

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcja:

Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracja:

Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracja a w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskim i Rosji urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	Rocznie Półrocznie Kwartalnie	Rocznie w Austrii 8 złr. 80 c.	w Król. Polskim i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francji 24 fr.
		" 4 " 40 "	" " " 3 "	" 8 "	" 12 "
		" 2 " 20 "	" " " 1½ "	" 4 "	" 6 "

Kraków, 12 sierpnia 1882.

Nr 32.

Rok XXI.

TREŚĆ: I RYDYGIER: O wycinaniu odźwiernika. I. Pogląd historyczny na rozwój operacji. — II. Z pracowni dla patologii doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza. PISEK: O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia. II. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania:* FOURNIER: Bezład ruchowy pochodzenia kilowego. — HELLER: Symulacja i leczenie jej. — IV. *Zjazdy:* KWASNICKI: Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze. XI. — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.
Podał Dr. Rydygier.

I. Pogląd historyczny na rozwój operacji.

Wielce zasłużyli się Gussenbauer i Winiwarter, (*Die partielle Magenresection. Eine experimentelle, operative Studie, nebst einer Zusammenstellung der im path.-anat. Institute zu Wien in dem Zeitraume von 1817—1875 beobachteten Magen-carcinome. Langenbecka Arch. t. XIX, zes. 3, str. 347 i nast.*) wykazując na podstawie swych doświadczeń na zwierzętach, że wycięcie odźwiernika jest operacją możliwą; a dalej, że utrata tak ważnej części żołądka nie pociąga wcale za sobą śmiertelnych zaburzeń w jego czynnościach.

Wprawdzie już przed nimi Merrem (*Animadversiones quaedam chirurgicae experimentis in animalibus factis ill. Auct. D. O. T. Merrem, Med. Doct. Gissae, 1810*) wykonał kilka razy tę operację na psach z dobrym nawet skutkiem, i na podstawie swych doświadczeń zalecał ją także do wykonania na ludziach, cierpiących na raka odźwiernika. Jego polecenie atoli nie zyskało wcale uwzględnienia, jak to na owe czasy inaczej też być nie mogło.

Później podjął Kaiser (*Beiträge zu den Operationen am Magen* w Czernego, *Beiträge zur operativen Chirurgie*, str. 95 i nast.) pod kierunkiem Czernego doświadczenia Gussenbauerowskie, i nie tylko potwierdził ich wyniki, ale nadto o tyle je rozszerzył, że udało mu się wycięcie całego żołądka z dobrym skutkiem.

W ostatnim czasie Dr. Wehr, (*Zur Operationstechnik bei Pylorus-Resection. Centralblatt f. Chir. 1881, Nr. 10 i Experimentelle Beiträge zur Operationstechnik bei Pylorusresection. Dt. Ztschft. f. Chir. t. XVII 1 i 2 zes.*) dawniejszy mój asystent, zachęcony przezemnie, wykonał cały szereg doświadczeń w mej klinice prywatnej; celem ich było ustanowienie najodpowiedniejszego sposobu operowania, za-

pewniającego i u ludzi wykonanie tej operacji z dobrym skutkiem.

Myliłby się atoli ten, ktoby sądził, że te doświadczenia jedynie, lub w znaczniejszej części zapewniły wykonanie tej operacji na człowieku. Możeby z niemi podobnie było poszło, jak z doświadczeniami Merrema, początkowo jeszcze jako „curiosum“ wspomnianemi, a później zupełnie zapomnianemi, gdyby inne operacje, podjęte, szczęśliwie w całej długości przewodu pokarmowego nie były wykazały, że wycięcie odźwiernika i na człowieku udać się może i udać się musi.

Na pierwszym miejscu wymieniam tu wycięcia jelit, tak często i z tak dobrym skutkiem w ostatnim czasie podejmowane (zob. *Madelunga (Ueber circuläre Darmnath und Darmresection. Verhandl. d. Dt. Ges. f. Chir. X Congr. i Lgbka Arch. t. XXVII, z. 2 i moje (O wycinaniu itd. Przgl. Lek. 1881, Nr. 40, 41, 42, 43, 44) zestawienia*). Ztąd dowiedzieliśmy się, że rany jelit nadzwyczaj łatwo zrastają bezpośrednio (*per primam*), byleby je odpowiednim szwem połączyć.

Co do przelyku to Billroth (w *Lgbck Arch. f. klin. Chir. t. XIII, str. 65*) pierwszy na psach wykazał, że można kawałki okrągłe (*circulär*) z niego wycinać, a mimo to zrośnienie szybko postępuje, tworząc tylko nieznaczne zwężenie łatwe do rozszerzenia. Czerny (*Neue Operationen, Ctrbl. f. Chir. 1877, Nr. 28*) pierwszy szczęśliwie dokonał operacji na człowieku.

Przedewszystkiemi atoli operacje na żołądku samym wykonane pokazały, że rany jego, zupełnie tak samo jak jelit, skłonne są do bezpośredniego zrośnienia; a powtórnie usunęły obawę przed siłą trawiącą soku żołądkowego i wpływem jego rozpuszczającym na nowo tworzącą się bliznę.

Podług Wöflera (*Ueber die vom Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus. Wien.*) już w r. 1521 połączył pewien lekarz bawarski ranę żołądka szwami.

Siedmnaście lat temu jak Torelli (*Caso straordinario*

di ferita dello stomaco. Bull. de science med. Bol. 1878 ref. Escher w Centr. f. Chir., 1879, str. 398) wykonał prawdopodobnie pierwsze wycięcie części żołądka z dobrym skutkiem: mężczyźnie 29 lat liczącemu wypadł kawał żołądka przez ranę ścian brzusznych dwukrotnie przekłuty; Torelli wypadniętą tę część 16cm. średnicy razem z ranami wyciął, a operowany jeszcze po 13 latach zupełnie dobrze się miał.

Billroth (*Wien. med. Wochenschrift*, 1877, Nr. 38) odzielił brzegi przetoki żołądkowej od ścian brzusznych i połączył je szwem, usuwając w ten sposób przetokę.

Esmarch (Nueber refer. o tym przypadku na VIII Zjeździe Chirurgów i H. Petersen, *Eine Magenresection zur Heilung einer Magenbauchwandfistel*. Diss. Kiel. 1880) poobcinał brzegi przetoki żołądkowej naokoło na $\frac{1}{2}$ —1cm. szerokości, zeszył je i przetokę wyleczył.

Tak więc operacja wycięcia odźwiernika była pod wszelkim względem dobrze przygotowana, i słusznie powiedział Billroth, opisując przypadek swój szwu żołądkowego: Potrzeba tylko jeden krok śmiało naprzód postąpić, żeby od tej operacji przejść do wycięcia zrakowaciałej części żołądka (*Es ist von dieser Operation zur Resection eines Stückes carcinomatös degenerirten Magens nur noch ein kühner Schritt zu machen*).

Śmiały ten krok zrobił pierwszy francuzki chirurg Péan (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, str. 517 i nast.). Dnia 9 kwietnia 1879 r. wyciął on zrakowaciały odźwiernik na usilne życzenie chorego. (Tak do tego przypadku, jako i następnych wróć jeszcze w toku rozprawy opisując sposób operowania, a nadto załączam jako dodatek I. zupełne zestawienie dotychczas wykonanych i ogłoszonych wycięć odźwiernika). 5go dnia po operacji chory jego zmarł na ogólny upadek sił, kiedy właśnie robiono przygotowania do trzeciego przetoczenia krwi.

