

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 9.

Warszawa d. 2 Marca 1907 r.

T. XXXV.

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 pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O przekłuciu lędźwiowem w leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowych. Podał Dr. Jan Szmurło (z Samary). — Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a w roku 1905. Podał Dr. Wł. Palmirski i Z. Karłowski. — Dystrophia ossium progressiva. (Dalszy ciąg). Podał Dr. Władysław Sterling. (Dalszy ciąg). — Streszczenia i wyciągi. 12 Usunięcie macicy z powodu zbyt mocnego przyczepu łożyska. 13. Dyskusya w Wiedeńskim Towarzystwie Ginekologicznem po odczycie Lewith'a. 14. Poczęcie i ciąża pozamacierna u 50-letniej kobiety, wyzdrowienie. — Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego opieki nad obłąkanymi odbytego w Medyolanie 26—30 X. 1906 r. (Dalszy ciąg). Podał Dr. Wł. Sterling. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Jan Szmurło. — Sur la ponction lombaire dans la thérapie de la meningite épidémique. 2) Dr. W. Palmirski et Z. Karłowski. Les résultats des vaccinations préventives selon la méthode de Pasteur en 1905. 3) Dr. Władysław Sterling. — La dystrophie des os progressive.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Jan Szmurło. — Ueber die Lumbalpunktion bei der Behandlung der epidemischen Meningitis. 2) W. Palmirski und Z. Karłowski. — Die Ergebnisse der Schutzimpfungen nach der Pasteur'schen Methode im Jahre 1905. 3) D-r Władysław Sterling. — Ueber progressive Knochendystrophie.

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

PRACE ORYGINALNE.

O PRZEKŁUCIU LĘDŹWIOWEM W LECZENIU NAGMINNEGO ZAPALENIA OPON MÓZGOWYCH.

Podał

Jan Szmurło (z Samary).

W roku 1891 profesor QUINCKE zbogacił arsenał lekarski nowym zabiegiem, mającym,

jak się okazało, wielkie znaczenie dyagnostyczne i lecznicze w dziedzinie cierpień mózgu i opon mózgowych. Zabiegiem tym było przekłucie lędźwiowe, które w prędkim czasie zdobyło sobie wielkie uznanie pośród ogółu lekarskiego. W istocie, w dziedzinie rozpoznawczej dało ono możność na podstawie obserwacji samego procesu wyciekania płynu mózgowodzielniczego oraz pomiarów manometrycznych wnio-

skować o stopniu ciśnienia w jamie mózgo-rdzeniowej, badanie zaś makroskopowe (kolor płynu, przezroczystość, domieszka części stałych) oraz mikroskopowe (białe i czerwone ciała krwi, forma ich i liczba, drobnoustroje) pozwalało często wyciągać wnioski stanowe o naturze cierpienia mózgowego. Z drugiej strony patologia oddawna już zwróciła baczną uwagę na zmiany ciśnienia w jamie czaszkowej w rozmaitych cierpieniach mózgu i opon mózgowych; okazało się przytem, iż wielu chorobom towarzyszy znaczne podwyższenie owego ciśnienia. Oczywiście wniosek wypływał ztąd, iż dla poprawy stanu chorych należy zmniejszyć ciśnienie wewnątrzczaszkowe za pomocą przekłucia lędźwiowego. Wniosek taki zyskał poparcie dzięki obserwacyom nad chorymi; okazało się przytem, że w pewnych cierpieniach (ostry obrzęk mózgu, *meningitis serosa*) przekłucie lędźwiowe dawało stałą i znakomitą poprawę; w innej natomiast grupie chorób poprawa była tylko czasowa (*meningitis tuberculosa*, gózy mózgu). Jednem słowem, stałą poprawę obserwowano tam, gdzie obniżone ciśnienie po przekłuciu lędźwiowem nie podnosiło się wcale lub podnosiło się tylko nieznacznie. Natomiast poprawa była tylko chwilową w tych razach, gdzie przyczyna, która spowodowała podniesienie ciśnienia, nie mogła być usunięta i działała wciąż aż do samej śmierci chorego.

Zapalenie opon mózgowych nagminne należało do tej grupy cierpień mózgowych, co do których nie zostało dotychczas jeszcze wyjaśnione pytanie, jaki na ich przebieg może wywierać wpływ wielokrotne przekłucie lędźwiowe. Sądząc *a priori*, można było przypuszczać, iż w cierpieniu tem przekłucie lędźwiowe może odegrać rolę nie tylko zabiegu objawowego. Wiemy wogóle, iż choroba ta w różnych epidemiach daje rozmałą odsetkę zejść śmiertelnych; wiemy również, iż w cierpieniu tem nie raz miewamy do czynienia z nasileniami, podczas których objawy mózgowe, zależne od pod-

wyższenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, dosięgają wielkiego natężenia, i im lżej przebiega i prędzej znika owo nasilenie, tem łatwiej choremu uporać się ze swą chorobą. Objawy owe ustępują pod wpływem przekłucia lędźwiowego, zmniejszającego ciśnienie wewnątrzczaszkowe. W ten sposób wspomniany zabieg może powodować złagodzenie ciężkich napadów bólu głowy, bredzenia i t. p.

Praktyczne potwierdzenie owych teoretycznych kombinacji znajdziemy w obserwacyach LENHARTZ'a, który na obszernym materiale, bo obejmującym 45 przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowych, z pomyślnym skutkiem stosował wielokrotnie powtarzane przekłucia lędźwiowe. Potwierdzają ten pogląd po za tem nieliczne, jak dotychczas, obserwacje innych autorów, jak BREJTMAN¹⁾, HAGEN-THORN²⁾, JAROSZEWSKI³⁾. Potwierdzają go również do pewnego stopnia i dwa przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowych, które miałem sposobność obserwować w pierwszych miesiącach roku zeszłego w prowadzonym przeze mnie terapeutycznym kobiecym oddziale Samarskiego Ziemskiego Szpitala Gubernialnego.

Przystąpię teraz do opisu owych przypadków. Przypadek I-szy. Zanna Anna, wieku lat 24, zamężna, przybyła do szpitala d. 3 Marca 1906 r. Z wywiadów widać, iż zachorowała nagle, trzy dni temu. Zjawił się silny ból głowy, wymioty. Od 4-ch dni zaparcie stolca. Dotychczas cieszyła się zupełnem zdrowiem, rodziła dwa razy zdrowe dzieci, obecnie jest w 3-m miesiącu ciąży.

Badanie obiektywne wykazało: chora wzrostu średniego, prawidłowo zbudowana, dobrze odżywiana. Płuca i serce zmian żadnych nie przedstawiają; puls pełny, zlekka zwolniony. Chora leży w stanie na pół przytomnym, z zamkniętymi oczyma, stęka, od czasu do czasu wydaje głośny krzyk (*cri cephalique*), na pytania odpowiada niechętnie, acz przytomnie.

Wyraźna sztywność karku. Dermografia w wysokim stopniu. Objaw KERNIG'a dość wyraźny. T° 38,1.

Rozpoznanie. *Meningitis cerebro-spinalis epidemica*.

Po odbytej naradzie z kolegami postanowiono zrobić chorej przekłucie lędźwiowe, którego dokonał kolega AKKER 4. III.; wypuszczono 25 k. c. płynu mętnawego, koloru białawego, zlekka opalizującego, wyciekającego pod niewielkiem ciśnieniem. Badanie mikroskopowe, dokonane w pracowni anatomo-patologicznej miejscowego szpitala przez D-ra KAWECKIEGO, wykazało w płynie obecność *meningococci intracellularis* WEICHELBAUM'a, co potwierdziło pierwotne rozpoznanie.

Po wypuszczeniu płynu chora z początku czuła się znacznie lepiej, lecz po 12 godzinach znowu wystąpił silny ból głowy, bredzenie, chora niespokojna, krzyczy, zrywa się. T° wieczorem 37,5, nazajutrz rano 36°. Puls pełny, zwolniony. Stolca nie było. T° wieczorem 37,5. Zaordynowałem brom i wanny gorące (30° R). 6. III. t° 38,0, chora bredzi mniej, skarży się na kurecz w nogach i na podwójne widzenie, przyczem zdwojeniu ulegają przedmioty, dalej położone, jak np. wizerunek świętego, zawieszony w rogu sali; przedmioty i osoby, znajdujące się obok łóżka, chora widzi pojedynczo; obiektywnie -- bez zmian; t°. wieczorem 38,4, stolec po ławatywie. 7. III. Spała nieźle, bredzenia nie było, stan napół przytomny, puls 100, t°. rano 38,6; t° wieczorem 38. 8. III. t° rano 37,7, wieczorem 39,8; spała nieźle, bredziła mało, zjawił się wyprysk na wargach i policzku lewym, puls 100, widzi podwójnie. 9. III. t° rano 37,0, wieczorem 37,3; spokojniejsza, spała nieźle, przy pomocy ławatywy stolec 10. III. t° rano 38,0, wieczorem 38,0; źle spała, silne bredzenie, krzyczy, puls 104. 11. III. Spała lepiej, przytomna, prosi, aby jej wanny robiono dwa razy dziennie, gdyż po nich czuje się zna-

