

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 30.

Warszawa d. 28 Lipca 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 5 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 kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „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. O lewulozurii. Skreślił M. Halpern. — Przyczynek do sprawy stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej wieloważnej (serum antistreptococcicum polyvalens) Podał D-r B. Korybut-Daszkiewicz. — Streszczenia i Wyciągi. 82. Leczenie naparstnicą. 83. Operacya przy porażeniach ruchowych. 84. W sprawie leczenia gruźlicy krtani światłem słonecznem. 85. W sprawie leczenia zapalenia płuc włóknikowego surowicą — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 20 lutego r. b. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) M. Halpern — Sur la levulosurie. 2) D-r B. Korybut-Daszkiewicz — Contribution à la question d'injection du serum antistreptococcique polyvalent.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) M. Halpern — Ueber Levulosurie. 2) D-r B. Korybut-Daszkiewicz — Ein Beitrag zur Frage der Anwendung des polyvalenten Antistreptococcenserums.

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

PRACE ORYGINALNE.

O LEWULOZURII.

skreślił

MIECZYSLAW HALPERN.

Badania przemiany węglowodanowej w fizyologii, a zwłaszcza patologii człowieka uwzględniały do ostatnich czasów prawie wyłącznie glikozę, czyli cukier gronowy. Rola, jaką odgrywa glikoza w biologii, jest wprawdzie nieskończenie ważniejsza od roli innych węglowodanów, to wyłączne jednak stanowisko, jakie

zajmował do niedawna cukier gronowy w umyśle lekarzy, zmienia się stopniowo pod wpływem badań i faktów ostatniej doby. Przekonano się mianowicie, że i inne rodzaje węglowodanów odgrywają, jakkolwiek bardzo podrzędną w stosunku do glikozy, to jednak wcale niepoślednią rolę w fizyologii i patologii ludzkiej, a prace, poświęcone temu przedmiotowi, znacznie rozszerzyły nasze pojęcia o przemianie węglowodanowej w ustroju. Dotyczy to przede wszystkim cukromoczu i moczówki cukrowej. Mówiąc o jednym lub drugiej, mieliśmy zazwyczaj na myśl

li wydzielanie z moczem cukru gronowego, glikozy i nazwę glikozuryi mieszałyśmy często z nazwą melliturya, używając pierwszego terminu zamiast drugiego. Okazało się wszakże, że w pewnych, może nie tak nielicznych, jakby się zdawało, przypadkach mamy przy cukromoczu do czynienia wcale nie z cukrem gronowym, lecz z innemi odmianami cukru, jako to: pentoza, laktoza, lewuloza i t. p. Odróżnianie tych rozmaitych postaci cukromoczu pod względem występujących w każdym poszczególnym przypadku rodzajów węglowodanów staje się dziś rzeczą konieczną, gdyż sprawy, z którymi jest związane wydzielanie z moczem tego lub innego cukru, są zupełnie różne i nie mogą być identyfikowane ani pod względem teoretycznym, ani też praktycznym. Mówiąc o *diabetes mellitus*, jako o eierpieniu, związanem z samoistnem wydzielaniem cukru, musimy sobie dokładnie zdać sprawę, jaki właściwie cukier znajdujemy w moczu; nazwa *diabetes mellitus*, jakkolwiek sama przez się nie mówi nam nic o rodzaju wydzielanego cukru, obejmuje dziś przypadki samoistnej glikozuryi patologicznej, należy od niej ściśle odzóżniać przypadki pentozuryi (1) i lewulozuryi, o której właśnie pomówimy.

Lewulozę nazywamy tę postać węglowodanów, która, należąc łącznie z glikozą, galaktozą i t. p. do grupy monosacharydów i posiadając tak samo, jak tamte 6 atomów węgla w cząsteczce (heksozy), różni się jednak od wspomnianych pod względem budowy chemicznej i to dość znacząco. Podczas gdy glikoza i galaktoza są aldozami, t. j. zawierają w swej cząsteczce

grupę aldehydową $\begin{array}{c} \text{C} \\ | \quad \diagup \text{O} \\ \text{H} \end{array}$ [budowa glikozy wy-

raża się formułą $\text{CH}_2\text{OH} - (\text{CHOH})_4 - \text{COH}$], lewuloza jest ketozą, zawiera bowiem grupę ketonową i posiada przeto formułę: $\text{CH}_2\text{OH} - (\text{CHOH})_3 - \text{CO} - \text{CH}_2\text{OH}$. Lewuloza jest *per se* bardzo rozpowszechniona w państwie roślinnem, zwłaszcza w owocach, dlatego też nazwana zo-

stała fruktozą; znajdujemy ją w znacznych stosunkowo ilościach w miodzie, wreszcie powstaje ona przy hidrolizie cukru trzcinowego (sacharozie), który rozpada się na cząsteczkę glikozy i cząsteczkę lewulozy, jako też przy rozpadzie hidrolitycznym niektórych innych węglowodanów, a zwłaszcza inulinu, który jest polisacharydem lewulozy. Co się tyczy własności fizyczno-chemicznych omawianego rodzaju cukru, to zaznaczę tutaj, że lewuloza rozpuszcza się w wodzie bardzo łatwo, prawie wcale nie rozpuszcza się w zimnym alkoholu, znacznie lepiej natomiast w gorącym; skręca ona płaszczyznę polaryzacji nalewo (*inde nomen*), fermentuje po dodaniu drożdży, daje te same próby redukcyjne, co i glikoza, i tworzy również z fenyldhydrazyną ozazon o punkcie topliwości 205° . Siła redukcyjna lewulozy jest nieco mniejsza, niż glikozy, lewoskrętność zaś nieco większa, niż prawoskrętność glikozy. Na stopień lewoskrętności lewulozy ma znaczny wpływ temperatura; w miarę, jak się temperatura podnosi, lewoskrętność lewulozy się zmniejsza; zależność tę określił HUPPERT specjalną formułą. Roztwory wodne lewulozy nie strącają się ani przy pomocy octanu ołowia zasadowego, ani też przy pomocy cukru ołowianego (octanu ołowiu obojętnego). Należy jednak mieć na uwadze, że z moczu octan ołowiu zasadowy strąca część lewulozy, i ilość jej, zawarta w osadzie, tworzącym się po dodaniu tej soli do moczu, bywa nieraz dość znaczna. (2). NEUBAUER (3) stwierdził w swoim przypadku lewulozuryi, że 35% lewulozy w moczu strącało się przy pomocy octanu ołowiu zasadowego, i dowiódł, że zależało to jedynie od rozpuszczalnika, a mianowicie roztworu soli, jakim jest pod tym względem mocz, gdyż, usunąwszy lewulozę z moczu drogą fermentacji i dodawszy do sfermentowanego moczu taką ilość krystalicznej lewulozy, jaką poprzednio mocz ten zawierał, mógł stwierdzić, że octan ołowiu zasadowy strącał i tę dodaną lewulozę i tak samo, jak poprzednio, w ilości 35%.

Za charakterystyczną reakcją dla lewulozy, jako dla ketozy, uchodzi reakcja SELIWANOFF'a, która polega na tem, że przy ogrzewaniu lewulozy, *resp* moczu, zawierającego lewulozę, z mocnym kwasem solnym (do moczu dolewamy kwasu solnego *ana*) w obecności rezorcyny otrzymujemy czerwone zabarwienie płynu i osad, rozpuszczający się w alkoholu, również z czerwonym zabarwieniem. ROSIN (4) zmodyfikował nieco tę próbę, która według niego winna być wykonana w sposób następujący: Zagotowujemy mocz z jednakową ilością mocnego kwasu solnego po dodaniu kilku kryształów rezorcyny; jeżeli występuje czerwone zabarwienie, to ostudzamy płyn, dodajemy doń węglanu sodu *in substantia* do nasycenia w małej parownicy porcelanowej, zlewamy następnie z powrotem do próbki i wyciągamy alkoholem metylo- wym, który zabarwia się przytem na czerwono, posiada zieloną fluorescencję i daje dwa pasma absorpcyjne w zielonej i niebiesko-zielonej części widma. Modyfikacja ta ma chronić od błędów (5), jakie wyniknąć mogą skutkiem tego, że nieraz, jak wykazali ADLEROWIE (6), mocz, nie zawierający lewulozy, daje reakcję SELIWANOFF'a w jej pierwotnem zastosowaniu, co ma zależeć od obecności w nim kwasu azotowego. ADLEROWIE (7) podają także własną modyfikację tej próby, która przedstawia się jak następuje: do zawierającego nieco kwasu solnego roztworu kwasu octowego dodajemy kilka kryształów rezorcyny i kilka kropel roztworu lewulozy; przy zagotowaniu otrzymujemy wtedy czerwone zabarwienie. Jeżeli zamiast rezorcyny użyć direzorcyny, to zabarwienie jest ciemno-czerwone aż do fioletowo-czarnego. Podobnie jak ADLEROWIE, stwierdził również i UMBER (8), że reakcja SELIWANOFF'a daje nieraz dodatni wynik wtedy, kiedy mocz nie wykazuje redukcji. Na 65 badanych w tym kierunku przypadków tylko 13 razy nie otrzymał dodatniego wyniku; prawie stale występowała ta próba w krupowym zapaleniu płuc. W odróżnieniu

jednak od ADLER'ów, którzy znajdowali często reakcję SELIWANOFF'a w moczu po 24-godzinnem staniu, podczas gdy tenże mocz świeży jej nie dawał, UMBER mógł to stwierdzić tylko 2 razy. Zdaniem UMBER'a modyfikacja ROSIN'a nie chroni w tych przypadkach od błędów, gdyż można otrzymać dodatni wynik tej modyfikacji przy gotowaniu rezorcyny z mocnym kwasem solnym (*aa* z wodą) w ciągu 1 — 2 minut; zależy ona wtedy od produktów rozpadu rezorcyny. Wobec tego radzi autor przy wykonaniu próby SELIWANOFF'a — ROSIN'a ogrzewać płyn tylko do wrzenia; ale i przy takim wykonaniu próby dodatni jej wynik nie przemawia jeszcze sam przez się za obecnością lewulozy. Zaznaczyć jednak wypada podniesioną przez UMBER'a ewentualność, że w tych moczach, które nie redukują wyraźnie, a dają reakcję SELIWANOFF'a, możemy mieć fizyologiczne minimalne ilości lewulozy. Próba SELIWANOFF'a jest wprawdzie bardzo czuła, możliwe więc, że w pewnych warunkach wykrywa ona ślady lewulozy, obecności jednak tego cukru w moczu normalnym nikt dotychczas nie stwierdził.

Inną próbę charakterystyczną dla lewulozy w szczególe, a dla ketoz wogóle podał NEUBERG (9). Polega ona na tem, że jedynie ketozy mają dawać ozazon z metylfenylhydrazyną, a ponieważ w moczu niema innej substancji, zawierającej grupę ketonową, dodatni więc wynik tej próby ma dowodzić obecności lewulozy. I ta jednak reakcja nie jest pozbawiona zarzutów. Zdaniem mianowicie OFNER'a reakcję tę może dawać glikoza i wogóle aldozy. NEUBERG (11) wprawdzie dowodzi, że warunki, w jakich OFNER otrzymywał metylfenylglukozazon są wyjątkowe, i normalnie aldozy reakcji tej nie dają, w każdym razie kwestya wymaga jeszcze ostatecznego zaocenywania. Z innych reakcji na lewulozę wspomnę jeszcze o próbie LINTNER'a (12), która daje niebieskie zabarwienie pod wpływem difenylaminy i kwasu solnego. Wreszcie RAUDONE (13) podaje, że lewuloza redukuje kwas

fosforowolframowy i sole kwasu selenowego w alkalicznej reakcyi, jako też sól amonową kwasu molibdenowego, co też pragnie wyzyskać w celu wykrycia lewulozy.

