, dopóki 2 oddzielone od siebie okresem 8 dniowym badania dawały wynik ujemny. Doskonałe usługi przy badaniach oddała pożywka DRIGALSKI'ego i CONRADI'ego. Późniejsze ścisłe badania wszystkich pojedynczych wychodowanych i zachowanych szczepów wykazały, że gdy na płytce z odżywką DRIGALSKI'ego i CONRADI'ego (agar lakmusewy) występowały małe niebieskie, szkliste, podobne do kropel rosy kolonie, które składały się z małych, na obu końcach zaokrąglonych, b. ruchliwych prątków, to były to zawsze laseczki tyfusowe. Liczne niebieskie kolonie rozmaitych gatunków bakteryi można było po krótkim badaniu makroskopowem wyłączyć. Badanie w kro-

pli wiszącej samo przez się albo w połączeniu z badaniem zabarwionego preparatu wystarczało w wątpliwych razach do rozstrzygnięcia kwestyi. Oddzielnie wychodowane ze stolców i moczu szczepy, składające się z małych, b. ruchliwych, nie barwiących się GRAM'em prątków, szczepiono na wszystkich do dyagnostyki różniczkowej tyfusu służących odżywkach (płytkach żelatynowych, kartoflu, mleku, serwatce lakmusewej, agarze z czerwienią obojętną (Neutralrothagar), bulionie — na indol i zdolność do fermentowania. Wreszcie robiono próbę aglutynacyjną. Używano do niej surowicy królika, która prawdziwy szczep tyfusowy, zapomocą którego wytworzona została, aglutynowała zupełnie w rozcieńczeniu 1 : 6000 po 2 godzinach. Surowica ta aglutynowała wszystkie szczepy co najmniej w rozcieńczeniu 1 : 3000 (makroskopowo w ciągu 2 godz.). Godnem uwagi było, że pomiędzy pojedynczymi szczepami występowały pewne różnice, które polegały głównie na szybszym lub powolniejszym występowaniu zjawiska aglutynacji.

U 98 rekonwalescentów badano moczu 228 razy, stolce 216 razy. Laseczki tyfusowe znaleziono w moczu u 18 chorych: tylko przy pierwszym badaniu 12 razy, tylko przy drugim 4 razy, przy 2 i 4 — 2 razy. W stolcach stwierdzono obecność laseczników tylko u 3 chorych: po 1 razie przy 1 i 2 i 1 raz przy 2 i 5 badaniu. U wszystkich 3 chorych moczu jednocześnie, z wyjątkiem wzmiankowanego 5 badania, dawał wynik dodatni. W moczu laseczki tyfusowe występowały zawsze w dużej ilości, po części w czystej hodowli, w stolcach zaś przeciwnie b. nielicznie. W moczu nierzako występowały ślady białka u tych właśnie chorych, u których później znajdowano laseczki. Częściej występują laseczki w wydzielinach i wydalinach tych chorych, których cierpienie miało cięższy przebieg lub dawało nawroty. Wybitne znaczenie praktyczne dla kwestyi zwalczania tyfusu ma, zgodnie z powyższymi wynikami, ta okoliczność, że występowanie laseczników tyfusowych u rekonwalescentów ma miejsce głównie w moczu. W stolcach wystąpiły one tylko 3 razy, przyczem jednocześnie i moczu zawierał zarazek tyfusowy. Praktycznie ważny jest także wynik, że dane dodatnie występowały tylko w ciągu pierwszych 4 tygodni okresu rekonwalescencji (pomijając jeden przy-

padek). Liczba dni bezgorączkowych do ostatniego dodatniego badania moczu i stolców waha się między 8 a 27 i wynosi przeciętnie 15. W 2 miesiącu zatem rekonwalescencji wydzieliły i wydaliny wszystkich chorych, z jednym jedynym wyjątkiem, wolne były od zarazka tyfusowego.

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

S. P.

72. FRIEDLAENDER i KEMPNER. W sprawie hemianopicznej zwrotnej nieruchomości źrenic.

W r. 1883 WERNICKE na mocy teoretycznych rozumowań dowiódł możliwości istnienia hemianopicznego oddziaływania źrenic, zależnego od cierpienia szlaku wzrokowego, skąd, jak wiadomo, jedna część włókien biegnie do zewnętrznej połowy jednoimiennej siatkówki, druga zaś do wewnętrznej połowy przeciwległej siatkówki. W r. 1892 LEYDEN stwierdził sekcyjnie możliwość istnienia podobnego objawu klinicznego. W ostatnich latach o zwrotnej hemianopicznej nieruchomości źrenic wyrażali się niektórzy autorowie sceptycznie, zaprzeczając nawet jej istnienia. Główną przyczyną tego była trudność oświetlania połowki źrenicy.

KEMPNER wymyślił specjalny przyrząd do badania źrenic¹⁾, który dzięki szczególnej budowie pozwala za pomocą światła elektrycznego oświetlać nawet drobny punkt na siatkówce a dzięki przerywaniu prądu pozwala badać oddziaływanie na światło różnych części siatkówki.

Za pomocą tego przyrządu autorowie zbadali jeden przypadek o następującym przebiegu klinicznym. Chory, 53-letni, przez dłuższy czas uskarżał się na zawroty i bóle głowy. Po kilku latach choroby wystąpiło lewostronne połowiczne porażenie w następstwie przypuszczalnego zakrzepu naczyniowego, później rozwinęło się lekkie zniedołężnienie władz umysłowych, lewostronny zanik języka, lewostronne porażenie podniebienia, zaburzenia w połykaniu, obu stronny zanik nerwów wzrokowych, lewostronna hemianopsja i wyraźna hemianopiczna zwrotna nieruchomość źrenic, t. j. że oświetlanie wewnętrznej lewej i zewnętrznej prawej połowy siatkówki nie powodowało zwięźniania się źrenic. Au-

torowie przyjmują w danym przypadku *endoarteriitis* i *meningitis basilaris luetica* z zajęciem różnych nerwów czaszkowych (*n. hypoglossus sin.*, *n. vago-accessorius sin.* i *tractus opticus dexter*). Zajęcie prawego szlaku wzrokowego spowodowało przerwę w łuku odruchowym, biegnącym od nerwu wzrokowego do jąder nerwu okoruchowego, i dało obok hemianopsji hemianopiczną zwrotną nieruchomość źrenic. Hemianopsje pochodzenia centralnego po za łukiem odruchowym, a więc zależne od zajęcia szlaku wzrokowego w tyle po za torebką wewnętrzną, hemianopicznej zwrotnej nieruchomości źrenic nie powodują. Objaw ten posiada więc ważne znaczenie rozpoznawcze i dzięki nowemu aparatowi może być stwierdzony łatwo przez każdego lekarza praktyka.