cznie lepiej, t° rano 38,0; wieczorem 37,0. 12. III. Spała nieźle, skarży się na silny ból głowy i nóg; przekłucie lędźwiowe powtórzono, przyczem pokazało się zaledwie kilka kropeł mętnej białawej cieczy. T° rano 37,7, wieczorem 38,0. 13. III. Spała nieźle, bredziła, rzucała się, chciała uciekać. Skarży się na ból głowy i łamanie w nogach, po ławatywie stolec; t° rano 37,5, wieczorem 37,7, puls 96, podwójne widzenie. Zaordynowałem aspirynę po 0,5 trzy razy dziennie. 14. III. Spokojniejsza trochę, nie bredzi, przytomna, t° rano 38,0, t° wieczorem 37,7. 15. III. Znów spała gorzej, niepokoiła się, bredziła, krzyczała, t° rano 39,0; wieczorem 37,8. 16. III. Spokojniejsza znowu; t° rano 38,4, wieczorem 37,5. 17. III. Spała nieźle, aczkolwiek bredziła, widzenie podwójne; t° rano 37,8, wieczorem 37,0. 18. III. *Status idem*, t° rano 37,1, wieczorem 37,0. Od tego dnia do 24. III. czuła się nieźle, bóle głowy zmniejszyły się, stan ogólny poprawił się. 24. III. t° nagle podniosła się do 39,3, zjawilo się silne bredzenie, utrata przytomności. Wieczorem wszakże temp. zmniejszyła się do 38,5, na drugi dzień zrana spadła do 37,8, a 26. III. nawet do 36° i odtąd nie podnosiła się już wcale. Chora wyraźnie, aczkolwiek bardzo powoli zaczęła wracać do zdrowia. Zjawiła się wielka senność, chora spała lekkim snem po całych dniach, nocami wszakże bywała jeszcze niespokojna, niekiedy nawet jakby bredziła; sztywność karku poczęła powoli ustępować; w ostatnich dniach znikło również i dwojenie. 18. IV. chora wypisała się w stanie zupełnego zdrowia.

(C. d. n.).

Z pracowni Bakteryologicznej w Warszawie.

WYNIKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

według metody Pasteur'a

w roku 1905.

Podali

Wł. Palmirski i Z. Karłowski.

W roku 1905 zgłosiło się o poradę ogółem 1151 osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekle lub podejrzone. Z tej liczby 155 osób nie podlegało leczeniu, a to z powodu, iż pokąsane zostały przez zwierzęta zdrowe, albo też, chociaż przez wściekle albo podejrzone, to jednak nie do krwi, t. j. bez zdarcia naskórka, jeżeli zaś do krwi, to bez rozdarcia ubrania. Następnie 20 osób przerwało kurację samowolnie. Oprócz tego 7 osób z leczonych nie wciągnięto do statystyki z powodu, że próby na królikach nie wykazały wścieklicziny zwierzęcia kąsającego. Tym sposobem w r. 1905 zaliczono do statystyki 969 osób.

Co do płci, było mężczyzn 649, a kobiet 320. Leczeni pochodzili z miejscowości następujących:

Z gub. Warszawskiej 222 (w tej liczbie z Warszawy i przedmieści: Pelcowizny, Mokotowa, Ochoty, Woli, Powązek i Pragi 127), z gub. Łomżyńskiej 78, z gub. Płockiej 48, z gub. Lubelskiej 85, z gub. Piotrkowskiej 137, z gub. Radomskiej 144, z gub. Kaliskiej 29, z gub. Kieleckiej 34, z gub. Siedleckiej 76, z gub. Grodzieńskiej 76, z gub. Kowieńskiej 1, z gub. Mińskiej 13, z gub. Mohyłowskiej 4, z gub. Petersburskiej 1, z gub. Podolskiej 1 i z gub. Wileńskiej 1.

Co do wieku, było: 1-letnich 4, 2-letnich 11, 3-letnich 23, 4-letnich 35, 5-letnich 32, 6-letnich 31, 7-letnich 42, 8-letnich 52, 9-letnich 41, 10-letnich 36, 11-letnich 28, 12-letnich 43, 13-letnich

15, 14-letnich 25, 15-letnich 25, 16—25-letnich 204, 26—35-letnich 121, 36—45-letnich 123, 46—55-letnich 45, 56—65-letnich 23, ponad 65 lat 10.

Co się tyczy czasu, w którym od chwili ukąszenia rozpoczęto leczenie, to w 1-szym tygodniu po ukąszeniu leczyło się 865 osób, w 2-gim 82, w 3-cim 16, w 4-ym 2, później niż w 4-tym 4.

Pokąsanych przez psy było 927 osób, przez koty 23, przez konie 5, przez krowy 8, przez świnie 2 i przez człowieka 4.

Zwierzętami kąsającymi były psy w przypadkach 504, koty w 14, konie w 4, krowy w 7, świnie w 1 i człowiek w 1.

Odnosnie do pór roku leczyło się osób: w styczniu 66, w lutym 79, w marcu 72, w kwietniu 69, w maju 76, w czerwcu 101, w lipcu 112, w sierpniu 154, we wrześniu 70, w październiku 67, w listopadzie 49 i w grudniu 54.

Co się tyczy większej lub mniejszej pewności, czy zwierzęta kąsające były wściekle, dzielimy pokąsanych wzorem PASTEUR'a na 3-y grupy.

A. Pokąsanych przez zwierzęta, których wściekliczna stwierdzona została przez szczepienie królika lub wścieknięcie się równocześnie pokąsanych zwierząt.

B. Pokąsanych przez zwierzęta, których wściekliczna stwierdzona została na zasadzie badania zwłok, dokonanego przez weterynarza.

C. Pokąsanych przez zwierzęta, uznane za wściekle na zasadzie objawów, podejrzone lub niewiadome.

Dane porównawcze z r. 1905, dotyczące się kategorii pokąsanych, ukąszeń okolic ciała i przypałów, przedstawia niżej umieszczona tablica.

Uwaga. Przypalania dzielimy na wystarczające i niewystarczające. Do wystarczających zaliczamy przypalania żegadłem lub stężonymi kwasami mineralnymi zaraz lub po upływie kilku minut, w przeciwnym razie wszelkie przypalania uważamy za niewystarczające.

		A.			B.			C.		
		Przypalania	Liczba pokąsa- nych	Razem	Przypalania	Liczba pokąsa- nych	Razem	Przypalania	Liczba pokąsa- nych	Razem
I. Ukąszenia w twarz lub głowę	pojedyncze . liczne . . .		6 3	9		1 6	7		17 22	39
Przypalania wystarczające								1		
„ niewystarczające								1		
„ żadne		9			7			37		
II. Ukąszenia w ręce	pojedyncze . liczne . . .		38 57	95		40 51	91		181 231	412
Przypalania wystarczające					3			2		
„ niewystarczające		13			9			54		
„ żadne		82			79			356		
III. Ukąszenia w tułów i nogi	pojedyncze . liczne . . .		18 19	37		13 24	37		93 126	219
Przypalania wystarczające								2		
„ niewystarczające		9			5			30		
„ żadne		28			32			187		
IV. Liczne ukąszenie w rozmaite okolice ciała				7			4			12
Przypalania wystarczające										
„ niewystarczające								4		
„ żadne		7			4			8		
Ukąszonych przez rozdarłe ubranie			29			25			183	
„ w nagie ciało			119			114			499	
R a z e m		—	—	148	—	—	139	—	—	682
Ogólna liczba pokąsanych		969								

Z leczonych w 1905 r. zmarło:

1) Wojciech K. lat 19 ze wsi Grodziec gm. Gzichów pow. Będzińskiego gub. Piotrkowskiej, ukąszony 30. IX. w lewą dłoń i dorsum przez psa podejrzanego o wściekliznę. Na miejscu ukąszenia 4 ranki do krwi, ranki te nie były przypalane. Leczenie rozpoczęto 30. X., trwało dni 20. Zachorował 13 stycznia 1906 r., umarł przy objawach wodowstrętu 16 stycznia na st. Koluszki w drodze do Warszawy. Okres wylęgowy trwał 3½ miesiąca. Ze wszystkich zatem 969 osób, leczonych metodą PASTEUR'a w r. 1905, wskutek wodowstrętu zmarła 1 osoba. Odsetka śmiertelności w roku sprawozdawczym wynosi 0,1%. Z osób nieleczonych, zmarłych na wodowstręt, udało się nam zebrać wiadomości o 3-ch przypadkach.

1) Szymon Z. lat 63 z Warszawy, pokąsany w styczniu 1905 r. przez psa niewiadomego umarł na wodowstręt 12 marca 1905 r.

2) Jadwiga M. lat 20 z Warszawy, pokąsana w lutym 1905 r. przez psa niewiadomego. Pierwsze objawy wodowstrętu wystąpiły 13-go kwietnia, umarła w szpitalu Dzieciątka Jezus 18 kwietnia 1905 r. Królik, szczepiony mózgiem M., padł po 18 dniach.

3) Marcin W. lat 42 ze wsi Świerczyny Kolano gm. Godziesze pow. i gub. Kaliskiej ukąszony w wielki paluch prawej ręki w marcu 1905 r., umarł przy objawach wodowstrętu 6 sierpnia 1905 r.

Przy stosowaniu leczenia według metody PASTEUR'a w r. 1905 posiłkowaliśmy się metodą wzmocnioną, rozpoczynając szczepienia rdzeniami 6-dniowymi, kończąc 3-dniowymi. U osób, pokąsanych w twarz, leczenie rozpoczynaliśmy od rdzeni 6-dniowych, kończąc jednodniowymi.

Leczenie trwało od 16 do 30 dni, zastrzykiwano pokąsanym dwa razy dziennie po 2 ctm. sz. dość gęstej zawiesiny z rdzenia królika, zarażonego jadem stałym (*virus fixe*). Ciężko pokąsani otrzymywali dawki podwójne. Rdze-

nie lecznicze były przechowywane w ciepocie *maximum* 12—15°C.

