

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 21.

Warszawa d. 21 maja 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ 5⁰ pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz je dnoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel. 37,92.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. Padaczka i Stany pokrewne, podał d-r Władysław Sterling. —

O przepuklinie nadbrzuszej ze stanowiska internisty hernia epigastrica, podał Ignacy Grundzach. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna*. 105. Wilms. O rozpoznawaniu i leczeniu nieprzewidywanych wrzodów dwunastnicy. — *Choroby gardła*. 107. Gibert P. Klasyfikacja zakrzepów zatoki poprzecznej i żyły jarmowej wewnętrznej. — 108. Franek O. Tracheotomia poprzeczna. — BIBLIOGRAFIA — Trzydziesty dziewiąty zjazd chirurgów w Berlinie. — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 marca do 14 kwietnia 1910 r. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — Odpowiedzi Redakcyi. — Sprostowanie. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Padaczka i Stany pokrewne.

podał

Dr. Władysław Sterling

Nauka o padaczce, o ile z biegiem rozwoju i udoskonalenia metod klinicznych i anatomicznych rozszerzyła znajomość naszą licznych przejawów tego cierpienia, o tyle z drugiej strony nasuwa nam coraz to nowe i coraz to bardziej nieoczekiwane wątpliwości: wiele objawów, które wyda-

wały nam się dawniej zupełnie jasne, wiele uogólnień, o których sądziliśmy, że są niezbiec pewne, nastęrczają nam dzisiaj przy pogłębieniu, analizie naukowej poważne, niejednokrotnie nieprzewyciężone trudności wyjaśnienia patogenetycznej i klasyfikacyi klinicznej. Postęp polega przedewszystkiem na ujmowaniu całokształtu klinicznego, przebiegu, głównie zaś na ocenie objawów pomiędzy napadowych, nie zaś na opieraniu się przeważnie na morfologii i charakterze samego napadu, jak to czyniono dawniej. Nauczylis-

my się dzisiaj oceniać należycie zmiany psychiczne w padaczce i niejednokrotnie li tylko na ich podstawie stawiać rozpoznanie, poznaliśmy najrozmaitsze równoważniki napadu: psychiczne i somatyczne, których samo wyliczanie zajęłoby nam zbyt wiele czasu, a które umożliwiają nam właściwe rozpoznanie tam, gdzie do niedawna, byłoby to zupełnie niemożliwe. Pomimo to i pomimo ogromnego nakładu pracy, wkładanego w badanie nad epilepsją, która stanowi dziś kto wie czy nie najbardziej żywotny temat dociekań neurologicznych, której wyłącznie poświęcają już całe czasopisma—o istocie samej sprawy do dziś nic jeszcze pewnego nie wiemy. Obfita ilość teorii, próbujących wyjaśnić patogenезę padaczki, popada zazwyczaj w ten błąd, że jedną z tysiąca możliwości, które są w stanie wywołać napad epileptyczny, uogólnia i podnosi do znaczenia istoty choroby. Dotyczy to zwłaszcza najrozmaitszych teorii chemicznych epilepsji, które niewątpliwie w sposób przesadny przeceniają znaczenie różnorodnych substancji chemicznych przy powstawaniu napadu epileptycznego (że wymienię tylko niefortunny los azotu GILLE de la TOURRETTA i CATHELINAU, karbamidu amonu KRAMKYEGO i choliny DONATHA). Liczne a niejednokrotnie genialne badania eksperymentalne (HITZIGA, NOTHNAGLA, BINSWANGERA, ZIEHENA, UNVERRICHTA, BECHTEREWA, MUNKA, PRUSA, LUCIANIEGO i wielu innych) ustaliły wprawdzie niewątpliwie lokalizację rozmaitych komponentów napadu epileptycznego, ale bynajmniej nie wyświectliły mechanizmu i przyczyny jego powstawania. Dopiero ostatnie koncepcje biologiczne i chemiczno-fizykalne REICHARDTA o istocie ostrego obrzęku mózgu zdaje się rzucać pewne światło na tę zawiłą sprawę. Lecz pomijając już zasadnicze dociekania patogenetyczne, sama strona kliniczna padaczki nie przedstawia się jeszcze zupełnie jasno w świetle nowych

badania i tej olbrzymiej kazuistyki naukowej, która mnoży się z godziny na godzinę. Wsuwa się tu na pierwszy plan zagadnień kwestya stosunku t. zw. „padaczki samoistnej do innych postaci padaczki, które możnaby nazwać symptomatycznymi, a których tło i przyczyna są rozmaite. Okazuje się bowiem, że istnieje cały szereg postaci, które klinicznie są bliźniaczo zbliżone do padaczki, a które przy głębszej analizie okazuje się czemś od niej odrębnym. Stanowisko tedy kliniczne padaczki samoistnej określa i ugruntowuje się raczej w sposób negatywny przez wyróżniczkowanie i wyeliminowanie stanów pokrewnych i tą właśnie drogą kroczy postęp badań nad padaczką. Te to właśnie stany pokrewne stanowią temat mego dzisiejszego referatu.

Rozpoczynam od padaczki JACKSONOWSKIEJ, która praktycznie posiada największe znaczenie i jej stosunku do padaczki samoistnej. Obserwacje lat ostatnich rzuciły zupełnie nowe światło na kwestyę tę, która do niedawna wydawała się zupełnie jasną. Jak wiadomo napad JACKSONOWSKI uważano do niedawna za coś dla padaczki samoistnej zupełnie obcego — stąd też znaczenie praktyczne, jakie ma zwyczaj przypisywano — zwłaszcza przy rozpoznaniu lekalcem i ewentualnem usuwaniu operacyjnem nowotworu mózgowia. Jednakże złudzenia co do wartości praktycznej napadu JACKSONOWSKIEGO zostały rozwiane przez szereg prac, wykazujących możliwość istnienia objawów ogniskowych przy padaczce samoistnej. I oto przy operacjach zaczęły mnożyć się przypadki, gdzie wynik był zupełnie ujemny i gdzie na miejscu przypuszczalnego ogniska, które miało być punktem wyjścia spostrzeganego klinicznie JACKSONA, nie znajdowano żadnych zmian. Probowano wtedy przez czas jakiś tłamać sobie przypadki takie jakimiś fikcyjnymi zgrubieniami czaszki w miejscu odpowied-

nich ośrodków mózgowych, lecz wkrótce zaniechano tych bezpodstawnych przypuszczeń. BINSWANGER ochrzcił przypadki takie nazwą: „Pseudó—JACKSONA”, WINKLER opisywał je, jako *status hemiepilepticus hemiheteralis*, wiele obserwacji z tej samej kategorii ogłosił IÉRÉ. W przypadkach tych spotykamy napady ograniczone do jednej połowy ciała, do jednej ograniczonej grupy mięśniowej zupełnie w tej postaci, jak to widzimy przy padaczce JACKSONA, napady te występują przytem w postaci seryi lub w postaci *Status*, w niektórych zaś przypadkach, które FÉRÉ opisywał, jako „*epileptic massive*” wyłącznie w postaci seryi. Leo MÜLLER poddał przypadki takie dokładnej analizie klinicznej, stwierdził niezaprzeczony ich charakter samoistny i określił nazwę *status hemiepilepticus idiopathicus*. Wreszcie ostatnio liczne obserwacje analogiczne ogłosił REDLICH. Wszystkie te prace, jakkolwiek pogłębiły niewątpliwie naszą znajomość padaczki i pozwoliły nam uchronić się od wielu pomyłek rozpoznawczych, jednakże odebrały nam absolutnie wartość kliniczną napadu JACKSONA. Zachodzi obecnie pytanie, czy jesteśmy w stanie odróżnić klinicznie tego rodzaju przypadki od istotnego JACKSONA przy sprawach ogniskowych mózgowia? Przypuszczano, że w tego rodzaju ograniczonych drgawkach w padaczce samoistnej, najpierw występuje utrata przytomności, a potem dopiero drgawki (BINSWANGER, BOUHREFFEL), podczas gdy przy JACKSONIE rzecz ma się odwrotnie, o ile wogóle dochodzi do utraty przytomności. Jednakże objaw ten różniczkowy najzupełniej zawodzi w przypadkach o s t r e j p a d a c z k i, gdzie napady stale ograniczają się do jednej grupy mięśniowej i zawsze dochodzą bez utraty przytomności. NORKOSTNER podaje następujące dane różniczkowe — specjalnie od nowotworów mózgu: ostry początek, częste napady szybko doprowadzające do *Status hemiepilepticus* przemawia-

ją przeciwko nowotworowi mózgu, dla czego charakterystyczny jest raczej rozwój stopniowy i przejście od napadów drobnych i rzadki do częstych i ciężkich. Według MONAKOWA i REDLICHA uprzednie występowanie poszczególnych częstych napadów JACKSONA, trwałość porażen w okresie pomiędzy napadami, postępowanie objawów — przemawiają za sprawą organiczną — specjalnie za nowotworem — jednakże wszystkie powyższe oznaki nie posiadają wartości absolutnej. OPPENHEIM i BINSWANGER kładą specjalny nacisk na fakt, że drgawki w omawianej kategorii przypadków nie wykazały tej prawidłowości w przechodzeniu z grupy na grupę, co przy JACKSONIE, że poszczególne napady występują częstokroć w rozmaitej postaci i nie rozpoczynają się zawsze w tem samym terytoryum mięśniowym, jak to bywa przy organicznym JACKSONIE. Jednakże wyjątki z powyższego prawidła są tak częste, że trudno mu przyznać poważniejsze znaczenie praktyczne. — Spostrzegalem niednokrotnie napady niewątpliwie organicznego JACKSONA, gdzie poszczególne napady bynajmniej nie wykazywały stereotypii i nie zaczynały się od jednej grupy mięśniowej. Trudności rozpoznawcze zwiększają się jeszcze o tyle, że w ogniskowych sprawach mózgu — zwłaszcza jeżeli umiejscowione są one nie w terytoryum ruchowym — napady epileptyczne bynajmniej nie zawsze występuje połowicznie i nie zawsze trzytrzymają się ściśle typu JACKSONA, lecz co najwyżej - wykazują przewagę jednostronną, czasem zaś noszą piętno klasycznej padaczki samoistnej, jak to widzimy w znanym przypadku BRUNSA, który przez 20 lat przebiegał pod postacią *epilepsia genuinae*, aż wreszcie wystąpiły objawy nowotworu mózgu. VALNKENBURG zwraca przytem uwagę, że przy podkorowem umiejscowieniu ogniska rozwój drgawek może być nieprawidłowy i zmienny, co uważa wprost za objaw różniczkowo-roz-

poznawczy pomiędzy lokalizacją korową i podkorową.

Jeżeli z danych, dotyczących samego napadu nie znajdujemy dostatecznie pewnych cech rozpoznawczych pomiędzy JACKSONEM istotnym a JACKSONEM rzekomym przy padaczkę samoistnej, powstaje pytanie, czy nie znajdziemy ich w okresach pomiędzy napadami, w t. zw. objawach postparoxysmalnych, i tutaj przede wszystkim muszą zwrócić naszą uwagę porażenia i współtowarzyszące im objawy z dziedziny odruchów. Fakt, że w padaczkę samoistnej mogą występować porażenia—należy do mniej znanych objawów patologii układu nerwowego. Znajomość tego faktu zawdzięczamy z pierwszej linii pracom TODDA, ROBERTSONA, JACKSONA, LÖWENFELDA, DUTILA, CLARKA, HEILBRONERA, OPPENHEIMA, VOISINA, MARCHANDA, BINSWANGERA, MARINESKO i SEVIEUX, RÄCKEGO, BERNHARDTA, UEBERA, RADLICHA. Rzecz prosta, że o ile chodzi o porażenie wybitne, zdarzają się one niewątpliwie częściej przy JACKSONIE organicznym niż samoistnym, natomiast liczyć się należy z faktem, że nawet nieznaczne porażenie w padaczkę samoistnej po napadzie mogą się potęgować i pozostawać na czas dłuższy, występują one rzadziej po napadach pojedynczych, częściej po seryach napadów, mogą one zajmować wszystkie 4 kończyny, jak to spostrzegałem w śmiertelnie zakończonym przypadku padaczki samoistnej u 9-letniej dziewczynki, — częściej jednak dotyczą jednej połowy ciała lub jednej kończyny. Częściej jednakże niż istotne porażenia występuje szereg objawów, wskazujących na przemijające wykluczenie kory ruchowej, oraz dróg piramidowych albo na osłabienie ich czynności: wymienić tu należy wzmocnienie odruchów ścięgniastych, *clonus pedris et patellae* objaw BABIŃSKIEGO i OPPENHEIMA, osłabienie odruchów skórnych i t. d. RÄCKE, BERNHARDT, HEILBRONNER opisywali klasy-

czne przykłady afazji u epileptyków w okresach pomiędzy napadami BERNSTEIN opisał liczne przypadki t. zw. „oligofazji asynibolicznej“ po napadach, którą uważa za swoisty objaw padaczki. W roku ubiegłym spostrzegłem po napadzie epileptycznym u 10-letniego chłopca niezwykle czystą postać afazji amnestycznej, która trwała przez kilkanaście godzin po napadzie. FÜRSTNER poświęcił specjalną uwagę ponapadowym artykulacyjnym zaburzeniom mowy: jakanium się, potykaniu się o sylaby—zupełnie jak przy porażeniu postępującym. RAYMOND i ROSE przedstawili w paryskim Towarzystwie neurologicznym niezmiernie rzadki i interesujący przypadek porażenia postepileptycznego o typie pseudo-bulbarnym.