(Neurologisches Centralblatt. 1904. N. 1).

St. Kopeczyński.

73. SEIFFERT. Zastosowanie przekłucia lędźwiowego w mocznicy.

W czasie epidemii szkarlatyny z częstymi powikłaniami ze strony nerek autor zauważył, że wszystkie przypadki mocznicy, które leczył za pomocą przekłucia lędźwiowego, zakończyły się wyzdrowieniem. To spostrzeżenie znalazło potwierdzenie i we wszystkich bez wyjątku spostrzeganych przez autora później przypadkach. Działanie przekłucia było za każdym razem zdumiewające. Wogóle wystarczało jednokrotne przekłucie, w jednym tylko przypadku autor musiał uciec się do powtórnej punkcji. Technika była następująca: przekłucie dokonywano zawsze w położeniu na boku między 12 piersiowym a 1 lędźwiowym kręgiem. Posługiwano się igłą długą na 10 cm., do której natychmiast po wkłuciu, po ukazaniu się pierwszych kropeł płynu mózgodzeniowego, dopasowano szprycę o pojemności 10 gm i aspirowano płyn, wyciągając tłok. Ilość wyciągniętego płynu wynosiła 5 — 30 gm. Nie można było zauważyć związku między ilością wyciągniętego płynu a ciężkością istniejących objawów, jak również szybkością działania leczniczego.

Spostrzeżenia autora dotyczą tylko mocznicy w przebiegu szkarlatynowego zapalenia nerek. Należałoby i w innych zapaleniach nerek, jak również w eklampsji wypróbować działanie tego zabiegu.

¹⁾ Przyrząd ten t. zw. „Pupillenreactionsprüfer“ można otrzymać od firmy Reiniger, Gebbert i Schall w Erlangen.

Przekłucie łądzwiowe zastosował autor kilkakrotnie także w drgawkach na początku szkarlatyny. I tu wynik był zdumiewający: wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem, podczas gdy bez tego zabiegu po największej części przebiegały śmiertelnie.

Autor sądzi, że w przekłuciu łądzwiowym posiadliśmy niezmiernie skuteczny środek, zwalczający niektóre najniebezpieczniejsze przejawy zakażenia płoniczego.
(München. med Wochenschr. 1904. Nr. 10)

S. P.

ODCINEK.

Działalność Sanatorium

dla chorych piersiowych w Zakopanem

od dnia 10 listopada 1902 r. do dnia 30 kwietnia 1904 r.
(włącznie)

przez d-rów Kazimierza DŁUSKIEGO i Zdzisława
CZAPLICKIEGO (asystenta Zakładu)

Myśl założenia pierwszego na wielką skalę polskiego Sanatoriumu dla chorych piersiowych przyjęta została odrazu przez najlepsze siły polskiego społeczeństwa, a w szczególności przez ogół lekarzy nader życzliwie. Dzięki temu pierwotny zamiar mimo wielu napotkanych po drodze trudności przeważnie natury materyalnej został pomyślnie doprowadzony do skutku. Dziś, dzięki sympatjom, jakimi nasz świat lekarski otacza Sanatorium, może ono nie tylko istnieć, lecz ma uzasadnione nadzieje do pomyślnego rozwoju na przyszłość.

Sądzimy, że sprawozdanie z 18 miesięcznej działalności zakładu nie powinno być obojętne dla lekarzy polskich. Przechodzimy odrazu do do cyfr i faktów. Z załączonej poniżej tablicy I widać, że w ciągu półtora roku istnienia Sanatoriumu liczba chorych wynosi 275 osób, liczba zaś dni leczenia 25520, co na jednego chorego wynosi przeciętnie 92,8 dnia. Z liczby tej jednak musimy wykreślić 48 chorych, mianowicie: 28 osób, których pobyt w Sanatorium wyniósł mniej, niż 1 miesiąc¹⁾, 6 osób obecnie w leczeniu mniej niż

od miesiąca, 11 osób profilaktyków lub niegruźliczych, wreszcie 3 osoby, które zmarły w 8 i 11 i 20 dni po przyjeździe do Sanatorium. Pozostaje więc 227 chorych, którzy stanowią przedmiot naszego sprawozdania.

Leczenie higieniczno - dyetetyczne gruźlicy płuc jest szeroko znane w świecie lekarskim dzięki obszernej literaturze zagranicznej i znanym pracom w naszym piśmiennictwie lekarskim. Nie będziemy się więc szeroko nad niem rozwodzić. Pragniemy tylko zaznaczyć na wstępie, że w leczeniu naszych pacjentów nie uciekaliśmy się do żadnych środków specyficznych, jak tuberkulina KOCH'a, surowice MARAGLIANO i MARMORKA lub wreszcie hetol LANDERER'a. Sądzimy bowiem, że środki te nie zyskały dość szerokiego prawa obywatelstwa w terapii gruźlicy, abyśmy mieli prawo poddawać chorych, powierzonych naszej opiece, niepewnym, a nawet może ryzykownym próbom²⁾. Ograniczyliśmy się wyłącznie do stosowania metody BREHMER'a — DETTWEILER'a, leczenie więc pacjentów naszych sprowadzało się do 2 zasadniczych punktów: jak najobfitszego używania świeżego powietrza, jak najodpowiedniejszego odżywiania.

²⁾ Oprócz zwykłych środków objawowego leczenia stosowaliśmy, przy podupadłym stanie ogólnym i mało-krwistości zastrzykiwania arsykodylu (w połowie przypadków z dodatnim wynikiem), ferrum protooxalicum, liquor Fowleri, w gruźlicy krtani zalewania 10% procentową oliwą mentolową, zasypywanie ortoformem i zinc. sozojodol. Chirurgicznie leczone były następujące cierpienia: fistula ani (2), tuberculoma cutis (1), abscessus frigidus (5), exsudatum pleuriticum (3).

¹⁾ Jeden miesiąc pobytu uważamy za okres minimalny dla przybliżonej oceny skutków leczenia.

Do tego winniśmy dodać zabiegi wodolecznicze celem zahartowania ustroju, mianowicie: nacierania, które stosowaliśmy u 147 chorych, a następnie u 44 chorych natryski ze stopniowo obniżającą się temperaturą od 30° C. do 10° C. w ciągu 20 — 30 sekund.