Widzimy zatem, że żadna z pomienionych tu reakcyi, z wyjątkiem może próby NEUBERG'a, nie może być uważana za absolutnie pewną przy badaniu na lewulozę. To też w celu stwierdzenia lewulozy nie należy się ograniczać do jednej jakiegokolwiek bądź próby, lecz wyprowadzić swe wnioski na podstawie możliwie wszystkich reakcyi. Jeżeli np. mocz daje wyraźną próbę TROMMER'a, reakcyę SELIWANOEF'a i NEUBERG'a, skręca płaszczyznę polaryzacji nalewo, fermentuje po dodaniu drożdży, a po sfermentowaniu nie daje żadnej z przytoczonych reakcyi, to możemy z całą pewnością wypowiedzieć się za obecnością lewulozy w tym moczu. Może się zdarzyć, że mocz odpowiada wszelkim warunkom dla obecności lewulozy, a pomimo to skręca płaszczyznę polaryzacji na prawo. Dowodzi to, że obok lewulozy mamy jednocześnie w moczu i glikozę; w tych przypadkach znajdujemy zazwyczaj większą różnicę pomiędzy ilością cukru, określoną przy pomocy redukcji, a ilością, wykazywaną przez polarymetr po ewentualnej poprawce danych polometrycznych po sfermentowaniu moczu; redukcya daje wtedy większe liczby dla łatwo zrozumiałych powodów, gdyż wykazuje ona całą ilość cukru, t. j. glikozę i lewulozę, podczas gdy polarymetr będzie wykazywał tem mniejszą prawoskrętność, im więcej będzie w moczu lewulozy; może nawet dojść do tego, że mocz taki będzie optycznie nieczynny. Taką samą różnicę znajdujemy pomiędzy określeniem przy pomocy sacharometru (fermentacji) i polarymetru. Dotyczy to przypadków, w których ilość lewulozy jest mniejsza, niż ilość dekstrozy, jak to zazwyczaj w takich razach bywa, o czem pomówimy jeszcze poniżej. Wspomniana różnica może służyć do ilościowego określenia lewulozy w przypadkach skombinowanej mellituryi, a jak-

kolwiek bardzo małe różnice pomiędzy tymi rozmaitymi sposobami ilościowego określania cukru mogą się zdarzyć i przy braku lewulozy, zależnie od niedoskonałości samych metod, to jednak większe różnice, powyżej 0,5%, znajdowane niejednokrotnie przy badaniu moczu, mogły właśnie zależeć, jak słusznie zwraca uwagę ROSIN, od obecności lewulozy, którą zazwyczaj przeoczano.

Przechodzimy do zachowania się lewulozy w ustroju. Wiadomo, że cukier stanowi nieodzowną część składową krwi i innych cieczy ustrojowych. Doniedawna uważano cukier ten za glikozę i obok niej nie przyznawano żadnego innego cukru. Dopiero w ostatnich czasach przekonano się, że obok glikozy możemy mieć we krwi i inne substancje węglowodanowe, jako to jehorynę (połączenie glikozy z lecytyną), związane kwasy glukuronowe i, co nas tu najbardziej interesuje, także lewulozę. Na obecność lewulozy we krwi pierwszy zwrócił uwagę PIEKARDT (14), a ostatnio dowiedli tego niezbitcie NEUBERG i STRAUSS (15), którzy znajdowali lewulozę we krwi i wypocinach niektórych chorych niecukrzycowych, notabene, przy wyłączeniu uprzedniego spożycia lewulozy. W każdym bądź razie zwrócić należy uwagę, że byli to, bądź co bądź, ludzie chorzy, a badań podobnych u osobników absolutnie zdrowych dotychczas nie przeprowadzono. Zdaje się jednak, że możemy przenieść dane, zdobyte przez STRAUSS'a i NEUBERG'a i na warunki fizyologiczne tem bardziej, że GÜRBER i GRÜNBAUM (16), stwierdzili lewulozę w płynie okołopłodowym, który przecie należy do cieczy fizyologicznych.

Lewuloza, znajdująca się, jakem powiedział powyżej, w znacznej ilości naszych pokarmów codziennych, dostaje się wraz z nimi do ustroju naszego i przechodzi tam rozmaite koleje. Część lewulozy niewątpliwie ulega bezpośredniemu spalaniu. Dowodzą tego badania IOHANNSON'a, BILLSTRÖM'a i HEJL'a (17), które wykazały, że u zdrowego zupełnie człowieka po

podaniu lewulozy, tak samo jak po podaniu glikozy, powiększa się ilość wydzielanego kwasu węglowego, a mianowicie w stopniu, odpowiadającym spalaniu 15% podanej lewulozy. Inna część lewulozy, znacznie większa od poprzedniej, przedostając się z kiszek przez żyłę wrotną do wątroby, odkłada się tam w postaci glikogenu. Ciekawym jest, że, jak stwierdził C. VOLT, lewuloza podawana *per os* daje stosunkowo mniej glikogenu, niż dekstroza, natomiast przy podskórnym wprowadzeniu zdolność wytwarzania glikogenu jest dla lewulozy większa, niż dla glikozy. Czy wytworzenie glikogenu z lewulozy poprzedza przekształcenie lewulozy na glikozę, czy też lewuloza jako taka jest w stanie syntezować się, dając w rezultacie glikogen, nie jest jeszcze dzisiaj kwestią, ostatecznie rozstrzygniętą. MINKOWSKI jest zdania, że lewuloza prawdopodobnie bezpośrednio daje glikogen, który, rozpadając się, daje już nie lewulozę, lecz glikozę, natomiast MAGNUS-LEVY (18) wypowiada się za uprzednim przekształceniem lewulozy na glikozę, opierając swój pogląd na obserwacjach, poczynionych u ludzi w moczu cukrowej i u psów w cukrzycy trzustkowej lub florydycznej: okazuje się, że w tych przypadkach znaczna część podawanej lewulozy może się wydzielić z moczem w postaci glikozy. ROSIN (19) starał się rzucić nieco światła na omawianą sprawę przy pomocy następującego doświadczenia: przetrzymawszy kota w ciągu dłuższego czasu na diecie bezwęglowodanowej w celu zmniejszenia ilości glikogenu w jego ustroju, podawał mu w ciągu 8 dni lewulozę, mleko i mięso i otrzymał po tem z mięśni i wątroby zwierzęcia 8 grm. glikogenu, który poddał działaniu fermentu diastatycznego; w rezultacie otrzymał w początku glikozę, a po kilku godzinach obok glikozy mógł stwierdzić znacznie większe ilości lewulozy; niestety jednak, jak sam autor słusznie zaznacza, doświadczenie to nie rozstrzyga, czy lewuloza powstała tu bezpośrednio z glikogenu, czy też pośrednio z glukozy.

(C. d. n.).

Przyczynek
do sprawy stosowania surowicy
przeciwpaciorkowcowej wieloważnej
(serum antistreptococcicum polyvalens).

Podał

D-r B. Korybut-Daszkiewicz

Ordynator W. Domu Wychowawczego ks. Baudouina.

Nie wdając się w krytyczną ocenę wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej, tembardziej, że zdarzyło mi się ją stosować nie wiele razy w mej praktyce, pozwolę sobie na przytoczenie poniżej szczegółowego opisu przypadku, w którym zastosowałem wieloważną surowicę przeciwpaciorkowcową szwajcarską (*serum polyvalens TAVEL'a*) z niewątpliwym, zdaniem mojem, dodatnim wpływem na przebieg choroby.

Historia choroby mego chorego przedstawia się, jak następuje. W d. 24 lipca 1905 roku wezwany zostałem do p. W. S., mężczyzny mającego lat 52, z dość słabo rozwiniętą tkanką tłuszczową podskórną, wiotkim układem mięśniowym i bladymi błonami śluzowymi. Wywiady dają dane następujące: p. W. S. od dwóch lat cierpi na często powtarzające się napady astmy oskrzelowej i był dwukrotnie operowany z powodu przerostu muszli nosowej i licznych drobnych polipów w nosie. Od miesiąca z górą czuje się zmęczony i wyczerpany, więcej, niż kiedykolwiek, mimo jednakowego, zresztą bardzo uciążliwego zajęcia; napady astmy są częstsze, a prócz tego od pół roku blisko doświadcza uczucia zapachu konwalii, który go nieznośnie prześladowuje. Wyraźnej dziedziczności gruźliczej niema; tryb życia po za ciężką pracą zawodową (inżynier) prowadzi bardzo regularny; jako artrytyk trunków nigdy nie pija, pali 3—4 cygara dziennie. Z ważniejszych chorób przechodził w życiu swoim tylko odrę, poza tem na ważniejsze cierpienia nie zapadał (wyłączając uporeczywą i ciężką astmę oskrzelową, o której wyżej mówiłem).

Przed 2 tygodniami, bawiąc na wsi, dostał *stomatitis aphthosa*; nb. na wsi pił surową wodę i także mleko. Ranki po tygodniu się zabiłszy, ale choroba ta jeszcze więcej go osłabiła; wróciwszy ze wsi do Warszawy, czuł się więcej jeszcze nieswoim i rozbitym, tembardziej, że w ostatnich dwóch dniach miał po kilka razy dziennie rozwolnienie.

Do 24 lipca, będąc w podróży, nie mierzył ciepłoty ciała i, gdy to uczynił, przekonał się, że ma 37,5° C. Wszystko to było powodem zwrócenia się o poradę do mnie.

Gdy w dniu 24 lipca r. b. przybyłem do p. W. S., znalazłem, prócz wyżej oznaczonej ciepłoty ciała, znacznie wzdęty brzuch i na brzegach dziąseł, szczególnie około siekaczy dolnych, objawy nieznacznego zresztą zapalenia (szarawa obwódka szerokości 2 mm.). Tętno 110. W płucach i innych narządach wewnętrznych nie godnego uwagi. W południe ciepłota podniosła się do 38,2° C., wieczorem znowu spadła do 37,4° C. Stoliców było w ciągu ostatniej doby 3, cuchnące mocno, płynne, z małą domieszką śluzu. Zaleciłem — pendzlowanie dziąseł nalewką gallusową z jodyną, płukanie ust roztworem soli BERTHOLLET'a i olej ręcznikowy przy płynnej dyecie.

25 lipca, t.j. nazajutrz, przy temperaturach: rannej 37,6° C., południowej 38,6° C. i wieczornej 39° C., zauważyłem znaczne powiększenie się zapalenia dziąseł, — zajmujące przynajmniej 4 — 5 mm. brzegu wolnego dziąsła i pokrywające w postaci brudno szarego nalotu chore miejsca; przyczem dał się odczuwać nieprzyjemny odór z ust, więcej wszakże dokuczający chorobemu (*cacosmia subjectiva praecipue*).

Kilka stoliców płynnych, mocno cuchnących. Zaleciłem płukanie ust solą BERTHOLLET'a i odwar kory chinowej z kwasem solnym do wewnątrz; pić dużo (orszada, lemoniada i t.d.). Brzuch mocno wzdęty, od czasu do czasu burczenie i odchodzenie mocno cuchnących gazów. Wieczorem napad bardzo silnych bólów

newralgicznych w głowie, jakby na przestrzał przeszywających. Zalecona fenacetyna z salolem nie zmniejszyła bólów głowy.