Wszystkie tego rodzaju ponapadowe objawy porażenia należy najprawdopodobniej traktować, jako objawy wyczerpanie tkanki mózgowej. Wśród objawów tych interesującą kategorię stanowią porażenia postepileptyczne o typie wiotkim z wybitną hypotonją i przemijającym zniesieniem odruchów ścięgniastych, na które poraz pierwszy zwrócił uwagę KNAPP. GOWERS przypadki takie objaśnia wyczerpaniem ośrodków rdzeniowych, zaś REDLICH bardzo słusznie wyklucza wzmoczone zahamowanie mózgowe oraz obwodowe przyczynki hypotonji i zaniku odruchów ścięgniastych. Natomiast przypadki bardziej częste z przemijającą hipertonią, wzmocnieniem odruchów ścięgniastych, osłabieniem skórnych, objawem BABIŃSKIEGO większość badaczy skłonna jest tłumaczyć wyczerpaniem kory mózgowej po napadach. REDLICH spostrzegał nawet przypadki porażenia postepileptycznych ze wzmocnieniem odruchów skórnych. Co doprowadza do wzmoczonego podrażnienia kory. Że teoria wyczerpywania się ośrodków korowych, tłumacząca porażenia postepileptyczne, nie jest wystarczająca tego dowodzą te nieliczne przypadki padacz-

ki samoistnej, z których objawy porażenia mogą występować jeszcze przed napadami drgawek—przypadki takie niektórzy badacze (LÖWENFELD, GOWERS) objaśniają jako zahamowania funkcji. Bądź co bądź jednakże w większości przypadków natężenia objawów porażeniowych idzie zazwyczaj równolegle z siłą i częstością drgawek.

(d. c. n.)

O przepuklinie nadbrzuszej (*Hernia epigastrica*) ze stanowiska internisty.

Odczytał 1) na posiedzeniu Sekcji gastrologicznej dnia 16 lutego 1910 r. 2) na pos. Warsz. Tow. Lek. dnia 19 kwietnia 1910 roku

Ignacy Grundzach.

Linję środkową ciała pomiędzy końcem wyrostka mieczykowatego a pępkiem pozwałam sobie dla uproszczenia odnieść do nadbrzusza (*epigastrium*), jakkolwiek zajmuje ona i część śródbrzusza (*mesogastrium*); nie idę jednakże w ślad niektórych autorów, którzy wszystkie przepukliny linii białej aż do spojenia łonowego chcą nazywać nadbrzusznymi, czyli epigastralnymi.

Pod względem anatomicznym znajdujemy tu pod skórą i tkanką tłuszczową podskórną z pewną liczbą naczyń krwionośnych i nerwów—tkankę łączną mniej lub więcej grubą. Tkanka ta aponeurotyczna składa się z krzyżujących się pod rozmaitymi kątami włókien, które pozostawiają nieraz mniejsze lub większe oczka czyli zcięnczenia owej tkanki, przez które przechodzą naczynia i nerwy. Na przestrzeni tej zwracają naszą uwagę jeszcze t. zw. smugi, czyli prążki ścięgniste

m. prostych brzucha (*inscriptiones tendineae mm. rect. abdominis*), które w sprawie omawianej ważną odgrywają rolę. Wewnętrzna powierzchnia tej tkanki pokryta jest otrzewnią ścienną. Za nią znajduje się w pewnej części (górnej $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$) wątroba *resp.* lewy jej płąt. Niżej—żołądek na małej bardzo przestrzeni, poczem prawie $\frac{2}{3}$ dolne zajmuje się większa (*omentum majus*).

O przepuklinach pępkowych mówić nie zamierzam. Wspomnę tylko, że są one stosunkowo częste, mianowicie u kobiet, które rodziły, bywają różnej wielkości i albo nie dają wcale objawów, albo ulegają uwięzieniu, nie różniąc się tem od innych.

Pominę też t. zw. rozstąpienie się mm. pr. b. (*diastasis mm. r. abd*), napotykanę dość często u kobiet wieloródek z wiotką tkanką podskórną i wiotkimi mięśniami. Tworzy ono wypuklenie ściany brzusznej na dużej przestrzeni, posiadając formę wrzecionowatą, widoczne w pozycji stojącej; w pozycji leżącej wyczuwany dół między mm. pr. brzucha. Czasem następuje t. zw. ewentracja.

Jak się przedstawia przepuklina nadbrzusza, i gdzie ją znajdujemy?

Co się tyczy wielkości, muszę zaznaczyć że jest ona przeważnie mała lub bardzo mała, dochodzi do wielkości fasoli, wiśni małej lub orzecha laskowego, czasem jest tak mała, że koniec paluszka nie da się do otworu jej wpechnąć.

Znajdujemy przepukliny te na całej linii mieczykowato-pępkowej lub nieco na prawo lub na lewo od owej linii, najrzadziej w górnej trzeciej, częściej — w środkowej, najczęściej w dolnej trzeciej. Jeżeli wyraziłem się „przeważnie“, nieznaczy to wcale, aby zawsze były one małe. Bywają one czasem wielkości jaja gołębiego, kurzego lub pięści. My jednakże, interniści, głównie spotykamy się z małymi przepuklinami. Celem moim nie jest by-

najmniej monografia, uwzględniająca całość przedmiotu wraz z całkowitą literaturą. Pracę tę podjął przed kilku laty FRIEDRICH ¹⁾, który na zasadzie 55 spostrzeganych przez siebie przepuklin i danych z literatury opracował rzecz] wyczerpująco, niemal monograficznie. Mnie interesuje tu głównie strona rozpoznawczo-kliniczna i lecznicza.

Co wywołuje przepuklinę, jakie są warunki jej powstawania?

Z autorów francuskich GARANGEOT ²⁾ sądzi, że mocny kaszel i puchlina brzuszna są najczęstszym jej powodem, inni, że przyczyną są natury anatomicznej, są więc dziedziczne. Niektórzy (DITTMER ³⁾ uważają, że osłabienie po ciężkich cierpieniach, wywołujących znaczne wychudnięcie, jest powodem ich powstawania. Inni znów [MALGAIGNE ⁴⁾], na zasadzie współlistnienia innych przepuklin, mówią o skłonności do przepuklin wogóle. FRIEDRICH np. widział współlistnienie w 11,6 proc. swoich przypadków. BONNET i VÖLCKERS ⁵⁾ sądzą wogóle, że uraz i złuznienie wskutek tegoż tkanki łącznej daje początek wciągnięciu otrzewny. VÖLCKERS sądzi, że nadmierna praca fizyczna obok pewnych warunków anatomicznych jest tu głównym powodem. Uznaje on uraz i wymioty, odrzuca zaś kaszel, jako moment etiologiczny.

Zdaniem doświadczonego FRIEDRICH, przepuklinę mogą wywoływać takie urazy, w których ciało przy znacznym nateżeniu się przechylone jest ku tyłowi, a mięśnie karku i ramion starają się podnieść ciężar ku przodowi i ku górze, co połączone jest ze znacznym wzmożeniem ciśnienia wewnątrz-brzusznego. Wyżej już wspominałem o miejscach

słabszych, które ustępują ciśnieniu i dają początek przepuklinie.

Ze sprawą przyczyny łączy się sprawa wieku i warstw ludności, najczęściej dotkniętych owym cierpieniem. W wieku dziecięcym są przepukliny te wielką rzadkością. Zjawiają się najczęściej w wieku 24 — 45 lat lub później, czyli w wieku pracy wyteżonej. Najczęściej też napotykamy je w warstwie ludności robotniczej lub rzemieślniczej, choć wśród t. zw. inteligencji nie są one, zdaniem mojem, nadzwyczajną rzadkością.

Ze sprawą etiologii w ścisłym jest związku sprawa częstości występowania tego cierpienia. Z cyfr, podanych przez BOHLANDA i KUTNERA ⁶⁾ wynika 0,6% czyli na 1000 badanych chorych znajdują ją oni u 6-ciu.

Z cyfr FRIEDRICH, który na 12724 mężczyzn badanych (z klasy robotniczej) znalazł ją 52 razy, wypada procentowość zbliżona, bo 0,41%. Na 2557 badanych kobiet (z klasy robotniczej) 2 razy, czyli—0,08%, a więc znacznie rzadziej. Ja w ciągu 16 lat ani razu nie widziałem jej u kobiety, natomiast u mężczyzn kilka razy na rok. Nie zadziwia to wcale, gdyż mało nas się radzą kobiety, ciężko pracujące fizycznie. Zdaniem FRIEDRICH, liczby jego powinny uleść redukcji, gdyż procentowość otrzymamy jeszcze mniejszą, gdy w rachunek wciągniemy wszystkie warstwy ludności.

W każdym razie wnioskować możemy, że 1) nie należy to cierpienie do nadzwyczajnych rzadkości; 2) występuje 5 razy częściej u mężczyzn ciężko pracujących, niż u kobiet (FRIEDRICH); 3) w innych warstwach ludności występuje również, lecz rzadziej. Zdaniem LINIGERSA ⁷⁾ przepuklina nadbrzuszna jest czterekroć częstsza, niż p. pachwinowa.

Zanim opuszczę sprawę, częstości wy-

¹⁾ Wiener Klin. Woch., Nr 52 (1903).

²⁾ cyt. przez Friedricha.


³⁾ l. c.

⁴⁾ l. c.

⁵⁾ l. c.

⁶⁾ l. c.

⁷⁾ l. c.



Chcąc uprzestępnić niską ceną stosowanie w medycynie jednego z najracjonalniejszych nowych związków organicznych fosforu

LECYTYNY

której zagraniczne preparaty ze względu na swą wysoką cenę dotąd nie mogły mieć szerszego zastosowania, poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

Dragées **LECITHINI**-owo flakon 40 szt. à 0,05 cena Rb. 1.

Doza dla dorosłych: od 1—4 pigulek dziennie.

Inject ster. **LECITINI**-owo à 0,05—0,10—0,50

c. ol- amygdalar. alcohole preparatum.

EMULS ol. JECORIS ASELLI (à la Scott) c. $\frac{1}{2}\%$ **LECITIN.**

Doza dla dorosłych: łyżka stołowa 2—3 razy dziennie.

Flakon 225,0 cena Rb. 1.

Próby na żądanie gratis i franco.

LECZENIE KAKODYLOWE

(Arszenikiem Organicznym)

Wszelkie skażenia krwi i zmiany w odżywianiu. Choroby skóry
Charakterstwo pochodzenia zimniczego. Neurastenia. Cukrzyca.

ARSYCODILE

(Cacodylate de Soude)

Banieczki dozowane po 0,05
jedno wstrzykiwanie dziennie.

FERROCODILE

(Cacodylate ferreux)

Fek swisty w niedokrwistości i blednicy

Pigulki dozowane po 0,025, 4 dziennie.