Pod terminem „używanie świeżego powietrza” rozumiemy werendowanie, które wynosi przeciętnie 6 godzin dziennie, blisko 3 godziny przed i przeszło 3 godziny po obiedzie. Po za werendowaniem silniejsi chorzy spędzają stosownie do stanu sił 1 — 3 godzin dziennie na spacerach z kilkakrotnymi przerwami. Mniej silni przesiadują na ławkach, leżnie rozrzuconych w parku. Dodajmy do tego jeszcze, że prawie wszyscy chorzy, z wyjątkiem bardzo wrażliwych, lub świeżo do zakładu przybyłych, sypiają stosownie do pory roku i stanu pogody przy otwartych „oberluftach” lub nawet całych oknach. Używanie więc świeżego powietrza można u nas nazwać względnie stałem. Natomiast trudno nam jest przeprowadzić obowiązujące werendowanie w godzinach wieczornych po kolacyi, co bywa praktykowane w niemieckich i szwajcarskich sanatoryach. U nas jest ono dotychczas dowolne; pacjenci mają, jak powiadają, „dosyć obowiązkowego werendowania do kolacyi”, są niem ostatecznie znużeni, zresztą dopominają się o czas wolny na pisanie listów, czytanie pism lub na dozwolane towarzyskie rozrywki we wspólnych salonach. Ze względów psychicznych zatem nie zmuszamy ich do tego.

Mimo to jednak podczas pięknych wieczorów letnich i zimowych połowa prawie chorych dobrowolnie udaje się na leżalnię i przebywa na niej blisko do 10 godziny wieczorem.

Co się tyczy odżywiania odgrywa ono w zakładzie pierwszorzędną rolę. Kuchnia jest obfita i zdrowa: 5 posiłków dziennie, nadto mleko o godzinie 9 wieczorem. W ogóle mleka i jaj dostarcza się w ilości dowolnej stosownie do życia pacjentów. Wyniki odżywiania są bardzo dobre, co wykazuje przyrost wagi w poniżej umieszczonej tablicy II. Zwracamy przytem baczną uwagę nie tylko na stany chorobowe, wymagające odpowiedniej diety, lecz uwzględniamy w bardzo szerokich granicach osobiste wstręty lub upodobania pacjentów do pewnych potraw.

Podnosimy z kolei trzeci bardzo ważny punkt leczenia w naszym Sanatorium, mianowicie, nieustającą opiekę i kontrolę lekarską nad pacjentami. Jesteśmy z nimi w ciągłej styczności; staramy się o to, aby żaden szczegół choroby nie uszedł naszej uwagi, żyjemy z nimi ciągle wspólnem życiem. Tem samem zdobywamy dokładną znajomość nie tylko stanu fizycznego pacjenta, lecz i stanu psychicznego, który odgrywa tak ważną rolę w leczeniu. Stwarza to warunki życia bardzo uciążliwe dla lekarzy, lecz bez wątpienia wpływa niezmiernie korzystnie pod każdym względem na pacjentów. Gdy mowa o stanie psychicznym, pragnęlibyśmy zauważyć, że nudna i monotonna z natury swej kuracya klimatyczna w Sanatorium, odległym o kilka kilometrów od Zakopanego, wymaga koniecznie rozrywek; staramy się więc urozmaicać monotonię życia w granicach możliwości. Mamy bogatą czytelnię i dość już zasobną bibliotekę. W sezonie letnim miewaliśmy co tydzień przedstawienia przejezdnej trupy teatralnej na scenie sali teatralnej Sanatorium. Miewamy od czasu do czasu koncerty wokalne lub instrumentalne artystów, bawiących w Zakopanem, odczyty etc.. Wreszcie największem powodzeniem cieszą się przedstawienia amatorskie, urządzone przez zdrowszych pacjentów, a sprawujące wielką przyjemność zarówno aktorom, jak i widzom. Towarzyska atmosfera jest dzięki tym okolicznościom bardzo dobra, i pacjenci sami przyznają, że czują się jakby u siebie.

Z kolei przechodzimy do najważniejszego punktu: do wyników leczenia. Tutaj kilka uwag: przedewszystkiem wiek pacjentów. Objmuje on chorych poniżej 10 i powyżej 50 lat. Największa liczba przypada na okres 20—30 lat, gdyż wynosi niemal 47% ogólnej liczby. Dwa połączone okresy 20 — 30 i 30 — 40 lat wynoszą 70% chorych. Cyfry te nie potrzebują komentarzy, znajdują dostateczne uzasadnienie w etiologii gruźlicy przy danych warunkach społecznego ustroju.

Uwzględniając obciążenie dziedziczne, jako czynnik powstawania gruźlicy, widzimy z tablicy II, że przeszło 68% chorych są wolni od wszelkiego obciążenia dziedzicznego. W tej kwestyi spornej nie możemy z naszego niedostatecznego materiału wyciągać pozytywnych wniosków. Sądzymy jednak, że obciążenie nie ma wielkiego

znaczenia, jako czynnik, uspasabiający do powstawania gruźlicy, oraz nie ma wielkiego wpływu na przebieg leczenia. Naszem zdaniem, bezpośrednio zakażenie gra tu rolę pierwszorzędną.

Dla uwidocznienia wyników leczenia podzieliśmy naszych pacjentów na 3 kategorie (stadya), według klasyfikacji TURBAN'a. Klasyfikacja ta grzeszy wprawdzie jednostronnością, bo opiera się wyłącznie na podstawie rozległości zmian w płucach, dostępnych fizycznemu badaniu, nie uwzględnia zaś innych bardzo ważnych momentów w rozwoju choroby. Lepsza ta, niż żadna. Zresztą jest ona ogólnie przyjęta w sanatoriach niemieckich i szwajcarskich.

Termin „wyleczenie“ opuściliśmy zupełnie, gdyż krótki okres istnienia zakładu nie daje prawa do mówienia o trwałych rezultatach, stanowiących kryterium wyleczenia. Jako dodatni wynik leczenia rozumiemy poprawę stanu ogólnego i stanu miejscowego w płucach, czyli poprawę wyraźną; poprawę stanu ogólnego bez zmian na lepsze w płucach nazywamy poprawą względną. Tym sposobem otrzymaliśmy 55% wyraźnej poprawy i około 24% względnej. Razem około 80%. Cyfra ta jest analogiczna do cyfr, otrzymanych w Sanatoriach zachodnio-europejskich. Zaznaczamy jeszcze, że na 59 chorych w 3 stadyum 10 doznało wyraźnej, 19 względnej poprawy, razem zatem było 50% polepszeń. Cyfra ta wydaje się bardzo dużą, ale zostanie omówiona, gdy pokażemy odwrotną stronę medalu. Dla bliższego oświetlenia tych cyfr pozwolimy sobie zwrócić uwagę na objawy, będące w ścisłym związku z poprawą stanu ogólnego i miejscowego. Dla stanu ogólnego — waga. Wiemy dobrze, że przyrost wagi nie świadczy jeszcze o polepszeniu jakości tkanek i sprawności ważniejszych funkcji ustroju; jednak pod względem klinicznym przyrost wagi zwłaszcza u większej liczby chorych jest jednym z miarodajnych objawów polepszenia stanu ogólnego. Z załączonej tablicy II widzimy, że waga podniosła się u 173 chorych, (czyli przeszło u $\frac{3}{4}$ ogólnej liczby).