Przeszło $1\frac{1}{2}$ roku później (d. 16 listopada 1880 r.) wykonałem (Wycięcie itd. *Przegl. Lek.*, 1880, Nr. 50, i *Dt. Zeitschrift f. Chir.*, XIV t., 3—4 z. *Verhandl. der Dt. Ges. f. Chir.* X Congr.) drugą operację tego rodzaju na chorym $64\frac{3}{4}$ lat liczącym, przysposobiwszy się poprzednio ćwiczeniami na trupie i zwierzętach żywych. Mój chory zmarł w 12 godzin po operacji.

Dnia 29 stycznia 1881 r. wykonał Billroth (*Offenes Schreiben an Herrn Dr. L. Wittelshöfer*, *Wien. med. Wochenschrift*, 1881, Nr. 6; Wölfler, *Ueber die vom Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus*. *Wien. med. Wochenschrift*, 1882, Nr. 14) trzecie wycięcie odźwiernika: pierwszy to przypadek, który się szczęśliwie zakończył; chociaż chora (Heller Teresa) niestety wkrótce po wyzdrowieniu zmarła na recydywę.

Dwa następne wycięcia, podjęte przez Billrotha, zakończyły się śmiertelnie; czwarte na jego klinice, przez Wölflera wykonane, zakończyło się szczęśliwie i chora jeszcze w rok po operacji żyła; tak samo piąta chora, przez Billrotha operowana, wyzdrowiała i nie dostała recydywy.

Po Billrocie operowali w raku odźwiernika: Bardenhauer (3 razy), Kitajewsky, Weinlechner, Jurić, Lütke, Czerny, Nicolaysen, Berns, Hahn, Gussenbauer i Langenbeck. Niestety wszystkie te przypadki z wyjątkiem Czernego (*Kuh, Eine Pylorusresection*, *Lgbeka Arch.*, XXVII tom, 4 z.) zakończyły się śmiertelnie.

W ostatnim czasie podjąłem wycięcie odźwiernika (mój drugi przypadek) z powodu zwięzienia wywołanego wrzodem

okrągłym tej okolicy (Pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika we wrzodzie żołądka. *Wydrowienie. Przegl. Lek.*, 1881, Nr. 50 i *Berl. klin. Woch.*, 1882, Nr. 3). Chora wyzdrowiała, a po 6 miesiącach mogłem ją czerstwą i dobrze odżywną przedstawić kolegom zgromadzonym na ostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie. Niedawno badałem chorą tę powtórnie i znalazłem, że zawsze dobrze się miewa i znajduje się w 2gięj połowie ciąży. Jestto pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika we wrzodzie żołądka, a zakończył się wyzdrowieniem zupełnym.

Drugie wycięcie odźwiernika z powodu wrzodu żołądka wykonał Lauenstein (*Ein unerwartetes Ereigniss nach der Pylorusresection. Centralblatt f. Chir.*, 1882, Nr. 9), wprowadzając do czynienia z rakiem, a dopiero późniejsze dokładne badanie wykazało, że guz powstał w skutek zlepień i bliznowatych zgrubień. Przypadek Lauensteina zakończył się śmiercią.

Na zakończenie tego historycznego przeglądu dodam, że w końcu r. 1880 Albert (*Lehrbuch der Chirurgie*, 2 wydanie, III tom, str. 379) podjął szereg doświadczeń w mniemaniu że wycięcie części żołądka, o ile możności jak największej, pewnie powinno zabezpieczyć przed recydywą, a nadto mniej być niebezpiecznym, niż operacja Péana. Sposób swój opisuje Albert jak następuje: „*Zwischen zwei Klemmen, der Dupuytren'schen Darmscheere ähnlich, wird der Magen vom Duodenum abgetrennt; der Rest wird wie ein in Klammer gefasster Stiel einer Cyste behandelt; das Duodenum wird in die Wunde ringsum eingenäht; es wird also sein Anfangsstück den Eingang zum Darmcanal bilden*“.

Wölfler (*Gastro-Enterotomie, Centralblatt f. Chir.*, 1881, Nr. 45) zaś zalecił utworzenie przetoki żołądkowo-jelitowej (*Gastro-Enterotomie*) w przypadkach raka odźwiernikowego nienadających się już do wycięcia odźwiernika.

(C. d. n.)

II. Z pracowni dla patologii doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

Napisał Dr. W. Pisek,

b. asystent katedry anatomii patol. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29.)

II.

Tętno prawidłowe. — Dławienia powolne i dławienia nagłe. — Objawy wśród tegoż. — Natychmiastowe porażenie ruchów oddechowych — Zachowanie się żrenic. — Obrazy sfigmograficzne. — Ogledziny pośmiętne. — Wnioski cdnośne.

Aby należyście ocenić różnicę w pojedynczych przypadkach nieodzownym jest przedstawienie poprzednie stosunków prawidłowych. Rzecz naturalna, że tylko zgodność licznych doświadczeń, tożsamość licznych obrazów sfigmograficznych, otrzymanych wśród tychże samych warunków, uprawnia do przyjęcia pewnego obrazu za typowy, prawidłowym stosunkom odpowiadający.

Z kilkudziesięciu doświadczeń otrzymaliśmy następujące wyniki.

Fig. 1. przedstawia graficznie parcie krwi przy powolnym płytkim oddychaniu. Obrazy tego rodzaju, otrzymywane zazwyczaj w kwadrans po rozpoczęciu doświadczeń i narkozy, przedstawiają dość znaczne wahania, odpowiadające oddechom, nie mniej i drobne krzywizny tętna są

dość wyraźne. Nadto widoczną jest rzeczą, iż ich liczba, jednemu oddechowi odpowiadająca, nie zawsze jest jednostajna, raz mamy szczytów 9, innym razem 10 lub 8. Wzniesienie pionowe całej krzywej nieznacznie tylko okazuje różnice.

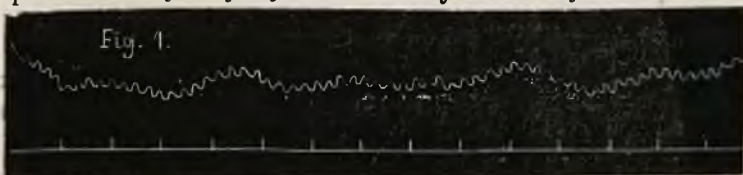


Fig. 2. przedstawia parcie krwi przy nieco szybszych ruchach oddechowych jak poprzednio, ilość ich jednak jeszcze w prawidłowych granicach, bo 48 na minutę, jak to w przecięciu było u królików użytych do naszych doświadczeń.

Przebieg krzywych linii jest względnie dość regularnym. Ilość drobnych szczytów na jednym wzniesieniu oddechowem waha się między 6 a 7; wzniesienie pionowe prawie wszędzie jednakie, drobne, zaledwie dostrzegalne różnice śmiało mogą być za przypadkowe uważane.

