

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 23.

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

T. XXXII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na papierze kolorowym między stronkami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „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: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

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

### „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

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

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

### „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

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

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

## PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki chirurgicznej w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

### Przyczynek do leczenia operacyjnego przedziurawień jelita w przebiegu duru brzuszego.

Podał

**CZESŁAW JANKOWSKI.**

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

(Dokończenie — Patrz Nr. 22).

Status praesens. Chłopiec wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiany. Tętno = 108, miękkie; oddech = 24, powierzchowny, T<sup>0</sup> =

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

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

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

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

Na rokowanie przy operacji przedziurawienia jelita wpływa głównie, po za stanem ogólnym chorego, okres czasu, jaki upłynął pomiędzy chwilą wystąpienia perforacji a operacją. Według obliczeń ESCHER'a<sup>13)</sup> przypadki, operowane przed upływem 24 godzin po przedziurawieniu, dały 26,9% wyleczeń, operowane zaś później ledwie 20%. Jeszcze wybitniejszą różnicę znalazł MICLESCU<sup>14)</sup>, którego statystyka jest znacznie bogatsza — 25 $\frac{1}{3}$ % wyzdrowień u operowanych przed upływem 24 godzin, a za ledwie 15 $\frac{1}{3}$ % u operowanych później. Pod tym względem nasz przypadek dawał rokowanie, bynajmniej nie zachęcające, o ile bowiem znam odnośne piśmiennictwo, to w za-

<sup>13)</sup> ESCHER. L. c.

<sup>14)</sup> L. c.

dnym nie operowano tak późno. PEARSON<sup>15)</sup> wprawdzie mówi o chorym, operowanym dopiero dziewiątego dnia po perforacji, jednak cały przebieg choroby i miejsce przedziurawienia zdają się przemawiać raczej za tem, że miano tu do czynienia z powoli postępującem zapaleniem wyrostka robaczkowego. Najpóźniej operowane przypadki są ABBE'go<sup>16)</sup> (w 60 godzin po perforacji) i CHAMPLIN'a<sup>17)</sup> (w 3 dni).

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

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

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

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

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

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

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

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

7) Co do sposobów postępowania z samem miejscem perforacji, należy oddać bezwzględnie pierwszeństwo dokładnemu zeszytciu i ileostomii, unikając wycięcia kiszki i omentoplastyki. ESCHER<sup>18)</sup>, opierając się na 8 przypadkach, przytoczonych przez MAUGER'a, w których pomimo starannych poszukiwań nie znaleziono perforacji, a ograniczono się na wysączkowaniu jamy brzusznej i otrzymano 4 wyzdrowienia, tudzież na przypadkach ALLINGHAM'a i WEIR'a, w których z powodu trudności technicznych nie zeszytciu przedziurawionej ściany jelita, a wszyto ranę jelita do rany powłok brzusznych, wyprowadza wniosek, że ileostomia, *resp.* nawet tylko wysączkowanie jamy brzusznej daje lepsze wyniki (40% wyzdowień), niż zeszytcie doszczętne; E. radzi w każdym przypadku nie zeszywać perforacji, lecz wszywać ją, po ewentualnem rozszerzeniu, *resp.* połączeniu cięciem dwóch w bliskości od siebie znajdujących się otworów perforacyjnych do rany skórnej, ograniczając wskazania do do-  
rażnego zamknięcia li tylko tymi przypadkami, w których operujemy natychmiast po insulcie, u chorych, których ogólny stan jest zadawalający, i gdzie niema ani meteoryzmu, ani wybitnego porażenia układu mięśniowego jelit. Doświadczenie uczy, że, aczkolwiek bezwład je-

<sup>15)</sup> PEARSON. Brit. med. Journ. 1899.

<sup>16)</sup> ABBE. New York Med. Record. Jan. 5. 95.

<sup>17)</sup> Cyt. u KEEN'a. L. c.

<sup>18)</sup> ESCHER. L. c.

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

Z polikliniki prof. OPPENHEIM'a w Berlinie.

## O porażeniu astenicznem

(*Myasthenia gravis pseudoparalytica*)

Podał

WŁADYSŁAW STERLING.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 22).

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

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

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

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

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

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

(Patrz rys. str. 476).

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

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

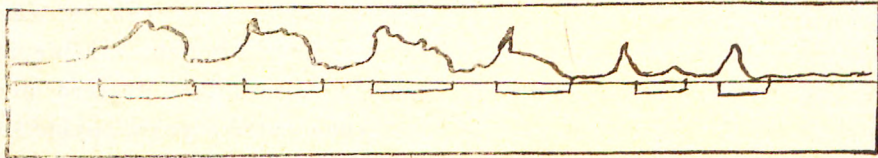
cyi myastenicznej, lecz, bądź co bądź, od niej odmiennem.