Leczenie pokąsanych według metody PASTEUR'a, zapoczątkowane w Królestwie Polskim przez prof. D-ra O. BUJWIDĄ, przetrwało niespełna lat 21. Zasada lecznicza tej metody w Warszawie pozostała bez zmiany, podlegały tylko zmiany siła rdzeni, używanych do zastrzykiwań podskórnych, oraz czas trwania leczenia. Nie będziemy się wdawali w szczegóły i pobudki tych zmian, będą one przedmiotem omówień w przyszłej naszej monografii o wściekliznie, a opartej na własnym materiale statystycznym 16000 przypadków, leczonych według metody PASTEUR'a.

Zaznaczymy tylko, że od r. 1902 czas trwania leczenia w lżejszych przypadkach trwa 16 dni, w cięższych — 21 dni, a w ciężkich (wszelkie ukąszenia w głowę) — 30 dni, i że byliśmy i jesteśmy zwolennikami metody PASTEUR'a wzmocnionej, t. j. rozpoczynaliśmy i rozpoczynamy leczenie od rdzeni 8 lub 6-dniowych, stopniowo przechodząc do rdzeni silniejszych nawet jednodniowych przy ukąszeniach w głowę.

Z okresu 21 lat stosowania metody PASTEUR'a w Warszawie wyróżnia się ostatnie pięciolecie małą odsetką śmiertelności. Nim pomówimy szczegółowiej o tem pięcioleciu, uważamy za stosowne podać ogólną liczbę leczonych i ogólną odsetkę śmiertelności za ubiegłe lata.

W roku	leczyło się	% śmiertelności
1886	104	1
1887	255	3,13
1888	317	0
1889	343	0,87
1890	448	0,22
1891	372	0,80
1892	419	1,4
1893	573	0
1894	637	0,47

W roku	leczyło się	% śmiertelności
1895	669	0,45
1896	936	0,75
1897	939	0,53
1898	951	0,52
1899	918	0,43
1900	923	0,97
1901	1150	0,43
1902	1165	0,08
1903	1230	0,24
1904	1070	0,09
1905	969	0,10
1906	1289	0,16

Do 1902 r. stosowaliśmy metodę PASTEUR'a wzmocnioną, rozpoczynając leczenie od rdzeni 8 dniowych, kończąc jednodniowymi we wszystkich prawie przypadkach.

W r. 1902 leczenie różniło się tem od lat poprzednich, że dla ściślejszej kontroli bakteriologicznej mleczy leczniczych kończyliśmy serye 3-dniowymi rdzeniami, wcale nie używając 2 i 1-dniowych nawet przy ukąszeniach w głowę.

Półroczne doświadczenie było dostateczne, ażeby powrócić niezwłocznie do rdzeni silnych. W pierwszym bowiem półroczu 1902 r. z leczonych zmarła 1 osoba, a podczas leczenia w 4-m tygodniu 5 osób.

Z chwilą wprowadzenia 2 i 1-dniowych rdzeni nawet tylko przy ukąszeniach w głowę mieliśmy w 2-giem półroczu 1902 r. jeden przypadek śmierci podczas leczenia. W ten sam sposób leczylismy pokąsanych w 1903, 1904 i 1905 r.

W r. 1903 z 1230 leczonych zmarło tylko 3 osoby po skończonem leczeniu, t. j. odsetka śmiertelności wyniosła 0,24%. W r. 1904 z 1070 leczonych zmarła 1 osoba, t. j. odsetka śmiertelności wyniosła 0,09%, a podczas leczenia zmarło 3 osoby. W roku zaś sprawozdawczym (1905) z 969 osób leczonych zmarła po ukończonem

leczeniu tylko 1 osoba, t. j. odsetka śmiertelności wynosi 0,1%.

W r. 1906 stosowaliśmy serye rdzeni w przypadkach lżejszych i średnich w przeciągu 16-u lub 21 dni Nr. 6, 4, 3, 3 i 3, w przypadkach zaś ciężkich t. j. tylko przy ukąszeniach w głowę, w przeciągu 30 dni serye rdzeni Nr. 6, 4, 3, 2 i 1. Liczba pacjentów wynosi 1289, zmarły 2 osoby zaraz po ukończeniu leczenia.

Ogólna liczba leczonych za ostatnie pięciolecie (5714) i wyniki, jakie otrzymaliśmy, potwierdzają najwyraźniej nasze przypuszczenie, że w 1-szem półroczu 1902 r. mieliśmy znaczniejszą liczbę zejść śmiertelnych podczas leczenia z ukąszonych w twarz jedynie wskutek nieużywania 2 i 1-dniowych rdzeni. Chociaż kol R. NITSCH przypuszcza, że prawdopodobnie nie uratowalibyśmy swoich 5-iu pokąsanych z 1902 r. i za pomocą 2 i 1-dniowych rdzeni.

Dane jednak statystyczne z ostatnich 5-u lat każą nam być innego zdania, najprawdopodobniej chociaż część zostałaby przy życiu. Oprócz tego z tych danych możemy wyprowadzić jeszcze jeden wniosek, że metoda PASTEUR'a wzmocniona daje lepsze wyniki, i że przy ukąszeniu w głowę bez 2 i 1-dniowych rdzeni obyć się nie można.

Na zakończenie tego sprawozdania uważamy za stosowne nadmienić, że psy kłające, jeżeli to okaże się w praktyce możliwem, powinny być nie zabijane, lecz trzymane pod ścisłą obserwacją w przeciągu 8 dni od chwili pokąsania danego osobnika.

Jeżeli pies przeżyje okres czasu obserwacji, o wściekliwość mowy być nie może, a pokąsany osobnik leczyć się nie potrzebuje. Jeżeli zaś pies został zabity, należy rozpiłować łeb i wyciąć niewielki kawałek mózgu, włożyć go do słoika wygotowanego i nalać gliceryny. W tej postaci mózg zdatny jest do prób nawet w przeciągu kilku tygodni i daje się przesłać pocztą. Dla pracowni ważną jest rzeczą wie-

dzieć, chociaż i po ukończeniu leczenia danego osobnika, czy zwierzę kłusające było zdrowe, czy wściekle. W ten sposób zbierana statystyką będzie miała jeszcze realniejsze znaczenie.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra med. E. Flatana
w szpitalu żydowskim na Czystem.

Dystrophia ossium progressiva.

podał

Władysław Sterling.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 8).

L U E S.

Przymiot w przypadku naszym wyłączają najdokładniejsze wywiady. O dziedzicznym nie może być nawet mowy. *Lues acquisita* przejawia się w postaci *periostitis* lub gumatów: ani z jedną, ani z drugą postacią nie mamy tu do czynienia. Wielu autorów neguje nawet istnienie zmian stawowych syfilitycznych (HEUBNER). Pozatem brak jest u chorego naszego jakichkolwiek zmian specyficznych w innych narządach.

OSTEOMALACYA.

Jakkolwiek w początkach choroby rozpoznanie nasze uwzględniało raczej wszystko, niż osteomalacyę, jednakże dokonane w ostatnich tygodniach pobytu chorego w szpitalu badanie rentgenowskie nakazuje nam wielką ostrożność w przeprowadzeniu rozpoznania różniczkowego właśnie z tem cierpieniem. I istotnie rentgenogram wskazuje nam w danym przypadku istnienie sprawy, stanowiącej zasadniczą cechę osteomalacyi, a mianowicie dekalifikacyę kości (*halisteresis*).

Brak nam jednakże badania mikroskopo-

wego, a więc stwierdzenia i innych cech anatomicznych, charakteryzujących osteomalacyę (rozszerzenie zewnętrznych ujść kanałów Havers'a, stwierdzenie w nich płynu galaretowatego zamiast zawierającej wapno substancji kostnej, stwierdzenie t. zw. osteoidnej substancji, komórek olbrzymich -- osteoklastów w lakunach, przekrwienia, stłuszczenia szpiku kostnego). A zresztą stwierdzenie dekalifikacyi bynajmniej nie przesądza, z jaką sprawą mamy do czynienia: czy jest to wzmożona rezorpcya soli wapiennych, czy też powstawanie nowo-tworzonej „osteoidnej“ bezwapiennej substancji. Przecież i co do samej osteomalacyi zdania są podzielone: według teorii VIRCHOW'a i LOBSTEIN'a mamy tu do czynienia ze sprawą pierwszego typu, podczas gdy COHNHEIM, a zanim KASSOWITZ i PAMMER przyznają tylko bardzo nieznaczną rolę sprawom halisteretycznym, najważniejszą zaś wytwarzaniu się bezwapiennej osteoidnej substancji. Tak więc według najnowszych poglądów osteomalacya co do samego ogólnego charakteru sprawy patologicznej nie różni się prawie wcale np. od krzywicy, a przecież nikt nie identyfikuje tych dwu postaci chorobowych.

Wszystko powiedziane wyżej zmierza tylko do tego, ażeby wyjaśnić, że samo stwierdzenie na rentgenogramie zdekalifikowanych kości -- bynajmniej nie upoważnia nas do przyjęcia osteomalacyi. Rozstrzygające tu muszą być dane kliniczne, na których zatrzymamy się nieco dłużej.