NEO ARSYCODILE

(Methylarsinate disodique)

Pigulki dozowane po 0,01; 4 do 5 dzie nnie
Banieczki dozowane po 0,05 jedno wstrzy-
kiwanie dziennie.

FERRICODILE

(Cacodylate ferrique)

Banieczki dozowane po 0,05 jedno wstrzy-
kiwanie dziennie.

Próby na żądanie.

Dr. M. Lepzince

62 Rue de la Tour Paris.

D-ra Franciszka Vesely'ego.

SZARATICA

Naturalna Morawska Woda Gorzka

Czescy lekarze zalecają stale wodę tę jako środek czyszczący.

Skład główny na Królestwo Polskie i Litwę w Akc. Tow. F. Karpiński — Warszawa — Elektoralna 35.

Tamże można otrzymać bezpłatnie próby.

z Paryża
8 godzin

AIX-LES-BAINS

z Genewy
2 godziny

w Sabaudyi (Francya)

Gorące wody siarczane o 47-o C. najobfitsze na świecie; specjalne leczenie zewnętrzne za pomocą douche-massage czyli masażu pod duszem, kąpiele naturalne patowe (Bertollet) analogiczne z kąpielami błotnymi. Leczenie wewnętrzne za pomocą łagodnej wody alkalicznej — Eau des deux Reins, działającej silnie moczopędnie.

Główne wskazania:

Podagra, reumatyzm, artrytyzm, ischias, lumbago, choroby stawów — neuralgie, syfilis. Kuracje dopełniają: Physioterapia — Kuracje powietrzem górskim: M-t Revard, les Corbières. Marlicz.

Ceny bardzo umiarkowane w zakładach kąpielowych i w hotelach. Droga do Aix-les — Bains przez Frankfurt Bazyleg, Genewę. Cudowna okolica, lac du Bourget, Grande Chartreuse. Kasino, teatr, koncerty. Sporty. Sezon od 1 Kwietnia do 1 Listopada.

Informacyi udziela mer miejscowy.

MACZKA
NESTLÉ
MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.

Extractum **NANNING**
Chinae

Najlepsze Stomachicum obecnej chwili.

Wskazania:

- 1) Brak apetytu u niedokrwistych.
- 2) Brak apetytu u skrofalicznych i gruźliczych.
- 3) Ostry i przewlekły niezbyt żołądka.
- 4) Choroby gorączkowe i cierpienia spowodowane ranami.
- 5) Zdrowienie.
- 6) Wymioty w czasie ciąży.
- 7) Chroniczny niezbyt żołądka, skutkiem nadużywania alkoholu.
- 8) Dyspepsja spowodowana Hg i JK.

Oryginalne opakowanie w NIEBIESKIM pudełku, z podpisem „Ryszard Fürst & Co.“

Jeneralni reprezentanci na Królestwo i Cesarstwo: Ryszard Fürst & Co. Warszawa, Aleje Jerozolimskie 37.

Dr. H. NANNING - CHINA WERKE - HAAG - HOLLAND.

Oryginalne flakony
po Rb. 1.50 kop.
do nabycia w aptekach
i składach aptecznych

stępowania tej przepukliny, przytoczę za FRIEDRICHEM ciekawe zdanie RICHTERA z 1785 r.: „przepukliny te bardzo często bywają niewykrywane, a objawy, jakie one wywołują, bywają przypisywane innym przyczynom; za błąd ten płacą chorzy zwykle zdrowiem, a czasem życiem. Jest rzeczą nie do uwierzenia, jak różnorodne, niezrozumiałe, uporczywe i nieuleczalne dolegliwości powstają z tej przyczyny. Byłyby one łatwo zrozumiałe i uleczalne z chwilą znalezienia przepukliny i usunięcia jej!” W r 1812 LEWELL a w 1851 r. VIDAL, który odróżnia już prawdziwą przepuklinę od pseudoprzepuklin tłuszczakowych, rzecz pojmują jasno. Pomimo to jednak te t. zw. „przepukliny linii białej” są naogół mało znane i uwzględniane. Przyczynę faktu tego tłumaczy WITZEL ⁸⁾, jak sądzę, bardzo słusznie w ten sposób, że przepuklina ta nie ma „szczęścia” do internistów i ich podręczników i nie znalazła u nich uznania. Na dowód przytacza znane dzieła NOTHNAGELA i RIEGELA, w których nic w tej sprawie nie znajdziemy.

FRIEDRICH sądzi, że tylko brak uwagi ze strony klinicyстів i zapoznawanie objawów tego cierpienia, nie tak znów rzadkiego, może tłumaczyć to, że o nich mało słyszemy, szczególnie zaś wówczas, gdy chory sam nie zwróci na nią uwagi lekarza.

Moje poszukiwania literackie źródeł, dla siebie dostępnych, dały wyniki niezbyt obfite. Korzystam tu z cennej pracy chirurga FRIEDRICHA (1903 r.); znalazłem krótką wzmiankę w Lehr. d. spec. chir. TILLMANSA kilka przypadków WEINLECHNERA ⁹⁾, sprawozdanie w dziale chirurgicznym Jahres. VIRCHOWA za 1908 r. z pracy JEREMICA ¹⁰⁾. J. spostrzegł 43 przep. nadb., z których 11 operowano z powo-

du dolegliwości. Zdaniem jego, są one wiele częstsze, niż ogólnie przypuszczamy. LINDENSTEIN ¹¹⁾ omawia symptomatologię i mówi o recydywach pooperacyjnych (na 12 — w 2 przypadkach). MEZGER ¹²⁾ sądzi, że czasem współistnieje przepuklina i wrzód okrągły i zwraca uwagę na trudności w rozpoznaniu W La Semaine Médicale Nr. 37 z roku 1909 znalazłem wzmiankę o pracy MOHRA, który zaznacza, że czasem przepuklina ta jest tak mała, iż niczem nazewnątrz może się nie zdradzać; może bowiem istnieć wgłębienie ze strony wewnętrznej w ścianie brzucha, a jedynie bóle każą ją podejrzewać. Natomiast nie znalazłem nic w „anatomii opisowej HYRTLA, czyniącego liczne wycieczki w stronę patologii i chirurgii, w dziele HENOCHA „Choroby przyrzędów jamy brzusznej”, z nowszych — w dziele ROSENHEIMA „Die Darmkrankheiten”, BOUVERETA „Maladies de l'estomac”; w dziełach NOTHNAGLA „Die Erkrankungen d. Darmes u. d. Peritoneums” i RIEGELA „die Erkrankung des Magens” jak już wspomniałem, nic nie znajdujemy.

Co się tyczy piśmiennictwa polskiego, nie znalazłem dotąd wzmianki w podręczniku znanym JAWORSKIEGO ¹³⁾, dyagnostyce BIEGAŃSKIEGO ¹⁴⁾. W semiotyce REJCHMANA ¹⁵⁾, gdzie w rozdziale o bólach bardzo starannie zgrupowane są niemal wszystkie przyczyny tego objawu i wszystkie prawie cierpienia, w których objaw ten występuje, nie znajduję też wzmianki o przepuklinie.

¹¹⁾ Zur Lehre von d. Hernia epigastrica. Beitr z. Klin. Chirurgie. B. LVII.

¹²⁾ Hernia epig. complicirt mit ulcus ventriculi.

¹³⁾ Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej. 1899 r. Kraków.

¹⁴⁾ Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. 1896. Warszawa.

¹⁵⁾ Nauka o chorobach narządu trawienia. 1890. Warszawa.

⁸⁾ l. c.

⁹⁾ Wien. klin. Woch.

¹⁰⁾ Sirpski archiv za cellokupno lekarstwo, Nr. 5,

A. GABSZEWICZ ¹⁶⁾ w r. 1887 w dużej pracy swojej, mówiąc o leczeniu przepuklin wogóle, między wskazaniem do operacji pisze, co następuje: „nadają się do operacji i przepukliny, chociaż niewielkie, ruchome i odprowadzalne, ale bardzo bolesne, wywołujące znaczne zaburzenia ze strony kanału pokarmowego i podkopujące zdrowie danego osobnika; przepukliny te najczęściej nie znoszą paska, który tylko powiększa jeszcze objawy, wywoływane przez obecność tych przepuklin; do kategorii powyższych przepuklin oprócz pachwinowych i udowych, rzadziej spotykanych, zaliczyć trzeba szczególnie przepukliny smugi białej, które bywają albo czysto t. zw. tłuszczowe, albo sieciowe, albo, co rzadziej, sieciotrzewowe. Te to przepukliny nadzwyczaj często wywołują tak przykre i groźne zaburzenia ze strony kanału pokarmowego, że chorzy bardzo chętnie zgadzają się na usunięcie powyższego cierpienia”.

W r. 1893, mówiąc w Tow. Lek. o wskazaniach do pyloroplastyki, pylorotomii i gastroenterostomii ¹⁷⁾ zwracałem uwagę na przepuklinę nadbrzuszną, gdyż zazaczyłem, że „jeżeli (przy bólach dołka) znajdziemy epigastralną lub pępkową przepuklinę, z pewnym prawdopodobieństwem rozpoznamy, że część żołądka została tu wciągnięta i jest uciskana. Przepuklina więc epigastralna i pępkowa, połączona z bólami, o których mowa, będzie wskazaniem do oddzielenia połączeń, zrostów, wreszcie, częściowej resekcyi narządu”.

W roku 1898 S. MINTZ ¹⁸⁾ spostrzegł 36-letniego mężczyznę, cierpiącego od pół roku na silne bóle w okolicy żołądka, odbijania,

osłabienie. Bóle występowały zwłaszcza po jedzeniu tak, że chory przyjmował tylko niewielkie ilości płynów. Na linii środkowej między wyrostkiem miecz. a pępkiem znajduje się guzik, wielkości śliwki, na dotyk bolesny, miękki, nieruchomy.

Rozpoznano przepuklinę linii białej i wykonano operację radykalną, poczem objawy chorobowe ustąpiły. Worek przepuklinowy zawierał kawałek sieci.

W roku 1899 A. MARCINKOWSKI ¹⁹⁾ opisuje dwa przypadki przepukliny nadbrzuszej operowane na oddziale RAUMA. Niewielkie przepukliny leżące na linii białej, powodowały bóle brzucha, bóle i zawroty głowy. Podczas operacji doszczętniej w obu przypadkach znaleziono w worku przepuklinowym sieć, którą podwiązano i odcięto. Objawy podmiotowe zniknęły po pewnym czasie.

W roku 1905 W. ŻURAKOWSKI spostrzegł 40-letnią wyrobnicę, która oświadczyła, że guzik (na l. alba epig.) nieraz ją boli, że przy cięższej pracy guzik ten powiększa się do rozmiarów kurzego jaja. Guz ten,—przepuklina, w zupełności nie daje się odprowadzić; zawsze zostaje wypuklenie wielkości orzecha włoskiego, miękkie, jak gdyby tłuszczak. Brzuch wogóle nie wzdęty, nie bolesny. Operację wykonał Ż. na oddziale Br. SAWICKIEGO. W worku przepuklinowym znaleziono *lig. susp. hepatis*, do worka przy ruchach wymiotnych wpuklała się sieć, nie zrośnięta z workiem. Worek przepuklinowy podwiązano i obcięto wraz z tłuszczem przyrośniętym do worka. Ranę ściany brzusznej zaszyto szwem trzypiętrowym; zagojenie. Dalszy przebieg i stan chorej dłuższy czas po operacji — nie wiadomy. Przypadek ten nie jest opisany, lecz łaskawie mi przez W. Ż. listownie zakomunikowany.

¹⁶⁾ O doszczętnem leczeniu wolnych przepuklin“. Pam. Tow. Lek. 1887 i 1888. Wyciąg z pracy A. Gabszewicza podałem już po wygłoszeniu odczytu. (Uwaga autora).

¹⁷⁾ Medycyna. 1893.

¹⁸⁾ Medycyna, Nr. 6. Przypadek przepukliny linii białej. Operacja. Wyzdrowienie.

¹⁹⁾ Przyczynek do nauki o przepuklinach ściany brzucha. Medycyna. 1899.

Podaję go tu, gdyż w przeglądzie piśmiennictwa lekarskiego polskiego z ostatniego dziesięciolecia dział chirurgii jamy brzusznej nie notuje prac w tej dziedzinie, jakkolwiek operacje tych przepuklin bywały wykonywane.