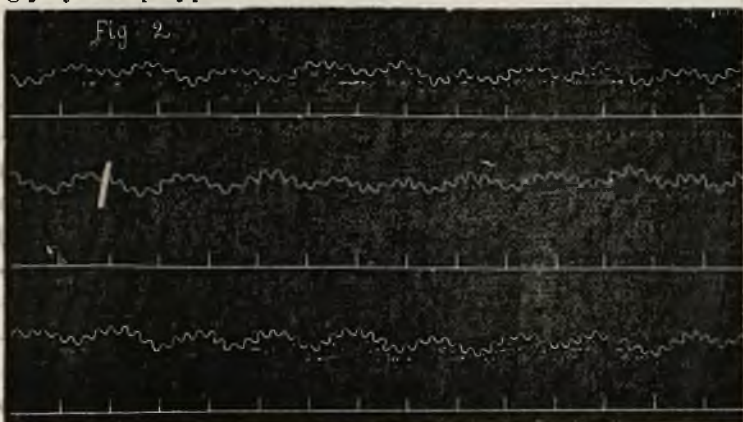
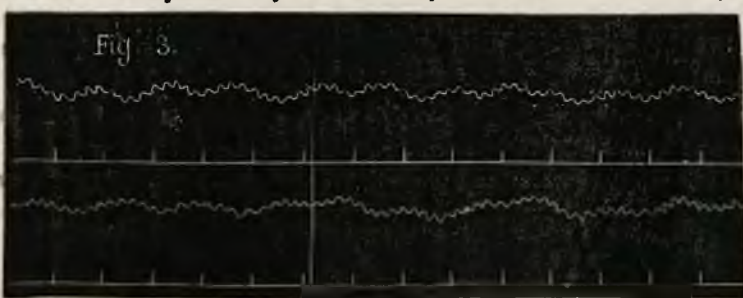


Fig. 3. przedstawia zachowanie się parcia krwi po upływie 1/2 godziny od rozpoczęcia doświadczenia. Pomiedzy szeregiem obrazów, — z których ten jest wyjęty, — a obrazkiem poprzednim istnieje znaczna różnica, i to w dwojakim kierunku: wzniesienie pionowe krzywej jest mniejsze i wysokość drobnych szczytów także jest widocznie mniejszą.



Zwierzę oddycha płytko i ruchy serca, jakkolwiek ilościowo nie zmienione, są znacznie słabsze co do energii.

Umyślnie chciałem się przekonać o wpływie dłuższego eksperymentowania na zwierzęciu na parcie krwi, dla uniknięcia pomyłek na później.

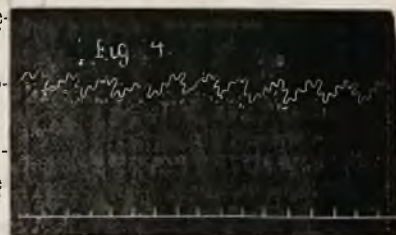
Ponieważ chodzi tylko o wartości względne, a wahania w tymże kierunku należyte dają nam pojęcie o przebiegu zjawiska, dlatego nie siliłem się nigdzie na manometryczne liczbowe oznaczenie wysokości parcia; wysokość czyli wzniesienie pionowej krzywej w całości porównana z wysokością krzywej otrzymanej wśród odmiennych warunków, wystarcza w zupełności do poznania różnic.

W rysunkach fig. 1. i 3. gdzie zwierzęta oddychały płytko i krzywizna okazuje mniejsze wzniesienie. Przeciętna ich wysokość, tj. prostopadle spuszczone ze szczytu krzywej na poziomą, uważaną za normalną, wynosi w tych moich doświadczeniach dwa rzadko trzy milimetry; w obrazku znów fig. 2. przedstawiającym oddechy prawidłowe, mierne głębokie, waha się długość tej linii, wzgl. wysokość krzywej, między czterema a pięcioma milim. Ponieważ to wzniesienie się pionowe tak krzywizny oddechowej jak i drobnych szczytów „tętna“ wyobraża wielkość parcia krwi, przeto różnice w powyższych obrazkach sfigmograficznych wyrażone słowami świadczą, że w pierwszych dwu przypadkach, tj. przy oddechach płytkich, u królików parcie krwi jest mniejszem jak przy oddechach głębokich.

Znając tedy zachowanie się parcia krwi w warunkach zwyczajnych, chciałem się przekonać, na podstawie własnego dochodzenia, jak wpływa na objaw powyższy znaczniejsze zwężenie tchawicy, zamykające mniej więcej połowę jej światła. (Doświadczenia te wykonywane były taśmą). Zwężenie trwało minut 15, a typem obrazów sfigmograficznych odnośnych jest fig. 4 (zmniejszona o połowę).

Na niej widzimy następujące szczegóły:

- 1) Krzywizny oddechowe są wyższe;
- 2) Ilość krzywizn (wzniesień) oddechowych jest większą;



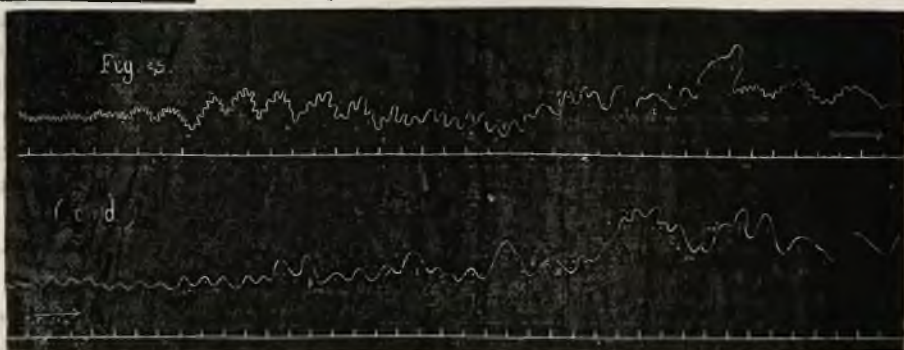
3) Drobne szczyty „tętna“ w przeważnej części niezmienione, gdzieniegdzie tylko są nieco wyraźniejsze, większe, czyli wyrażając powyższe uwagi słowami możemy twierdzić: ilość oddechów, skutkiem zwężenia tchawicy, jest większą, lecz mało co, jednak parcie krwi zwiększa się niestosunkowo znacznie, gdyż blisko w trójnasób, (wysokość jednej krzywizny dochodzi tu do 1 cm. podczas gdy normalna w naszych doświadczeniach zaledwie 3—4 mm. wynosi).

O ile objawy zwężenia tchawicy, ze względu na parcie krwi, różnią się od objawów przy duszeniu powolnym występujących, widocznym będzie niżej.

Duszenia powolne zazwyczaj wymagały jednej minuty czasu aż do zupełnego zamknięcia tchawicy. Chwila rozpoczęcia ściskania tchawicy oznaczona jest na obrazku sfigmograficznym: +.

Wyniki reprezentują obrazki oznaczone fig. 5 (zmniejszona o połowę).

W pierwszej fazie, pomimo zwężenia tchawicy, istnieje



czas, wprawdzie trwający tylko kilka sekund, gdzie nie widać żadnej reakcji w parciu krwi, przez cały następny ciąg doświadczenia i po ustawianiu ruchów serca jeszcze utrzymuje się parcie na znacznej wysokości.