26 lipca rano na skórze głowy i lewego kąta ust pojawiły się małe pęcherzyki z zawartością surowiczo-ropną i dość wyraźnem zaczerwienieniem dokoła pęcherzyków; na skórze potylicy z lewej strony jakby formująca się wrzodzia. Bóle głowy po jednorazowem użyciu piramidonu z kofeiną prawie zupełnie ustąpiły; na całą głowę, gdzie były pęcherzyki, położono kompres pod ceratką z roztworem płynu BUROW'a.

Ciepłota rano wynosiła 38° C., wieczorem 38,8°. Tętno 130—140. Brzuch mocno wzdęty. Odechodzą gazy mocno cuchnące. Zmiany na dziąsłach rozszerzają się i zajmują już niemal dziąsła, otaczające wszystkie istniejące zęby (sporo zębów brakuje). Ze względu na mocno cuchnące stolce i silnie wzdęty brzuch, zaleciłem kalomel i olej, nie dając po zatem żadnych innych środków; w nocy tegoż dnia kilka dość obfitych stoliców; ostatnie z nich nie mają już takiego wstrętnego zapachu. Badanie moczu nie wykrywa zmian godnych zaznaczenia. Usta choroby płucze w dalszym ciągu roztworem soli BERTHOLLET'a.

27 lipca. C. rano 37,6°. Tętno 110. Chory osłabiony. Zmiany w ustach *in statu quo*; na głowie nowych wyrzutów niema. W południe ciepłota 37,9° C. przy 120 tętna; wieczorem 39,0°. Na naradzie z kol. Wł. JANOWSKIM zaleciliśmy: dyetę płynną, jak dotąd, obfite picie różnych płynów, płukanie jamy ustnej naprzemian roztworem wody utlenionej i solą BERTHOLLET'a; *interne Aspirinum + Natr. salicylicum*.

28 lipca. Ciepłota rano 37,1°, tętno 120 (duże dawki salicylanu sodu i aspiryny), w południe 38,0°, wieczorem 37,6° przy tętnie 120. Zmiany w ustach takie same, brzuch wzdęty; stolce mniej cuchnące.

29 lipca. C. rano 38,3°. Tętno 130; w południe ciepłota 39,2°. Tętno 140. Wieczorem cie-

plota 38,5°. Salicylaty chory bierze w dalszym ciągu, leczenie jamy ustnej, jak dotąd. Badanie moczu (kol. ŻURAKOWSKI) wykrywa: ślady białka, ciałka czerwone i nieco wałków.

30 lipca. C. rano. 38,6°. Tętno 130; w południe 39,1° C., wieczorem 38,8° C. Tętno 140. Chory skarży się na uczucie szczypania przy płukaniu solą BERTHOLLET'a, wskutek czego zalecono płukanie tylko roztworem wody utlenionej. Brzuch wzdęty. Stolce dość cuchnące.

31 lipca. Ciepłota rano 38,6°, tętno 140, wieczorem 38,9°. Znaczne powiększenie się objawów *stomacace*. Wyraźny obrzęk i bolesność obustronna gruczołów limfatycznych podszczękowych. Bolesność prawego stawu łokciowego z objawami wyraźnymi *periphlebitis fossae cubiti dextri*. Wieczorem bredzenie. Zalecono: kompres z płynem BUROW'a na szyję i staw łokciowy, płukanie z solą BERTHOLLET'a znowu naprzemiennie z wodą utlenioną i t. d. Małe dawki chin, salicylaty odstawiono. Mając na myśli zastosowanie leczenia surowicą, chcę poddać badaniu krew chorego, co jednak dla powodów niezależnych od mej woli skutecznie się nie dało.

1 sierpnia 1905. Ciepłota rano 38,4°. Tętno 130. C. wieczorem 39,1°. Tętno 136. Gruczoły podszczękowe nieco mniejsze i mniej bolesne. Stan prawego łokcia prawie bez zmiany; te same objawy występują w okolicy lewego stawu łokciowego. Bóle w łydkach i stawach kolanowych bez wyraźnych zmian. Język podsychający.

Po radzie z kol. BAURERCEM wieczorem wtarto 2,0 *ungti arg. colloidalis* CREDE w skórę klatki piersiowej. Ogromne osłabienie chorego, senność, wieczorami majaczenie. Tony serca

głuchawe, czasami szmer pierwszy u wierzchołka. *Iuterne* wino i kamfora oprócz innych zażyć.

2. VIII. 1905. Ciepłota rano 39,5°. Tętno 120—140. Ciepłota wieczorem 38,9°. Stan chorego ciężki. Język suchy. Martwica błony śluzowej jamy ustnej rozszerza się znacznie; prawie całe miękkie podniebienie i języczek (oprócz dziąseł) pokryte szarawym brudnawym nalotem; mowa nosowa. Brzuch silnie wzdęty. Stolce nawpół płynne, cuchnące ze strzępkami śluzu. Na skórze głowy rozrzucone *impetigo infectiosa*. Wtarto po raz wtóry 2,0 *ungti* CREDE. Mając na myśli zastrzyknięcie surowicy przeciwpaciorkowcowej TAVEL'a, pomimo nieudanych starań co do zbadania bakteriologicznego krwi, proponuję radę. Po radzie z kolegami BAURERCEM i RAUMEM decydujemy zastrzyknięcie 30 ctm. *seri polyvalentis Taveli* (o 8-ej wieczorem), nazajutrz (3. VIII.) rano powtórne zastrzyknięcie tejże surowicy w ilości 20 ctm. i maść CREDE. *Periphlebitis* wyraźne na zgięciach obu stawów łokciowych. Na skórze potylicy bolesna guzowatość na miejscu uprzedniego pęcherzyka z ropiastą zawartością.

3. VIII. 1905. Ciepłota rano 38,6°, tętno 120, wiecz. 38,6°. Gruczoły podszczękowe znacznie mniejsze. Brzuch silnie wzdęty i stolce cuchnące. Tętno rytmiczne, ale dość drobne. Oprócz innych środków i surowicy TAVEL'a — polecono kilkakrotne (i następnego dnia) zastrzyknięcie podskórne roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Noc niespokojna — bredzenie.

(D. n).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

82. UMBER. Leczenie naparstnicą.

Stosowanie naparstnicy w chorobach serca bywa często szablonowe. Niepowodzenie jest tu dość często wynikiem błędnego lub wadliwego stawiania wskazań. Słusznie SAHLI twierdzi, że umiejętność obchodzenia się z naparstnicą jest wielką sztuką.

Warunkiem niezbędnym prawidłowego stawiania wskazań w leczeniu naparstnicy jest znajomość działania farmakodynamicznego ciał naparstnicowych, do których farmakologicznie należą wszystkie substancje, mogące wywołać zatrzymanie czynności serca w fazie skurczu. Ważniejszy, niż ten okres toksyczny, jest dla lekarza okres terapeutyczny, okres wzmożonej sprawności serca. Do cech terapeutycznego działania naparstnicy należą: zwolnienie tętna wskutek przedłużenia pauzy rozkurczowej — zależne od podrażnienia nerwu błędnego; spowodowane zarówno przez to, jak i przez bezpośrednie działanie naparstnicy na kurczliwość mięśnia sercowego wzmożenie systolicznego skrócenia mięśnia; zwiększenie objętości tętna, tak że przy każdym skurczu komór serca więcej krwi przedostaje się do tętnic.

Z tej wzmożonej akcji serca i jednocześnie zwężenia naczyń obwodowych wynika zwiększenie ciśnienia krwi.

Różne ciała naparstnicowe działają jednak, jak to wykazał GOTTLIEB i jego uczniowie, niejednakowo na rozmaite okolice naczyń. Digitoksyna wywiera najsilniejsze działanie zwężające na naczynia, zarówno na okolicę nerwu trzewiowego, jakoteż na tętnice obwodowe, tak że całkowita masa krwi w tętnicach zmniejsza się, przechodząc do żył. Digitalina zaś, strofantyna działają przeważnie podobnie, jak substancje grupy kofeinowej, na okolicę trzewiową, tak że masa krwi przemieszczona zostaje z wnętrza ciała w kierunku od obwodu. Digitoksyna działa i w okresie terapeutycznym zwężająco na naczynia wieńcowe.

Tłumaczy nam to, dlaczego w tych stanach, w których ustrojowi grozi zapaść w następstwie porażenia nerwów naczynio-ruchowych, — co, podług znanych badań szkoły lipskiej zdarza się przedewszystkiem w ostrych chorobach zakaźnych, — kofeina oraz pokrewne środki naczynio-ruchowe skutkują o wiele lepiej, niż naparstnica. W przeciwstawieniu do digitoksyny, zwężającej naczynia wieńcowe serca, kofeina, a jeszcze więcej teobromina, wywołuje ich rozszerzenie (LOEB).

Z tego powodu we wszystkich stanach, którym towarzyszą objawy stenokardyczne, posługujemy się z wielką korzyścią dla chorego tymi przetworami (ASKANAZY). Autor również z dobrym skutkiem stosował przetwory teobrominowe (dyuretykę, agurykę) często w połączeniu z *coffeinum natrio-benzoicum* celem zwalczania dusznicy bolesnej. Pewnego działania przetwory te nie okazują, są jednak o wiele skuteczniejsze od przetworów, zawierających digitoksynę.

Naczynia płuc są odporne na działanie środków naczynio zwężających, nawet najsilniejszych, jakie obecnie posiadamy (*suprarenina*).

Między okresem terapeutycznym a toksycznym znajduje się okres nadmiernego zwolnienia tętna. Na ten okres należy bacznie zwracać uwagę, gdyż ostrzega on nas przed dalszym stosowaniem naparstnicy.

Naparstnica wówczas tylko wywiera działanie lecznicze, gdy istnieją zaburzenia cyrkulacyjne, gdy zachodzi patologiczny rozdział krwi: zastój w układzie żylnym oraz — zwykle, choć nie zawsze — zmniejszenie ilości krwi w układzie tętniczym.

To patologiczne rozmieszczenie krwi stanowi ostateczny wynik każdego zaburzenia w krążeniu — niezależnie od podkładu anatomicznego punktu wyjścia cierpienia. Gdy zaburzenia cyrkulacyjne nie wystąpiły jeszcze u chorego sercowego, stosowanie naparstnicy nie ma

racyi bytu. Jest-to stare prawidło kliniczne, przeciw któremu jednak często się grzeszy. Dla skuteczności swego działania naparstnica wymaga, ażeby w mięśniu sercowym pozostały jeszcze resztki zdolne do funkcyi. Przy daleko posuniętem zwyrodnieniu masy mięśniowej serca jeden z głównych czynników działania naparstnicy, mianowicie wzmożony skurcz, nie może dojść do skutku. Bez tego jednak stosunki cyrkulacyjne przy podrażnieniu nerwu błędnego i nerwów naczynio-ruchowych, t. j. przy zwolnieniu tętna i wzmożeniu oporów obwodowych, przedstawiają się jeszcze mniej pomyślnie, niż przedtem

Następna kwestya dotyczy dawkowania naparstnicy w rozmaitych zaburzeniach krążenia. Kto stosuje przy łóżku chorego zawsze jednakowe dawki tego leku, — a takich jest wielu — ten nie w stanie jest poznać i zużytkować całej jego skuteczności.