Co stanowi zawartość przepukliny? Wspomniałem już, że oczka tkanki łącznej, aponeurotycznej, mogą ulegać rozszerzaniu wskutek wzmożonego ciśnienia w jamie brzusznej, szczególnie w miejscach przebiecia się naczyń i nerwów. W ten sposób może być tam wciągnięta: 1) otrzewnia ścienna, 2) bardzo często kawałek sieci większej wraz z otrzewnią ścienną, 3) rzadziej — część pętli kiszki, 4) wreszcie mogą się tu znaleźć mniejsze lub większe, ruchome lub przyrośnięte, tłuszczaki. Z powodu braku osobistego chirurgicznego doświadczenia dłużej się nad tem nie zatrzymam, dodam tylko, że mogą one być: 1) prawdziwe, 2) pozorne czyli tłuszczakowe, a dalej, że mogą one być: 1) odprowadzalne, 2) nieodprowadzalne, i 3) częściowo odprowadzalne. Prawdziwość lub pozorność przepukliny rozstrzyga dopiero nóż chirurga. PŁÖGER²⁰⁾ widział 46 p. prawdziwych a 31 tłuszczakowych.

Jakie są objawy tego cierpienia?

Przepukliny te bez względu na to, czy są prawdziwe, czy tłuszczakowe, czasami niczem nie zdradzają swego istnienia pomimo, że chorzy ciężko pracują. Objawy zaś chorobowe nie zależą wcale od wielkości przepukliny, gdyż nawet drobne wywołują nieraz bardzo przykre, uporczywe objawy, o dużych zaś czasem chorzy wcale nie wiedzą, niczem bowiem się nie ujawniają. Przytoczę tu krótkie historie choroby, jedną z pracy FRIEDRICHA dwie zaś z własnych notatek.

1) XXI F. A. lat 32, wyrobnik, 3 cent. pod wyrostkiem mieczykowatym w linii środkowej — guzik wielkości orzecha, miękki i

już na dotyk bardzo bolesny, powiększający się podczas kaszlu, odprowadzalny, przyczem wyczuwa się owalny dołek w ścianie brzusznej; od 4 — 6 tygodni chory chudnie, nie ma łaknienia, miewa bóle kurczowe, promieniujące do pępka, znikające czasem po wymiotach. Badanie żołądka — wynik ujemny. Operacja. Po 26 dniach powrót do ciężkiej pracy bez żadnych zaburzeń.

2) Kazimierz P. 20/X 1909, ze sfery inteligentnej, prowadzi życie półruchliwe, skarży się na klucia w okolicy dolka, trwające już dni kilka a wzmagające się podczas chodzenia. Po zjedzeniu potraw gorących też się klucia zjawiają. Promieniają one do boków pod żebra Stolce zaparte, co drugi dzień. Dawniej miewał „kurcze” kilka razy do roku, które uspakajały się w pozycji leżącej pod okładem gorącym. Wątroba nie powiększona, pęcherzyk nie wyczuwa się; osłabienie, zdenerwowanie. Podczas badania natrafiłem w pozycji leżącej na małą przepuklinę w odległości 2 cent. nad pępkiem na linii środkowej, bolesną na ucisk i odprowadzalną. *Hernia epigastrica. Obstipatio.* Zalecono dyetę i pasek.

3) Waleryan K. lat 18 liczący, krawiec z Żyrardowa, miewa od 8 miesięcy typowe napady epileptyczne co 1 — 2 tygodnie. Stan ducha przygnębiony. Przy badaniu chorego (2/I 1909) przypadkowo znalazłem 4 cent. nad pępkiem na linii środkowej mały guzek, na ucisk i podczas kaszlu bolesny. Chory podczas badania sam wspomina, że te bóle miewa, gdy dźwiga coś cięższego. *Epilepsia. Hernia epigastrica.* Na większe z tych nieszczęść zaleciłem brom, na mniejsze nic oprócz wystrzegania się ciężarów.

Z ciekawej statystyki FRIEDRICHA na 55 przypadków połowa niemal nie dawała wcale objawów klinicznych. Ale przepukliny mogą od razu uwieźnąć, a wystąpi wówczas obraz kliniczny niedrożności kiszek.

Na zasadzie danych z literatury i włas-

²⁰⁾ l. c.

nych spostrzeżeń szereguje F. objawy w sposób następujący: kwaśne zwracania, zgaga, wzdęcia żołądka, wymioty, wrażliwość dołka podsercowego, bolesność żołądka na ucisk lub bez ucisku, bóle głowy; rzadziej: ból wzmagający się po wymiotach, po jedzeniu, podczas chodzenia, zginania tułowia ku tyłowi, kurcze, przypominające napady kolki żółciowej, bóle, zjawiające się podczas chodzenia, wrażliwość dołka, powiększająca się podczas kaszlu, bóle promieniujące ku prawej połowie klatki piersiowej, brzucha, pęcherza, moszny i odbytu; nadkwaśność i bicie serca. Dodajmy jeszcze (WERNHER²¹⁾) - ogólną depresję.

Rzecz prosta, że zbiór objawów w poszczególnych przypadkach jest różny i całokształtu nigdy nie znajdziemy. Można więc błędnie rozpoznać: niezbyt żołądka, wrzód okrągły, rozstrzeń, nerwicę żołądka, enteroptozę, kolkę ołowianą, żółciową, nerkową nerwicę serca, hypochondryę, hysteryę i t. d.

Objawy, jakie udało mi się spostrzegać u swoich chorych, były następujące: bóle, o których niżej, czasem banalne objawy dyspeptyczne, o których co do ich wartości rozpoznawczej nic powiedzieć nie mogę i wreszcie w y m i o t y, objaw niezbyt częsty.

Jak sobie te objawy tłumaczyć?

Trudno przypuszczać, aby mechaniczne pociąganie żołądka wywoływało je; słusznym będzie pogląd GUSENBAUERA²²⁾, który twierdzi, że naczynia i nerwy, zrośnięte z otrzewnią, a przechodzące z głębi do powierzchni przez wąską szczelinę wrót przepuklinowych, zostają ściśnięte przez kurczące się mięśnie brzuszne. Ucisk ten powoduje podrażnienie nerwów, które na drodze odruchowej wywołuje wszystkie, wyłuszczone wyżej objawy.

Jak rozpoznajemy przepuklinę nadbrzuszną?

„Ból dołka” jest tu, jak zaznaczyłem objawem głównym. Ale bóle dołka znajdziemy w olbrzymim dziale patologii szczegółowej, że wymienię tu: nerwice powierzchowne i głębokie, cierpienia naczyń i serca, żołądka, otrzewni i wątroby, trzustki, kiszek, nerek, zapalenie ucha średniego, wiać rdzenia, bezwład postępujący i t. d. Musimy więc zdawać sobie sprawę z tego bardzo ważnego, lecz niewiele mówiącego objawu, aby mu w obrazie cierpienia wyznaczyć miejsce należyte. Sądzę, że da się scharakteryzować w ten sposób: jest on zwykle krótkotrwały, lecz dotkliwy, klujący lub przeszywający, prawie zawsze odnosi się do środka dołka, zkaż czasem promieniuje, czasem wywołuje mdłości i wymioty, powtarza się często, zwykle nie zależy od stopnia napełnienia żołądka lub czczości, natomiast zawsze prawie występuje lub zwiększa się przy wysiłkach chorego np. nachyleniu się, podnoszeniu ciężarów i przechyleniu ku tyłowi, nieraz już przy chodzeniu. Ponieważ zwracam uwagę na te objawy od lat kilkunastu, zdarzyło się kilkakrotnie, że rozpoznałem przepuklinę jedynie z wywiadów.

Musimy się strzedz, aby bólu tego nie przypisywać mięśniom prostym brzucha, które w reumatyzmie mięśniowym dają zbliżony obraz chorobowy i *vice versa*. W przypadkach wątpliwych winniśmy odróżnić ból ten od neuralgii nadbrzuszej (*neur. epigastrica*), która jest równoważnikiem *neur. międzyżebrowej* na klatce piersiowej i często wskazuje cierpienie organiczne głębiej położonych narządów. W tym razie, rzecz prosta, nie znajdziemy przepukliny, natomiast, ujmując w fałdę rozmaite części skóry dołka i uciskając je kolejno, natrafimy na punkty, dotkliwie bolesne; badanie to, kilkakrotnie powtarzane, zawsze wskaże miejsca te same, leżące na linii

²¹⁾ l. c.

²²⁾ l. c.

nerwu. W różniczkowe rozpoznawanie, wogóle, wdawać się tu, rzecz prosta, nie można.

Jeżeli chory w danej chwili ma ból z powodu przepukliny w pozycji stojącej, to przy leżeniu ból znika zazwyczaj, a zjawia się znów, gdy chory wstanie lub gdy będziemy palcem wskazującym prowadzić po linii środkowej zgóry nadół, wywołując przy tem lekki ucisk. Natrafimy wówczas często na małe wgłębienie lub na drobne ciało-guzik. Guzik ten przy ucisku palcem w dwóch kierunkach, wymyka się nieraz, wypukła podczas kaszlu i na ucisk bywa bolesny. Często słyszymy przytem lekki szmer bulgotania lub syczenia. Szmer ten porównałbym do odgłosu, jaki słychać podczas obmacywania jamy brzusznej; różni się od niego jedynie stopniem nasilenia, a zależy prawdopodobnie od przeciskania się płynu wraz z gazem przez wąski otwór. U chorych otyłych rozpoznanie napotyka na duże, nieprzewyciężone nieraz, przeszkody.

Dolączę jeszcze tutaj wskazówkę, mającą pewną wartość ogólnie rozpoznawczą. Należy, jak sądzę, w każdym przypadku, gdy chory skarży się na bóle, a nawet i bez bólu, wykonywać kilkakrotnie ucisk palcem na linii środkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka. Niejednokrotnie ułatwia to rozpoznanie przepukliny nawet tam, gdzieśmy wcale jej nie podejrzewali.

Jeszcze słów kilka o leczeniu.

Zadaniem naszym powinno być łagodzenie lub usunięcie cierpienia. Odradzimy więc choremu wysiłek nadmierny, który, jak wiemy, odgrywa tu rolę najważniejszą. Łatwo pojąć, że zapisywana w obfitości chorym tym belladonna, codeina, morfina i t. p. nie ma wpływu żadnego, prócz chwilowej ulgi, a leczenie wodami karlsbadzkimi, ani w kraju, ani na miejscu, również nie wpłynie korzystnie. Wszędzie należy wypróbować działanie paska, uciskającego odprowadzalną przepuklinę, gdyż w razie zrostu jest on bezcelowy i bólu nie łagodzi. Pasek niezawsze spełnia dobrze swoje zadanie. Dawniej stosowany trzygroszniak również źle się trzyma pod plastrem lepkiem. Czasem zalecimy choremu leżenie przez czas pewien w łóżku, gdy objawy się nasilają. Radykalnym środkiem będzie, rzecz prosta, operacja, stosunkowo drobny zabieg, na który chorzy niechętnie się zgadzają z chwilą, gdy się dowiedzą o przyczynie cierpienia. Mam to wrażenie, że wystarcza im wiadomość o źródle cierpienia. Będzie jednakże naszym obowiązkiem operacyę choremu zalecić w razie uporczywości cierpienia, skazującego chorego na dłuższą bezczynność i niemożność zarobkowania. Nawroty pooperacyjne zdarzają się rzadko.

STRESZCZENIA.