Otóż, jeżeli rozpatrzyć główne objawy osteomalacyi, to okaże się, że prawie wszystkie one znajdują się i u naszego chorego: a więc bóle, osłabienie kończyn, nienormalny chód, drobny wzrost, szereg objawów ze strony układu nerwowego (wzmoczenie *P.R.*, bicie serca, zaniki mięśniowe, a przede wszystkim przegięcie kości, zmiany kręgosłupa oraz deformacya klatki piersiowej). Rozpatrzmy jednakże bliżej istotę tych objawów. A więc przede-

wszystkiem co do bólów, to przy osteomalacji są one zawsze pierwszym objawem choroby, u naszego zaś chorego wystąpiły one dopiero po 3 miesiącach istnienia choroby, kiedy kończyny dolne uległy już znacznemu osłabieniu. Następnie w osteomalacji bóle mają tępy charakter, a lokalizacja ich na początku ich wystąpienia jest nieokreślona (miednica, kręgosłup, żebra), w naszym zaś przypadku mieliśmy do czynienia z ostrymi rwącymi bólami, ograniczonymi do stawów kolanowych.

Przechodząc z kolei do osłabienia i zmęczenia przy chodzeniu—rozpatrzyć musimy sam charakter chodu przy osteomalacji i u naszego chorego. W osteomalacji najważniejszą cechą chodu jest sztywność nóg oraz unikanie zbytecznej funkcji nóg, jest to chód, który na ogół przypomina t. zw. „chód kaczy” („Entengang“) z odwijaniem niezręcznym stopy od podłogi, z chwianiem się korpusu ku stronie naprzeciwległej, chód drobnymi kroczkami, ogromnie ostrożny, (chorzy, według trafnego wyrażenia KEHRER'a, chodzą „jakby po jajach“), nieco sztywny, nieco spastyczny — niema tu właściwej parezy mięśni, lecz po części dowolne, po części zaś odruchowe upośledzenie czynności mięśniowej na skutek bólów w miednicy, kręgosłupie oraz kończynach dolnych.

Natomiast szczegółowe badanie naszego chorego wykazało niewątpliwe — i to bardzo wybitne parezy w mięśniach kończyn dolnych, które bynajmniej nie są sztywne; chód samoistny zupełnie nie jest możliwy, chory podtrzymywany chodzi z wielką trudnością, odrzucając nieco tułów ku tyłowi, a nogi stawia w ten sposób, że dość silnie zgina je w stawach kolanowych, tak że chód przypomina t. zw. „chód bociani” („Storchengang“) przy obustronnem porażeniu *n. n. peroneorum*.

Co się tyczy wzmożenia odruchu kolanowego u naszego chorego, to niepodobna mu przypisywać ważnego znaczenia, gdyż ze wzmo-

żeniem odruchów spotykamy się często przy zmianach w okolicy stawów.

Zauważyć muszę, że pomimo zniekształcenia klatki piersiowej i kręgosłupa chory nasz nigdy nie skarżył się na duszność, co tak często bywa w osteomalacji, natomiast stałą skargą chorego podczas długiego pobytu w szpitalu było bicie serca, co w osteomalacji należy do rzadkości.

Niskiego (patologicznie) wzrostu chorego nie możemy położyć na karb choroby; zresztą długość ciała w przebiegu 3 lat nie wykazała zmian widocznych, w osteomalacji zaś wzrost zmniejsza się w przebiegu choroby.

Pozostaje nam do rozpatrzenia jeszcze deformacja szkieletu. A więc przedewszystkiem zaznaczyć należy, że tak ważnej i stałej w osteomalacji deformacji miednicy u chorego naszego stwierdzić nie mogliśmy.

Co się tyczy przegięcia kości udowej — to jest ona jedynym objawem, z którym należy liczyć się poważnie. Nadmienić jednak trzeba, że jest ono tak nieznaczne, że klinicznie zupełnie nie zostało rozpoznane, a wykazało je dopiero badanie rentgenowskie ku końcowi trzeciego roku choroby. Tymczasem osteomalacyjne przegięcie kości powstaje bardzo wcześnie i manifestuje się od razu k l i n i c z n i e.

Zmiany kręgosłupa w tej postaci, co i u naszego chorego, bywają wprawdzie w osteomalacji, lecz zdarzają się one w tak rozmaitych cierpieniach pochodzenia kostnego i ośrodkowo-nerwowego (syringomyelii i t. p.), że pod względem różniczkowo rozpoznawczym nie mają znaczenia zasadniczego.

Co się tyczy klatki piersiowej, to zapadnięcie jej w osteomalacji jest niezmiernie rzadkie, daleko częściej występuje wypuklenie jej ku przodowi w postaci garbu. W naszym zaś przypadku mieliśmy do czynienia z typową postacią klatki piersiowej, którą MARIE opisał w syringomyelii, jako „thoraxe en bateau“.

Na zakończenie pozostał nam najważniejszy argument, przemawiający przeciwko osteomalacji, mianowicie cierpienie to nigdy nie daje takiego obrazu w okolicy stawów, jaki u chorego naszego stanowił najważniejszą cechę choroby: mogą tam zdarzać się miejscami pęcherzykowate lub wrzecionowate zgrubienia i wzdęcia kości, lecz nie opisany został ani jeden przypadek, w którym zgrubiałe byłyby epifizy i okolice stawowe — i to w takim stopniu, jak w naszym przypadku.

Nadmienić muszę, że całe to różniczkowanie dotyczy oczywiście tylko tych rzadszych postaci niepuerperalnej osteomalacji. Wszystkie dane powyższe pomimo danych obrazu rentgenologicznego i pomimo zewnętrznego podobieństwa objawów klinicznych — przemawiają w przypadku naszym przeciwko osteomalacji.

OSTEO-ARTHROPATHIE HYPERTROPHIANTE.

Na zakończenie pozostała nam do rozpatrzenia jeszcze jedna postać chorobowa — dość ważna pod względem różniczkowo-rozpoznawczym: jest to t. zw.: *osteoarthropathie hypertrophique pneumique* — opisana przez P. MARIE'go, a przez niemieckich autorów zwana: „*toxigene Osteo-periostitis ossificans* lub *secundäre hyperplastische Ostitis* (ARNOLD).

MARIE w opisie swoim zaznacza, że nie chodzi tu o samodzielną postać chorobową („*entité morbide autonome*“), lecz o sprawę wtórną, która rozwija się na skutek innych cierpień, a mianowicie cierpień układu oddechowego.

W rudymen tarnej postaci swojej choroba ta przedstawia obraz, który BAMBERGER nazwał „*Trommelschlägelfinger*“, a który tak często spotykamy u tuberkulików. Później przekonano się jednakże, że jest to tylko fragment obrazu chorobowego, w którym przyjmować udział może wiele kości. Tak więc odróżniamy

dzisiaj 3 typy tego cierpienia: 1) typ pierwszy: wyłączne zajęcie palców, 2) typ drugi: t. zw. BAMBERGER'owski: „*Trommelschlägelfinger* + bolesne zgrubienie długich kości — zwłaszcza przedramienia i goleni i 3) typ trzeci: odpowiadający MARIE'go *osteoarthropathie hypertrophique*: o bok zmian na rękach i ogromnych zniekształceń dłoni, powiększenie miednicy, mostka, żeber, obojczyka, kifoza i kifoskolioza, silne bóle w kończynach, przyczem kości dotknięte i powiększone są w ten sposób, że największy udział w tem przyjmują końce diafiz i epifizy, a więc ich końce stawowe — tak że otrzymuje się wrażenie, jakoby zajęte były same stawy.

Jak widać z powyższego krótkiego opisu — trzeci typ cierpienia tego dość znacznie przypomina opisywany przez nas przypadek. Zdawałoby się jednak na pozór, że postać tę wyłącza już sam brak cierpienia płucnego u naszego chorego, które już w samej nazwie choroby ustanowione było przez MARIE'go, jako *conditio sine qua non* („*pneumique*“). Tymczasem okazało się, że zmiany podobne powstają i w innych cierpieniach wyniszczających, w których następuje wchłanianie substancji trujących z wytworów chorobowych pierwotnego cierpienia.

TELEKY dzieli cierpienia tego rodzaju na 5 grup:

1) Choroby, w których w organizmie dochodzi do ropnego lub posocznicowatego rozpadu: gruźlica płuc (z wytwarzaniem się kawern), rozszerzenia oskrzeli, *empyema*, *cystopyelonephritis*, dyzenterya.

2) Choroby zakaźne i zatrucia przewlekłe, zapalenie płuc, opłucny, grypa, przymiot, przewlekła żółtaczka, alkoholizm.

3) Wady serca (zwłaszcza wrodzone).

4) Nowotwory złośliwe: mięsak, rak płuc, mięsak gruczołu przyusznego.

5) Choroby układu nerwowego — zwłaszcza Syringomyelia.

Najbardziej szczegółowe jednak badanie kliniczne nie zdołało wykryć u chorego naszego

ani śladu z wymienionych w rubrykach powyższych cierpień. Tak więc nie możemy ustanowić najważniejszej zasady, na której opiera się kompleks MARIE'go, a mianowicie w tórności cierpienia.