NAUNYN zwrócił uwagę na to, że zaburzenia cyrkulacyjne w wadach zastawki dwudzielnej wymagają większych dawek (0,8 — 1,0 naparstnicy w nastoju *p. die*), w wadach zaś aortalnych — mniejszych (0,25 do 0,4 *p. die*). W ostatnim razie należy możliwie unikać zwolnienia tętna, gdyż tu, po pierwsze, rytm czynności serca rzadko wymaga takiej poprawy, jak w wadach zastawki dwudzielnej, powtórę, przez przedłużenie rozkurczowego powrotnego odpływu krwi (w kierunku do komory) stosunki cyrkulacyjne jeszcze więcej się pogarszają. W skombinowanych wadach zastawkowych dawkowanie zależy od przewagi tej lub owej wady. Duże dawki naparstnicy są przeciwwskazane także w cierpieniach mięśnia sercowego. Autor zaleca tu zgodnie z GRÖDEL'em, KUSSMAUL'em i NAUNYN'em przewlekłe stosowanie małych dawek naparstnicy, np. w ciągu 10 dni w każdym miesiącu po 0,3 naparstnicy w nastoju dziennie.

Ważna jest również kwestya, w jakiej po staci ciała naparstnicowe są najskuteczniejsze. Znana jest rzeczą, że skuteczność naparstnicy dażo zależy od czasu zbioru liści i ich pochodzenia, już nie mówiąc o tem, że liście przy dłuższem, a jeszcze więcej przy nieodpowiedniem przechowywaniu, nastoje zaś przy staniu tracą wiele na skuteczności. Jeszcze większe wahania w skuteczności zauważono co do nalewki

naparstnicy. Lipiec jest, jak wiadomo, czasem zbioru liści. W następnych po nim miesiącach skuteczność liści jest największa, ale w miarę oddalenia od niego szybko obniża się. Ażeby możliwie zaradzić złemu, należy w recepcie oznaczyć rok, w którym liście zebrane zostały (np. fol. digit. de 1905), i podług ich wieku obliczyć dawkę, albo też dodać wyraz „titr”, oznaczając przez to fizyologicznie dawkowane przetwory, jak je obecnie przyrządzają w niektórych aptekach, np. w Magdeburgu, Rostoku i t. d. Jednakże i takie początkowo fizyologicznie dawkowane przetwory mogą przez dłuższe lub nieodpowiednie przechowywanie stracić na skuteczności. Farmakodynamicznie tytrowane dyalizaty naparstnicy (GOLAZ, BÜRGER) przez wielu autorów (UNVERRICHT, ZINN) uznane zostały za odpowiednią formę przetworów. Od wielu jednak lat usiłowania farmakologów skierowane zostały do otrzymania działających głównych substancyi liści naparstnicy, digitaliny i digitoksyny. Przetwory digitaliny mają mniejszą wartość głównie dlatego, że przy podawaniu ich *per os* ulegają szybkiemu rozkładowi w żołądku, a przy stosowaniu podskórnem źle są znoszone, wywołują ból i słabo skutkują. Digitoksyna (MERCK'a), która w wielu przypadkach odznacza się również wybitnem działaniem, jak naparstnica, winna być stosowana z wielką ostrożnością (NAUNYN). Działanie jej bywa niekiedy nagłe i niebezpieczne przy znacznem zwolnieniu tętna i objawach zapaści. Zależne to jest, być może, od nierównomiernego wchłaniania wskutek trudnej rozpuszczalności. W każdym razie stosować należy tylko małe dawki, $\frac{1}{10}$ mg. 2 — 3 razy dziennie i nie dłużej nad 3 dni i przy codziennej kontroli lekarza.

Przed niedawnym czasem CLOETTA wprowadził do handlu nowy przetwór naparstnicowy, t. zw. *digitoxinum solubile*, czyli „digalen”, odróżniający się od krystalicznej digitoksyny znacznie większą rozpuszczalnością i wysalnością. Jeden sześcienny centym. digalenu zawiera 0,3 mg. digitoksyny i odpowiada 0,15 liści naparstnicowych. NAUNYN wprowadził ten przetwór do kliniki i stosuje go podskórnie i wewnętrznie. Stosowanie śródżylnie ma tę zaletę, że działa natychmiastowo. Odezwy BRIBERGEIL'a, HOCHHEIM'a, TREUPEL'a, FREUND'a, WEINBERGER'a i in. brzmią również zachęcają-

co. Autor stosował digalen w 60 przypadkach. Z pomiędzy nich niektóre zasługują na większą uwagę:

U 4-letniego malca z białkomoczem ortostatycznym, którego układ naczynio-ruchowy odznaczał się wielką chwiejnością, po dużych dawkach digalenu (0,5 *per os* 3 razy dziennie u 4-letniego chłopca) następowało za każdym razem wzmożenie ciśnienia krwi, jakkolwiek w pierwszym okresie digalenowym nie było wcale zwolnienia tętna, co stanowi dowód, że działanie na nerw błędny z jednej strony oraz na serce i naczynia z drugiej może nie przebiegać równoległe. Przytem dyureza wzmagała się, a mocz, który przy leżeniu chorego w łóżku był stale wolny od białka, w miarę wzmożenia się ciśnienia krwi okazywał zawartość białka, później zaś po przeminięciu działania digalenu stawał się znów wolny od białka. Doświadczenia w tym kierunku zostały kilka razy powtórzone i za każdym razem otrzymywano ten sam wynik. Przypadek ten dowodzi, że białkomocz ortostatyczny pozostaje w związku z czynnością układu naczynioruchowego, — okoliczność, na którą zwrócił także uwagę LOEB z kliniki KREHL'a.

W przypadkach, w których przy niezmiennym rozdziale krwi istnieją wyrażone nieprawidłowości tętna, digalen, zarówno jak wogóle substancje naparstnicowe, pozostaje najczęściej bez skutku. Ciśnienie krwi pozostaje tu w najlepszym razie bez zmiany, arytmia zaś nawet pogarsza się.

W dalszym ciągu autor przytacza parę przypadków cierpień sercowych, w których w okresie zaburzeń kompensaty (sinica, obrzęki, duszność...) ciśnienie krwi trzymało się na wysokich cyfrach, po wyrównaniu zaś zaburzeń przy pomocy digalenu, naparstnicy ciśnienie obniżyło się. Na takie przypadki zwrócił niedawno uwagę SAHLI, tłumaczący to paradoksalne zjawisko (*Hochdruckstaungen*) nienormalnem wzmożeniem napięcia nerwów naczynio-ruchowych wskutek duszności.

Bardzo pożytecznem jest kombinować naparstnicę, albo digalen, celem usunięcia obrzęków sercowego lub sercowo-nerkowego pochodzenia, z jednym z nowszych środków moczopędnych *coffeinum natrio-benz.* (0,2 3 — 6 razy dzien.), *diuretinum* (4 — 5 razy po 1,0 dzien.), *agurinum* (4 — 5 razy po 0,5 dzien.), *theophyl-*

linum (1,5/200,0 aq.; 0,6 — 0,8 dzien.), Celem otrzymania szybkiego skutku stosujemy digalenum śródżylnie (do 2 ctm. *pro injectione*). Podskórne stosowanie digalenu nie ma żadnego pierwszeństwa przed stosowaniem *per os*, jest przytem bolesne. Do przewlekłego stosowania digalen nie nadaje się, gdyż, jak wszystkie digitoksyny, działa silnie kumulacyjnie.

(Die Therap. d. Gegenwart 1906 styczeń.).

S. P.

83. R. GERSUNY. Operacja przy porażeniach ruchowych.

Przy plastycznych operacjach, dokonywanych na twarzy, zdarza się, że mięsień zostaje odcięty od sfery działania swego nerwu, a następnie włączony bywa w obręb nawet przeciwległego nerwu twarzowego, przyczem wedle doświadczenia autora nie występują porażenia. Fakt ten tłumaczyć należy przypuszczeniem, że siatki rozgałęzienia nerwów ruchowych dwu sztucznie złączonych ze sobą mięśni zespala się funkcyjnie, a zapewne i anatomicznie w ten sposób, że czynność jednego z obu odnośnych nerwów przez drugi podjęta zostaje. Autor zadał sobie trud wyzyskać praktycznie powyższe zjawisko i w jednym przypadku porażenia twarzowego dokonał operacji, która polegała na tem, że po przez cięcie, dokonane od strony śluzówki, zarówno na górnej jak i dolnej wardze ust mięsień okrężny (*orbicularis oris*) został wyseparowany, a po przecięciu go w lini środkowej nieporażona połowa jego została zeszyta z częścią mięśnia porażonego w pobliżu kąta ust chorej strony, poczem ranę błony śluzowej zaszyto. Po krótkim względnie czasie porażenie twarzy całkowicie ustąpiło; przypadek ten nie jest jednak przekonujący, albowiem w chwili operacji porażenie istniało dopiero od trzech miesięcy.

Drugi przypadek, bardziej dowodny, dotyczył chorego z porażeniem mięśnia naramiennego (*m. deltoideus*), które wystąpiło przed 5 miesiącami przy objawach bólu w okolicy barku. Mięsień naramienny zanikły, czynne podnoszenie ramienia niemożliwe, jedynie ślad tego ruchu w kierunku ku tyłowi, lekkie stępienie czucia w przedniej i środkowej części okolicy naramiennej. Oddziaływanie faradyczne mięśnia zuiesione, galwaniczne wzmożone, skurcz

powolny. Autor długim cięciem po przez wyrostek barkowy (*acromion*) obnażył mięsień kapturowy i naramienny, odseparował mięsień kapturowy od wyrostka barkowego i bocznej części grzebienia łopatki, przeciął na odpowiedniej przestrzeni przyczep łopatkowy mięśnia naramiennego; uniósłszy ramię, mógł łatwo podsunąć ten ostatni mięsień dość wysoko pod mięsień kapturowy, z którym go zeszył. Ranę zaszyto, a ramię unieruchomiono w abdukcji pod kątem prostym w stosunku do klatki piersiowej. Operacja miała dwojaki cel na względzie: po pierwsze wytworzenie przez mięsień naramienny przedłużenia dla mięśnia kapturowego, który tem samem zdobywał przyczep na kości ramiennej, powtórę domniemane włączenie porażonego mięśnia naramiennego w sferę nerwu ruchowego mięśnia kapturowego (*n. accessorius*).

W trzy miesiące po operacji zaczęły wracać dowolne ruchy ramienia, które po pięciu miesiącach dosięgły prawie normalnej rozległości; mięsień naramienny, choć jeszcze umiarkowanie zanikły, kurcząc się, tworzy twarde brzuśce mięśniowe; przednia i tylna część jego, które nie zostały złączone z mięśniem kapturowym, kurczą się również normalnie. Miejsce zeszywania obu mięśni wyczuwa się jako tkanka ścięgnista i zdaje się być zrosnięte z wyrostkiem barkowym. Czucie obecnie normalne. Przy drażnieniu prądem elektrycznym *n. accessorii* otrzymuje się skurcze jedynie w mięśniu kapturowym. Od nerwu pachowego (*n. axillaris*) nie udaje się otrzymać skurczu w mięśniu naramiennym, którego bezpośrednia pobudliwość elektryczna jest również bardzo obniżona, lecz skurcz nie jest powolny. Brak pobudliwości elektrycznej nerwu pachowego dowodzi, że innerwacja mięśnia naramiennego dokonywa się na innej drodze¹⁾; trudno jednak orzec, na jakiej mianowicie, albowiem od nerwu dodatkowego (*n. accessorius*) mięśnia naramiennego do skurczu pobudzić się nie udało.

Jakkowiek więc i ten przypadek nie dowiódł bez zastrzeżeń apriorystycznych rozumo-

wań autora, to jednak znakomity wynik operacji wydaje się autorowi godnym uwagi, i obie operacje uznaje on za uzasadnione, nawet gdyby okazało się, że na zupełne wyleczenie drogą odzyskania innerwacji nie można wcale liczyć. Zamierzone doświadczenia na zwierzętach mają sprawę w tym kierunku rozstrzygnąć.