Medycyna wewnętrzna

106. Wilms. O rozpoznawaniu i leczeniu nieprzewidywanych wrzodów dwunastnicy.

Dane o częstości wrzodów dwunastnicy są u rozmaitych autorów bardzo różne. Rzecz ta jednak powinna zasługiwać na baczniej-

szą uwagę z tego względu, że rokowanie co do zejścia w przypadkach pęknięcia owrzodzonej dwunastnicy jest znacznie gorsze, niż w przypadkach wrzodu żołądka, a to z tego względu, że początek wrzodu dwunastnicy jest zwykle nie tak gwałtowny, jak wrzodu żołądka, następnie zrosty tworzą się tu względnie rzadko, wreszcie po pęknięciu

wrzodu dwunastnicy powstaje często ropowica pozaotrzewnowa. A jednak leczenie chirurgiczne wrzodu dwunastnicy znajduje rzadko zastosowanie. Co się tyczy metody operacyjnej, to należy zaznaczyć, że gastroenterostomia, nie stanowi zabiegu celowego, ponieważ nie chroni kiszek od przenikania do niej zawartości żołądka. Z drugiej znów strony rozpoznanie umiejscowienia wrzodu dwunastnicy, nawet po otwarciu jamy brzusznej, następuje w wielu przypadkach pewne trudności; mając to na względzie autor postępuje w sposób następujący. W pobliżu oddźwiernika na przedniej ścianie żołądka nakłada szew, nacina ścianę żołądka na miejscu objętym przez szew, w utworzony otwór wprowadza palec, pokryty cienkim kondomem i natychmiast zaciska szew u podstawy palca, który przesuwa do dwunastnicy. Ponieważ wrzody sadowią się zazwyczaj tuż poniżej odźwiernika, przeto w podany sposób łatwo je można wymacać i dokładnie określić siedlisko. Po ukończeniu lokalizacji wrzodu autor obszywa od zewnątrz wrzód cały, zaciąga szew i wtłacza powstałą w ten sposób fałdę do światła kiszek. Zabieg ten nie następuje żadnych trudności szczególnych i nie staje się przyczyną zwężenia światła kiszek i wtłoczona fałda ulega zgorzeli, a na miejscu szwu powstaje mocna i trwała blizna. Autor już od dłuższego czasu operuje w podany wyżej sposób i otrzymuje bardzo dobre wyniki.

(Münch. med. Woch., Nr. 13—1910).

K. Z

Choroby gardła i uszu.

107. P. Gibert. Klasyfikacja zakrzepów zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej wewnętrznej.

Formowanie się zakrzepu żylnego w bliskości ogniska zapalnego należy uważać z punktu widzenia patologii za objaw wysoce pożądaną, za objaw samoobrony organizmu przez wytwarzanie baryery, zapobiegającej do pewnego stopnia szerzeniu się zarazy. Wychodząc z tego założenia, na zasadzie 35 spostrzeganych i dokładnie opisanych przypadków autor dzieli zakrzepy zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej wewnętrznej, które

zazwyczaj występują jako powikłania w cierpieniach ucha średniego, *resp.* wyrostka sutkowego, na trzy grupy: septyczną (*forme phlébitique*), nekrotyczną (*nécro-gène*) i zakrzepową (*thrombo-phlébitique*). Grupa pierwsza odznacza się niezwykłą złośliwością i spotyka się w cierpieniach tak ostrych, jak przewlekłych ucha średniego; pomimo obecności wszelkich objawów klinicznych zakażenia żył, ani w zatoce poprzecznej, ani w żyły jarzmowej wewnętrznej zakrzepu w tych razach nie znajdziemy. Cechą grupy drugiej, nie mniej złośliwej, lecz o wiele częściej spotykanej, są zmiany miejscowe w zatoce poprzecznej; widzimy tu na znacznej przestrzeni ropę w zatoce lub też zgorzel jej ścian z rozpadem cuchnącym zakrzepu. Żyła jarzmowa przedstawia się zazwyczaj normalnie.

Do grupy trzeciej autor zalicza przypadki zakrzepu „solidnego” (*résistant*) odcinka pionowego i cząstki odcinka poziomego zatoki poprzecznej; zakrzep taki przechodzi zwykle w dół przez opuszkę żyły jarzmowej (*bulbus*) na szyję. Grupa trzecia daje rokowanie najpomyślniejsze.

Zwróciwszy następnie uwagę na to, że zaburzenia żyłne zdarzają się dość często, wbrew ogólnie przyjętej zasadzie, po ostrych zapaleniach ucha średniego (21 przypadków na 35) i że równie często spotykają się u ludzi dorosłych, jak i u dzieci, po stronie prawej, jak i lewej, autor zastanawia się nad następującymi trzema pytaniami: 1) jak rozpoznać zapalenie zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej wewnętrznej, 2) do jakiej je grupy zaliczyć i 3) jak określić na zasadzie objawów klinicznych siedlisko zapalenia. Rozpoznanie zajęcia zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej stawiamy na zasadzie obecności objawów ogólnych, jako to: wychudzenia, wyglądu wystraszonego, języka suchego, sinicy, a głównie dreszczów wstrząsających i podniesionej ciepłoty. Objawów miejscowych bywa dość często brak. Do klasycznych należą: obecność sznura bolesnego wzdłuż przebiegu żyły jarzmowej wewnętrznej, obrzmienie (*empâtement*) szyi, rozszerzenie żył powierzchownych i powiększenie i bolesność gruczołów chłonnych szyjowych. Badanie krwi i cieczy mózgo-

rdzeniowej też daje pewien punkt oparcia. Jeśli podczas zapalenia ucha średniego po dokonaniu przekłuciu bębienka występuje jakieś powikłanie, i znajdujemy we krwi więcej niż 20000 ciałek białych w 1 młm. sz., a pośród nich 90% wielojądrowych, należy przypuszczać, że wywiązało się albo zapalenie opon, albo zapalenie żył. Brak tedy elementów morfologicznych w płynie mózgo-rdzeniowym przemawia za zajęciem zatoki poprzecznej i przeciw zapaleniu opon mózgowych. O tem, że mamy do czynienia z formą cięższą, sądzymy poniekąd z objawów ogólnych; mianowicie w grupie septycznej i nekrotycznej spostrzegamy zwykle bardzo częste i bardzo silne dreszcze wstrząsające, przyczem wygląd chorego bywa wprost zastraszający. Co się tyczy dokładnego określenia siedliska cierpienia w żyłach, żaden z objawów nie jest pewny, albowiem nawet w zakrzepie żyły jarzmowej wzdłuż całej szyi dość często owego sznura bolesnego nie wyczuwamy.

Rokowanie w cierpieniach zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej wewnętrznej przed operacją nie może być ściśle zrobione. Gdy jednak stwierdzimy na stole operacyjnym, że mamy do czynienia z formą septyczną, rokowanie staje się jaknajgorsze (na 5 przypadków 4 śmiertelne). Nie ustępuje jej w niczem rokowanie w przypadkach grupy nekrotycznej (14 przypadków śmiertelnych na 17 operowanych), i dopiero grupa trzecia zakrzepowa daje niemal z pewnością wyniki pooperacyjne dodatnie (2 przyp. śmierci na 13 operowanych).

Zadaniem terapii w cierpieniach powyższych jest odciąć ognisko żyłne tak od góry, jak od dołu, co skuteczniamy zapomocą tamponu od strony spływu zatok (*confluens sinuum*) i zapomocą podwiązania żyły jarzmowej w miejscu zdrowem. Zdawałoby się, że ze względów na „aseptykę“ zawsze należałoby naprzód podwiązywać żyłę jarzmową na szyi, a następnie dopiero przystępować do oczyszczania wyrostka zropiałego i zatoki zakażonej. W praktyce jednak postępujemy zazwyczaj odwrotnie dlatego, że nie zawsze udaje się przed operacją ściśle rozpoznanie zapalenia zatoki i żyły jarzmowej zrobić, i dopiero zmiany, znalezione po

oddłutowaniu kości czaszkowych, upoważniają nas do tak radykalnego zabiegu, jak podwiązanie żyły na szyi.

Autor jest kategorycznym zwolennikiem podwiązania w przypadkach odpowiednich żyły jarzmowej, natomiast uważa za całkiem niestosowne i niebezpieczne otwieranie samej opuszki żyły jarzmowej (*bulbus venae jugularis*), jako zabieg bardzo ciężki i przeciągający operację u niemal konającego pacjenta.

(Ann. de mal. del'or. 1909, Nr. 12).

108. Franck O. Tracheotomia poprzeczna.

Nie bacząc na wstrętą bliznę, która pozostaje na całe życie po zwykłym podłużnym cięciu tchawicy nie uczyniono dotychczas, coby szpeceniu temu zapobiegało. Historia tracheotomii wskazuje, że już Antyllus przecinał tchawicę poprzecznie. Fabricyus jednak w wieku 16-ym, wychodząc z założenia, że przy przecinaniu grdyki w poprzek narażamy się na znaczne krwawienie, sposób Antyllusa odrzucił i wprowadził cięcie podłużne, którego się po dziś dzień niewolniczo trzymamy. Krwawienie takie powstaje głównie na skutek przecięcia wpoprzek silnie obrzmiałych podczas duszenia się żył jarzmowych przednich. Można go atoli uniknąć z tego choćby względu, że żyły powyższe leżą pod mięśniem szerokim szyi (platysma) i nie przylegają wcale do skóry, którą unosimy podczas operacji w postaci fałdy podłużnej do góry i przecinamy nożem wpoprzek. Cięcie poprzeczne skóry odpowiada nie tylko wymaganiom kosmetyki, lecz i fizjologii, albowiem formowanie się podczas ruchów głowy składek poprzecznych na szyi wskazuje, że i bliźny po operacjach na szyi winny być, rzecz prosta, poprzeczne. Cięcie poprzeczne skóry po założeniu rurki do tchawicy goi się zwykle „*per primam*“, czemu sprzyja nieobecność kąta dolnego w ranie, do którego niemal zawsze ścieka wydzielina zakażona z dróg oddechowych. Wydzielina ta przy cięciu poprzecznym nie styka się niemal wcale z linią szwów i nie wywołuje ich ropienia. Tym sposobem już po upływie trzech tygodni śladu po tracheotomii nie bywa. Cięcie poprzeczne skóry ułatwia też dalsze postępowanie przy

tracheotomii. Wiadomem jest, że przy przecinaniu skóry wzdłuż najmniejsze zboczenie od linii środkowej prócz tego, że operację utrudnia i przedłuża, naraża operującego na różne powikłania, jak to: niemożność znalezienia tchawicy, uszkodzenia grubszych naczyń tarczowych, a nawet tętnicy szyjowej i przelyku (MORITZ SCHMIDT, PASSAVANT). Należy bowiem przypomnieć sobie, że tchawicę przecinamy często w warunkach niezwykłych, niekiedy bez asystentów i w nadzwyczajnym pośpiechu.

Przeciawszy skórę na szyi w poprzek i zarzuciwszy głowę chorego zlekka w tył, odrazu otrzymujemy szeroko rozwartą poprzeczną ranę owalną, wzdłuż której na dnie prześwieca linia biała, po bokach jej żyłki jarzmowe przednie, pod nimi mięśnie mostkogrdykowe, a na zewnątrz od nich mięśnie łopatkogrdykowe. Zbyteczne są tu wszelkie haki do rozwierania rany. Po przedostaniu się na tępo do tchawicy, spychamy palcem lewej ręki cieśń tarczy (*isthmus*) nieco ku dołowi i przecinamy tchawicę w poprzek tuż pod chrząstką pierścieniową (autor zaleca

przeważnie tracheotomią górną, jako prawie że nie dającą krwotoków wtórnych). Z założeniem rurki niema się co spieszyć, gdyż i tu otwór przy zarzuconej do tyłu głowie jest rozwarty, tak że chory nie dusi się i bez rurki, na którą możemy spokojnie przez dość długi czas czekać. Cięcie poprzeczne samej tchawicy po usunięciu rurki zarasta znakomicie i bez wszelkiego „defektu“, czemu sprzyja normalne ułożenie głowy i działanie mięśni powierzchownych szyjowych.

Autor tym sposobem do tracheotomii używa jedynie noża, rurki i igieł, podnosi skórę na szyi w składkę, przecina ją w poprzek ponad chrząstką pierścieniową na przestrzeni 4—5 cent., zarzuca głowę chorego w tył, przedostaje się na tępo po przez linie białą do cieśni tarczy, spycha ją palcem na dół i przecina tchawicę w poprzek tuż pod chrząstką pierścieniową; to ostatnie cięcie przedłuża nieco w boki, wstawia rurkę i zszywa ranę aż do samej rurki z obu stron.

Münch. Med. Woch. 1910 № 6.

Szleifstein.

BIBLIOGRAFIA

Beiträge zur Kriegsheilkunde aus der Hilfstätigkeit der Deutschen Vereine von Rothen Kreuz während des Russisch-Japanischen Krieges 1904—1905. Nakładem Friedricha Engelmanna, w Lipsku, 1908 r.