Sprowadzony do 100 dni przeciętny przyrost wagi u jednego chorego wynosi 5,6 kgr. Najmniejszy zaś przyrost wynosi 5,2 kgr., największy 21,6; u 13 chorych przyrost wagi wynosił przeszło 12 kilogr. Z drugiej strony 19 chorych straciło na wadze przeciętnie 2,4 kgr. na

100 dn. leczenia. U 13 chorych waga pozostała bez zmiany, u 22 nieznana z tej racji, że przez cały czas nie opuszczali łóżka.

Następnie bardzo ważnymi czynnikami poprawy są: ustąpienie gorączki i zniknięcie prątków Koch'a. Na 91 chorych, którzy przybyli z większą lub mniejszą gorączką, straciło ją w czasie pobytu w Sanatorium 38 chorych, czyli 41%. Wynik, dotyczący się prątków Koch'a, był znacznie mniej pomyślny, gdyż na 139 chorych, wykazujących tbc. po wstąpieniu do zakładu, znikły one ostatecznie tylko u 15 osób, co stanowi prawie 11%. Co prawda, trudno wymagać lepszych pod tym względem wyników wobec krótkiego przeciętnego przebywania pacjentów w zakładzie (107 dni).

Pozwolimy sobie teraz zwrócić uwagę na ważniejsze komplikacje w przebiegu chorobowym, a mianowicie na *laryngitis tuberculosa*, na krwioplucia i krwotoki. Na *laryngitis* cierpiało osób 29, z tych 13 pozostało bez zmiany, u 9 nastąpiła poprawa, u 7 wyleczenie, łącząc te 2 cyfry razem, otrzymujemy dodatni wynik w 55% przypadków.

Krwioplucia i krwotoki zanotowane są w anamnezie u 78 pacjentów (34% ogółu). Podczas pobytu tychże w sanatorium powtórzyły się one tylko u 14 pacjentów (18%), ustąpiły zaś u 64, co wynosi poważną cyfrę 82%.

Natomiast po raz pierwszy pokazały się one w sanatorium u 4 chorych, czyli u 2,7% z liczby pacjentów, którzy ich przedtem nie miewali.

Zpośród innych powikłań notujemy ważniejsze: *enteritis* (15 przypadków, w tem 6 stwierdzonych bakteriologicznie), *otitis media* (6), *ulceratio septi narium* (1), *peritonitis chronica* (1), *abscessus frigid.* (6), *lymphomata* (3), *fistula ani* (3), *exsudatum pleuriticum* (3), *pneumothorax* (1), *diazo* (10), *albuminuria* (6), *diabetes mellitus* (2), *perityphlitis* (3), *vitium cordis* (1), *taenia mediocanellata* (2), *anaemia gravis c. achloria* (1), *amyloidosis universalis* (1), *bronchitis putrida* (1).

Z zebranych cyfr i faktów należy wyciągnąć pewne ogólne wnioski: Materiał nasz należy uważać wobec ogólnej liczby polepszeń (80%) za bardzo dobry. Ogromna liczba wyraźnej poprawy w I i II stadyum wynik ten uwydatnia. Jeszcze jaskrawiej występuje cyfra 50% polepszeń w III stadyum. Ale to jedna strona medalu, pozostaje odwrotna, dotycząca się właśnie owego

III stadium. W ogólnej liczbie 275 chorych mamy 20 pacjentów obojga płci, których stan ogólny i miejscowy w chwili przybycia do Sanatorium był poprostu rozpaczliwy i wyłączał wszelką nadzieję choćby tylko chwilowej poprawy. Wszyscy wkrótce zmarli, niektórzy w zakładzie, inni u siebie w domu. Fakty te podkreślamy i poddajemy pod światłą rozprawę Szanownych kolegów, którzy wysyłając chorych, muszą mieć przedewszystkiem na widoku, czy wogóle istnieje jeszcze możność poprawy ich zdrowia. Jeśli możliwość ta jest całkowicie wyłączona, lepiej jest zdaniem naszym pozwolić spędzić ostatnie chwile życia u siebie, w gronie rodziny lub osób bliskich, niż narażać na bezcelową i nieraz wprost szkodliwą podróż do Sanatorium.

Chcielibyśmy jeszcze zwrócić uwagę na niektóre objawy dodatnie z przebiegu leczenia w naszym Sanatorium, a to z tego względu, że klimat wysoko-górski, będący przedmiotem tylu dotąd jeszcze niewyczerpanych polemik, niesłusznie bywa uważany za szkodliwy dla pewnych komplikacji gruźlicy. Mamy tu na względzie gruźlicę krtani i krwotoki. Ze zdaniem tem niejednokrotnie spotykaliśmy się u lekarzy, za nimi powtarzają je już zupełnie bezkrytycznie sami pacjenci. Wręcz przeciwne zdanie wygłaszają kierownicy Sanatoriów wysokogórskich na podstawie dłuższego doświadczenia. Takim szczyć się wprawdzie jeszcze nie możemy. Jednak przytoczone powyżej cyfry świadczą, że klimat nasz nie miał stanowczo wyraźnego wpływu na krwotoki, z drugiej zaś strony w szeregu przypadków wcale nie przeszkadzał poprawie, a nawet wyleczeniu krtani, pod warunkiem, aby jednocześnie stan ogólny i stan płuc podążał do poprawy lub do wyleczenia. Zbytecznem jest chyba dowodzić, że polepszenie w płucach nie zawsze pociągało za sobą polepszenie w krtani, co zresztą spostrzegać się daje we wszelkich klimatach.

Podnosimy jeszcze jeden ważny punkt, dotyczący naszego klimatu. Nieraz daje się słyszeć, że lekarze przestrzegają swych pacjentów przed spędzaniem wiosny w górach z racji jakoby dokuczliwych wiatrów i zmiennej pogody. Nasze spostrzeżenia obaw tych bynajmniej nie potwierdziły. Nabraliśmy przekonania, że wiosenne miesiące nadają się do klimatycznego leczenia równie dobrze, jak wszystkie inne. Np. w osta-

tnich dwóch latach marzec i kwiecień odznaczały się równą temperaturą, brakiem wiatrów i większą liczbą dni słonecznych, niż jakkolwiek inny miesiąc w roku.