Sekeyje odbyte tuż po śmierci lub co rzadziej i później w godzinę zawsze wykazywały lewą połowę serca silnie skurczoną, podczas gdy prawa była wiotką, rozkurczoną.

W chwili rozpoczęcia ściskania tchawicy podwyższa się nieco parcie krwi, prawdopodobnie tylko skutkiem mechanicznego podrażnienia, przy następowym ustawicznie jednostajnym ściskaniu tchawicy stają się oddechy nieregularne, kilka głębokich wdechów wyprzedza okres oddechów nader płytkich, bo nawet często na obrazie niewidoczniających się. Zupełne zamknięcie tchawicy, przypadające na tę chwilę, nie spowoduje znaczniejszych zaburzeń, aż dopiero po upływie kilku sekund pojawia się kilka oddechów głębokich, będących jak obrazek wskazuje już ostatnimi. Drgawki nie wystąpiły.

Parcie krwi w tych przypadkach przedstawia trzy chwile raptownego wzniesienia się, z których środkowe najwybitniej się manifestujące, odpowiada kilku głębokim wdechom tuż po zupełnym zamknięciu tchawicy. Parcie w ogólności staje się blisko dziesięć razy większym, ruchy serca rzadsze; przy ustaniu ruchów serca parcie w ogólności staje się słabszym (o $\frac{1}{3}$ blisko), zawsze wszelako przewyższa kilkakrotnie normalne. Skurcze serca stają się częstsze, później rzadsze, lecz energiczniejsze wzmagające się przez kilka sekund, gdy parcie najwyższe, a znów po upływie kilku sekund opadając dość nagle ustają wreszcie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

A. Fournier: *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes spécifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint Louis.* Paris. 1882. G. Masson, éditeur. W 8ce, str. 396.

Nader ważna kwestycja stosunku wiądu pacierzowego do kily w tylu pismach i broszurach w ostatnich czasach poruszana i omawiana doczekała się obecnie w pracy Fourniera obrobienia, które pod każdym względem przynosi chlubę autorowi a lekarzowi daje gruntowną wskazówkę, jakie w tej sprawie zająć ma stanowisko. Dla tego nie od rzeczy będzie zapewne obznajomić Czytelników Przeglądu Lekarskiego z tém najnowszym dziełem znanego już zaszczytnie autora, podając treść jego.

Na wstępie zwraca autor uwagę na ważność kwestyi tak pod względem naukowym jak i praktycznym tém więcej, iż chodzi o chorobę, której leczenie w okresach późniejszych nader mało jest skuteczne, chorobę przeto, której trzeba zapobiegać wszelkimi siłami.

Autor już w roku 1875 wystąpił publicznie z twierdzeniem, że kila, zajmując pewną część rdzenia pacierzowego, skłonna jest do przybrania postaci wiądu pacierzowego. Twierdzenie to poparł F. postrzeżeniami klinicznymi własnymi i cudzimi, spotkał się jednakowoż z wielką opozycją, skutkiem której, nie biorąc całkiem pod uwagę dawnych swych postrzeżeń, postanowił na nowo przystąpić do rozwiązania kwestyi i oprzeć się na zupełnie nowych badaniach klinicznych. Wypadkiem ich jest znów twierdzenie, że **najczęściej wiąd pacierzowy jest objawem kily.**

Lekarze tymczasem podzielili się w tej sprawie na różne obozy, których opinie dają się streścić w czterech następujących zdaniach:

1) Wiąd pacierzowy jest najczęściej przypadem i skutkiem kily.

2) Między wiądem pacierzowym a kila nie ma żadnego związku patogenetycznego.

3) Kila, nagabując tylne sznury rdzenia pacierzowego, może wywołać pewne przypadki wiądu pacierzowego, lecz nie może być powodem wiądu pacierzowego jako zmiany anatomicznej w pewnym systemie rdzenia pacierzowego.

4) Kila może wywołać wiąd pacierzowy pośrednio, tak ak może przyczynić się do powstania niedokrewności, suchot płucnych, ogólnego charłactwa.

Ażeby oświadczyć się za jednym z tych zdań, trzeba wprzód odpowiedzieć na następujące pytania:

a) czy kila poprzedza naprawdę tak często wiąd pacierzowy?

b) w jakiej formie klinicznej objawia się wiąd pacierzowy występujący po kile i na czém opiera się uznanie go za objaw kily?

c) Jaką korzyść odnoszą z leczenia przeciwkılıowego dotknięci wiądem pacierzowym, który mamy prawo przypisywać kile? a nakoniec

d) czy są dostateczne dowody na to, żeby można w pewnych razach odnieść wiąd pacierzowy do kily, jak skutek do przyczyny.

Co do a) przywodzi F. daty statystyczne wielu autorów i własne, porównywa je ze sobą a biorąc średnią z poszukiwań tych lekarzy, którzy na stosunek kily do wiądu pacierzowego szczególniejszą zwrócili uwagę, jak Vulpian (75%), Gowers (70%), Erb (88%), Quinquaud (100%) i on sam (91%) dochodzi do wniosku, że **przynajmniej 80% wszystkich przypadków wiądu pacierzowego poprzedziła kila**, co w obec innych przyczyn domniemyanych, a przecież nie tak częstych, jak zaziębnienia się, nadużycia płciowe, wzruszenia moralne samo przez się nasuwa myśl, że kila jest właściwą przyczyną wiądu pacierzowego.

Co do b), to zasługują na uwagę następujące okoliczności z doświadczenia wzięte:

1) **wiad pacierzowy jest prawie wyłącznie objawem kily trzeciorzędnej.** Z pomiędzy 89 przypadków wiądu pacierzowego ani jeden nie rozwinął się podczas kily drugorzędnej, a 85 rozwinęło się po trzecim roku choroby;

2) **wiad pacierzowy** poczynać się może w każdym czasie kily trzeciorzędnej, poczyna się atoli najczęściej między 6. a 12. rokiem choroby, t. j. **w środku okresu trzeciorzędnej kily**; bywają atoli przypadki, gdzie występuje i w 2gim i po 22. roku od pojawienia się pierwotnej zmiany kily.

Pod względem przyczyny sadowienia się kily w rdzeniu pacierzowym tak iż skutkiem tego powstaje wiąd pacierzowy najczęściej nie mógł F. wysledzić żadnego szczególniejszego do tego powodu, z czego wnosi, iż kila sama przez się bez żadnej przyczyny osobnej może nagabywać rdzeń pacierzowy i tym sposobem prowadzić do jego wiądu. W niektórych tylko przypadkach udało się autorowi wykryć okoliczności, które mogły dodatkowo popierać zajęcie rdzenia pacierzowego przez kila, a temi były: nadużycia rozmaitego rodzaju, ekscesa płciowe, zbytne używanie wyskoku, nieregularny tryb życia, osobliwie przy nadmiernym wyczerpaniu układu nerwowego, dziedziczne usposobienie niewropatyczne.

Co do wieku, poczyna się wiąd pacierzowy najczęściej między 24. a 59. rokiem życia a to w $\frac{2}{3}$ przypadków między 24. a 35., w $\frac{1}{3}$ między 36. a 59. rokiem.