Pod powyższym tytułem wyszło obszernie dzieło, zawierające naukowe sprawozdanie z działalności niemieckich oddziałów Czerwonego Krzyża podczas wojny rosyjsko-japońskiej 1904/5 r., wydane przez komitet centralny niemieckich stowarzyszeń Czerwonego Krzyża w Berlinie. Dzieło to zawiera 431 str. druku wielkiego formatu, 14 tablic, 12 krzywych temperatur i 112 rysunków w tekście. Książka składa się z dwóch części, a mianowicie ze sprawozdania z działalności lekarskiej w Mandżurji i ze sprawozdania z działalności w Japonii. Pierwszą część opracowali uczestnicy ekspedycji do Mandżurji: d-r BRENTANO, d-r COLMERS i prof. SCHÜTZE,

drugą zaś prof. HENLE. W części ogólnej d-r BRENTANO opisuje podróż do Charbina przez Petersburg, Moskwę, Irkuck, Czytę, i następnie szczegółowo samo urządzenie szpitala czasowego w Charbinie. Szczegóły opisywane przez d-ra BRENTANO są nadzwyczaj ciekawe; dowiadujemy się o wspaniałej organizacji i znakomitem zaprowiantowaniu czasowych szpitali niemieckich we wszystkie najnowsze urządzenia, że tu wspomnę o gabinecie Roentgenowskim i pracowni bakteriologicznej, nie mówiąc już o aseptycznej sali operacyjnej. Sprawozdanie naukowe z czynności oddziału chirurgicznego opracowali d-r BRENTANO i COLMERS, zaś sprawozdanie z oddziału wewnętrznego prof. SCHÜTZE. Niemniej ciekawe jest sprawozdanie z oddziału Czerwonego Krzyża, funkcjonującego w Tokio. Sprawozdanie prof. HENLE, zawiera opisy bardzo pouczających przypadków, opatrzo-

nych doskonałymi zdjęciami röntgenograficznymi.

Niepodobna mi w tem krótkim sprawozdaniu wdawać się w szczegóły, zawarte w interesującej książce, zaznaczyć tylko mu-

sze, że może ona służyć za wzór, według którego należałoby ogłaszać naukowe sprawozdania z działalności szpitali. Druk, papier i rysunki bez zarzutu.

L. Guranowski.

Trzydziesty dziewiąty Zjazd chirurgów w Berlinie

podał Aleksander Zawadzki. (Ciąg dalszy).

Referentem leczenia chirurgicznego sposobem FOERSTERA choroby LITTLEA oraz pokrewnych jej stanów spastycznych był prof. RÜTTNER z Wrocławia. Choroba LITTLEA — dwustronne skurczowe porażenie mózgowe (*diplegia spastica cerebialis*) jest najczęściej wrodzona, odróżnić ją od władu kurczowego (cierpienia pęczków piramidalnych rdzenia) można na tej właśnie zasadzie; od histeryi obie poprzednie odróżnia brak w tej ostatniej klonicznego odruchu stopy lub odruchu BABIŃSKIEGO, który stwierdza zajęcie organiczne pęczków piramidalnych. FOERSTER obmyślił swoją operację na następujących zasadach: czy to w chorobie LITTLEA, czy też we władzie kurczowym spastyczne przykurczenia mięśni zależne są od braku hamulców dla odruchowych spastycznych skurczów, wobec czego mięśnie na najmniejsze nawet obwodowe podrażnienie odpowiadają stałym skurczem. Ponieważ ani korowego cierpienia, ani zmian w pęczkach piramidalnych rdzenia usunąć nie sposób, przeto, zmniejszając do minimum możność obwodowego podrażnienia danej gromady mięśni, będziemy mogli przeciwdziałać przykurczeniom.

Cel ten osiąga FOERSTER za pomocą przecinania pewnych korzonków tylnych, należących do tych odcinków rdzenia, które innerwują dane gromady mięśniowe. Tą więc drogą bez wywołania (przecinamy nie wszystkie korzonki) zaburzeń czuciowych osiągamy znaczne zmniejszenie obwodowego podraż-

nienia, a tem samem zniesienie stanu kurczowego mięśni. Pierwszy raz wykonał i obmyślił technikę tej operacji prof. TIETZE z Wrocławia (uczeń MIKULICZA) FOERSTER szczęśliwszy był od MAGARRINIEGO z Rzymu, który 11 lat temu zaproponował podobną operację w napadach wladowych, lecz nie znalazł chirurga, któryby myśl jego w czyn zamienił to też FOERSTER winien być wdzięczny TIETZEMU za urzeczywistnienie swoich teoretycznych wywodów, (przypisek sprawozdawcy).

KÜTTNER wykonał tę operację u dziesięciu chorych, żaden z nich nie umarł, tylko jeden z liczby tych dziesięciu mógł przed operacją poruszać się z miejsca, aczkolwiek z wielką trudnością, inni nie mogli ani stać, ani chodzić, pięciu zaś nie mogło nawet siedzieć, pozostawać musieli w łóżku. Wszyscy ci chorzy pod komendą FOERSTERA, spacerowali wobec uczestników zjazdu, bądź prowadzeni przezeń za rękę, bądź o kulach; operację tę KÜTTNER radzi wykonywać w dwa tempa, a dla uniknięcia znacznej utraty płynu mózgowo-rdzeniowego układu chorych w położeniu TRENDELENBURGA. Po operacji należy z wielką cierpliwością prowadzić naukę posiłkowania się dolnemi kończynami.

W dyskusyi FOERSTER komunikuje wyniki tych operacji, wykonanych przez GORSTEINA (5 przypadków), który jest zwolennikiem kończenia zabiegu w jednym tempie, a po operacji nakładania gipsowego gorsetu.
(C d. n.).

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława

za czas od 14 marca do 14 kwietnia 1910 r.

Jeszcze 5 pawilonów szpitalnych było zajętych chorymi na ospę naturalną w ciągu całego miesiąca sprawozdawczego. Biorąc pod uwagę poprzednie ogniska zarazy ospowej, wykazane już w sprawozdaniach z poszczególnych miesięcy, bez przesady stwierdzić można, iż za bardzo nielicznymi wyjątkami w jednym lub kilku domach przy wszystkich ulicach miasta Warszawy znajdował się większy lub mniejszy kontyngens chorych na ospę naturalną. W miesiącu omawianym największą liczbę mieszkań — siedlisk zarazy ospowej — wykazują domy przy ulicach: Franciszkańskiej (8 domów), Grzybowskiej (3 domy), Krochmalnej (5 domów) Mokotowskiej (9 domów), Nizkiej (3 domy), Nowy Świat (3 domy) Pańskiej (6 domów), Wołyńskiej (4 domy), Żelaznej (3 domy). Chorzy na ospę naturalną zgrupowani według zajęć dają następujące cyfry: służących 25, dzieci wyrobników 23, dzieci drobnych handlarzy 20, szewców 10, żon wyrobników 8, wyrobników 5; następnie byli zanotowani: 1 aktor, 2 czapników, 1 żona drukarza, 1 elektrotechnik, 1 żona doróżkarza, 1 dziecko gisera, 1 kucharka, 2 kowali, 1 introligator, 1 dziecko introligatora, 5 żon handlarzy, 4 kamaszników, 1 żona kolejarza, 2 dzieci kolejarzy, 3 krawców, 1 uczeń krawiecki, 1 żona krawca, 2 dzieci krawca, 1 dziecko malarza, 3 piekarzy, 1 uczeń piekarski, 1 dziecko szewca, 3 ślusarzy, 1 sklepowa, 2 szmuklerki, 3 ślusarzy, 1 stolarz, 1 dziecko stolarza, szwaczek 6, dzieci stróży 2, 2 subjektki, 1 tapicer, 2 żony tragarzy, 2 dzieci na wychowaniu.

Ogółem w miesiącu omawianym przybyło 123 chorych na ospę naturalną, w tym 52 wcale nieszczepionych od urodzenia, między przybyłymi okazało się 61 osobników wyznania mojżeszowego, 57 katolików, 2 machometan 1 prawosławny; z poprzedniego miesiąca pozostało 125 (64 m. 61 k.), wypisano zdrowych, 117 (56 m. 61 k.), przeprowadzono do szpitala na Czystem i Dzieciątka Jezus po przebyciu ospy 4 (1 m. 3 k.), zmarło 23, pozostawało na miesiąc następny 105 (62 m. 43 k.).

Zejszcia śmiertelne u chorych na ospę dają się podzielić na 5 kategorii: I-a 5 zejść śmiertelnych postaci ospy naturalnej krwotocznej (czarnej) u osobników albo wcale nie szczepionych lub być może szczepionych lecz bezskutecznie, a mianowicie: 1) u 15 letniej wyrobnicy wyznania mojżeszowego, szczepionej bez skutku, 2) u 18 letniego terminatora piekarskiego, ewangelika, szczepionego bezskutecznie, 3) 22 letnia katoliczka służącą nieszczepiona od urodzenia, 4) 27 letnia żona krawca wyznania mojżeszowego (7-io miesięczny przedwczesny poród), 5) 30 letnia katoliczka przy mężu stróża drogi żelaznej trespolskiej; II-a kategoria 8 zejść śmiertelnych u dzieci nieletnich nieszczepionych wcale: 1) 6 mieś. dziewczyna wyznania mojżeszowego przy rodzicach, 2) 6 mieś. chłopiec katolik przy rodzicach, 3) 6 mieś. dziewczynka wyznania mojżeszowego przy rodzicach 9 m. chłopca wyznania mojżeszowego przy rodzicach, 5) 12 m. córka tragarza wyznania mojżeszowego, 6) 2 letni chłopiec katolik przy matce, 7) 3 letni katolik przy matce, 8) 5 letnia córka handlarza wyznania mojżeszowego. III-a kategoria, 5 zejść śmiertelnych u osobników nie szczepionych od urodzenia lub szczepionych bezskutecznie przy obecnych komplikacjach chorobowych; 1) u 3 letniej dziewczynki katoliczki skutkiem komplikacji ospy dyfterytem krtani i oka., 2) u 12 letniego katolika przy ojcu stróżu domu obok komplikacji ospy zapaleniem rogówki lewego oka, 3) u 18 letniej katoliczki służącej skutkiem ogólnego zakażenia krwi, 4) u 18 letniego katolika szewca skutkiem zapalenia płuc, 5) u 24 letniej katoliczki żony robotnika skutkiem komplikacji zapalenia nerek i licznych owrzodzeń. IV-a kategoria, 3 przypadki formy ospy zapadającej się płaskiej: 1) 10 m. chłopiec wyznania mojżeszowego, nie szczepiony od urodzenia, 2) 6 letni katolik przy rodzicach, 3) 36 letnia służąca wyznania mojżeszowego. V-a 2 przypadki formy ospy zle-

wającej się: 1) 4 letni chłopiec katolik przy matce, 2) 18 letnia katoliczka służąca.

Chorzy na ospę naturalną przybyli z następujących ulic i domów: Al. Jerozolimskie 115 (3 przypadki), Al. Ujazdowskie 6, 14, Białostocka 1, Chmielna 98, Chłodna 62, Franciszkańska 8 (2 przypadki), 12, 21, 24, 26, 29 (2 przypadki), Freta 51, Folwarczana 6, Grzybowska 14, 18, 72, Karolkowa 5, Łucka, 18, Kapucyńska 3, Karowa 4, Kupiecka 6, 10, Konopacka 16, Krochmalna 13 (2 przypadki), 24 (2 przypadki), 54, Instytutowa 10, Leszczyńska 16, Młynarska 12, Miła 32, Mokotowska 25, 32, 34, 61, (Burakowska 4), Muranowska 38 (2 przypadki), Nalewki 39, Nowokarmelicka 5, 14, Nowogrodzka 44, Nizka 14, 43, 46, Nowolipie 57, 63, Nowolipki 23, 38, Nowowska 8, Nowowiejska 9, Nowy-Świat 24, 28, 29, Ogrodowa 27, 31, Ostrowska 12, Okopowa 44 (2 przypadki), Pańska 10 (2 przypadki), 25, 28, 44, 93, Pawia 64, Plac Witkowskiego 11, Rynkowa 1, Smocza 55, Prosta 55, Stalowa 1 (2 przypadki), Szczęśliwa 7, Ś-to Jerska 15, Solna 5, 19, Strzelecka 21, Średnia 21,

Szeroka 13, Tarczyńska 25, Targowa 16, 21, 22, 23, 25, 32 (2 przypadki), Twarda 58, 61, Wolska 15, Wspólna 26, 63, Wołyńska 23 (3 przypadki), 33, Wronia 33 (2 przypadki), 36, Żąbkowska 11 (2 przypadki), 15, 30, Zimna 3 (2 przypadki), Złota 98, Żelazna 6, 30, 44. Ogółem 248 chorych na ospę naturalną przebyło 3325 dni szpitalnych.