(Wiener klin. Woch. 1906. N. 10).

S. B.

84. Artur BAER W sprawie leczenia gruźlicy krtani światłem słonecznym.

Autor przeprowadził u licznych chorych na gruźlicę krtani leczenie światłem słonecznym, wprowadzone przez SORGO, i doszedł do wyników nader zachęcających. Zwłaszcza w dwóch przypadkach rezultat był tak świetny, jak tego nigdy przy konserwatywnem leczeniu bodaj nie spostrzegano. W jednym z nich, dotyczącym suchotnika ze znacznymi zmianami w płucach, autor po usunięciu łyżeczką infiltrowanej gąbczastej struny głosowej prawdziwej stwierdził poprzednio dla oka niedostępny podłużny, walcowaty infiltrat. Rozpoczęto naświetlanie promieniami słonecznymi i już po 20 dniach można było stwierdzić zmniejszenie się infiltratu, które wciąż postępowało aż do zupełnego zniknięcia nacieczenia. Na miejscu struny głosowej wytworzyła się blizna, dzięki której skutecznie się zamknęło głośni przy fonacji, chory też uzyskał zupełnie czysty głos.

W drugim przypadku istniało rozlane nacieczenie fałszywej struny głosowej, która miała wygląd guza wielkości fasoli, przesłaniającego prawdziwą struną głosową. Po 4 tygodniach naświetlania widoczne było wyraźne zmniejszenie się guza, który w dalszym ciągu coraz odsłaniał prawdziwą strunę. Inwolucja guza postępowała dalej, jakkolwiek wskutek częstej mgły naświetlanie było prowadzone niestale. Zgadza się to ze spostrzeżeniem SARGO, że leczniczy wpływ światła słonecznego trwa dalej po zaprzestaniu naświetlania.

Chorzy łatwo zdobywają umiejętność manipulowania lustrem, zwłaszcza jeśli leczenie odbywa się zbiorowo; wtedy jeden chory uczy się techniki od drugiego. Ta zaś polega na tem że chory, zwrócony tyłem do słońca, siada pod lustrem, które ustawia w ten sposób, by skierować odbite w niem światło słoneczne ku luster-

¹⁾ Jak słusznie w dyskusji zauważył Frankl-Hochwart, twierdzenie to nie jest ściśle uzasadnione, albowiem nerw ruchowy wcześniej odzyskuje przewodnictwo dla pobudzeń dowolnych, niż pobudliwość elektryczną. Gdyby więc się wyjaśniło w następstwie, że nerw pachowy odzyskał swe funkcje, to cała operacja okazałaby się zbyteczną, a właściwie przedwcześnie postanowioną. (P. spraw.).

ku krtaniowemu, a ztąd ku wnętrzu krtani. Lustro powinno być ustawione w ten sposób, aby chory mógł widzieć obraz krtaniowy, nie będąc zarazem oślepiony przez odbite promienie słońca. Lusterko krtaniowe pociąga się lazyną (Lasin), by nie pokryło się mgłą. Posiedzenia trwają 15 — 25 minut, o ile siły chorego i pogoda pozwalają, odbywają się codziennie.

Ponieważ omawiana metoda leczenia wymaga pewnego wysiłku fizycznego, więc być może stosowana jedynie u chorych nie gorączkujących; niezbyt osłabionych. Autor nie przemilcza i o przypadkach, gdzie kuracja pozostawała bez rezultatu, może wskutek niedostatecznego trwania jej, może zaś z powodu niewyrobionych jeszcze ścisłych dla niej wskazań; w każdym razie obecnie stosuje on tę metodę u wszystkich chorych na gruźlicę krtani; dopiero po parutygodniowym bezskutecznym leczeniu naświetlaniem, zwłaszcza gdy sprawa grozi szerzeniem się, ucieka się do łyżeczki lub galwanokauteru.

(Wien. Klin. Woch. 1906 N. 10).

S. B.

85. Siegfried TAUBER. W sprawie leczenia zapalenia płuc włóknikowego surowicą.

Autor stosował surowicę pneumokokkową RÖMER'a, wyrobu MERCK'a, otrzymywaną od koni, wołów i owiec, szczepionych licznymi hodowlami bezpośrednio od ludzi otrzymywanych pneumokoków. Pojedyncza dawka wewnątrzmięśniowej iniekcji wynosiła początkowo 10 ctm. sz., następnie 20 i 30. Ani miejscowego podrażnienia, ani wysypek posurowiczych dotąd nie spostrzegano. Z liczby 46 chorych na zapalenie płuc, obserwowanych w ciągu wiosny 1905 r. w oddziale (prof. PAL'a), zastosowano surowicę w 9 ciężkich przypadkach czysto diplokokowej pneumonii oraz w 5 ciężkich przypadkach zapalenia płuc włóknikowego o niejednolitym zarazku (oprócz *diplococcus pneumoniae*, *bacillus* FRIEDLÄNDER'a, *bacillus* WELSCH'a, *micrococcus catarrhalis* PFEIFFER'a). W tych osta-

tnich 5 przypadkach nie zauważono żadnego oddziaływania iniekcji surowicy na przebieg choroby.

Wszystkie 9 przypadków czysto diplokokowej pneumonii pomimo ciężkiego przebiegu zakończyły się pomyślnie. W 7 z nich w 10 — 15 godzin po iniekcji następował spadek ciepłoty; z tych w 2 po pierwszej iniekcji, w 2 po drugiej, w 3 po trzeciej. Podmiotową ulgę i poprawę ogólnego stanu można było stwierdzić po każdej iniekcji. W jednym ciężkim przypadku z żółtaczką wstrzyknięto 14-go dnia choroby z powodu groźnych objawów (nieprzytomność, rżenia trachealne) 20 ctm. sz. surowicy. Już w kilka godzin później znikły one, obraz chorobowy stał się lżejszym, a nazajutrz wystąpił spadek ciepłoty. Jako ilustrację wielokrotnie spostrzeganego dobroczynnego wpływu surowicy na zaburzenia w krążeniu podaje autor przypadek, w którym ciśnienie krwi, które spadło było do 40 mm. (według tonometru GÄRTNER'a), podniosło się po wstrzyknięciu 10 ctm. sz. surowicy do 70 mm.

Pouczający był również przypadek pneumonii dolnego i środkowego płatów prawego płuca u 68-letniej marantycznej kobiety z ciężkimi zaburzeniami krążenia i świadomości, ze spadkiem ciśnienia krwi do 40 mm., w którym po 2 iniekcjach (po 10 ctm. sz.) surowicy następował za każdym razem czasowy spadek ciepłoty i poprawa w krążeniu, a w 14 godzin po 3-iej wstrzyknięciu (również 10 ctm. sz.) 5-go dnia choroby wystąpiło krytyczne pomyślnie zejście.

Jakkolwiek trudna jest sprawiedliwa ocena wartości zabiegów leczniczych w chorobie tak wielopostaciowej, jaką jest zapalenie płuc, to jednak spostrzeżenia autora zachęcić powinny do dalszego wypróbowania tej specyficznej terapii.

(Wiener. klin. Woch. 1906 N. 11).

S. B.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 20 Intego 1906 r.

TREŚĆ. 1) Kozerski A. — Przedstawienie chorej po wyleczeniu naczyniaka płaskiego (*naevus angiomaticus planus*) pod okiem za pomocą promieni radium. 2) Karwacki L. — Demonstracja rozwoju hodowli *meningococcus Weichselbaumi* na nowej, wynalezionej przez siebie pożywce. 3) Neugebauer F. — Przedstawienie dziewczynki z *molluscum contagiosum* na wargach sromnych. 4) Kryński L. — Demonstracja mięsaka. 5) Kryński L. — W sprawie wskazań operacyjnych w przypadkach obrażeń rdzenia kręgowego.

1) KOZERSKI przedstawił przypadek *naevus angiomaticus planus*, leczony przezeń radium. W przypadku tym, skierowanym do K. przez LUKSEMBURGA, płaski sino-czerwony jednolity naczyniak zajmował całą dolną powiekę i część przyległą policzka. Przykładano radium na całej przestrzeni, miejsce koło miejsca, i trzymano tak długo, że odczyn nie dochodził do pęcherza, tem mniej do owrzodzenia.

Objektywnie wywołano tylko przekrwienie i obrzęk, po przejściu których naczyniak zanikał. Unikając zbyt silnych odczynów, oszczędzono naskórek, który pozostał nietkniętym, pod nim zaś naczyniak znikł przez wywołanie *endarteritis obliterans*.

Skóra przedstawia się zupełnie normalnie, nie jako blizna. Resztki naczyniaka, obecnie doleczane, świadczą o jego rozległości pierwotnej.

2) KARWACKI demonstrował hodowlę *meningococcus Weichselbaum'i* na nowej, przez siebie wynalezionej pożywce.

Jest to 25% roztwór surowicy z domieszką 3% gliceryny.

3) NEUGEBAUER przedstawił 12-letnią dziewczynkę, mającą na wargach sromnych pęcherzyki na skutek *molluscum contagiosum*.

4) KRYŃSKI demonstrował mięsak, usunięty z okolicy krzyżowej u 18-letniej panny (trzeci nawrót).

5) Tematem odczytu KRYŃSKIEGO był przypadek rany postrzałowej kręgosłupa, którą chory otrzymał na 6 tygodni przed konsultacją prelegenta.

Pomimo, że były wszystkie objawy zupełnego porażenia rdzenia kręgowego, KRYŃSKI, wobec dokładnego stwierdzenia przez rentgenogramy miejsca kuli, przystąpił do usunięcia tej ostatniej. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, jednakowoż objawy rdzeniowe nie uległy wcale poprawie, a stopniowo się pogarszały, i chory przy objawach ogólnego wyniszczenia umarł w kilka tygodni. Prelegent poddaje pod dyskusję, czy chirurg w podobnych razach powinien się uciekać do interwencji, czy też nie interweniować wcale.

W drugiej części swego przemówienia K. poruszył kwestję laminectomii przy ucisku rdzenia w cierpieniach gruźliczych kręgów, wypowiadając się zachęcająco dla tego zabiegu.