Po zatem w samym obrazie klinicznym natykamy szereg cech, które pozwalają nam wyłączyć kompleks MARIE'go, mianowicie: 1) okolice stawowe w cierpieniu tem dotknięte są wprawdzie w sposób, przypominający zmiany u naszego chorego, jednakże nigdy nie dochodzi tam do tak olbrzymich zgrubień, jakie spostrzegaliśmy w naszym przypadku, 2) w zgrubieniach tych przy kompleksie MARIE'go przyjmują udział także i części miękkie, czego w naszym przypadku nie było; 3) w kompleksie MARIE'go spotykamy wprawdzie deformacje kręgosłupa, lecz nigdy przekrzywień kości, jak to miało miejsce w przypadku naszym z kością biodrową; 4) w kompleksie MARIE'go następuje wprawdzie osłabienie kończyn dolnych, lecz nigdy istotne porażenia mięśniowe i zupełna niemożność chodzenia, jak u naszego chorego, a wreszcie, co najważniejsze 5) *Osteoperiostitis ossificans* nie spostrzegane było nigdy bez „Trommelschlägelfinger!“ — dłonie chorego naszego były zupełnie normalne, podczas gdy tam, jako reguła, występuje kolosalne zniekształcenie dłoni, które są ogromnie powiększone, karykaturalnie zdeformowane i przypominają łapę zwierzęcą. Prócz tego występują tam troficzne zmiany skóry i paznogi.

Tak więc z żadnym klinicznie znanym typem cierpienia układu kostnego najszczegółowsze rozpoznanie różniczkowe nie pozwala nam utożsamić naszego przypadku. Zachodzi pytanie więc, z jaką sprawą mamy do czynienia?

Dla wyjaśnienia tej kwestyi pragnąłbym podnieść specjalnie z wywiadów i z przebiegu

choroby fakt, któremu należy przypisać znaczenie pierwszorzędnej wagi. Chodzi tu mianowicie o to, że zmiany w układzie kostnym rozwinęły się u chorego naszego dopiero ku końcowi pierwszego roku choroby — jest to rzecz stwierdzona z całą stanowczością. Tak więc przeminął cały rok, w przebiegu którego choroba już istniała, a zmiany kostne zupełnie nie były widoczne.

Cóż więc było właściwą treścią sprawy chorobowej w przebiegu jej pierwszego roku? Osłabienie kończyn dolnych oraz ich zaniki (rozlane), następnie zaś osłabienie kończyn górnych oraz ich zaniki. A więc początkowy okres choroby ujawnił się klinicznie nie w układzie kostnym, lecz w mięśniowym — i to jest fakt pierwszorzędnej dla nas wagi. Bardzo szczegółowe badanie układu mięśniowego za pierwszym, a potem za drugim pobytem chorego w naszym oddziale wykazało, że, jakkolwiek w zanikach mięśniowych niepodobna było stwierdzić żadnej określonej lokalizacji — miały one charakter bardziej rozlany — jednakże w górnych i dolnych kończynach ruchy co do objętości i siły dotknięte były mniej w dystalnych, aniżeli w proksymalnych odcinkach kończyn — miało więc osłabienie siły pewien określony typ patologiczny. Stwierdzono także między innymi niezmiernie rzadki patologiczny stosunek pomiędzy ruchami antagonistycznymi stopy, a mianowicie fleksja dorsalna stale silniejsza była od plantarnej — i to w stopniu bardzo znacznym.

Zachodzi obecnie pytanie, jaka była przyczyna osłabienia kończyn oraz zaników mięśniowych, które były pierwszym objawem choroby? Nie mogły one zależeć od zmian kostnych, gdyż te wówczas nie były jeszcze rozwinęte, nie mogły zależeć od beczynności, gdyż chory wtedy pracował jeszcze (malarz pokojowy) i chodził bardzo długie przestrzenie, nie

mogły także zależeć od wyniszczenia, gdyż chory wtedy jeszcze wyglądał czerstwo, a i dzisiaj nawet nie można stwierdzić charłactwa w jego organizmie; zresztą sam charakter spraw mięśniowych nie odpowiadał tym momentom. Nie były one także wyrazem organicznego cierpienia układu nerwowego, gdyż nie było po temu

żadnych objawów. Tak więc, nie przesądzając bynajmniej, z jakiego charakteru sprawą mamy do czynienia, powiedzieć musimy, że pierwszym objawem choroby w naszym przypadku były zmiany troficzne układu mięśniowego.

(D. u).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

12. **BUERGER.** Usunięcie macicy z powodu zbyt mocnego przyczepu łożyska.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Ginekologicznego B. dnia 23 Stycznia r. z. zdał sprawę z następującego rzadkiego przypadku: 37-letnia kobieta urodziła 8-e dziecko, dwóch lekarzy daremnie próbowało usunięcia łożyska. Już po 7-mym porodzie również łożysko trzeba było wyjmować ręcznie. Obecnie silnie anemiczną i krwawiącą kobietę przyjęto do kliniki. *Obnubilatio sensorii*, niepokój, silne pragnienie, tętno zaledwie wymagalne. Pod narkozą *SCHLEICH'a* próbowano ręką usunąć łożysko, lecz daremnie, skonstatowano tylko brak pęknięcia macicy. Wobec grożącej od zakrwawienia się śmierci, szybko dokonano pochwowej ekstirpacji macicy. Operacja z nakładaniem ligatur trwała 11 minut. *Analeptica*, sól kuchenna podskórnie etc. Wyzdrowienie. Chora już 16-go dnia wypisała się ze szpitala. Badanie macicy ujawniło, że warstwa mięsna jej była przerośnięta prawie w całej grubości kosmkami łożyska, w niektórych miejscach grubość ściany macicy wynosiła zaledwie 2 milimetry. Pomiędzy kosmkami a warstwą mięśniową nie widać ani śladu tkanki pośredniczącej z *decidua spongiosa* powstałej. Drobnowidz ujawnił zupełny brak *deciduae spongiosae*, a w wielu miejscach i *deciduae compactae*, wewnętrzne warstwy mięsne zdradzały zwyrodnienie hyalinowe. Kosmki powrastały w mięśnie.

Wobec nadmiernego rozrostu płodowych pierwiastków zaginęła zupełnie *decidua*, kosmki tak ściśle łączyły się z mięśniową warstwą macicy, że odklejenie łożyska oczywiście okazało się niemożliwym, kobieta byłaby bez dokonanej operacji zmarła wskutek zakrwawienia się. Wszelkie forsowne próby odklejenia łożyska byłyby narażyły chorą na perforację macicy, rozdarcie. Autor zwraca uwagę kolegów na tego rodzaju przypadki i zaleca swój sposób postępowania.

W dyskusji **NEUMANN** przypomina przypadek wrośnięcia zaśniadu pęcherzykowatego do ścian macicy. I wtedy operowano z powodu silnego krwawienia, chora zmarła pomimo operacji na 5 dzień. Przypadek operacyjnej interwencji zatem nie był pierwszym, jak twierdził **BUERGER**, lecz pierwszym, w którym operacja chorą uratowała.

(Ściśle biorąc i **NEUMANN** się myli, bo pierwszym, który operował z powodu niemożności wydobywania łożyska był **SCHULTZE**, który dokonał amputacji macicy na drodze cięcia brzuszego. Referent).

LINDNER dwa lata temu w przypadku niemożności odklejenia łożyska dokonał operacji **PORRO**; chorą uratowano. Preparat dowiódł, że mięśnie były przerośnięte kosmkami aż pod samą otrzewną. (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr. 39, pag. 1072).

13. Dyskusja w Wiedeńskim Towarzyst.

Ginekologicznem po odczycie LEWITH'a „O paliatywnej operacji przy ropniach jajowodów“.

28-letnią pacjentkę, leczoną 8 lat temu wskutek endometrytu oraz zapalnych spraw w przydatkach macicznych długo drogą wyczekującą i stosowaniem gorącego powietrza, przewieziono do oddział FLEISCHMANN'a. Cięży nie było nigdy, wywiady ujawniły, że czasami wydzielala się ropa *per rectum*, i że chora nieraz gorączkowała.

Obecnie macica *in antepositione dextra*, nad tylnem sklepieniem pochwy i po lewej stronie guz wielkości główki dziecka, mało ruchomy, połączony ściśle z tylną ścianą macicy i jej lewym bokiem. Po prawej stronie mały guz nieruchomy.

6. II. nacięto lewostronną *pyosalpinx* przez pochwę i opróżniono sporo zielonkawej bardzo cuchnącej ropy. Po 2 miesiącach chora wypisała się z pewną poprawą, lecz już po kilku miesiącach powróciła do szpitala jako niezdolna do pracy wskutek silnej gorączki i ropnych wypływów. Osłabienie ogólne, zajęcie szczytu jednego płuca i *fungus* lewego stawu łokciowego. W pochwie widać było jeszcze poprzedni otwór operacyjny, otoczony granulującą powierzchnią. Wskutek złego stanu ogólnego FLEISCHMANN 20. IX. pod narkozą SCHLEICH'a dokonał cięcia brzusznej.

W ranie widać spory guz lewostronny, *pyosalpinx* zrosnięta *cum utero*, *ligamento lato* i z kiszki. Zaszyto górną część rany brzusznej 3ma piętrami, wszyto guz do dolnego kąta rany i teraz po nakłuciu nacięto guz, wypuszczając sporo cuchnącej ropy, gęstej, potem palcami, wacikami, ostrą łyżeczką usunięto ostrożnie wysięlającą jamę guza błonę pyogenetyczną, przekłuto dno jamy guza ku pochwie i założono ku pochwie kateter gumowy jako dren, a ku górze sączek z gazy z ferropiryną. W następstwie płukano jamę *hydrogenio hyperoxydato* (2%). Po 3 tygodniach zginęły wszelkie wydzieliny z rany, a w końcu października zamiast dawniejszego guza znaleziono zaledwie stwardnienie wielkości śliwki. Obecnie pacjentka czuje się zdrową, pozostała jednak przepuklina pooperacyjna w dolnym rogu blizny brzusznej.