Pod względem płci miał F. na 103 przypadków u mężczyzn tylko 4 u kobiet, a lubo kiła jest u kobiet rzadszą niż u mężczyzn, to jednak z uwagi, iż według własnej statystyki autora w Paryżu na 8 do 9 mężczyzn kiłowych przypada jedna kobieta tą chorobą dotknięta, wypada, iż **wiad pacierzowy jest u kobiet o wiele rzadszy, niżby to odpowiadało pojawianiu się u nich kiły w ogólności.**

Pod względem rodzaju i stopnia kiły, która poprzedziła wiad pacierzowy, dochodzi autor po zbadaniu dokładnie 84 przypadków do wniosku, że **wiad pacierzowy pojawia się bardzo przeważnie w przypadkach poprzedzonych i to kiłą lekką**, i to lekką tak ze względu na małą ilość przypadków jak i łatwe ustępowanie pod wpływem właściwego leczenia lub nawet bez niego. Okoliczność tę ma, jak już wiadomo, wiad pacierzowy wspólną z kiłą mózgu a i Gałęzowski uważał większe zбочenia w narządzie wzrokowym przeważnie u ludzi, którzy przebyli lekką formę drugorzędną. Rzecz to, jak łatwo pojąć, nader ważna pod względem rokowania i leczenia, bo **zabrania się spodziewać się spokojnie pomyślniej zupełnie przyszłości w lekkich przypadkach, jak je nakazuje starannie leczyć właśnie dla tego, że są lekkie w pierwszych okresach.**

Pod względem leczenia przeciwkiłowego u dotkniętych wiadem pacierzowym udało się Fournierowi otrzymać w 79 przypadkach dokładne daty, z których wypada, że w 73 z pomiędzy nich leczenie nie trwało dłużej nad rok a z tych w 46 znów nie trwało nad 3 do 4 miesięcy, z czego wniosek oczywisty, że **wiad pacierzowy kiłowy występuje głównie u ludzi na kiłę niedostatecznie leczonych**, co swoją drogą napawa otuchą, że pilne i wytrwałe leczenie przypadków lekkich zdoła zapobiedz tak groźnemu w przyszłości niebezpieczeństwu, jakim jest wiad pacierzowy.

Ponieważ **przypadki wiadu pacierzowego są skutkiem nie rodzaju, lecz tylko usadowienia się zmiany anatomicznej** w pewnych częściach rdzenia pacierzowego, rzecz oczywista, iż **wiad pacierzowy kiłowy nie może zasadniczo różnić się od wiadu pacierzowego niekiłowego.** Tak też okazuje doświadczenie. Z przypadków przeto właściwych wiadu pacierzowego nigdy o jego przyczynie sądzić nie można. Ztąd atoli bynajmniej nie wypada, aby wiad pacierzowy kiłowy niczem nie różnił się od wiadu pacierzowego niekiłowego; różnica atoli polega tylko na przypadkach, że tak powiemy, dodatkowych, sposobie łączenia się przypadków, ich rozwoju a przedewszystkiem na przyłączaniu się objawów, które w obręb zwykłego wiadu pacierzowego nie wchodzi.

Długi okres czasu, w jakim przebiega wiad pacierzowy, dzieli się naturalnie na trzy części.

W pierwszej, którą możemy nazwać okresem przed bezładem ruchów, nie ma jeszcze tych szczególnych przypadków, które wywodzimy z bezładu ruchowego. Okres drugi, bezładu, stanowi okres najwyraźniejszego występowania bezładu, jako przypadku najwybitniejszego, najcięższego i bardzo dokuczliwego.

Okres trzeci jest zakończeniem.

Okres pierwszy czyli okres przed bezładem ruchowym.

Okres pierwszy, przed bezładem, jest najważniejszy, bo jedynie w tym okresie możemy być chorym naprawdę

pomocni, gdy później jesteśmy w stanie, co najwięcej, tylko chwilową przynieść ulgę. Chodzi więc o to, aby chorobę odkryć w samym początku. Dla tego wypada nam zastanowić się gruntownie nad najważniejszymi objawami wiadu pacierzowego kiłowego.

Pamiętać trzeba, że zбочenia czynnościowe trwać mogą długo, nim przyjdzie do bezładu a z drugiej strony zбочenia tego okresu mogą pozostać same przez całą chorobę tak iż do bezładu nie przychodzi nigdy. Jest to przeto wiad pacierzowy bez bezładu.

Najglówniejsem znamieniem wiadu pacierzowego przed bezładem jest jego wielopostaciowość, która sprawia, że, bez przesady mówiąc, nie ma dwóch przypadków zupełnie jednakich i że dopiero dalszy przebieg choroby nadaje przypadkom z początku tak do siebie różnym podobieństwo. Tak np. u jednego rozpoczyna się choroba bólami błyskawicznymi, u drugiego napadami żołądkowymi, u trzeciego porażeniem mięśniów ocznych, u czwartego upośledzeniem bystrości wzroku, u piątego osłabieniem nóg, u innego nakoniec osłabieniem pęcherza moczowego, zmniejszeniem popędu płciowego lub przeciwnie jego podwyższeniem.

Dla łatwiejszego przeglądu można objawy początkowe wiadu pacierzowego kiłowego podzielić na 8 gromad: 1) zбочenia w zakresie czucia w ogólności, 2) zбочenia w innerwacji ruchowej mięśniów ocznych, 3) zбочenia w zakresie organów moczopłciowych, 4) zбочenia w ruchach ze zmianą miejsca, 5) zбочenia w zakresie wzroku, 6) napady żołądkowe, 7) przypadki krtaniowe, 8) inne przypadki rzadsze.

1) **Zбочenia w zakresie czucia** są najpospolitszymi objawami rozpoczynającego się wiadu pacierzowego kiłowego a występują w rozmaitych formach. Jedną z nich są **bóle błyskawiczne** noszące swe miano dla tego, ponieważ na wzór błyskawicy nagle powstają i nagle również znikają. Bóle błyskawiczne są nieraz bardzo długo, nieraz przez lata całe jedynym objawem choroby. W samych początkach przed bezładem są one zazwyczaj lekkie i występują w rzadkich napadach. Ztąd też bardzo często nie poznają się lekarze na ich znaczeniu klinicznym uważając je mylnie za newralgię lub reumatyzm, a ponieważ chorzy przeciwko bólom i lekkim i rzadkim nie szukają pomocy lekarskiej, przeto łatwo pojąć, iż dopiero dokładna anamneza w późniejszych okresach choroby wyświeca, lubo po niewczasie, ich prawdziwe znaczenie. Ztąd słusznie wywodzi F., że bóle błyskawiczne u ludzi kiłowych zasługują na jak największą uwagę ze strony lekarza i uprawniają go do energicznego leczenia przeciwkiłowego, jeżeli ma się zażegnać—o ile można—groźące ze strony wiadu pacierzowego niebezpieczeństwo.

(C. d. n.)

Dr. E. Heller: **Simulation und ihre Behandlung.** Fürstenthal, 1882, w 8ce, str. 180.