Oprócz tego z miesiąca poprzedniego pozostało 1 m. na odrę przeprowadzono do szpitala na Czystem, 1 k. przybyła na odrę i pozostała na miesiąc następny, 1 m. na niezyt żołądka przeprowadzono do szpitala Dzieciątka Jezus, 1 m. na grypę pozostał na miesiąc następny, 9 k. na obserwacji, z których 8 wypisano zdrowymi, 1 k. przeprowadzono do szpitala Dzieciątka Jezus i 5 matek przy dzieciach chorych na ospę wypisano zdrowymi.

Biletów odmownych chorym, niekwalifikującym się do szpitala, w miesiącu sprawozdawczym wydano 13 (6 m. 7 k.).

Zamiejscowych chorych przybyło 15 (9 m. 6 k.)

Śmiertelność miesięczna 8,61‰.

Wiadomości bieżące.

— Kasa chorych lekarzy wypłaciła do tej pory odszkodowania za dni choroby 4 lekarzom, dla uzupełnienia funduszu obrotowego członkowie w liczbie 140 pociągani byli już dwukrotnie. Na zebraniu dyskusyjnym postanowiono o wpłatach zawiadamiać członków przez pisma lekarskie oraz pocztą, pozostawiając tydzień czasu na wzniesienie należności, po tygodniu posyłać inkasenta z doliczeniem za inkasso po 20 kop. za każdy tydzień opóźnienia; gdyby uczestnik nie wniósł opłaty w ciągu 4 tygodni zostaje wykreślony z kasy i traci prawo do odszkodowań. Wyjątek stanowią lipiec i sierpień z powodu nieobecności większej liczby lekarzy.

— W d 12 b. m. odbyło się posiedzenie Wydziału III-go Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, na którym ogłoszone zostały następujące komunikaty:

1. P. Sł. Miklaszewski: „Gleby powiatu Zamiejskiego”.

2. P. J. Lewiński: „Przyczynę do zna-

jomości utworów górnojurajskich na Kujawach”.

3. P. Z. Wójcicki: „Przyczynę do cytologii t. zw. tkanki hyperhydraulicznej”.

4. P. St. Sterling: „O asymetrii czaszki wielorybów” (przedstawił p. J. Tur).

5. P. W. Smosarski: „O długości usłonecznienia w Warszawie” (przedstawił p. W. Gorczyński).

6. P. J. Tur: „O rozrastaniu się pola naczyniowego u zarodków normalnych i platyneurycznych”.

— W ostatnim zesz. Zdrowia kol. J. Jaworski umieszcza referat na Kongres narodowy Polski w Ameryce w sprawie zjazdów międzynarodowych. Autor domaga się, aby nasze Tow. naukowe każdorazowo zwracały się do komitetów organizacyjnych o utworzenie komitetu narodowego polskiego na zasadach ogólnych, aby w razie odmowy Tow. naukowe polskie wydawały w języku polskim i francuskim spis prac za ostatnie 5—10

lecie z danej dziedziny nauki, wreszcie Komitet polski na zjazdach naukowych międzynarodowych powinien dawać własne referaty lub koreferaty z prac autorów polskich. Autor jest zdania, że milczeniem, biernym zachowaniem się, nieobecnością na kongresach nie osiągnąć nie zdołamy.

Nam się zdaje, że dopóki zjazdy będą nosić charakter między państwowych, a nie międzynarodowych, dopóki nie wejdzie w życie projekt, aby organizacja zjazdów przeszła w ręce towarzystw lekarskich z wyłączeniem wszelkich czynników rządowych, dopóty o uznaniu praw naszych nie może być mowy, a tam gdzie praw nam nie przyznają, nie powinniśmy brać udziału, ani się z naszymi pracami napraszać, a tembardziej sterować pod obcą flagą.

— Redakcja Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego ogłasza konkurs na pracę doświadczalną oryginalną z dziedziny pokrewnej chirurgii.

Konkursem objęte są prace, złożone w rękopisie do redakcyi do 30/VI 1911 r. autor najlepszej pracy otrzyma rb. 100. Praca wydrukowana będzie w piśmie na warunkach zwykłych.

Skład sądu wybierze komitet redakcyjny Przeglądu.

— W czerwcu upływa 35-lecie pracy szpitalnej prof. Pareńskiego w Krakowie, dla uczczenia jubilatą w Krakowie zbierają składki na fundusz jego imienia.

— W Lublinie lekarze zorganizowali stałą pomoc lekarską w nocy. Średni zarobek lekarza za całą noc wynosił 10 rb. 56 k. Mimo to postanowiono nie zaprzestawać dyżurów.

Zmarli

Dnia 28 z. m. zmarł jeden ze starszych lekarzy prowincjonalnych **Ś. p. Teodor Stępnick**. Zmarły urodził się w 1849 roku, skończył, a potem uniwersytet ukończył w Warszawie w 1876 roku, poczem osiadł w Wyszkuwie; wkrótce z powodu wojny rossyjsko-tureckiej powołany był jako lekarz zapasowy i odbył całą kampanię częściowo w szeregach na placu boju, częściowo jako lekarz wojsko-

wy okrętowy. Po kampanii tureckiej wyjechał na krótki czas dla studyów do Paryża, poczem wrócił do Wyszkuwa. Z górą 30 lat praktykował w tamtych okolicach. Słynął jako dobry lekarz i dobry obywatel kraju. Jako lekarz szedł równoległe z postępami wiedzy lekarskiej, jako kolega i człowiek odznaczał się wielką szlachetnością charakteru co jednało mu przyjaciół, zmuszało ludzi do szacunku względem niego.

Niezmiernie energiczny i czynny, przyjmował udział w dwóch epidemiach cholery, był lekarzem kolejowym (ratował sam jeden rannych podczas pamiętnej katastrofy w Tłuszczu), dniem i nocą wezwany, spieszył z pomocą. Lubiany przez okolicznych ziemian, ubogą ludność wieśniaczą, ubóstwiany był prawie przez miejscową ludność żydowską. Wiadomości swoje lekarskie uzupełniał wciąż przez czytanie oraz przez odwiedzanie częste szpitala na Pradze, dokąd przysyłał chorych, wymagających dla rozpoznania choroby szczególnych badań, obserwacji lub zabiegu operacyjnego — chorych tych często odwiedzał — uczył się.

Jako obywatel położył dla Wyszkuwa i jego okolic znaczne zasługi: założył straż ogniową, wybudował gmach dla niej, zorganizował orkiestrę strażacką, założył kasę pożyczkową. Jako pełnomocnik gminy uprządkował kasę gminną, należał do bardzo czynnych założycieli Macierzy i jej szkół.

Życie czynne, pełne trosk i trudów zwolna czyniło szczyrby na żelaznym organizmie; od paru lat z powodu choroby nerek, trapiący ciąglą prawie dusznicą musiał praktykę porzucić, mimo, że mozolna, długoletnia praca nie dała mu możności zupełnego zapewnienia bytu rodzinie.

Liczne mowy, wygłoszone nad mogiłą zmarłego, liczny udział w pogrzebie jego mieszkańców trzech przyległych gubernii dowiodły, jak wielce ceniony był wśród swoich. Niechaj mu ojczysta ziemia, dla której szczerze pracował, którą kochać potrafił, lekka będzie.

Aleksander Zawadzki.

— Dnia 8 maja rozstał się ze światem dr **Władysław Freudenson** jeden z najstarszych ordynatorów szpitala na Czystem.

Urodzony w Warszawie w r. 1849 otrzy-

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nie prawidłowej wymiany materji.

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany materji i wzmagając zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczianów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,
PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,
ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,
WZMAGA DIUREZĘ

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tablecie, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształ Nowo-karlsbadzkie kryształy Dr. Brackebuscha

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

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

Glicerofosfat ziarnisty Magistra Klawe.

Glicerofosf. ziarn. z żelazem Magistra Klawe.

D-r Franciszek CHŁAPOWSKI

ordynuje i w tym sezonie
w Bad Kissingen, Printzregentenstrasse
1, gdzie ma własny pensjonat dla potrzebu-
jących opieki.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgji
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko

D-r S. Filipkiewicz

ordynuje jak lat ubiegłych
w Cieplicach Trenczyńskich
Skład broszur w księgarni
E. Wende i Sp. w Warszawie.

Dr. J. Wojciechowski

Chmielna 30.

Zarządzający pracownią Szpitala Św. Ła-
zarza. Rozbiory moczu, płwociny, wy-
dzielin z narządów moczopłciowych.
Sero dyagnostyka syfilisu.

D-r St. Benedykt Kwiatkowski
b. 1-szy asyst. Kliniki Lekarsk. Un. Jag.
ordynuje jak dawniej od 1-go maja do 30 wrze-
śnia - HAMBURG Haus Hamburg.

mał staranne wychowanie w domu rodzicielskim i po skończeniu gimnazjum wstąpił do b. Szkoły Głównej w r. 1867 na wydział lekarski. W r. 1872 ukończył Uniwersytet Warszawski ze stopniem lekarza, poczem wstąpił do kliniki prof. CHALUBIŃSKIEGO. Następnie do roku 1874 pozostawał na stanowisku lekarza Szpitala Ujazdowskiego, skąd przenosi się jako ordynator do kliniki uniwersyteckiej prof. LAMBLA. Po 5-ciu latach sumiennych i gruntownych studyów klinicznych w r. 1877 otrzymuje nominację na Ordynatora i Lekarza miejscowego Szpitala Starozakonnych. Na odpowiedzialnym stanowisku tym wytrwał aż do chwili zgonu swego.

A zgon ten położył kres życiu człowieka niezwyklej pracowitości, żelaznej energii i wytrwałości, niezrównanego taktu w stosunkach z kolegami i uczynności koleżeńskiej.

Władysław FREUDENSON napisał kilka prac naukowych („O antypirynie”, „O obcych ciałach w krtani” i inne). Ostatnia zaś praca p. t. „Opis nowego szpitala żydowskiego na Czystem” zasługuje na wyróżnienie, gdyż stanowić będzie trwały dokument w historii szpitalnictwa naszego.

On też pierwszy poruszył u nas myśl

założenia Sanatorium ludowego dla dotkniętych suchotami biednych współwyznawców swoich. A tych nieszczęśliwych znał najlepiej, gdyż stykał się z nimi ciągle w praktyce swej szpitalnej i prywatnej.

Cześć pamięci uczciwego, sumiennego i pracowitego lekarza! Lubliner

— D-r Franciszek Błoński urodzony w Warszawie w 1867 r. skończył Uniwersytet Warszawski w 1891 r. zmarł 17 z. m. w Spiczynskach na Ukrainie. Zmarły był znakomitym botanikiem, w r. 1888 dostał medal srebrny za pracę: grzyby podstawko-zarodnikowe okolic Warszawy, w t. VIII i IX Pam. fizyograficznego wydrukował pracę o grzybach polskich a do końca życia opracowywał dzieło p. n. *Flora polonica*. Zmarły był członkiem korespondentem Akademii umiejętności. W latach 1891—1893 za udział w oświacie ludowej był skazany administracyjnie. Osierocił żonę i córkę. Śród licznych kolegów pozostawia wspomnienie zacnego człowieka.

— Ś. p. Edward Kamiński urodzony w roku 1840, skończył uniwersytet w 1866.

D-r Bazyli Łada dnia 16 kwietnia w Krakowie, w wieku lat 69.

D-r Władysław Lewoniewski w kwietniu we wsi Bolcze (na Żmudzi), w wieku lat 62.