Niech nam wolno będzie podzielić się małym spostrzeżeniem, które zrobiliśmy przy systematycznym i wielokrotnie powtarzającym się badaniu chorych. Klinika uczy nas, że sprawa gruźlicza zaczyna się prawie zawsze w szczytach. Po zajęciu zaś ich dopiero rozwija się w średnich i dolnych częściach płuc. Nie zawsze tak bywa. U wielu chorych dostrzegliśmy, że główne ogniska mieszcza się w prawym płucu z tyłu, na przestrzeni od grzebienia do połowy łopatki, a w lewym płucu z przodu w 2 i 3-iej przestrzeni międzyżebrowej w bliskości mostka. Chorzy z ogniskami, tak umiejscowionymi, stanowili 25% ogółu naszych pacjentów, a nawet 34%, jeśli usuniemy chorych III stadium, w którym zazwyczaj rysunek ognisk przestaje być wyraźny z powodu ich zlewania się. Liczba ta zatem jest bardzo znaczna. Ogniska te występują bądź oddzielnie, bądź jednocześnie u tego samego chorego. Kładziemy jeszcze nacisk na to, że w przypadkach, o których mowa, szczyty były albo normalne, albo bardzo mało zajęte, podczas gdy we wspomnianych ogniskach były już objawy daleko posuniętej sprawy. Zauważyliśmy, że ogniska te były bardzo uporeczywe, że w przebiegu pomyślnym sprawy płucnej poprawiały się znacznie wolniej, niż inne miejsca. W szczytach miewaliśmy już nieraz tylko nieznaczne zmiany oddechowe, gdy tu niejednokrotnie utrzymywały się jeszcze liczne wilgotne lub dzwięczne rżenia, oddech mocno oskrzelowy i t. d., które to objawy ustępowały bardzo powoli. Naodwrot, przy złym przebiegu sprawy płucnej ogniska te występowały na pierwszy plan, wybuchały objawy szczytowe, postępowały i rozwijały się szybko. Trudno powiedzieć, czemu należy przypisać ten objaw patologiczny. Być może, że znajduje się on w związku z początkową lokalizacją sprawy w gruczołach oskrzelowych płuc. Będziemy się starali do zrobionego przez nas spostrzeżenia gromadzić dalej fakty.

W przebiegu sprawy płucnej spotykaliśmy często (15,4%) *pleuritis sicca* z przebiegiem bez- lub podgorączkowym, raz ograniczoną na nieznacznej przestrzeni kilku centymetrów kwadr., to znów szeroko rozsianą, nieraz odległą od głów-

wnych ognisk chorobowych, czasem o charakterze dziwnie znikomym, gdyż po kilku godzinach już nie można się było dosłuchać śladów wyraźnego przedtem tarcia.

Na zakończenie naszego sprawozdania uważamy za obowiązek zastrzedz się, że otrzymanych w sanatorium wyników nie uważamy za ostatnie słowo klimatycznego leczenia. Rozporządzaliśmy niewielkim materiałem i przez czas zbyt krótki. Pracujemy jednak z tem przeświadczeniem, że medycyna dzisiejsza nie rozporządza lepszymi środkami, i że otrzymane rezultaty, biorąc pod uwagę krótki³⁾ przeciąg leczenia

³⁾ Przeciętny pobyt jednego kuracjusza u nas wynosi 107 dni, gdy w niektórych sanatoriach zagranicznych przeszło dwa razy więcej.

u nas, powinny zadowolnić i umocnić w zaufaniu tych kolegów, którzy nam poruczają swych pacjentów.

Kładziemy duży nacisk na to, że otrzymaliśmy znakomite wyniki u tych chorych, którzy mieli dość siły woli i cierpliwości, aby poddać się dłuższemu leczeniu przez 6, 7, 8 a nawet i kilkanaście miesięcy. Ci wyszli w zupełnie normalnym stanie zdrowia, i mamy nadzieję, że zatrzymają w całej pełni zdobyte w Sanatorium rezultaty, zwłaszcza, że przeszli u nas przez szkołę higieny, która dała im podstawę do dalszego umiejętnego pielęgnowania zdrowia. Oni też powinni być przykładem dla lekkomyślnych towarzyszy niedoli, którym brak dostatecznej wytrwałości do prowadzenia klimatycznego leczenia.

T A B L I C A I.

Ruch chorych w Sanatorium w Zakopanem od 10. XI 1902 r. do 30. IV. 1904 roku.

Narodowość	Płeć	Wiek	Osób	Pochodzenie	Liczba dni leczenia	Przeciętna pobytu jednego chorego w Sanatorium = 92,8 dnia.	Sanatorium	
Polacy	254		1—10	1	Warszawa 37 Królestwo 69		106	opuściło 228
Rosyanie	11		10—20	42	Litwa			zmarło 13
Rusini z Galicyi	4		20—30	123	Wołyń			
Niemcy	3		30—40	67	Podole		82	8530
Francuzi	1		40—50	24	Ukraina			
Czesi	1		50—60	14	Rosya			
Kroaci	1		ponad 60	4	Galicya		75	6929
					Bukowina			
					Ks. Poznańskie		12	1013
Razem	275				Szląsk Pruski			
						275	25520	

Liczba dni leczenia, przypadająca na poszczególne prowincye w I i II okresie.

W okresie	Warszawa	Królestwo	Litwa Podole Ukraina Wołyń Rosya	Galicya Bukowina	Poznańskie i Szląsk Pruski	Razem
I od 10. XI. 1902 roku do 6. VIII 1903 roku	1948	2865	3361	2567	587	11328
II od 7. VIII 1903 roku do 30. IV. 1904 roku	1334	2901	5169	4362	426	14192
Razem	3282	5766	8530	6929	1013	25520
	9048					

T A B L I C A I I.

Wyniki leczenia u 227 chorych (za czas od 10. XI. 1902 r. do 30. IV. 1904 r.)

227 chorych (w tem mężczyzn 126, kobiet 101) leczyło się ogółem 24376 dni, co daje przeciętną dni leczenia 107 na jednego chorego. U chorych tych prócz leczenia klimatyczno-dyetetycznego stosowano zabiegi wodolecznicze, a to: nacierania u 147, nacierania i natryski u 44 osób.