Nauka o udawaniu chorób cielesnych i umysłowych, która dawniej stanowiła jeden z najważniejszych działów medycyny sądowej, coraz bardziej traci na znaczeniu, albowiem nie ulega zaprzeczeniu, że częstość udawania pozostaje w odwrotnym stosunku do postępu nauk lekarskich. Im bardziej udoskonala się badanie, tém mniejszego powodzenia spodziewać się mogą symulanci, i dla tego coraz rzadziej zdarzają się przypadki udawania. A ponieważ przyjęła się obecnie zasada, że lekarz sądowy powinien walczyć z symulantami tylko taką bronią, jakiej mu dostarcza umiejętność, i że nie ma prawa stosowania środków nielekarskich, nad-

zwyczajnych, inkwizycyjnych, w celu rozbrojenia przeciwnika, więc dochodzenie symulacji nie jest niczém inném, jeno ścisłém badaniem lekarskiém, co prawda nieraz wymagającym specjalnej znajomości rzeczy (psychiatrycznej, okulistycznej, otyjatrycznej), a tém samém nauka o symulacji przestała być nauką, i ztąd słusznie nowsi autorowie (jak np. Hofmann) już jęj nie poświęcają działu osobnego w dziełach sądowo-lekarskich. Każdy doświadczony lekarz sądowy przyzna, że w praktyce swojej bardzo rzadko spotyka się z symulantami, a jeżeli się spotyka, że zwykłe środki badawcze w zupełności wystarczają do rozpoznania zdrowia lub choroby, — że nierównie częściej ma do czynienia z ludźmi chorymi lub cieleśnie obrażonymi a cierpienie swoje przesa dzającymi, aniżeli zdrowymi a chorobę udającymi. Inaczej się ma rzecz z lekarzami wojskowymi; oni nierównie częściej mają do czynienia z symulantami, którzy chcąc uwolnić się od służby wojskowej uciekają się do udawania rozmaitych chorób, a popisowi zwłaszcza spodziewają się powodzenia, ponieważ krótki czas, wyznaczony dla zbadania jednostki, często nie wystarcza do rozpoznania prawdziwego stanu rzeczy. Ztąd się tłumaczy, że w przeciągu dwóch lat ukazały się dwa dzieła, traktujące o symulacji, a napisane przez lekarzy wojskowych. O pierwszym, napisaném przez rodaka naszego, starszego lekarza sztabowego w armii austriackiej Dra Derblich'a (*Die simulirten Krankheiten der Wehrpflichtigen*. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1880, w 8ce, str. 183), jakkolwiek przedmiot wyczerpującym, nie zdaliśmy sprawy w swoim czasie, ponieważ dziełko to ogranicza się, jak tytuł jego zapowiada, do symulacji popisowych; drugie, którego autorem jest lekarz wojskowy pruski, a którego tytuł podaliśmy w nagłówku, zakreśliło sobie szersze ramy, bo traktuje o symulacji w ogólności i jest przeznaczoném nietylko dla lekarzy wojskowych, ale także sądowych i więziennych; dla tego z obowiązku swego choć krótką zdać musimy z niego sprawę.

W ogólności nie mamy autorowi nic ważniejszego do zarzucenia; traktuje on wszystkie możebne choroby, których udawanie według jego doświadczenia się zdarza, ale przeważnie ze stanowiska wojskowo-lekarskiego; po uwagach ogólnych zastanawia się nad chorobami płuc i serca, nad nerwicami i chorobami umysłowemi, następnie przechodzi do chorób ócz i uszu, a w końcu mówi o chorobach przyrządu moczopłciowego, o przeszkodach ruchowych, o chorobach skórnych, oraz o samookaleczeniu się; wszędzie, przyznać musimy tak pod względem rozpoznawczym, jakoteż środków służących do wykazania symulacji, stoi na wysokości nauki i jakkolwiek, właśnie jako lekarz wojskowy, widzi może za czarno—tak przynajmniej zdaje się lekarzowi sądowemu, — to przecież nigdzie nie zachwala stósowania środków nielekarskich, co jako zasługę policzyć mu musimy. Liczna i ciekawa kazuistyka (54 przypadki) jest nie małą zaletą książki.

W szczególności jednak nie zawsze mogliśmy się zgodzić z autorem. Tak np. epilepsyję psychiczną nazywa „wynałazkiem“, dalej twierdzi, że „bez utraty samowiedzy i bez kureczów nie ma epilepsyi“, obłąkanie moralne nazywa chorobą „rzekomą“ itd.; są to zapatrywania niekoniecznie liczące z doświadczeniem większości lekarzy.

Pomimo nielicznych usterek takich i pomimo nader licznych błędów drukarskich dziełko, o którym mowa, jest polecenia godnóm; nie możemy jednak pominąć milczeniem, że pod jednym względem autor niekorzystnie robi wrażenie.

Dostarcza on niestety dowodu, że „Bartek Zwycięzca z Pogonębina“ nie był utworem fantastycznym, lecz z życia wziętym. Polacy służący w armii pruskiej umieją wprawdzie zdobywać armaty, ale zdaniem naszego Prusaka należą do rasy pośledniejszej a dlatego o „rekrutach narodowości polskiej“ opowiada rzeczy niestworzone. I tak symulanci narodowości polskiej okazują według niego rzadką szczegółno-tkliwość w obec wody ziwnnej(?) i dlatego ranne obmywania wodą zimną mają dla nich być prawdziwym postrachem. Żołnierz Polak tłumaczący rodakom swoim nowozaciężnym rotę przysięgi, do ustępu, grożącego rozstrzelaniem *ex propria diligentia* dodaje: „i leżeć musi na drodze jak pies zdechły.“ Rekrut „narodowości polskiej“ autora przypomina nam owego Germana, poległego w boju z Rzymianami, na którym Galen po raz może pierwszy wykonał sekcję, a którym się kilkakrotnie popisuje; ani autor nasz nie pomyślał o tém, że nie rozumiejąc mowy biednego rekruta „narodowości polskiej“ nie może się z nim porozumieć, jak z rekrutami narodowości germańskiej, a gdyby wycieczki jego miały służyć jako dowód, że rekruci polscy nie bardzo się zachwycają służbą w armii pruskiej, to odesłać go musimy do innego faktu, sprawdzonego przez lekarza niemieckiego, że zwiększająca się częstość samobójstwa w Prusiech, a głównie w Berlinie, pozostaje w związku z powszechną służbą wojskową, z kąd zaczerpnąć może dowód, że i rekruci niemieccy także nie czują się szczęśliwymi w przymusowym swoim zawodzie.

L. Blumenstok.

IV. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

XI.

d) Podsekcja medycyny teoretycznej. Posiedzenie d. 28 maja. Przewodniczący Dr. Chudoba.

Dr. Ehrmann. Na podstawie preparatów zabarwionych chlorkiem złota, oraz na podstawie spostrzegania żywego utkania, prelegent doszedł do następujących wniosków, opartych na doświadczalnych badaniach: 1) tkanka łączna jest histologiczną i morfologiczną jednostką, 2) protoplazma spływa się i rozplywa się, oraz ulega prądom wewnętrznym, 3) zmiana barwy protoplazmy, w barwnych komórkach zależy od tych wewnętrznych prądów.