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

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

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

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



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

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

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

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

Badanie elektryczne prądem faradycznym wykazuje wyraźną MyaR w *m. deltoideus sinister*, w *m. musculus biceps sinister* i w *m. sternocleidomastoideus sinister*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

### 63. STEINBERG. Aglutynacyjne własności surowicy chorych żółtaczkowych względem lasieczników tyfusowych.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

S. P.

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

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

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

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

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

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

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

Przypadki te grupują się, jak następuje:

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

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

3) Białaczka rzekoma — 1 przypadek z wynikiem pomyślnym.

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

5) Ropień — 4 przypadki pomyślne.

6) Gruźlica — 3 przypadki pomyślne.

7) Torbiel krwawa — 4 przypadki z zejściem pomyślnym.

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

9) Mięsak — 5 przypadków, 20% śmiertelności.

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

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

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

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

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

(München, med. Wochensh. 1904. N. 3).

A. Wertheim.

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

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

Autorowie doświadczenia przeprowadzali na psach, wycinając żebro na przestrzeni

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

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

(Münchner med. Wochen. N. 3. 1904).

A. Wertheim.

#### 66. EBSTEIN. Exodyna, nowy środek czyszczący.

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

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

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

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

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

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

Springer.

#### 67. MANZ. Osteoplastyczne wycięcie spojenia łonowego.

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

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

A. Wertheim.

## K R O N I K A.

Warszawska Kasa pogrzebowa lekarzy.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Zygmunt Srebrny.*

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

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

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

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

P.

## Wiadomości bieżące.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Gazeta Lekarska.

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

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

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

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

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

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

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

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

3) Kazimierz Rzętkowski. Miażdżycę aorty, wywołaną u królików przy pomocy dożylnych wstrzykiwań adrenaliny.

### Kronika Lekarska.

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

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

### Krytyka Lekarska.

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

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

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

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

### Zdrowie.

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

2) E. Goldberg. Sposoby usuwania wilgoci.

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

4) Stamirowski i Makarczyk. Kosztorys osuszania mieszkań.

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

### Lekarz.

N. 9. Władysław Chodecki. Higiena pracy umysłowej.

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

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

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

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

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

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

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

### Ginekologia.

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

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

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

### Przegląd dentystyczny.

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

### Przegląd Felczerski.

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

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

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

3) J. Węgrzyn. Lekarstwa.

4) J. Z. W kwestyi odpoczynków letnich.



## Przegląd Lekarski.

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

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

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

N. 21. Leon Karwaicki. Kreozot i kreozalбина w cierpieniach narządu oddechowego.

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

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

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

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

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

## Nowiny Lekarskie.

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

2) Teofil Zalewski. Przypadek błony wrodzonej krtani.

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

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

## • Postęp okulistyczny.

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

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

3) B. Wicherkiewicz. W sprawie akomodacji oczu bezsoczewkowych.

## Przegląd Higieniczny.

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

2) Kazimierz Panek. Jarstwo wobec najnowszej wiedzy.

## Przegląd Weterynarski.

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

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

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

## Głos Lekarzy.

N. 9. 1) Taryfa lekarska.

2) Uregulowanie należności sądowo-lekarskich w sprawach cywilnych.

3) Ordynacja dla lekarzy. (Dok.).

4) Opinie izb lekarskich w sprawie tytułu specjalisty.

5) Organizacja prasy lekarskiej polskiej.

6) Sprawa szpitalika św. Zofii.

7) Głos posła ludowego w sprawie epidemii.

8) Zatwierdzenie nowego statutu Tow. Samopomocy.

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

2) Uregulowanie należności sądowo-lekarskich w sprawach cywilnych.

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

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

5) Z niwy dziennikarskiej.

6) Położenie lekarzy zdrojowych.

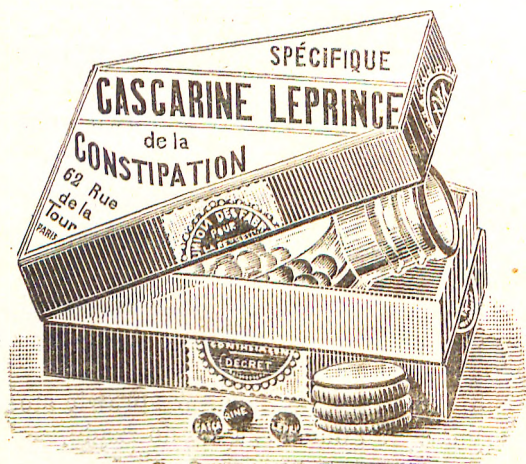
7) W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych.