Wiek chorych		Obciążenie dziedz.		Gorączka		Prątki		Waga sprowadzona do		Wyniki leczenia					
lata	liczba osób	Rodzaj	Liczba osób	Rodzaj	Liczba osób	Liczba osób	100 dni	Stadya	Poprawa			Pogorszenie	Śmierć		
									wyraźna	względna	bez zmiany				
1—10	1	0 ¹	50	F	{ przyjazd: 68 odjazd: 38	+ { przyjazd 139 odjazd 124	173 chorych przybrało przeciętnie 5,6 kg. 19 chorych straciło przeciętnie 2,4 kg. u 13 chorych waga pozostała bez zmiany u 22 chorych waga nieznana	Na 8 ¹ osób I stad.	59	21	3	1	0		
10—20	34	0 ²	4												
20—30	106	0	17	f	{ przyjazd: 23 odjazd: 15	- { przyjazd 88 odjazd 103		Na 84 osób II stad.	56	16	5	6	1		
30—40	51	bez	155												
40—50	20	?	1	bez	{ przyjazd: 136 odjazd: 174			Na 5,9 osób III stad.	10	19	9	12	9		
50—60	10														
>60	2														
Razem	227		227				227	227	125	56	17	19	10		

0¹ — oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców.

0² — " " " " " obojga

0 — " " " " " krewnych lub rodzeństwa

F — " gorączkę ponad 38° C. (w ustach)

f — " " " " " poniżej 38° C. (w ustach)

Przybrało na wadze: od 0—1 kg. — 13 osób
1—3 " — 36 " }
3—6 " — 54 " } Razem 173 osoby.
6—9 " — 39 " }
9—12 " — 18 " }
<12 " — 13 " }

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— O stosowaniu wody utlenionej w praktyce podaje niektóre szczegóły BREITUNG. Fabryka MERCK'a w Darmstacie dostarcza preparatu chemicznie czystego, o składzie stałym 30% na wagę. Jest to płyn bezbarwny, bez zapachu, którego 1 część na 29 części wody daje 1%, a na 9 części wody 3% roztwór. W zetknięciu z wilgotną lub suchą, krwawą lub ropiastą wydziel-

oną z ran woda utleniona usuwa ją łatwo, co jest pożądane zwłaszcza na porosłych włosami częściach ciała. Tak samolawo oddzielają się przyklejone opatrunki, przez co zmiana tychże nie jest dla chorego przykra i oszczędza czas lekarzowi. Dalej woda utleniona nadaje się do wypłukiwania ran ropiejących i jam ropniowych, zmniejszając także wydzielinę; wkrótce ukazują

się świeża ziarnina. W wycieku ropnym z ucha wodę utlenioną stosuje się w postaci tamponów z waty, napojonych 1% roztworem; tak samo w wydzielinach z nosa. Usuwa ona przykry zapach w sprawach gnilnych, w rakach wrzodzących, w zgorzeli i t. p. w postaci opatrunków wilgotnych, zmienianych co 4 — 6 godzin. Pod tym względem woda utleniona przewyższa znakomicie nadmanganian potasu. W rozlicznych cierpieniach jamy ust, zapaleniu rtęciowem, pleśniawkach, próchnieniu zębów, przetokach zębowych i t. d. stosuje się przepłukiwania z jednej łyżki 3% roztworu na szklanek wody gotowanej. MANKIEWICZ zaleca wodę utlenioną do tamowania krwotoków: mięszszowych, nosowych, i t. d.; w 2 przypadkach *endometr. membranac.* z obfitemi krwawieniami, w których chore nie znosiły tamponady gazą jodoformową, 3 — 6 krotną tamponadą gazą, zmoczoną w 2% roztworze wody

utlenionej osiągnięto skutek dobry. Można też usuwać wodą utlenioną piegi przez stosowanie 2 razy dziennie okładów 3% roztworem w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny; w końcu środek ten nadaje się do czyśczenia narzędzi szklanych i metalowych. (D. M. Zg. 100 — 1903).

= MANGELSDORF zauważył, że w czasie napadów w migreny następuje ostre rozszerzenie żołądka, które znika po ustaniu napadu. No 409 przypadków znalazł autor zjawisko to stałe. Częste powtarzanie się takiego rozszerzenia doprowadzić może w końcu do niedowładu żołądka. Ponieważ rozszerzenie żołądka w migrenie może być tylko pochodzenia ośrodkowego, przeto autor zajął się pytaniem, czy nie daje się ono spostrzegać i w innych cierpieniach mózgu. Dotychczas udało mu się to stwierdzić w padaczkę podczas napadu. (Berlin. Klin. Woch. 44 — 1903).

Wiadomości bieżące.

— Kilkunastu lekarzów warszawskich w dniu 2 lipca r. b. urządza wycieczkę do Buska (ewentualnie do Solca, Ojcowa i Pieskowej Skali). Przewidywana jest większa liczba uczestników, interesujących się postępami i stanem naszego zdrojowiska.

Ponieważ w oznaczonym czasie, jako w pełni sezonu leczniczego, mogłyby spotkać Kolegów pewne trudności ze znalezieniem powozów w Kielcach, a bardziej jeszcze z noclegiem w Busku, Kol. J. D. GRABOWSKI pragnąłby Kolegom oszczędzić tego kłopotu i podejmuje się porobić możliwe ułatwienia. Prosi więc wszystkich uczestników wycieczki zawiadomić go o swoim przyjeździe zawczasu, mianowicie przed 20 czerwca, pod adresem: D-r GRABOWSKI Busko gub. Kielecka.

Wyjazd z Warszawy ma nastąpić 2 lipca (sobota) z dworca terespolskiego o godz. 11 m 38 wieczorem; przyjazd do Buska nazajutrz około godz. 3 popołudniu. Koszt przejazdu z Warszawy do Buska wynosi od osoby niecałe 8 rb. (w kolei II klasa, w powozie po 2 osoby). Spieszący się z powrotem po 24 godzinach pobytu w Busku mogą być w Warszawie 5 lipca (wtorek) o godzinie 7 m. 8 rano.

— W tych dniach otwarte zostało w Warszawie przy ulicy Kruczej Nr. 49 inhalatorium do leczenia chorób dróg oddechowych. Zakład urządzony został bardzo starannie, a aparaty inhalacyjne, jakimi roporządza, są pomysłu d-ra Teodora HERYNGA. Podobnie, jak aparat BULLING'a, inhalator d-ra HERYNGA zaopatrzony jest w przyrząd, pozwalający regulować ciepłotę rozpylonego leku. Zbudowany przez d-ra HERYNGA inhalator daje przy użyciu odpowiednio rozpylających rurek nader drobny spray. Rurki rozpylające wstawione są do małego cylindera metalowego, połączonego z rurką metalową długości 68 mm., w którą wsuwa się szklaną nasadkę, prowadzącą płyn rozpylony do ust pacjenta. W tylnej części cylindra metalowego znajduje się szpara, której szerokość daje się regulować za pomocą ruchomej nasadki, poruszającej się po rowku, wyrytym w linii spiralnej na cylindrze. Od szerokości tej szpary zależna jest temperatura wzięwanego leku. Przy otwarciu szpary do *maximum* temperatura sprayu równa się 35° C., zmniejszając stopniowo szparę, podnosimy temperaturę i przy całkowitem jej zamknięciu osiągamy temperaturę 65° — 70° C. Ciśnienie w kociołku inhalatora wynosi $\frac{1}{4}$ atmosfery. Na