Odpowiedzi Redakcyi. Sz. kol. E. Jeśmanowi w Świsłoczy. O ile wiemy kursy są zwykle na jesieni w sprawie tej zechce Sz. kol. zwrócić się do kol. Hornowskiego we Lwowie, który udzieli ścisłych informacji lub też wprost do dziekana wydziału lekarskiego.

Sprostowanie. W Nr. 20. „Medycyny i Kroniki Lekarskiej“ w Sprawozdaniu z posiedzenia klinicznego Tow. Lek. z dnia 22 lutego, opuszczone zostało przemówienie Higiera z powodu odczytu Bychowskiego, które poniżej podajemy: Higier wspomina o pacjentce swojej, demonstrowanej w sekcji neurologicznej, u której po *encephalitis* ostrej pozostał ciężki niedowład kończyny górnej, dla usunięcia którego zamierza zastosować metodę operacyjną Foerstera. Operacja w części szyjowej jest łatwiejsza, aniżeli w lędźwiowej, gdyż mamy do czynienia z bardziej wypukłym odcinkiem kręgosłupa, *ligamentum denticulatum durae* łatwiej pozwala odszukać tylne korzonki, a ostatni korzonek szyjowy odpowiada *vertebrae prominenti* Nie usiłując zmniejszać zasług Foerstera, który pierwszy wykonał przecięcie tylnych korzonków lędźwiowych przy chorobie Littlego, a korzonków grzbietowych przy *crises tabétiques*, Higier oponuje jednak przeciwko temu, aby przesłanki teoretyczne do tej operacji były przez tegoż autora wyprowadzone. W dłuższem przemówieniu Higier wyjaśnia, że całkowity materiał teoretyczny leżał już dawno gotów prócz chyba jedyne, przez Scherringtona w ostatnich latach dopiero stwierdzonego prawa o jednoczesnem otrzymywaniu włókien czuciowych każdego odcinka skóry od 2—3 sąsiednich korzonków tylnych. Ta ostatnia okoliczność znacznie ułatwia operację.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cennik Wód mineralnych Apteki d-ra T. Heinricha na r. 1910.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Pewny środek wzmacniający
w przypadkach:
Neurastenii, Anemii,
Przepracowania,
Wyczerpania po chorobach.

Ovo - Lécithine Billon

nabywać można we wszystkich aptekach pod postacią pigułek à 0,05.
Przepisuje się dorosłym: 4 — 6 pigułek dziennie, dzieciom 2 — 3 pigułek
dziennie

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES · PARIS ·

Generalny przedstawiciel Adolf Weinstein
w Warszawie — Nowo-Jasna 6.

Керфалдол

Stosowany z dobrym
skutkiem jako środek
szybko działający i
pewny w klinikach
prof:

K. v. NOORDEN. ¹⁾

N. ORTNER. ²⁾

H. SCHLESINGER. ³⁾

E. v. STOFFELLA. ⁴⁾

jako
Środek obniżający ciepłotę
NIE DZIAŁAJĄCY SZKODLIWIE NA SERCE,
w bronchitach, grypie, zapaleniu opłucny, gruźlicy,
zapaleniu płuc, róży, pericarditis, endocarditis, tyfu-
sie brzuszny; jako

ANTINEURALGICUM

w różnych neuralgiach, bólach reumatycznych, kolce
ołowianej, tiku i t. d.; jako

ŚRODEK PRZECIWKOPOCENIU,
szczególnie przeciw nocnym potom suchotników.

„KAPHALDOL“ przepisuje się w opłatkach po 0, — 1 grm do 3,0—5 grm, dzieciom odpowiednio mniej.

Rp. Tabl. Kaphaldol à 0,5 gr. Nr. 20. Oryginalne opakowanie.

Próby i literaturę wysła się BEZPŁATNIE p.p. lekarzom na każde żądanie.

¹⁾ Manu, Wiener med. Wochen., 57 Jahr. Nr. 33, 34 ²⁾ Fritsch, Wien, Klin. Woch. 1906,
Nr. 33. ³⁾ Einhorn Zentrbl. für die gesamte Ther., XXV Jahrg H. 2. ⁴⁾ Rosenthal,
Wien. Klin. Rudschau, 1906, Nr. 47.

Компания Керфалдол Стора

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
WŁASNOŚĆ RZĄDOWA FRANCUSKA



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęchersa, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organów żółć wydzielających.

VICHY HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

Wytwoży ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną, gazową do łatwiejszego trawienia.

CIECHOCIŃSKI ZAKŁAD

kąpielowo-zdrojowy

jest otwarty od dnia 8 (21) Maja do dnia 8 (21) Września włącznie. Wody Ciechocińskie jodo-bromo-słone szczególnie są pożyteczne w cierpieniach skrofulicznych, reumatycznych, kobiecych i wielu innych. Niema dziecka, które nie potrzebowałoby kąpeli Ciechocińskich. Zakład posiada 11 źródeł z różną koncentracją solanki od 6 1/4% do 1/3% (artezyjskie do picia). W Ciechocinku można brać kąpiele solankowe, borowinowe, kwasowęglowe, elektryczne, świetlne, łaźnie, tuszówki, inhalacje, oraz zabiegi hydropatyczne. Ciechocinek łączy się odnogą kolei Warszawsko-Wiedeńskiej z pograniczną stacją Aleksandrowo. Komunikacja ze wszystkimi pociągami warszawskimi i zagranicznymi. Tania komunikacja Wisłą — statkiem parowym. Na każde zapotrzebowanie są wysyłane bezpłatnie cenniki. Frekwencja dochodzi do 15,000 osób. Kąpeli wydaje się do 300,000. Zakład z roku na rok stale się rozwija, gdyż czysty dochód, przenoszący 100,000 rb. rocznie, obracany jest na nowe meljoracje.

Bad KUDOWA

Okr. rząd. Wrocław.) stac. kol. Kudowa
lub Nachod.

400 m. nad poziom. morza.

Sezon letni: 1 Maj do Listopada. Sezon zimowy: Styczeń, Luty, Marzec.

Miejscowość lecznicza dla chorych sercowych

Naturalne kąpiele kwaso-węglowe i borowinowe. Najsilniejsze źródło arseno-żelaziste w Niemczech, w chorobach serca, krwi, nerwowych i kobiecych. Frekwencja 13928. Wydano kąpeli 136195. 15 Lekarzy.

„Kurhotel Fürstenhof“ hotel pierwszorzędny i 120 hoteli i mieszkań prywatnych. Rozsyłka wody przez cały rok. Prosp. gratis za pośredn. wszystkich biur podróży,

Rudolfa Mosse i dyrekeyi kąpielowej.

Nakładem Georga Thieme w Lipsku.

Świeżo wyszło:

Die Procto-Sigmoidscopie

i jej znaczenie dla dyagnostyki i terapii, chorób odbytnicy i okrężnicy essowatej.

przez

Prof. Dr. H. Strauss'a

(Berlin).

149 S. z 54 rysunkami w tekście, 1 tablicą poglądową i 37 rysunkami kolorowemi.

W oprawie 7,50 Marek.

WIESBADENSKIE Zakłady lecznicze i Instytuty Lekarskie

Dr. Abend, Zakład leczniczy dla chorych na żołądek i kiszkę, Parkstrasse 30.

Dr. Amson, Instytut medyko-mechaniczny, zakład dla ortopedyi, gimnastyki leczniczej i masażu. Gabinet Röntgenowski, Taunusstrasse 6.

Dr. Badt, Instytut do leczenia zaburzeń ruchowych, specjalnie chodzenia, ataxii. Taunusstrasse 4

Dietenmühle, Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. Fedor Plessner D-r Fritz Reich.

Dr. Otto Dornblüth, Zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych, Garten Str. 15.

Dr. Fendt Instytut do leczenia Röntgenem i światłem, chorób skóry, serodyagnosa syfilisu, Friedrichstrasse 20.

Dra. R. Friedlaender'a Sanatorium Friedrichshöhe dla chorych nerwowych i wewnętrznych Leberberg 14.

Dr. Guradze, Chirurgiczno-ortopedyczna klinika prywatna i sanatorium z instytutem medyko-mechanicznym i oddziałem Röntgenowskim, Mainzerstr. 3.

Lindenhof, Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. van Meenen. Walkmühlstrasse 43/45

Dr. Luowski sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych, Gartenstrasse 16.

Dr. Jul. Müller, Instytut do fizykal. Leczenia chor. skóry. (Röntgen, Finsen, Uriol, lampa kwarcowa, radium etc.) Museumstr. 4.

Kurhaus Bad Nerotal. Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Lekarz dyrektor D-r Mäckler.

Kuranstalt Dr. Schloss, dla chorych na żołąd. kiszkę i przemianę materii. Sonnenbergerstr. 30, daw. D-ra Plessnera zakład leczniczy.

Dr. Schütz Villa Panorama, dla chorych wewnętrznych i nerwowych (spec. chor. z zaburzeniami trawienia i przemiany materii).

— Prospekty i informacyi udzielają lekarze zakładowi. —

D-ra A. WANDER'A (S. A.) z Bernu (Szwajcaria). Fabryka założona w 1865 roku.

Ovomaltine

Długoletnie znakomite rezultaty osiągnięte przy używaniu tego leczniczo-dyetyczno-odżywczego pożywienia lecytynowego z łatwo przyswajalnym fosforem w postaci organicznej, w cierpieniach nerwowych, kataralnych żołądka i kiszek, Carcinoma, Ulcus ventriculi, Typhus abdominalis, Influenza, Pneumonia, Tuberculosis, Chlorosa, Rachitis i t. p. chorobach; przez osoby słabowite, wycieńczone, dzieci, kobiety ciężarne i karmiące, stawiają Ovomaltynę na pierwszym miejscu wśród pierwszorzędných środków leczniczo-odżywczych. Ovomaltyna niezbędna przy mlecznej kuracji. Stale używana i zalecana w Leysin, Davos i w innych sławnych sanatoriach. Przygotowanie łatwe; należy tylko rozpuścić Ovomaltynę w gorącym mleku lub wodzie (nie gotując).

PROBKI I LITERATURA NA ŻĄDANIE. Przedstawiciel A. BARDET, Warszawa, Wspólna 64.



SANTÉINE

Działanie pewne przy

ZAPARCIU STOLCA

zaburzeniach w trawieniu, migrenie i hemoroidach i t. d.
Dawka: dorosłym 2-4 pastylki, dzieciom 1/2-2 stosownie do pożądanego działania.

MONTAGU, 13, rue des Lombards, PARIS

Blizsze szczegóły we wszystkich aptekach.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

zawierają

Naturalne żelazo krwi

Naturalne sole krwi

posiadają zatem niezrównane działanie na
Wytwarzanie krwi i na siły ustroju.

Wypróbowane i zalecane od wielu lat w

BEZKRWISTOŚCI i BLEDNICY.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb. Chinin. mur. Jod. Ichthyol. Lecithin,
Natr. cinnamyl, Extr. Rhei.

KREWEL & C-o G. m. b. H. Kolonia n. Renem.

Gwarantowane preparaty Krewela są tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez
Ministryum Przemysłu i Handlu,

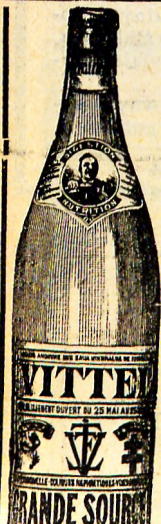
Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.
Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6. tel. 128.46.

Surowica przeciwgruźlicza

Doktora A. Marmoreka

Skład główny na całą Rosyję w składach Towarzystwa handlu materiałami
aptecznymi i perfumeryą „I. B. Segal” w Wilnie i Odessie.

Adres dla Telegramów: **Wilno, Segal**
„ „ „ **Odessa, Drogiści.**



VITTEL GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm
podagrę
artretyzm

Reprezentant: Ch. Fortier

Moskwa

Dom Zdrowia dla chorych chirurgicznych,
ginekologicznych i ortopedycznych.

D-ra E. REICHSTEINA, w Warszawie,
Leszno 38 Tel. 2208.

Apteka Saskiego w Brześciu Litewskim
poleca uwadze p. p. Lekarzy

„TUSSIN”

pewny środek na koklusz, astmę, przy ostrych
i chronicznych katarach krtani i oskrzeli. Do-