Dr. Drozda: O chorobowych zbożeniach mowy. Prelegent podał zakres pojęcia „mowy“, i wskazał na jęj niezmiernie znaczenie dla człowieka, gdyż mowie to zawdzięczamy szybki rozwój i dojrzałość duchową. Ażeby mowa mogła być wiernym tłumaczem naszych duchowych czynności, należy się ażeby przedstawiała właściwy zakres rzeczy, i ażeby posłużyć się mogła dobrze określającym wyrazem. Chorobowe zbożenia mowy przedstawiają się dwójako: jako wady biegu myśli naszych (*logopathia, dyslogia*), i jako zbożenia wyrażenia tych myśli (*lalopathia*); prelegent wytknął sobie cel pomówienia o tęg drugiej kategorii. Mowa uzasadnia się na dykeyi i artykulacji: dykcja jest wynikiem nader skomplikowanego współdziałania czynności zmysłowo-umysłowych, artykulacja jest prostą czynnością układu ruchowego. Wady dotyczące wyrażania się (*lalopathia*) należy podzielić na zbożenia dykeyi (*dysphasia*) i zbożenia artykulacji (*dysarthria*). Znamy cały szereg zbożen dykeyi, jak mowa leniwa (*bradyphasia*), gadatliwość (*tumultus sermonis*), wreszcie liczne formy bezmówności (*aphasia atctica, amnestica, paraphasia, agramatismus* itd.). W dalszym

toku prelegent mówi o zboczeniach artykulacji mowy (*dysarthria*), które dzieli na a) dyslalię, t. j. zboczenie artykulacji w skutek wad bądź wrodzonych, bądź nabytych narządu głosu i obwodowego czucia ruchowego, i na b) zboczenie artykulacji ośrodkowe, polegające na uszkodzeniu włókien przewodnych mózgu, na zmianach mięsaszowych w rdzeniu przedłużonym. Znamy następujące zmiany artykulacji: alfabetowe i zgłoskowe; do pierwszych należą: momotanie (*Stammeln*), bełkotanie (*Lallen*); do drugich: jakanie (*Stottern*), zacinięcie (z przepuszczaniem zgłosek) (*Silbenstolpern*). Prelegent mówi o każdej z osobna formie zboczeń artykulacji, zastanawia się nad ich patogenezą, a kończy zajmujący wykład uwagami nad głuchoniemotą.

Dr. Czarda demonstruje przy pomocy dźwiękowego przyrządu i fonometru własnego pomysłu: a) linie krzywe w cierpieniach chrząstek trąbki Eustachjusza; b) linie krzywe prawidłowe, oraz chorobowe: przy obrzękach nosa i przebiegu podniebienia. Prelegent dochodzi do następujących wniosków: podniebienie miękkie ma główny wpływ na tworzenie się i czystość dźwięku samogłosek; głos nosowy nie powstaje przy zaciśnięciu nosa, lecz przy nazbyt przestronnej próżni nosowej, przy niedomykalności klapy podniebieniowej, przy przedziurawieniach podniebienia twardego i miękkiego. Przy zbyt przestronności jamy nosowo-gardzieliowej możebnym jest wymówienie nosem samogłosek, oraz *h* i *ch*, napełniając usta wodą.

Dr. J. Thomayer: Wrzód gruźliczy języka. Prelegent dłużej zastanawia się nad częścią histologiczną przedmiotu swego odczytu. Literatura kliniczna wrzodu gruźliczego języka jest dosyć obfita, natomiast badania histologiczne są nader skąpe; z obszerniejszych prac przytacza prelegent rozprawę Nedopila, który utrzymuje, że gruzelek tworzy się dzieleniem komórek, a włókno stanowi podścielisko. Prelegent demonstruje preparaty, wskazuje na nadzwyczaj drobne ogniska gruzelków wśród zachowanych włókien mięśniowych; preparaty te nie potwierdziły wyników badań Nedopila; zwraca prelegent uwagę jeszcze na tę okoliczność, że stwierdził w obydwóch swoich przypadkach bujanie śródbłonna w naczyniach. Łożyska gruźlicze, chociażby gruzełki były nader małe, znajdują się głęboko pod wrzodem, makroskopijnie 1 cm. pod powierzchnią; jest to cenna wskazówka dla terapii, gdyż staje się faktem niewątpliwym, że wszelkie przyżegania muszą pozostać bez skutku. Th. w jednym przypadku przyżegał wrzód gruźliczy chlorkiem cynku; po odpadnięciu strupa pokazał się na ziarninowej powierzchni gruzełek, który z biegiem czasu rozpadł się. Prelegent wnioskuje, że stosowanie żegadła w leczeniu wrzodu gruźliczego języka jest nieusprawiedliwionem.

Dr. Hlava: O nowym czynniku etjologicznym w zwapnienia płuc. Wiadomo, że obce ciała dostają się do płuc dwoma drogami: bądź drogą prostą przez oskrzela, bądź też z obwodu zanoszą je do płuc naczynia. Jest jednak trzeci sposób, mianowicie naczynia płucne same mogą ulegać schorzeniu i następowemu zwapnieniu; przypadek taki spostrzegł prelegent u 49-letniej kobiety, która chorowała na przepuklinę lewostronną i rozedmę płuc; szczyt prawego płuca tej chorób był zwapniały, mikroskop wykazał zwykłą rozedmę i zwapnienie naczyń, mianowicie małych końcowych gałązek tętnicy płucnej, i początkowych żył płucnej. H. jest przekonany, że rozedma jest przyczyną zwapnienia naczyń, że wywołuje ona początkowo zwyrodnienie

nie ścian naczyń, a następnie ich zanik. Znacznych rozmiarów przepuklina, zawierająca w swym worku trzewia, tak że żołądek dotykał wewnętrznego otworu worka przepuklinowego, miała również wpływ na zwapnienie, wywołując skutkiem znacznej dyslokacji narządów trawienia zmiany w krążeniu mleczka (*chylus*). Prelegent objaśnił swój odczyt odnoszącymi się do przedmiotu preparatami. Dr. Hlava w dalszym ciągu mówił o etjologii wrzodów dwunastnicy, gdyż obecnie popłatne teoryje nie są w stanie wyjaśnić przyczyny powstawania tej choroby. H. sądzi, że wrzody dwunastnicy są przyrody zapalno-grzybkowej, a opiera swoje mniemanie na spostrzeganiu jednego przypadku, który opisał i objaśnił preparatami.

Dr. H. Krasiński. O udziale Czechów w rozwoju oświaty i nauki lekarskiej w dawnej Polsce. Prelegent rozpoczął odczyt od czasów pierwszego zetknięcia się Polaków i Czechów w X stuleciu, i przeszedł przez następne wieki do dni naszych, uwydatniając imiona czeskich uczonych, którzy w szkołach polskich nauczali i do szerzenia postępu w bratnim narodzie przyczynili się. Odczyt ten nie nadaje się do streszczenia. Prelegent rozdał go w formie ozdobnej broszury Zgromadzonym.

Dr. Chodunský mówił o wielkim lekarzu polskim XVI wieku, Wojciechu Oczko, przy czém uczynił krótki za rys literatury lekarskiej w dawnej Polsce, za czasów złotego wieku Zygmunta Augusta.