ruchomej tarczy oznaczone są podziałki od 35° C. do 65° C., a strzałka wskazuje żądaną temperaturę. Jeżeli zamiast krótkiej, szerokiej szklanej rury, odprowadzającej strumień do ust pacjenta, wziąć długą, wąską rurę, zgiętą w kształcie liry, to aparat daje spray o temperaturze 35° C. do 75° C. Zależnie od długości tej rury, średnicy otworu oraz od grubości ścian, temperatura podnosi się od 15°–25° C. w porównaniu z temperaturą, otrzymywaną przy zwykłej nasadce. Przyrząd więc ten, nazwany termoakumulatorem, pozwala łatwo otrzymać spray o temperaturze 70° C. — 75° C. Przy tak wysokiej ciepłocie paruje wiele środków lekarskich z grupy mentolów, terpinów, fenolów i t. d. Że istotnie przy pomocy termoakumulatora, nastawio-

nego na temperaturę 60° C., leki powyższe przechodzą w stan gazowy, dowodzi fakt, że przy wyprowadzeniu ich z rury za pomocą odpowiedniej szklanej nasadki, zakończonej pionową rurką z otworem 3 mm., gazy te za zbliżeniem płomienia zapalają się. Inhalacje mogą być z pożytkiem stosowane w cierpieniach nosa gardzieli, krtani, tchawicy i oskrzeli. Najwdzięczniejszym polem ich działania, zdaje się, będą przypadki suchego nieżyty górnych dróg oddechowych. Co się tyczy oskrzeli, to przy drożności ich drobno rozpylone, a tembardziej przeprowadzone w stan gazowy leki dochodzą do ich najdrobniejszych rozgałęzień, temperatura sprayu jednak po dojściu do tej głębokości spada do wysokości temperatury ciała.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1904/5 zawakuje sześć stypendyów, każde po rb. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali; c) Strojcecy, synowie po Adolfie Strojckim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion — stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego (w kancelarii tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7.) najpóźniej do dnia 15 września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożą

winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały
Dr Hoyer.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1904/5 wakować będzie stypendyum w kwocie rb. 207 rocznie, z legatu ś. p. doktora Ignacego GOŁĘBIEWSKIEGO, zmarłego w roku 1885 w m. Kamionce, powiecie olgo-polskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego stypendyum przyznane ma być innemu nie zamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Życzący ubiegać się o rzeczone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do 15 września rb. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożą nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały
Dr Hoyer.

Bardzo pożyteczny produkt z

Cascara Sagrada.



✧✧ **CASCARINE** **LEPRINCE** ✧✧
 $C^{12}H^{10}O^5$
(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 trawienia; 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 materiałów aptecznych

Racyonalne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGULKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

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



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 LEPSZYCH APTEKACH.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

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

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

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinnej.

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

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

Wystrzegać się zafałszowań!

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

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

Spzedaz we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¹/₂ unoyi) rb 1 k. 60

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya)

APTEKA i SKŁAD

Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMĄ

D-ra T. HEINRICH A

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.

Dr. Med. J. Maciejewski

ordynuje od 1-go Maja do Października

W KISSINGEN

„VILLA ELSA“.

D-r Feliks ARNSTEIN

ordynuje jak zwykle od 21 Maja

w Ciechocinku.

W Szpitalach Paryzkich i Szpitalach Ministerjum Marynarki Francyi

Referat Akademii Naukowej, Medycyny i
Biologicznego Towarzystwa w Paryżu

OVO-LÉCITHINE BILLON

JAŁECZNY LECYTIN BILLON
ANEMII, REKONWALESCENCYI I STAROŚCI.

zażywa się przy
NEURASTENII,

ZNUŻENIU BŁADACZCE,

ELIXIR POLIBROMURÉ YVON

Zawierający bromek potasu zmieszany z innymi bromkami alkaliów, które sprzyjają skuteczniejszemu działaniu środka. Elixir Yvon zawiera nadto gorzkie substancje tonizujące, oraz skutecznie przeczyszczające, które wzmagają czynności żołądka i pobudzają łaknienie.

Preparat ten może być stosowany w dużych dawkach i długo. Uznany przez najwyższe powagi lekarskie w Paryżu przeciw: Epilepsyi, Histeryi, Neurastenii, Chorobom nerwowym w ogóle, Newralgii, Spermatorrhoea, Diabetes, nerwowym bólom żołądka (Gastralgii) etc.

Lepinois et. C-ie 5, rue de La Feuillade, Paris.

STERILISATOR PAT. D'A. WĄTOREK

PA. № 11347

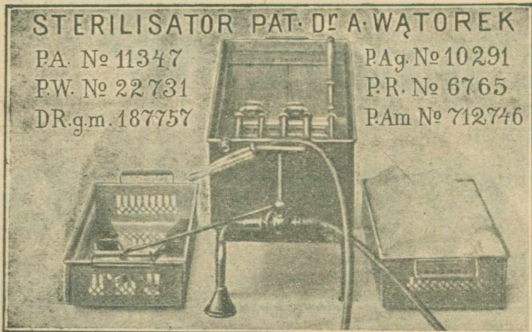
PW. № 22731

DR.g.m. 187757

PAg. № 10291

PR. № 6765

PAm. № 712746



Przenośny uniwersalny przyrząd dla aseptyki operacyjnej systemu D-ra A. Wątoraka ma na celu umożliwić na poczekaniu wykonanie wszelkiej operacji z idealną aseptyką nawet w najuboższej chacie na prowincyi.

ZASADA KONSTRUKCYJNA.

Przyrząd powyższy jest tak zmodyfikowanym sterylizatorem dla płynów, aby tenże mógł równocześnie być sterylizatorem w roztworze sodu dla instrumentów, desinfektorem dla opatrunków: wyjąłwiającym w parze nasyconej sucho i bardzo szybko, umywalnią idealnie aseptyczną i irygatorem idealnie aseptycznym. Złożony do transportu ma stanowić pojemne etui o 2 przedziałach dla pomieszczenia wszelkich środków koniecznych dla przeprowadzenia sterylizacji, a obok tego instrumentów i innych przedmiotów potrzebnych przy aseptycznej operacji. Razem zaś z eleganckim futerałem ma być tak lekkim i zgrabnym, aby się lekarz nie wahał zabierać go ze sobą nawet do drobniejszych operacji.

Wykonanie i materiały najlepszej jakości

Cenniki wysyła się na żądanie gratis i franco. Dr. A. Wątorak, Lwów, Szeptyckich 30.