St ORŁOWSKI. Przyznać należy, że chirurgia zrobiła postępy ogromne i w dziedzinie — neuropatologii. Na szeroką się obecnie skalę i wycina, i wrywa, i przeszczepia i wytwarza połączenia sztuczne w rozmaitych odcinkach układu nerwowego obwodowego i ośrodkowego. W ostatnich zaś czasach z upodobaniem szczególnie torują sobie drogę narzędzia operacyjne do kanału kręgowego. Na tej, jeśli się tak wyrazić można, symbiozie chirurga z neuropatologiem — chirurg po większej części wychodzi dobrze; wskazania właściwie ustala lub ustalać powinien neuropatolog, wyłączwszy zaś różne przykre i niespodziewane wypadki, sam zabieg bardzo często udaje się z punktu widzenia chirurgicznego — doskonale. Mniej przyjemne jest położenie neuropatologa, ponieważ w ogromnej większości przypadków cel zabiegu właściwy wcale osiągnąć nie bywa, zwłaszcza, gdy chodzi o przywrócenie przewodnictwa nerwowego: czynności utracone nie wracają. Lecz, że zwykle zabieg chirurgiczny uważa się za deskę zbawienia ostatnią, że ucieka się doń najczęściej w przypadkach rozpaczliwych, więc i rozczerwanie nie powinno być zbyt wielkie. Za to najbardziej godny pożałowania jest los pożywki do

owej symbiozy, t. j. pacjenta: nie zyskuje on w takich razach nie absolutnie, a poddaje się operacji zawsze ciężkiej, częstokroć niebezpiecznej. Z tego też względu kwestya wskazań do zabiegów chirurgicznych, dotyczących układu nerwowego, zwłaszcza ośrodkowego, pozostaje bardzo żywotną. Czy jednak materyał, na którym Kr. swój wykład oparł, sprawę tę choć o krok jaki posunął? Otóż miało się do czynienia z raną rdzenia postrzałową; kula pozostała w kanale kręgowym, badanie rentgenograficzne określiło jej miejsce z matematyczną niemal ścisłością, nie dziwnego, że wydobyć tego „ciała obcego” pociągnąć mogło chirurga. Lecz w danym razie były objawy niewątpliwe całkowitej przerwy w przewodnictwie rdzeniowym: absolutne porażenie kończyn dolnych, wiotkie, ze zniesieniem zupełnem odruchów ścięgnistych, uczucia, z porażeniem zwieraczy; dodać do tego trzeba (do chorego ORŁ. był także wzywany i pamięta go dobrze) — bardzo daleko posunięty zanik mięśni oraz silne ruchy kurczowe kończyn dolnych przy wszelkiem podrażnieniu skóry i nieraz i samoistnie. Te ruchy kurczowe przemawiają za tem, że jakaś bardzo niewielka część włókien nerwowych w rdzeniu ocalać mogła — ma to jednak znaczenie tylko czysto teoretyczne i bynajmniej nie zmniejsza faktu, że ogromna część przekroju rdzenia (w znaczeniu praktycznem nawet cały przekrój) uległa zniszczeniu zupełnemu. Od chwili urazu upłynęło kilka tygodni, więc o jakimś „wstrząsie” rdzenia mowy być nie mogło — zmiany w rdzeniu były organiczne — materyalne; a że, jak dotąd przy najmniej, żadne wiarygodne badania doświadczalne nie stwierdziły możliwości odnowy włókien nerwowych w rdzeniu, więc — absolutnie na jakikolwiek wynik dodatni zabiegu chirurgicznego rachować było niepodobna. Wspomnieć też należy, że chory był wyniszczony wskutek rozległych odleżyn, że przedstawiał on objawy niewątpliwe niedomogi sercowej — słowem operacja zupełnie wolna od niejakiego ryzyka nie była. Wnioski te przebieg pooperacyjny z całą stwierdził dokładnością: w przewodnictwie rdzeniowym najmniejsza zmiana nie nastąpiła (ruchy kurczowe w kończynach, które prelegent wymienił, występowały, jak już Or. zaznaczył i przed operacją, ich zaś wzmożenie mogło zależeć i od podrażnienia podczas zabie-

gu korzeni rdzeniowych; trudno też liczyć się z owymi niewyraźnymi — „jakby parestezjami” w kończynach dolnych, zależały one prawdopodobnie od sugestyi) — jakichkolwiek objawów przedmiotowych ani w dziedzinie ruchowej, ani uczuciowej, ani w odruchowej stwierdzić nie było można.

Na podstawie tych wszystkich danych O. wnioskuje, że spostrzeżenie, które stanowiło materyał do wykładu Kr. należało właśnie do kategorii tych obrażeń rdzenia, w których zabieg operacyjny jest bezwarunkowo przeciwwskazany.

STANKIEWICZ, zastanawiając się nad przypadkiem, opisanym przez KRYŃSKIEGO uznaje, że postępowanie jego w danym razie było zupełnie konsekwentne. Jakkolwiek bezwład połowy dolnej tułowia i kończyny wskazywał na przerwanie ciągłości mlecza pancerzowego, to jednak wobec stwierdzenia obecności kuli w kanale rdzeniowym za pomocą promieni ROENTGEN’a niepodobna było z pewnością wyrzec, czy objawy bezwładu zależą wyłącznie tylko od przerwania mlecza, i czy ucisk kuli w tak wąskiej przestrzeni nie przyczynia się w części do ich podtrzymania. Wszak prócz kuli niewątpliwie znajdowały się skrzepy wynaczynionej krwi, a nadto prawdopodobie i odszczepy zgruchotanych kręgów. Skoro więc objawy bezwładu trwały bez zmiany, i stan chorego ciągle się pogarszał, racjonalną drogą ratunku było usunięcie ciała obcego z kanału rdzeniowego, wywierającego ucisk na mlecz i podtrzymującego ciągle drażnienie tegoż. Że operacja nie wyleczyła chorego, nie można za to winić chirurga, który, zdaniem St., miał wyraźne wskazanie do tego rękoczynu. Czyż przy złamaniach czaszki z objawami ucisku mózgu i bezwładem nie jest obowiązkiem chirurga natychmiast przystąpić do trepanacji i usunąć odszczepy, uciskające substancje mózgową? W przypadku KRYŃSKIEGO wtedy tylko operacja byłaby przeciwwskazana, gdyby rękoczyn sam przez się przedstawiał niebezpieczeństwo dla życia chorego, że atoli tak nie było, świadczy przebieg pooperacyjny.

KRAJEWSKI występuje przede wszystkim przeciw jednoczesnemu omawianiu dwóch tak różnych spraw, jak rany postrzałowe kręgosłupa oraz mlecza i ucisk mlecza przez chorobowe zmienione ciała kręgów.

Jak wiadomo, w pierwszym razie mamy do czynienia ze zniszczeniem mniejszej lub większej ilości elementów nerwowych w mleczu wskutek gwałtownego naporu kuli czy też odłamów kostnych, zniszczeniem, które, przynajmniej na zasadzie dotychczasowych badań, musimy uważać za ostateczne. W drugim razie mlecz ulega stopniowemu, bardzo powolnemu uciskowi, który, jak zgodnie stwierdzają wszyscy neuropatologowie (między innymi z naciskiem to podkreślają LEYDEN i GOLDSCHIEDER w podręczniku z 1902 r.), przez długi przeciąg czasu bez widocznej szkody dla powrotu do dawnej funkcji wytrzymać jest zdolny.

To też K. w swem przemówieniu zajmować się będzie tylko ranami postrzałowymi kręgosłupa i mlecza, a nadto, ze względu na przypadek, który dał powód do odczytu, ograniczy się jedynie do tych postrzałowych ran kręgosłupa, w których stwierdzono niewątpliwie, iż kula albo leżała w kanale, lub też na pewno przez kanał kręgowy przeszła, raniąc mlecz. Takie ograniczenie tematu jest niezbędne, jeśli chcemy dojść do pozytywnych wyników, a to tembardziej, iż zauważone zaraz po postrzale paraplegia, paraliż pęcherza i kiszki, zupełny brak odruchów wcale nie zabezpieczają od pomyłki.

Istnieją dokładne bardzo opisy, poparte badaniami pośmiertnymi, dowodzące, że wszystkie te objawy mogą wystąpić pomimo, iż ani mlecz, ani nawet kanał kręgowy nie były zranione. Zmusza to nas do uznania tylko takich przypadków za niewątpliwie, w których albo operacja, albo li też badanie pośmiertne stwierdziło obecność kuli w kanale kręgowym lub obrażenie mlecza lub też wielomiesięczne istnienie zupełnego porażenia gwarantuje takie rozpoznanie.

W ostatnich latach fotografia ROENTGEN'a stała się pod tym względem wielką dla nas pomocą, absolutnej jednak gwarancji nie daje.

KRAJEWSKI widział opisywanego przez d-ra KRYŃSKIEGO chorego w 5 dni po postrzale i obserwował go w ciągu pierwszych 10-u dni pobytu chorego w Warszawie.

W ciągu tego czasu pod względem nerwowym stan chorego zupełnie się nie zmienił, jedynie pęcherze na krzyżu przestały się tworzyć, a moknące, pozostające po nich ranki przyschły. Wobec zapelnej *paralysie flasque*

zupełnego braku odruchów i uczucia, paraliżu pęcherza i kiszki, K. rozpoznał uszkodzenie mlecza i z tego powodu nie widział wskazań do czynnej interwencji.

Po 10-dniowej obserwacji K. sam zachorował. Już podczas choroby przedstawiono K. fotografie ROENTGEN'a, dowodzące, że kula leży w kanale kręgowym, ponieważ jednak z relacji o chorym nie można było wywnioskować, aby do objawów, obserwowanych od początku, dołączyły się nowe, dowodzące zjawienia się stopniowo wzmagającego się ucisku na mlecz, więc i po obejrzeniu fotografii ROENTGEN'a K. pozostał przy swoim zdaniu, a mianowicie: że operacja nie przyniesie choremu żadnej korzyści, lecz tylko zgon jego przyspieszyć może.

K. twierdzi, że każdy pojedynczy chirurg, szczególnie w czasie pokoju, zbyt mało spotyka uszkodzeń mlecza, aby mógł sobie sam wyrobić niezależne zdanie o wskazaniach leczniczych, i musi się pod tym względem posiłkować dość obszerną ogólną-światową kazuistyką, oświetlając ją naturalnie krytycznie i dopełniając własnymi obserwacjami.

Rozpatrując się w szczegółowych opisach operacji przy postrzale w kręgosłup, znajdujemy wiele takich przypadków, w których już przed operacją zaczęło powracać uczucie i ruch w kończynach, lub też takie, w których po zabiegu nadzwyczaj szybko powracała funkcja kończyn, na koniec takie, w których paraliż występował dopiero po operacji. Wszystkie te przypadki budzą podejrzenie, iż podczas postrzału mlecz nie był uszkodzony, a to tem bardziej, iż wzmianka o pozycji kuli zwykle bardzo jest niewyraźna. Przypuszczać należy, że wszystkie takie przypadki, operowane w pierwszych zaraz dniach lub godzinach, były to przypadki wstrząsu mlecza bez zniszczenia jego substancji. Za to wyniki w przypadkach, w których znaleziono kulę w kanale, są istotnie rozpacliwe.

KRAJEWSKI myśli, że przedwczesne jest bezwzględne głosowanie za potrzebą operacji, należy każdemu chirurgowi i jego sumieniu pozostawić decyzję w każdym poszczególnym przypadku. Ze względu na hiobowe męczarnie, jakie są udziałem większości chorych postrzałowych w kręgosłup z obrażeniem mlecza, K. nie dziwi się wcale energicznemu chirurgowi

który pragnie coś więcej dla chorego uczynić, aniżeli przyglądać mu się z założonymi rękami i boleć nad swą bezsilnością. Żąda tylko od takiego chirurga, aby wskazania, jakie dla swej interwencji wysnuwa, były oparte na logicznych przesłankach. Za takie logiczne wskazania na podstawie dotychczas zdobytych danych uważa K.:

1) Wczesną operację, wykonaną zaraz po postrzale lub na drugi dzień po nim, jeśli za pomocą fotografii ROENTGEN'a wykryliśmy obecność kuli w samym kanale kręgowym lub w pobliżu jego. Celem, do jakiego w danym razie zdążamy, nie jest wcale chęć zniesienia paraplegii, gdyż w tak wczesnym okresie nie możemy zazwyczaj powiedzieć, czy paraplegia nie zniknie bez żadnej interwencji. Robiąc operację, pragniemy: a) uchronić chorego od zakażenia i jego zgubnych następstw pod postacią zapalenia opon mlecza; b) przywrócić normalne warunki krążenia w mleczu i jego bezpośrednim otoczeniu, przez co możemy mieć nadzieję, iż ocaleją te niezniszczone jeszcze elementy rdzenia, któreby obumarły przy dłuższej trwającej ischemii.