W danym przypadku F. zdecydował się na operację wobec postępującego wycieńczenia py-

emicznego chorej i grożącego amyloidu. Nie dokonano zaś operacji radykalnej, ponieważ wysoka ciepłota zdradzała, że ropa nie jest jałowa, lecz jadowita. Operacja radykalna góra przy obecności rozległych zrostów byłaby bardzo niebezpieczna właśnie z powodu rodzaju ropy.

Dokonano więc nacięcia ropnia, a główną uwagę zwrócono na doszczętne usunięcie pyogenetycznej błony, ponieważ li tylko tą drogą można było usunąć dalsze ropienie.

Jeszcze ostrożniejsze byłoby dokonanie operacji *à deux temps* dla jeszcze ściślejszego odosobnienia jamy brzusznej. Postępowanie FLEISCHMANN'a w danym przypadku okazało się dobrem. FL. zaleca je kolegom, a przy pomocy odczytu LEWITH'a starał się wywołać dyskusję w kwestyi leczenia ropiejących jajowodów.

10 - 15 lat temu w chronicznych zapalnych sprawach w przydatkach macicy operowano zawsze radykalnie i usuwano z bezwzględna energią chociażby cokolwiek zmienione *adnexa*, usuwając je wraz z macicą, obecnie wpadliśmy w drugą ostateczność i leczymy sprawy zapalne przydatków drogą wyczekującą, a głównie gorącym powietrzem i to całymi miesiącami. Rzeczywiście przy dostatecznej cierpliwości i energicznem stosowaniu odpowiedniej terapii nieraz następuje znakomita poprawa — lecz dopóki chora leży w szpitalu! Niechaj tylko powróci do pracy, wnet wraca i choroba. Doszczętne wyleczenie możebne jest li tylko przez usunięcie ogniska ropnego.

BUERGER: I w naszej klinice obecnie przy znacznej gorączce nacinamy teraz takie ropnie góra, nie przez pochwę. Pomimo to przyznać trzeba, że postępowanie to na razie usuwa niebezpieczeństwo, lecz w większości przypadków nie prowadzi do zupełnego wyleczenia.

Większe ropnie w przydatkach macicy powinny być operowane doszczętnie, ogólniej można postępować przy przewlekłych zgrubieniach zapalnych przydatków bez większych ropni. Tego rodzaju sprawy mogą być wyleczone drogą zachowawczą, ropa zaś nigdy *sponte* nie zginie i zawsze wywoła nawroty cierpienia.

SCHAUTA postępował już 20 lat temu tak, jak dziś FLEISCHMANN, przy obecności gorączki, kontentując się paliatywnem nacięciem ropnia

zamiast operacji doszczętniej, wolał zaś, gdzie to okazało się możebnem, otwierać ropień drogą pochwową. Gdy zaś ropień ulokowany był wysoko, S. operował górą, przyszywając przed otwarciem ściany ropnia do otrzewny brzegów rany brzusznej. Błonę pyogenetyczną usuwano palcami i wacikami. Oczywiście nacięcie ropnia często jest tylko zabiegiem paliatywnym, lecz widzujemy po niem i doszczętne uzdrowienia.

Różniczkowe rozpoznanie ropnia para — lub perymetrytycznego od *pyosalpinx* nie jest bynajmniej łatwe. Otwarcie ropnia parametrytycznego *per vaginam* równa się operacji radykalnej, otwarcie *pyosalpingis* zaś nie. Prędzej czy później po tej samej stronie lub po drugiej znów wystąpią cierpienia takie same, tutaj wypada operować radykalnie. Zresztą wypada indywidualizować, w sferze zamożnej tempo-ryzujące symptomatyczne leczenie nieraz starczy, podczas gdy wśród warstwy ludzi pracujących operacja doszczętna zawsze będzie najodpowiedniejsza. Będzie na tem polu zawsze istniała wielka różnica pomiędzy praktyką prywatną i szpitalną.

„*Ubi pus, ibi evacua*“ powinno być miarodajnem przy decyzji postępowania naszego. Ileż to razy po wielokrotnych nacinaniach pochwo-owych ostatecznie zmuszeni byliśmy dodać radykalną laparotomię. Tak samo jak ropnie jajowodów, wypada traktować i ropnie jajników, które bardzo często wywołają ogólne zapalenie otrzewny, a nawet śmierć. SCHAUTA osobiście stoi na stanowisku takim: albo wcale nie operować, albo operować radykalnie, usuwając z obu stron przydatki wraz z macicą, i zwraca uwagę na częste przypadki takie, gdzie w rok czy w kilka lat po wycięciu przydatków z jednej strony sama chora żąda obecnie usunięcia drugostronnych przydatków, a nawet czyni zarzut operatorowi z tego, że nie operował odrazu obustronnie.

CHROBAK ogłosił swój sposób postępowania, podług którego operował FLEISCHMANN, na kongresie Wrocławskim i wiele kobiet w taki sposób uratował, przytacza spostrzeżenie, w którym pewien słynny chirurg po otwarciu jamy brzusznej ranę natychmiast zaszył, uważając przypadek za *noli tangere* — w kilka miesięcy później CHROBAK dokonał operacji, i chora nie-

tylko że wyzdrowiała, ale w następstwie jeszcze kilkoro dzieci rodziła.

CHROBAK po otwarciu jamy brzusznej wypuszczał zawartość ropnia szprycą PRAVAZ'a, następnie ostrożnie przepłukiwał całą jamę, a potem dopiero dokonywał szerszego nacięcia otworu punkcyjnego, aby teraz usunąć błonę pyogenetyczną. CHROBAK'owi prawie zawsze udawało się usunąć ją w całości. Przebieg pooperacyjny jest zwykle idealny, i szybko następuje wyzdrowienie, czego nie można powiedzieć, jeśli ograniczono się tylko nacięciem. CHROBAK wypuszcza zawartość ropnia szprycą PRAVAZ'a, aby łatwiej zabezpieczyć jamę brzuszną od zetknięcia z ropą, a powtórę przy zmniejszonym napięciu guza łatwiej wszyć go do rany brzusznej. CHROBAK miał wyniki wyłącznie dobre przy tej operacji paliatywnej.

CHROBAK zgadza się na to, że w rzeźącze często schorzałe są przydatki po obu stronach, lecz nigdy nie decydował się na usunięcie drugostronnych przydatków, gdy okazały się *sub operatione* zdrowymi.

SCHAUTA uznaje zaletę punkcji poprzedniej *sub operatione*, ale nie we wszystkich przypadkach udaje się ją przeprowadzić tak, aby przez otwór punkcyjny nie wypływało cokolwiek ropy.

W rzeźącze SCHAUTA woli odrazu usunąć przydatki po obu stronach, aby nie być zmuszonym w następstwie operować drugi raz.

FISCHER przytacza, że liczba doszczętnych operacji zmniejszyła się z 2-eh przyczyn: 1) z powodu wielkiej odsetki zejść śmiertelnych (15% przy postępowaniu pochwowem, a 10—20% przy laparotomi); 2) z powodu niedobrych wyników tak zwanych późniejszych. Bardzo często pomimo operacji doszczętniej stan operowanej pozostawał bardzo wiele do życzenia.

SCHAUTA odpowiada, że przy doszczętniej operacji górą rzeczywiście wyniki ostateczne nie zawsze są zadawalające, przy postępowaniu zaś *per vaginam* są one znakomite. SCHAUTA miał 4% śmiertelnych zejść, a 85% trwałego wyleczenia.

(Zentr. f. Gyn. 1906, Nr. 39).

14. HAIDEGGER. Poczęcie i ciąża pozamaciczna u 50-letniej kobiety, wyzdrowienie. 10 miesięcy po darem- nym oczekiwaniu po-

rodu powstała w ścianie brzusznej przetoka, z której w przeciągu 5 miesięcy wydzielaly się martwe tkanki i ropa. W szpitalu przetokę rozszerzono i wydobyto kości płodu. Skonstato-

wano obecność przetok kałowych. Jamę drenowano. Wyzdrowienie.

(Zentr. f. Gyn. 1906. Nr. 39).

Fr. Neugebauer.

Sprawozdanie ze Zjazdu międzynarodowego opieki nad obłąkanymi, odbytego w Medyolanie 26 - 30. X. 1906 r.

podał

Władysław Sterling.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr 8).

NERANDER (Sztokholm).

Opieka nad obłąkanymi w Szwecyi.

Na 5 milionów przeszło ludności liczba obłąkanych w r. 1902 wynosiła mniej więcej 17300. Obecnie Szwecya posiada 13 zakładów, połączonych z przytułkami dla obłąkanych, które wszystkie należą do państwa i mogą pomieścić 6118 chorych.

Opieka rodzinna nad obłąkanymi („assistance familiale”), zorganizowana przez państwo, istnieje w Szwecyi w 2-ch postaciach. W jednym typie tej opieki, utworzonej na wzór Uch t s'p r i n g e w Niemczech, żonaci posługacze, mieszkający blisko zakładu, przyjmują do siebie do domu chorych, którzy się do tego nadają. Inna postać tej opieki, utworzona na wzór G h e e l w Belgii, jest reprezentowana w K o r s b e r g a w prowincyi S m a l a u d na południu Szwecyi. Kolonia w K o r s b e r g a zależna jest od administracyi zakładu dla obłąkanych w V e x i o — i oddalona jest od niego o 66 kil. (44 kolejną).