Założony w 1845 r. Instytut Wód Mineralnych W OGRODZIE SASKIM.

Ul. Graniczna 14, telefonu 422

poleca:

Wody mineralne naturalne świeżego czerpania.

Wody mineralne sztuczne, ściśle według analiz urządzone.

Kąpiele mineralne sztuczne wszystkich źródeł.

Kąpiele z kwasem węglanym cena jednej kąpieli 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.

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych
oraz Fabryka Pastylek egzystująca od 1855 r.

EDWARDA TREUTLERA

w Warszawie, Nowy-Swiat Nr. 60.

p o l e c a

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 $\frac{1}{100}$ grm.

" Ovarini 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. Jolimbini 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. Fovleri Sol Gtt. i Obduc. cacao.

Schlesischer Obersalzbrunnen



Oberbrunnen



Pierwszorzędne źródło alkaliczne, skutecznie działające od roku 1601.

Analizy i szczegóły o źródle wysyła pocztą bezpłatnie.

Kantor ekspedycji wód mineralnych książących w Obersalzbrunn.

Furbach i Strieboll Salzbrunn na Śląsku. Składy we wszystkich aptekach i materyałów aptecznych handlach.

Wody mineralne naturalne

świeżego czerpania nadeszły do składu wód przy aptece

H. KUCHARZEWSKIEGO

Miodowa № 5, telefonu № 753.

N A Ł Ę C Z Ó W

Zakład leczniczy cały rok otwarty.

W sezonie letnim kąpiele żelaziste i błotne, hydro- i elektroterapia, 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

O-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

I W O N I C Z

(Stacja kolei państwowej).

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny w Galicyi.

Szczawy słońo-jodo-bromowe i żelazisto-jodo-bromowe; Kąpiele słońo-jodowe, igliwiowe, borowinowe, gazo we jak w Neuheimie zabiegi hydropatyczne, mięslenie i gimnastyka lecznicza (Zakład ortopedyczny Docenta chi rurgii D-ra A. Gabryszewskiego we Lwowie przeniesiony na lato do Iwonicza).

Wskazania; zoiży, choroby kobiece, gościec, dna, kiła, choroby kości, skórne i nerwowe—wogóle wszystkie cho roby wymagające przyspieszenia odnowy materyi.

Zakład położony w lesie szpilkowym przeszło 400 metr. n. p, m. w uroczej górskiej okolicy.

Urządzenie wzorowe, mieszkania wygodne, elektryczne oświetlenie, wodociągi, woda do picia źródłana ze ska ły bijąca (na sezon tegoroczny wybudowano 2 nowe domy o 60 pokojach).

Kaplica zakładowa, Msza 8-ta codziennie

Muzyka zakładowa. Poczta i telegraf w Zakładzie. Lekarze zakładowi: Docent Dr. Antoni Gabryszewski ze Lwowa i Dr. Julian Staniszewski z Krakowa, tudzież 4 wolno praktykujących lekarzy.

Sezon od 20-go maja do końca września.

W I Sezonie do 20 czerwca i III od 20 sierpnia, mieszkania znaczna tańsze.

Uwolnienie od taksy na mocy świadectwa ubóstwa udziela się tylko w I i III sezonie.

Zamówienia na mieszkanie, wodę, sól, ług i muł przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela.

Dyrekcya

Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Iwoniezu.

WODY LECZNICZE PROFESORA D-RA W. JAWORSKIEGO

POLECA WYŁĄCZNIE UPOWAŻNIONE DO WYROBU:

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„M O T O R“

WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 23. TELEFONU Nr. 491 i 1809.

Kąpiele kwaso-węglowe

wydaje Zakład kąpielowy

Książęca Nr. 4.

Prof. D-r Ludomił Korczyński

ordynuje od 1 go czerwca
w **SZCZAWNICY.**

D-R EDMUND SUPIŃSKI

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

w **RABCE.**

B. Asystent Kliniki lekarskiej Uniwer. Jagiell.

D-r Z. Wąsowicz

ordynuje jak w latach poprzednich w **KRYNI CY, dom pod „Orłem“**

D-r Xawery Gorski

ordynuje jako lekarz zakładowy
w **SZCZAWNICY.**

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny
pracownia przyrządów ortopedycznych
D-ra **REICHSTEINA**, Warszawa,
ulica Twarda 10.

D-r Jan Piltz

ordynuje od 1 Lipca do 1 września

w **Zuoz** (pod st. Moritz) w zakładzie
leczniczym Concordia. Enga-
din, Szwajcarya.

D-r W. Sadowski

ord. jak lat ubiegłych w **REICHENHALL**
Villa Schönheim.

D-r Weissenberg

ordynuje jak corocznie w języku polskim
w **Kołobrzegu**

GARTENSTRASSE 5.

KARLSBAD **D-r Wł. Maleszewski**

ordynuje jak lat ubie-
głych Alte Wiese „Drei Stafeln“.

D-r W. Bujakowski

stałe ordynuje w **Druskienikach.**

Poszukuje się lekarza do miasteczka
KISIELINA
Wołyńskiej gub. Blizsza wiadomość u współ-
właściciela apteki Tomasza Rossockiego, stacya
pocztowa Torczyn gub. Wołyńskiej.

DOCENT DR. E. BIERNACKI

ordynować będzie od dnia 20 Czerwca
w **KARLSBADZIE.**
„Haus Nizza“ obok Alte Wiese.

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 zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
Faschingen i Selters.

Wstrzykiwania podskórne wyjałowione w zatopionych ampułkach z zawartością

Ferrum Kakodylicum 0,05 in 1 c. c.

Ferrum Kakodylicum 0,075 in 1 c. c.

Ferrum Kakodylicum 0,1 in 1 c. c.

O R A Z

Dragées Arsykodyle (ferr. Kakodylic. 0,250).

Od 1 do 4 pigułek dziennie

przygotowała

Apteka E. GESSNERA w Warszawie.

KROWIANKA

DANIEŁOWICZOWSKA 8.

● ospa ochronna ●

TELEFON 528.

Inst. D-ra TCHÓRZNICKIEGO

D-ra LEWALDA

pod Wrocławiem.

Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych i umysłowych w Obernigk.

PROSPEKTY, Adres dla telegramów:

D-r LEWALD — Obernigk.

Zróżła Saint-Louis

Reprezentant Towarzystwa Saint-Louis
BASSIN DE VICHY

ma zaszczyt zawiadomić, że otrzymał świeży transport naturalnej Wody Mineralnej Saint-Louis № 112 i równocześnie zwraca uwagę na jej kolosalne rozpowszechnienie z powodu większej zawartości mineralnych składników w porównaniu z innymi źródłami 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 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