2) Jeśli od postrzału upłynęło dni kilka, to oba powyższe wskazania przestały już istnieć. Zakażenie już nie nastąpi, krążenie jako tako się wyrównało, a w rozerwanych żyłach *plexus spinalis* potworzyły się skrzepy.

Objawy ze strony mlecza, spostrzegane u chorego, są wyrazem zniszczenia pewnej jego części, na które nie operacja nie pomoże.

To też bezpośrednich wskazań do operacji nie ma. Dopiero, jeśli w dalszym przebiegu choroby zaczęły się pojawiać objawy wzmagającego się ucisku, będące następstwem spraw zapalnych lub bliznowatych przykurczeń, wtedy stę zjawia jasne wskazanie do interwencji.

3) Nakoniec K. zaznacza, iż można się zgodzić jeszcze na następujące, może zbyt śmiałe, wobec dzisiejszych naszych wiadomości, w każdym jednak razie oparte na zupełnie racjonalnym rozumowaniu wskazanie: Jeśli elementy rdzenia są zgniecione lub ciągłość rdzenia przerwana, to pomimo iż dotychczasowe badania doświadczalne wypadły niepomyślnie, godzi się spróbować, czy rezekcja uszkodzonej części mlecza i zeszcienie jego końców nie da pomyślnego wyniku. Myśl ta niewątpliwie śmiała, opie-

rająca się na upatrywaniu analogii pomiędzy mleczem a peryferycznymi nerwami, nie pozbawiona jednak powabu, wobec beznadziejności takich chorych, zrodziła się w głowie MAYDL'a.

CHIPAULT uważa ją za niemożliwą do wykonania ze względów anatomicznych, twierdzi on mianowicie, iż, wskutek niepodatności kanału kręgowego, nie można będzie zbliżyć rozdzielonych odcinków mlecza.

Reasumując wszystko wyżej powiedziane, K., trzymając się osobiście dotychczas jeszcze konserwatywnej metody leczenia ran kręgosłupa, za jedynie racjonalne uważa następujące wskazania:

1) Wczesną operację, której celem jest zapobieżenie zakażeniu i możliwie szybkie przywrócenie rdzeniowi normalnych warunków krążenia. 2) Późną operację, jeśli do objawów, dowodzących częściowego lub całkowitego zniszczenia, dołączają się objawy stopniowo wzmagającego się ucisku. 3) Operację, mającą na celu usunięcie zniszczonej części mlecza i zeszcienie zdrowych jego odcinków, w nadziei iż nastąpi zrost ich i *restitutio ad integrum*. Ta ostatnia operacja nie ma ograniczeń co do czasu, w jakim ma być dokonana.

Wykonywanie operacji w 6 tygodni po postrzale z jednym celem usunięcia kuli, jako nie dające żadnych szans pomyślnego wyniku, K. uważa za nieracjonalne i ostrzega przed stosowaniem tego rękoczynu w praktyce.

KRAUZE zaznacza, że operacja laminektomii jest rękoczynem tak ciężkim, że w każdym przypadku z przypuszczalnym obrażeniem mlecza należy się dobrze zastanowić, czy przystępować do tego rękoczynu, tembardziej, że zdarza się nieraz spostrzegać przypadki, gdzie wszystkie objawy, cechujące jakoby znaczne uszkodzenie mlecza, a nawet przerwanie jego ciągłości, w krótkim czasie znikają, a chory wraca do stanu normalnego. Odnosi się to tak do rdzenia, jak i do nerwów obwodowych. Podobne 2 przypadki o takim właśnie przebiegu K. spostrzegł niedawno.

K. jest zdania, że przy ranach postrzałowych elementów nerwowych należy zachowywać się czas pewien wyczekująco i przystępować do operacji dopiero wtedy, gdy objawy, od uszkodzenia tkanki nerwowej zależne, nie znikają lub nawet się pogarszają.

KOPCZYŃSKI Stanisław w dyskusji zaznacza, że neurolog, pomimo wszystkich objawów klinicznych, wskazujących na zupełną przerwę w przewodnictwie fizyologicznym dróg nerwowych, nie może żadną miarą twierdzić, że ciągłość anatomiczna tych dróg uległa bezpowrotnej przerwie. KOPCZYŃSKI obserwował liczne przypadki ran postrzałowych rdzenia w szpitalu św. Ducha. W tych razach, gdzie nie stosowano zabiegów chirurgicznych i gdzie miano do czynienia z zupełnem poprzecznym uszkodzeniem rdzenia, zwykle w następstwie odleżyn i posocznicy następowała śmierć. Mając powyżej wyłuszczone powody na względzie, K. w przypadkach, podobnych do podanego przez prelegenta, radziłby zawsze stosować zabiegi chirurgiczne. KOPCZYŃSKI przytacza też przypadek rany postrzałowej kręgosłupa, który ma w swej sali w szpitalu św. Ducha od kilku miesięcy pod obserwacją. W przypadku tym, jak to wykazało badanie kliniczne, a oprócz tego i prześwietlenie, kula rewolwerowa uszkodziła rdzeń pancerzowy na wysokości 4 — 5 odcinka szyjowego po jednej stronie i dała objawy klasyczne porażenia typu BROWN-SÉQUARD'a nawet z zanikami mięśni po stronie porażenia ruchowego. Zaledwie po kilku tygodniach rozpoczęła się poprawa ruchu w sparaliżowanych kończynach i po kilku miesiącach poprawa ta stała się wbrew oczekiwaniu bardzo znaczną. Znieczulenie po stronie przeciwnej trwa w dalszym ciągu.

KOPCZYŃSKI zaznacza więc, że określić ostateczny termin, kiedy może się rozpocząć poprawa i ustępowanie objawów porażenia, nie sposób, z drugiej znów strony, jak to wskazuje cytowany przez niego przypadek, natychmiastowy zabieg chirurgiczny, zwłaszcza w przypadkach niezbyt ciężkich, nie jest wskazany.

SAWICKI widział chorego, opisanego przez prelegenta, w 5-ym tygodniu obrażenia. Wobec tego, że w ciągu tego czasu nie ustąpił ani jeden z pierwotnych objawów, nasuwających podejrzenie zupełnego zmiążdżenia rdzenia kręgowego, S. nie uważał za stosowne przystępować do operacji, żadnej bowiem poprawy spodziewać się nie należy, gdy rdzeń jest przerywany. Co się tyczy uwagi prelegenta, że wyczuł po wyjęciu kuli całą oponę twardą, to też nasuwają się poważne wątpliwości: nowowytworzona tkanka

łączna, powstała wokoło kuli, mogła w zupełności oponeć twardą symulować.

DYDŹYŃSKI jest zdania, iż w przypadkach ran postrzałowych kręgosłupa, połączonych z uszkodzeniem rdzenia, neurolog tylko wtedy nie jest w stanie z całą pewnością określić, czy w przypadkach tych objawy ze strony układu nerwowego zależą od ucisku rdzenia, czy też od zniszczenia samego rdzenia, jeżeli bada chorego wkrótce po samym wypadku.

Kilkutygodniowa jednak obserwacja chorego jest w stanie sprawę tę należyście wyjaśnić. W przypadku prelegenta nie ulegało wątpliwości, iż kula spowodowała zniszczenie rdzenia,

E. ZIELIŃSKI miał możność sprawdzenia na trupie skutków zmiążdżenia rdzenia przez zwichnięcie kręgów. Dwa przypadki dotyczyły szyjowej części kręgosłupa, trzeci 6 go kręgu grzbietowego. W jednym z pierwszych nastąpiło wtłoczenie mas sarkomatycznych trzonu czwartego kręgu szyjowego w kanał rdzeniowy, w drugim rozerwanie trzeciej chrząstki międzykręgowej ze złamaniem wyrostków stawowych wskutek spadnięcia na głowę z wysokości kilku pięt, w trzecim wreszcie nastąpiło pęknięcie ukośne trzonu kręgu grzbietowego i zsuniecie się odłamków. We wszystkich trzech przypadkach nastąpiło zupełne rozerwanie rdzenia z wytworzeniem przerwy pomiędzy odcinkami długości 1 — 2½ cent. To, zdaniem Z., dowodzi jakiejś kruchości tkanki rdzeniowej żywej i wytwarzania się fatalnych warunków dla regeneracji tkanki, a więc i powrotu funkcji. Skoro tak miękkie ciało, jak sarkomat, mogło dokonać takich zniszczeń, cóż mówić o kuli. Wobec tego trudno spodziewać się powrotu *ad integrum* po takich *laesiones*; co zostało zniszczone raz przez kulę, nie odradza się, choćbyśmy tę kulę usunęli. Inna rzecz w przypadkach paraliżu BROWN-SÉQUARD'owskich, które niewłaściwie tu zostały zacytowane; tam nie cały rdzeń ulega zniszczeniu, można przeto oczekiwać zastępczej czynności drugiej połowy; większość przytem tego rodzaju zranień pochodzi od wpakowania cienkiego noża; regeneracja przeto tylko przeciętych włókien zdaje się być możliwą. Jeżeli wszakże od wyjęcia kuli z kanału rdzeniowego nie wolno oczekiwać powrotu funkcji (ustania paraliżu), to jednak dobrze jest usunąć ją ztamtąd

dla uniknięcia zakażenia przez wtłoczone z nią części ubrania.

Z. miał możność sekowania ciała strażnika, u którego kula rewolwerowa zatrzymała się pomiędzy kością krzyżową a 5-ym lędźwiowym kręgiem i zaledwie wierzchołkiem swym sterczała w świetle kanału, nie zraniwszy opony twardej, niemniej wywołała ropne wstępujące zewnętrzne zapalenie opony twardej rdzenia i mózgu (*pachymeningitis ex ter. cerebro-spinalis ascendens*).

Prócz tego Z. prostuje twierdzenie, że w razie zranienia rdzenia *eo ipso* musi być przedziurawiona i opona twarda we wszystkich wspomnianych przypadkach zmiążdżenia i rozerwania doszczętnego rdzenia, opona twarda była nienaruszona; również błędem wydało mu się mniemanie, że przez oponę twardą na żywym można dokładnie wymacać rdzeń; napięcie elastycznej opony płynem mózgo-rdzeniowym staje temu na przeszkodzie.

T. Korzon.

Wiadomości bieżące.

— Między 12, a 14 września r. b. odbywać się będzie w Bernie Szwajcarskiem IX zjazd dermatologów niemieckich.

— Od 1 — 5 września r. b. w Berlinie odbywać się będzie zjazd, poświęcony sprawie badania i opieki nad dziećmi.

— W roku bieżącym, z powodu dojścia do prawnie określonego wieku, opuszczają fakultet wiedeński profesorowie BENEDIKT, POLITZER, STOFFELA i WINTERNITZ.

— Tegoroczna lekarska wycieczka naukowa (*ärztliche Studienreise*) rozpocznie się dnia 2 września i zakończy się w dniu 15 t. m. Punktem wyjścia będzie Heidelberg, skąd udadzą się lekarze do następujących miejscowości kuracyjnych: Wildbach, Todtmoos, St. Blasien, Konstancja, Triberg, Baden - Baden. Wycieczka kończy się w Sztudgardzie. Koszta wy-

noszą 225 marek (*tout compris*). Sekretarzem głównym jest D-r OLIVEN, Berlin Luisenplatz 2 — 4, na ręce którego chcący przyjąć udział w tej wycieczce przesłać winni 25 marek tytułem wpisowego do dnia 20 sierpnia.