Lekarz naczelny zakładu w V e x i o od-
wiedza obłąkanych, umieszczonych u karmicieli,
raz na miesiąc lub nawet częściej. Kolonią za-

rządza nadzoreczyni, prócz tego jest tam posługacz i posługaczka, którzy mieszkają w domu centralnym; w domu tym mieszkają chorzy, nie nadający się do umieszczenia w rodzinie.

Obecnie kolonia w K o r s b e r g a liczy 66 chorych, umieszczonych wśród 27 rodzin. W jednej rodzinie może być umieszczonych co najwyżej 4 chorych. Kolonia rozwija się bardzo pomyślnie. Niedogodność kolonii stanowi znaczne oddalenie od zakładu w V e x i o oraz brak lekarza, mieszkającego w samej kolonii.

MOREIRA (Rio de Janeiro).

Opieka nad obłąkanymi w Brazylii.

Do początku XIX-go stulecia czyli do epoki kolonialnej obłąkani w Brazylii pozbawieni byli wszelkiej opieki. Tylko chorzy zamożni mniej lub więcej spokojni trzymani byli wśród rodzin swoich lub odsyłani do domów zdrowia w Europie. Inni zaś trzymani byli w najgorszych salach szpitalnych bractwa *Santa Casa de Misericordia* lub samopas włóczyli się po wsiach. Niespokojni zaś—jeszcze bardziej nieszczęśliwi—zamknięci byli w więzieniach razem z włóczęgami i zbrodniarzami. Dr. JOBIM, profesor fakultetu lekarskiego w R i o J a n e i r o, był

pierwszy, który w r. 1830 w raporcie komisji sanitarnej Towarzystwa Lekarskiego zaprote-
stował przeciwko takiemu niehumanitarnemu trakto-
waniu obłąkanych, nawołując władze do zaję-
cia się tą sprawą. Na skutek tego rodzaju inter-
wencji został zbudowany na zasadzie dekretu
królewskiego z r. 1841 pierwszy szpital dla
obłąkanych w Brazylii pod nazwą szpitala D. Pe-
dro II.

Obecnie opieka nad obłąkanymi w Brazy-
lii rozporządza następującymi instytucjami:

Rio de Janeiro: Szpital narodowy
dla obłąkanych: 1,100 chorych, 1 dyrektor psy-
chiatra, 5 ordynatorów psychiatrów, 1 psychiatra-
pediatra, 1 asystent, 1 ginekolog, 1 okulista,
1 elektroterapeuta, 1 hydroterapeuta, kierownik
pracowni anatomicznej, 6 internów, 1 inżynier
na 10 chorych.

Klinika psychiatryczna: 1 dy-
rektor-profesor, 1 docent, 1 asystent, 4 inter-
nów, 1 posługacz na 5 chorych.

Kolonie dla obłąkanych: 1 le-
karz naczelny, 1 ordynator, 1 asystent. Prócz
tego jest w projekcie budowa nowej kolonii na
wzór kolonii w Alt-Scherbitz i Gakhourén, oraz
kolonii dla alkoholików i epileptyków.

Stan Św. Pawła. Kolonia-przytułek
w Juquery. Jest to wspaniały zakład, na
wzór Alt-Scherbitz, którego budowa kosztowała
2½ miliarda reisów — na 900 chorych.

Stan Minos-Geraes. Szpital Bar-
bacena: 400 chorych, 2 lekarzy.

Rio Grande do Sul. Dobry szpital
w Porto Megro: 600 chorych, 3 lekarzy.

Pernambuco: Szpital, utrzymywany
przez Stowarzyszenie religijne Santa Casa
(subweucyonowany przez państwo); 450 chorych,
3 ordynatorów, 1 asystent.

Bahia: marny szpital na 200 chorych.

Para: szpital na 300 chorych.

Amazonas: szpital Eduardo Ri-
beiro: 150 chorych, 1 lekarz.

Ceara: szpital św. Wincenciego
à Paulo: 80 chorych, 1 lekarz.

Alagoas: szpital Santa Leopoldina: 80 chorych, 1 lekarz.

To samo w Paranie i Parahybie.

MONGERI (Konstantynopol).

Opieka nad obłąkanymi w Turcyi.

W Turcyi po za przytułkami dla obłąka-
nych w Konstantynopolu istnieją jeszcze zakła-
dy w innych miastach, jak w Adrianopolu, Brus-
sie, Smyrnie, Jerozolimie, Magnezji, Bayrucie
i Alepie. W niektórych świątyniach przyjmują
także obłąkanych w ograniczonej liczbie i zaj-
mują się ich leczeniem. W Konstantynopolu
istnieje w centralnem więzieniu niedaleko od
ministerjum policyi lokal zwany mihtar-
hané, w którym umieszczani bywają obłąka-
kani, przybywający do Konstantynopola z roz-
maitych części kraju, oraz ci, których policya
znajduje na ulicach. Tam także powrócić mu-
szą na okres obserwacji wszyscy rekonwales-
cenci, którzy wychodzą z rozmaitych zakładów
stolicy i, uzyskawszy zdrowie, pragną powrócić
do domu—umieszczeni są oni wśród chorych mniej
lub więcej podnieconych, rozpostartych na zie-
mi bez materaca, bez kołdry, pilnowanych przez
służbę dziką, utrzymującą spokój pięściami.
W Adrianopolu istnieje jeden zakład dla obłą-
kanych, wybudowany przez sultana Bayazeda
II-go (w r. 1500). Zakład składa się z wielkiej
sali ośmiokątnej, posiadającej w czterech ką-
tach swych oddzielne pokoiki dla chorych nie-
spokojnych i rekonwalescentów oraz 3 mniejsze
pokoiki dla kobiet. Mieści on zazwyczaj 20
chorych (13 mężczyzn i 7 kobiet)! Opieka nad
tymi chorymi urąga wszelkim zasadom człowie-
czeństwa: dość powiedzieć, że mężczyźni, nawet
ci, którzy są w stanie zupełnej prostracyi, nawet
obłąkani z gruźlicą w ostatnim okresie — przy-
kuci są żelaznymi łańcuchami do łóżek i do
okien. Kobiety nagie prawie, przykute za no-
gi do podłogi, pilnowane są przez megieri, które
je katują.

Wiadomości bieżące.

— Od Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie.

W piątek dnia 8 marca r. b. o godz. 8-ej wiecz. w lokalu Stowarzyszenia odbędzie się dalszy ciąg dyskusji o pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej.

Dyskusji poddane zostaną następujące pytania:

1) Czy w kosztach pomocy lekarskiej powinni brać udział jedynie pracujący, czy też powinni do nich przykładać się i pracodawcy.

2) Czy požądaneby było obowiązkowe ubezpieczenie pracujących na wypadek choroby, czy może usposobieniu naszej ludności fabrycznej więcej odpowiadałby inny sposób rozwiązania tej sprawy, np. przez wolne zrzeszanie się.

3) Czy tam, gdzie istnieje wzorowo urządzona pomoc lekarska, możnaby ją pozostawić w tej samej formie, w jakiej istnieje.

4) Czy požądaniem jest, aby pomocy lekarskiej udzielał jeden lub paru lekarzy stale zatrudnionych z wyboru przez opłacających składki, czy też korzystniejszy byłby wolny wybór lekarzy, stosownie do woli każdego robotnika.

5) Jakiej wysokości w naszych stosunkach być powinno wynagrodzenie lekarzy, czy to stałe, czy też za poradę.

— Ze względu na omawianą obecnie sprawę szkoły felczerskiej, a raczej sprawę zniesienia szkoły felczerskiej, podajemy w streszczeniu ustawę szkoły pielęgniarek w Brukseli:

Szkoła ta utworzoną zostaje przy szpitalach cywilnych w Brukselli. Kandydatki winny mieć ukończonych 18 lat i nie więcej nad 30, w wyjątkowych razach 35, o ile przedtem pracowały w szpitalu przynajmniej lat 3. Kandydatki robią podanie do zarządu szpitala, dołączając metrykę, oprócz tego wypełniają pewien formularz, rodzaj *curriculum vitae*; winny one posiadać średnie wykształcenie i władać językiem flamandzkim i francuskim. Kandydatka przed jej przyjęciem winna być zbadana przez jedne-

z lekarzy szpitalnych. Ucenice wybierane są z pośród kandydatek przez zarząd szpitala. Liczba uczenie zależna jest od potrzeb szpitala. Zanim kandydatki zostaną zaliczone w poczet uczenie, winny tytułem próby 2 miesiące przebywać w szpitalu i podpisać zobowiązanie, iż po ukończeniu szkoły będą 2 lata pracowały przy szpitalu. Zarówno postulanki jak i uczenice otrzymują od szpitala pożywienie całodzienne, a oprócz tego uczenica w 1-ym roku otrzymuje 30 fr. miesięcznie, w drugim 40.

Uczenice Zarząd szpitala rozmieszcza w rozmaitych oddziałach szpitalnych, gdzie otrzymują naukę praktyczną od personelu lekarskiego, jak również od pielęgniarek, które szkołę już ukończyły. Oprócz nauki praktycznej słuchają wykładów teoretycznych, a mianowicie:

A) Higiena ciała, toaleta infirmierek i chorych; wentylacja sal, łóżko i pościel; utrzymanie i konserwacja ubrania, pościeli, oczyszczanie sal (1 lekcyja tygodniowo).

B) Usługa specjalna na salach wewnętrznych: dzielenie żywności, podawanie lekarstw, stawianie baniek, pijawek, wezykatoryi, wożenie chorych, mierzenie temperatury ciała, zbieranie moczu (1 lekcyja tygodniowo).