8) W sprawie szpitalika św. Zofii.

Bardzo pożyteczny produkt z

Cascara Sagrada.

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



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

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

## Racyonalne leczenie fosforem

**R H O M N O L**

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

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

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

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

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

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

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.



# Fabryki Farb

DAWNIEJ

## Friedr. Bayer & C-o., Elberfeld.

### Oddział produktów farmaceutycznych.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie Juljusz WARSZAWSKI Warszawa, Złota 32.

#### Aspiryn

Antirheumaticum i Analgeticum. Najlepiej zastępuje salicylaty. Smak przyjemny kwaskowaty; prawie zupełnie pozbawiony działania ubocznego. Daw. 1 gr. 3—5 dziennie

#### Mezotan

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

#### Veronal

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

#### Heroin hydrochl.

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

#### Helmitol

nowy ulepszony antyseptyk pęcherza wsk.: Cystitis, Pyelitis, Phosphaturia.—Urethritis gonorrhoeica posterior, ropnie cewki. Daw.: 1 gr. 3—4 razy dziennie.

#### Salophen

Specyfik przy bólu głowy, influenzy, ostrym reumatyzmie stawów. Dawka 1 gr. co 2—3 godziny.

#### Protargol

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

#### Somatoza

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

#### Europphen

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

#### Tannigen

Nieszkodliwy derywat taniny. Działa skutecznie przy rozwojeniu i katarach żołądkowokiszkowych, specjalnie u dzieci. Dawka 0,25—0,5 gr. 6 razy dziennie.

#### Żelazo-Somatoza

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

#### Citarin

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

#### Theocin-Natr. acetic.

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

#### Agurin

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

#### Creosotal-Duotal

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

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

Phenacetyna, Piperazyna, Lycetol, Jodothyryna, Salol.



# O J C Ó W



Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych.

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

Dyrektor Zakładu Dr. St. Niedzielski.

# VICHY

## PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

Własność rządowa francuska



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przpisując użycie Wód.

### VICHY CÉLESTINS

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

### VICHY GRANDE-GRILLE

Stabości wątroby i organów żółte wydzielających.

### VICHY HOPITAL

Stabości żołądka i kiszek.

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

### PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

### COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające wygodną, miłą wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

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

## EDWARDA TREUTLERA

w Warszawie, Nowy-Świat Nr. 60.

poleca

Tabulettae Extr. Cascar. sagr. fl. ā 1,0  
" Colae ā 0,3  
" Ferratini ā 0,5  
" Haematogeni ā 0,5  
" Haemoglobini ā 0,3  
" Haemogalloli ā 0,25

Tabulettae Haemoli ā 0,25  
" Nitroglycerini ā 1/100 grm.  
" Ovarini ā 0,3 i 0,5  
" Saccharini ā 0,06  
" Stypticini ā 0,05  
" Thyreoidini ā 0,06-0,1 i 0,50

Tabulettae Chinosoli ā 1,0, Hydrarg. corrosiv. ā 0,5 i 1,0. Jolimbini hydr. Spiegel a 0,005. Extr. Cascar. Sagr. sicc. ā 0,5  
Obduc. cacao Extr. Hydrast. Canad. sicc. ā 0,25 Obduc. cacao Ferratini 0,1e. Fowleri Sol Gtt. i Obduc. cacao.

## SANATOGEN BAUERA

wskazany w:

**ANEMII, KRZYWICY, CHARŁAC-  
TWIE, NEURASTENII,**

i wszelkich stanach  
osłabienia, jako

**ŚRODEK WZMACNIAJĄCY  
i TONIZUJĄCY SYSTEM  
NERWOWY**

**== ZUPEŁNIE NIE DRAŻNI. ==  
CHĘTNIEJEST PRZYJMOWANY  
PRZYSWAJA SIĘ WYŚMIENICIE**

**== Broszury, próby i odnośną ==  
literaturę wysyła pp. Lekarzom**

**S. KARCZEWSKI  
Nowo-Senatorska № 4.  
w Warszawie.**

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

## Kąpiele kwaso-węglowe

wydaje Zakład kąpielowy

**Książeczka Nr. 4.**