— ZMARLI: w Warszawie zakończył życie Feliks RYMOWICZ, okulista, b. docent uniwersytetu kazańskiego

— W Londynie zmarł w 102 roku życia Emanuel GARCIA, nauczyciel śpiewu, słynny wynalazca lusterka krtaniowego.

— w Hamburgu zakończył życie zoolog SCHAUDINN, znany chlubnie z badań nad wiciowcami. W roku 1905 SCHAUDINN odkrył krętka bladego (*Spirochaete pallida*), który uważany jest powszechnie za przyczynę syfilisu.

Od Administracyi.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi o każdym niedoręczonym numerze.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

(skoncentrowanej i oczyszczonej hemoglobiny (niem. pat. № 81391) 80,0, chemicznie czystej gliceryny, włączając w to i istotę smak poprawiającą 20,0).

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wymienione wyniki w angielskiej chorobie, zółtach, ogół. osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypy i in. chorobach.

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjańają go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen HOMMELA**.
Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura napoju!); dla starszych dzieci 1—2 łyżki deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżki stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Skład główny na Rosyję: Bolsze—Ochtenskaja Apteka „Otd. Hematogen“, St. Petersburg.

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydyftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Menger'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy. Służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiąższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwnieprzydatny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieprzydatnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladezka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreofidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstości pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypadanie gąlek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieprzydatny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.

WIELKI WYBÓR Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
łądkowej, kału, wydzielin z narządów mocz-
płciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22)

D-r Zygmunt Wąsowicz

ordynuje w chorobach kobiecych i wewnętrz-
nych jak lat poprzednich

w Krynicy dom pod Orłem.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brihla Bryndzy-
Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego,
Kuniewiczza, Natansona, Ryłki, Thieme-
go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyj-
muje osoby, dotknięte chorobami ko-
biecemi, jako też spodziewające się słab.,
za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10

przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszel-
kiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

D-r Antoni Pyrz

ordynuje latem w Ciechociuku
willi Orion.

Choroby wewnętrzne i dzieci.

PRZEGŁĄD LEKARSKI

wychodzi 45 rok w Krakowie, co tydzień, w objętości co najmniej 2 arkusze druku.

Redaktor główny: Prof. Dr. STANISŁAW CIECHANOWSKI.

(Wielopole 4).

PRZEGŁĄD LEKARSKI jest Organem Towarzystwa lekarskiego kra-
kowskiego, lwowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

PRZEGŁĄD LEKARSKI zamieszcza: I. Artykuły oryginalne z klinik,
szpitali i t. d. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych dzieł. III. Wyciągi i streszcze-
nia prac orygin. IV. Zapiski lecznicze. V. Fejleton. VI. Korespondencje. VII.
Wiadomości zawodowe i statystyczne. VIII. Bibliografia i wiadomości bieżące.

Cena prenumeraty, wraz z przesyłką pocztową rubli 7 rocznie.

Nadesłać można wprost do administracji „Przeglądu lekarskiego“ w Krakowie, Podwale 9, lub
za pośrednictwem Księgarni warszawskich i prowincjonalnych.

Od 11-go maja r. b. wychodzi w Warszawie pod redakcją Władysława R. Kozłowskiego
z udziałem najwybitniejszych sił swoich i obcych dwutygodnik.

„R U C H”

poświęcony wychowaniu fizycznemu i wogóle normalnemu rozwojowi ciała

Cena roczna wynosi rb. 2 k. 40 w Warszawie i rb. 3 k. 40 z przesyłką pocztową. Przedpłatę i ogło-
szenia przyjmuje administracja, tudzież wszystkie księgarnie.

Administracja mieści się w księgarni E. Wendego i S-ki Krakowskie Przedmieście 9.

Adres redakcyi: Wilcza 38 m. 12.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG, Galernaja, 20.
Telefon № 233-81.

LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, jeżeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ściśle określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polega na poprzednim zbadaniu chemicznem i fizyologicznem. Po licznych samodzielnych badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizyologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przedewszyst-

kiem na zwierzętach; w razie otrzymania dodatnich wyników copiero z nich wyrabia się preparat farmaceutyczny. Próby otrzymanego preparatu bada się następnie fizyologicznie i chemicznie i sprowadza się je do określonego działania. W ten sposób możemy ręczyć za pełne i zawsze stałe, określone działanie wszystkich naszych preparatów bądź w postaci płynnej lub stałej, bądź w proszku lub w miksturze, pigułkach, tabletkach i t. p. Tylko dzięki takiemu racjonalno-naukowemu sposobowi przygotowywania, udało nam się osiągnąć tego, że nasze preparaty: **Adrenalina, Acetozon, Brometon, Chloreton, Kaskara-Sagrada, Takadiastaza** i t. d., zyskały sobie zupełnie zasłużony, wszechświatowy rozgłos.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.

Xeroform

Jest najlepszym środkiem zastępującym jodoform. W użyciu prawie bezwonny, nie drażni, nie wywołuje ekzemy, absolutnie nietrujący; daje się sterylizować prostem ogrzewaniem. Wybitnie wysuszający i wstrzymujący wydzielinę, tamujący krew i kojący ból. **Najszybciej działający środek na zabliznienie.** Ołwiania nawet posokowate wydzieliny i nadzwyczaj szybko zmniejsza wytwarzanie ropy. Bardzo się nadaje do **opatrunków stałych i suchych.** Opatrunek nie przylepia się do rany. Posiada specyficzne działanie w mokrych ekzematkach, intertrigo, ulcus cruris i oparzeniach.

Salit

Płynny związek kwasu sylicylowego. Tani, szybko ból kojący środek do **wcierania** w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju (rozcieńczony oliwą). Pośród zewnętrznych środków sylicylowych odznacza się najmniejszą własnością drażniącą na skórę, gdyż wolny od formaldehydu. Nie posiada działania ubocznego na serce i nerki. Działa przeważnie skutecznie **we wszystkich bólach reumatycznych powstałych wskutek zaziębienia** (lumbago, etc. w reumatyzmie mięśniowym i ścięgien).

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno.
lub przedstawiciel **Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.**

UZNANY ZA NAJLEPSZY

HAEMATOGEN

Towarzystwa Akcyjnego Fabr. Chemicznej

Trampedach i Sp. w Rydze,

do nabycia w większych składach aptecznych i aptekach.

ALFONS MANN

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Tłomackie 3 — Telefon 1025.

Egzystuje od roku 1819.

Poleca w największym wyborze: Narzędzia chirurgiczne, akuszeryjne, ginekologiczne, dentytyczne. Sterylizatory ulepszone; stoły operacyjne i nosze. Maszyny elektryczne. Szprycyki Pravaza nowego systemu „Record”. Wyroby gumowe fabyki Porgès. Bandaże rupturowe.

Cennik ilustrowany franko.



PEPTONATE DE FER ROBIN

Peptonat Żelaza Robin'a

Prawdziwa sól żelaza, łatwo przyswajalna, przygotowana

przez M. Robin'a

Żelazo Robin'a skutecznie działa przeciw anemii, blednicy i wszelkim osłabieniom.

Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia.

Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku.

Przyjmuje się 2 razy dziennie po 10 do 30 kropel podczas jedzenia w małej ilości wody lub wina.

Każdy flakon starczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w aptekach.



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat ziarnisty Robin'a

Glicerofosfat wapnia i sody. Stosowany w szpitalach paryskich.

WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY

Wskazany przeciw krzywicy, słabości kości w okresie rośnięcia u dzieci, podczas karmienia i ciąży i przeciwko neurastenii, przeciążeniu umysłowemu i t. p. Przyjemny w smaku, zażywa się w małej ilości mleka i wody.

Dla dotkniętych cukrową chorobą wyrabia się w formie pastylek.

Sprzedaż w aptekach

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant

Władysław Hoffmann

Warszawa Erywańska 5. Telefonu Nr. 2114

Żądać fabrycznej marki „**Lew**” i nazwiska fabrykanta **Robin**

Wystrzegać się bezwartościowych naśladownictw.

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.

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 kop. 10, na 1-ej i ostatniej stronnicy k. 20

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

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna (róg Siennej).

Adres Redaktora: Krak. - Przedm. № 7.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły załatwić można odsłaniem u Wydawcy od 9—10 rano.

OGŁOSZENIA.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształły Nowo-karlsbadzkie kryształły Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej: Pić należy łykając z przerwami parominutowymi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Salit

cytowych odznacza się najmniejszą

Omorol

(w wodzie nie rozpuszcza się).

nie surowicą, gdyż omorol niszczy zarazki w miejscu ich wnikania. Leczy również i inne zakażne błony śluzowe.

Xeroform

środek na zabliznienie.

Płynny związek kwasu salicylowego. Tani, szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju (rozcieńczony oliwą). Pośród zewnętrznych środków salicylowych odznacza się najmniejszą własnością drażniącą na skórę, gdyż wolny od formaldehydu. Nowy, zupełnie nie drażniący preparat srebro-proteinat do miejscowego leczenia dyfteryi, silne i głębokie działanie antyseptyczne, gdyż rozpuszczalny w płynach tkankowych, wydzielinie etc. Miejscowe leczenie dyfteryi za pomocą omorolu dopełnia leczenie surowicą, gdyż omorol niszczy zarazki w miejscu ich wnikania. Leczy również i inne zakażne błony śluzowe.

Jest najlepszym środkiem zastępującym jodoform. Absolutnie nietrujący, nie drażni, wybitnie wysuszający i wstrzymujący wydzielinę. Silny środek odwanający. Najszybciej działający

Próby i literatury dostarcza: Fabryka Chemiczna von Heydena, Radebeul—Drezno
lub przedstawiciel Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy napój dye-
 tetyczny i orzeźwia-
 jący

Wyborny dla dzieci
 i rekonwalescentów.

Henryk Mattoni

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

ZAKŁAD

wodolecznicy

Giesshübl - Sauerbrunn

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia

Giesshübler'u

Mattoni'ego.

ZYMINA

Drożdże piwne suche

„BACILLI ZYMINI”

P A Ł E C Z K I Z Y M I N Y

przeciwko „FLUOR ALBUS” grubości 8^m, długości 80^m, zawierające 40^o%,
 Zyminy zarobione środkami łatwo rozpuszczalnymi

TABLETTI ZYMINI 0,5.

POLECA

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

Błaszanka zawiera 100,0 grm. Zyminy, słoik 12 pałeczek, a puszka 100 tabletek.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosfo-
 ru, wzmacnia utlenianie, przy-
 spiesz przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmac-
 niającym. Broszury, próby i odnosną literaturę
 wysyła p.p. Lekarzom

— S. KARCZEWSKI —

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który od-
 różniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

Pracownia analityczno-lekarska O-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
 skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
 ładkowej, kału, wydzielin z narządów moczop-
 łciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
 cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnosytki
 lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).



VALIDOL.

Środek energiczny i jednocześnie nierozdra-
 żniający, Analeptyczny, Antihisteryczny,
 Antineurasteniczny i na Żołądek; prócz te-
 go, środek skuteczny przeciw Chorobie
 Morskiej.

KAMFORA VALIDOLOWA.

(Validol camphoratum).

Środek wybitnie pobudzający w przypadkach
 ciężkiego wycieńczenia, a prócz tego nie-
 zbędny w praktyce dentystrycznej.

ESTORAL.

Środek zwykły i przyjemny przeciw Kataro-
 wi. Literatura: *Heilmittel—Revue* 1906, Nr 2.

Próby i literatura wysyła się P. p. lekarzom
 bezpłatnie.