C) Usługa specjalna w oddziałach chirurgicznych: obchodzenie się i przenoszenie rannych, usługa na salach, opatrywanie ran, mycie ran, instrumenty chirurgiczne, przygotowanie opatrunków. Przygotowanie chorych do operacji. (1 lekcyja tygodniowo).

D) Ogólne uwagi o roli pielęgniarek i ich obowiązkach. (1 lekcyja tygodniowo).

Nauka trwa 2 lata, — i ukończone już pielęgniarki dzielą się na 3 klasy. Otrzymują one, oprócz całego utrzymania, pensye: 1-a klasa 50 franków miesięcznie, 2-a 70, 3-a 80. Infirmerki 3-ej klasy po upływie 2 lat służby otrzymują gratyfikację w ilości 240 franków. Pielęgniarki, nie mieszkające w szpitalu, otrzymują 180 franków rocznie na mieszkanie. Pielęgniarki noszą uniform, przepisany przez szpital, szpital dostarcza tego uniformu sam. Z pensyi

infirmierek pewien procent idzie na kasę ubezpieczeń i emeryturę.

— 1895 r. utworzona została prywatna lecznica chorób dzieciennych dla przychodzących przy ulicy Leszno pod kierunkiem kol. BĄCZKIEWICZA. Chorych z cierpieniami wewnętrznymi przyjmował tam kol. BĄCZKIEWICZ, chirurgicznych zaś kol. Bronisław SAWICKI. 1896 r. lecznicę przeniesiono na ulicę Ogrodową Nr. 17 do lokalu znacznie obszerniejszego, gdzie, oprócz pomieszczenia dla przychodzących chorych, utworzono oddział stały dla chorych wewnętrznych i chirurgicznych. Przy tem oddzielne pokoiki dla chorych zamożniejszych. W tem nowem pomieszczeniu oddział wewnętrzny pozostał w zawiadywaniu kol. BĄCZKIEWICZA, a chirurgiczny przeszedł w ręce kol. BOBSUKA. W parę lat potem wstąpił jako chirurg kol. W. ŁAPIŃSKI, który specjalnie zajął się ortopedją. Okulistą został kol. CETNAROWICZ, dermatologiem z początku kol. KOZERSKI, później kol. WESOŁOWSKI, neuropatologiem kol. Edward ZIELIŃSKI, a nieco później kol. KOELICHEN. Laryngologią i otyatryą zajmował się kol. POLAŃSKI. Wobec licznej frekwencji przychodzących chorych (zgorą 13000 porad rocznie) pomieszczenie na ambulatoryum okazało się zbyt ciasnem, przeto w ostatnich czasach odnajęto w przyległej do zakładu posesyi obszerny, parterowy lokal, gdzie po odpowiednich gruntownych przeróbkach utworzono nowe ambulatoryum, pozostające jako nieodłączna część dawnego zakładu. Nowe ambulatoryum ma dwie ogólne poczekalnie, trzy separatki dla chorych zakaźnych (szkarlatyna, odra, dyfteryt). Każda oznaczona innym kolorem. Salę ortopedyczną, salę operacyjną, oddzielny pokój sterylizacyjny, oddzielne gabinety dla chorych wewnętrznych, ocznych i skórnych, a także dla dentystyki. W zakładzie stale mieszka felczerka, i zakład jest połączony telefonem z internatem i ma oddzielną służbę. Dawniejsze pomieszczenie ambulatoryjne, składające się z 4 pokoi, zostaje przerobione na oddział

chorób infekcyjnych. Oprócz tych ostatnich internat ma już 25 łóżek stałych. Zakład ten powstał z inicjatywy kol. BĄCZKIEWICZA, a przy pracy wspomnianych kolegów, z funduszków przeważnie p. Karolowej Szlenkierowej, która również łoży kilka tysięcy rubli rocznie na jego utrzymanie, co daje możność, że niezamożni chorzy przychodzący dostają tam bezpłatną pomoc lekarską i są przyjmowani bezpłatnie do internatu.

— Dowiadujemy się z wiarogodnego źródła, że znów w Warszawie pojawiły się przypadki włośnicy (*trichinosis*). Jest to następstwo braku wszelkiej kontroli w tym kierunku ze strony władz właściwych. Podobno wkrótce przy urzędzie lekarskim ma być otwarta stacya mikroskopowa do badania mięsa wieprzowego, ale oddawanie do niej mięsa do zbadania nie ma być obowiązkowe!

— XXXVI Zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w roku bieżącym w Berlinie od 3 do 6 Kwietnia. Zgłoszono następujące tematy: 1) Chirurgia serca i osierdzia (REHN); 2) Chirurgia płuc (FRIEDRICH); 3) Wyłuszczenie prostaty (KÜMMEL); 4) Złamanie uda (BARDENHEUER i KÖNIG).

— Od prof. KUTNER'a z Berlina otrzymaliśmy zawiadomienie, iż w temże mieście przy Instytucie Kaiserin Friedrich-Haus (Luisenplatz 2—4) otwarte zostaje Biuro lekarskie informacyjne. Instytucya ta przede wszystkim ma na celu przyjsie z pomocą lekarzom cudzoziemcom mającym zamiar studyować w Berlinie. W biurze tem można będzie zasięgać informacji co do wykładów zarówno płatnych jak i bezpłatnych, co do godzin wykładów w klinikach, co do zajęć praktycznych, zwiedzania zbiorów i gabinetów it. p. Wszelkie informacje będą udzielane bezpłatnie.

— ZMARLI. W Gries w Tyrolu zmarł w 55 r. życia Dr. Karol SZADEK. Znakomity dermatolog urodził się w Żytomierzu, uniwersytet ukończył w Kijowie. Ogłosił po polsku i po rosyjsku liczne prace z zakresu syfildologii i dermatologii.

Xeroform

ja sie do opatrunków suchych.
rych ekzemat, ulcus cruris i oparzeniach.

Salit

działania na narządy wewnętrzne.

Creosotal

dróg oddechowych (pneumonia etc).

Blenal

Absolutnie nietrujący, wysuszający, odwaniający proszek do posypywania ran posiadający wybitną siłę wytwarzania naskórka i nie drażniący zupełnie rany i jej otoczenia. Bardzo dobrze nadaje się do leczenia opatrunku. Posiada swoje działanie w mokrych ekzemat, ulcus cruris i oparzeniach.

Płynny związek salicylowy. Płynny i szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju rozcieńczyć oliwą). Bardzo słabo drażni skórę. Bez ubocznego

Creosotal „Heyden“ jest najlepszym antiphtisikum, wybitnym wewnętrznym antiskrofulosum i w dużych dawkach szybko i pewno działającym środkiem we wszystkich ostrych cierpieniach

Ester kwasu węglowego olejku santalowego wewnętrzny środek na trypra, zupełnie pozbawiony działania drażniącego, zapachu i smaku olejku santalowego. Może być przyjmowany czysty.

Injectio Hirsch do leczenia syfilisu, jedyny zupełnie bezbolesny preparat Hg, do podskórnych i wewnątrzmięśniowych wstrzykiwań.

Bismut. bisalicyl. — Bismut. bitannic.

Próby i literaturę resp. sposób użycia dostarcza: Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Dreżno, lub przedstawiciel — Ludwik Freider Warszawa Les zn o 60.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methyltrop. bromatum.



Surowica antidyftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menzer'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritolae
rum.

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 przeciwgnilny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrlin

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 przeciwgnilnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.
Aqua laurocerasi 15 grm.
10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz.
Wskaz.: bronebitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz.

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. brom = 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, bladećka, 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.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.

Antithyreoïdin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstości pulsów i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek 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.

Bromallin

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, przeciwgnilny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapłsuje się obficie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiaczk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiaczkowe krwotoki



Opatentowany

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

Niezawodny.

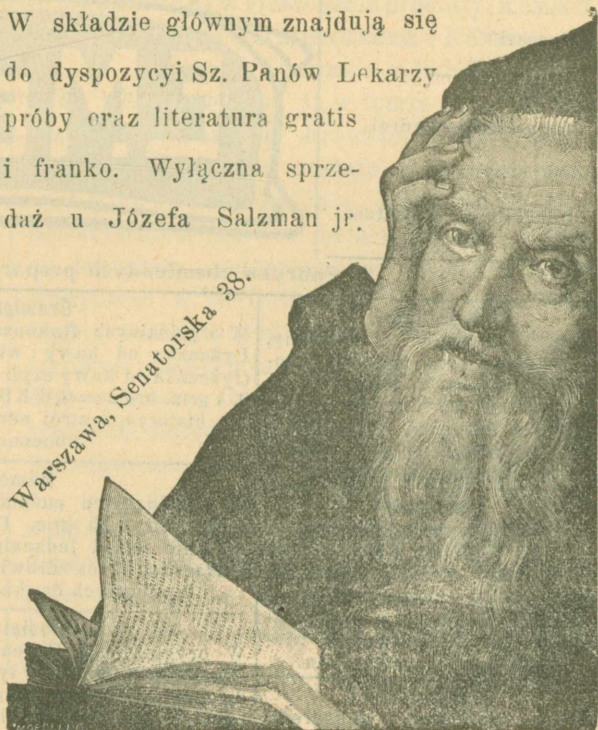
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“ stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr.

Warszawa, Senatorska 38.



U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie „Purgen'em“ i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgoła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu.

D-r Antonio Maggiorani