Dr. Chudoba. O zakończeniu nerwu węchowego. Prelegent twierdzi, że błona śluzowa nosa ma dwuwarstwowy przybłonek, i rozróżnia w nim trzy rodzaje komórek: a) rosochate, mające jądra i jąderka jednorodne, stanowiące utkanie podporne; b) drugie mają również jednorodne jądra i jąderka; osłonka ich powleka jądro i wydłuża się w górę ku wolnemu końcowi, tworząc liczne migawki, ku dołowi zaś zbiega włóknikiem ku komórce będącej już w tkance łącznej; trzecie komórki są właściwie przybłonkowe, osłonki obejmują jądro małe, ziarniste; na swój powierzchni mają migawki, ku dołowi zwężają się i widelcowato kończą się w komórkach drugiej warstwy. Prelegent mniema, że zakończenie nerwu węchowego ma miejsce w warstwie drugiej komórek przybłonka.

Dr. Mayzel mówił o dzieleniu się komórek, a zajmujący swój wykład poparł pięknymi preparatami mikroskopijnymi.

Dr. Steffal. O rozworach dla aorty i gardzieli w przeponie. Średnia para nówek lędźwiowych przepony nie tworzy rodzaju zwieracza dla aorty, jak to przypuszczał Hyrtl w swojej Anatomii opisowej, przeciwnie brzeg przepony, jak to słusznie twierdzi Henle, jest rozszerzaczem dla rozworu aorty. Rzecz się ma inaczej z rozworem gardzielowym, gdzie istnienie zwieracza jest powszechnie uznanem. Badanie przepony doprowadziło prelegenta do wyników, które podał Henle; z swej strony S. uzupełnia opis Henlego osobistymi uwagami, mianowicie że włókna mięśniowe odchodzą od rozworu dla aorty równoległe do tylniej warstwy trzywarstwowego środka przepony; większa część włókien mięśniowych, przybierając kierunek krzyżujący się, tworzy most między rozworami dla aorty i gardzieli. Obszerne sprawozdanie z tej pracy ma umieścić *Časopis* č. 1.

Dr. Steffal jednocześnie demostrował czaszkę, którą przyniósł Dr. Šorejs; na czaszce tej znajduje się zagłębienie 1½ cm. głębokie a 2 cm. szerokie; przez całych

lat 12 chory nie ulegał żadnym zaburzeniom w sferze mózgowej. W ostatnich czasach w miejsce przedniego ciemiączka ugodził kamień z wysokości 12 sążni, i nagłą śmierć spowodował.

Dr. A. Kwaśnicki.

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* Otrzymał list następujący:

W sprawie szczepienia ospy. Na mocy rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z dnia 11 kwietnia 1876 r. l. 16,727 i 18 marca 1877 r. l. 14,377 przyznano lekarzowi za szczepienie ospy dyjety jednodniowe jeżeli:

a) niepodjęjąc żadnej podróży zaszczepli, zrewiduje lub zrewakcykuje 60 osób;

b) podejmując podróż,

w odległości 1—4 kilometr. zaszczepli itd. 40 osób

c) nad 4—7,5 „ „ „ 30 „

d) 7,5—11,5 „ „ „ 25 „

e) 11,5—15 „ „ „ 20 „

f) ponad 15 —19 „ „ „ 15 „

g) 19 —25 „ „ „ 10 „

h) 25 —35 „ „ „ 5 „

i) odbędzie podróż w odległości ponad 35—40 kilometrów.

W miarę większej liczby szczepionych lub zrewidowanych służy lekarzowi prawo porachowania podług powyższej normy należyłości za 2, 3 i więcej-dniową dyjetę bez względu na czas w jakim szczepienia lub rewizji dokonał; jednak zawsze tylko w stosunku do oddalenia i ilości dzieci szczepionych lub zrewidowanych.

Na rozporządzenie powyższe zgodzili się wszyscy koledzy, jako odpowiednie i słuszne. Po przeprowadzeniu szczepienia ospy i nadesłaniu rachunków do c. k. Starostwa w Krośnie otrzymałem temi dniami następujące uwiadomienie: „Reskryptem z d. 30 marca rb. l. 17,529 Wys. c. k. Namiestnictwo zarządziło, aby odtąd w rachunkach za szczepienie liczyć należyłości dyjet jedynie stosownie do ilości szczepionych, zrewakcykowanych lub rewidowanych osób, a to wedle normy podanej tutejszym okólnikiem z dnia 11 kwietnia 1876 r. l. 16,727 za 60 osób szczepionych dyjety jednodniowa, bez uwzględnienia stosunku wypadającego z odległości, gdyż dotyczącą podróż odbywa się nie wyłącznie w celu szczepienia ale szczepi na miejscu przy sposobności. Milowe należy liczyć za dojazd w rachunku za leczenie, za powrót zaś w rachunku za szczepienie, ze stosowną uwagą w obu rachunkach. Rachunki w odmienny sposób sporządzone będą do przeobrażenia zwracane. O czém Pana w celu zastosowania się w danych razach zawiadamiam.

Krosno, dnia 14 maja 1882 r.

Kierownik c. k. Starostwa.

Romer, m. p.

Pytam szan. Kolegów, co rozumieć należy przez wyrażenie „przy sposobności“? Mając 20 wsi górskich rozległych do szczepienia, gdzie naród prawie zupełnie nie wzywa pomocy lekarskiej, z powodu ciemnoty jako też nędzy, jakim sposobem można dzieci przy sposobności zaszczeplić, zrewidować i zebrać limfę do dalszego szczepienia? Wprawdzie zdarza się w niektórych wsiach od czasu do czasu czynność sądowo-lekarska, lecz nie mogąc poprzednio naczelnika gminy uwiadomić o czasie szczepienia, nie mając także dzięki systemowi oszczędności rządu wynagrodzenia za konie, jest rzeczą niemożliwą i w tym razie szczepić „przy sposobności“. Pytam się wreszcie szan. kolegów, w jaki sposób szczepi „przy sposobności“, zdotam limfę zebrać, aby szczepienie było w toku. Co do słów „Milowe należy liczyć . . . aż do w obu rachunkach“, przyznać się muszę, że mi zupełnie są niezrozumiałe.

Dr. Karol Reiss.

Lekarz miejski i sądowy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 lipca umarło w Krakowie wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców [28,2 (32,8 z. t.). Z płonicy umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzuszego 0 (1 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy, 1 krztusca, 1 duru osutkowego, 7 czerwonki. W tygodniu od 16 do 22 lipca umarło z ospy w Wiedniu 16, w Budapeszcie 11, w Pradze 4, w Paryżu 15, w Petersburgu 15, w Warsza-

wie (od 2 do 8 lipca) 29. W czerwcu pojawiała się ospa w Rzymie, Barcelonie, Lizbonie i Madrycie. Złagodniała ospa w połowie czerwca w Chicago i Cincinnati. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie i w Warszawie po 2, w Amsterdamie, Petersburgu, Maladze, Murcyi i Saragocie po 1. Kilka przypadków śmierci zaszło także w Lizbonie około połowy czerwca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 lipca umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,8; we Lwowie 34,8; w Poznaniu 39,4; w Wiedniu 27,0; w Budapeszcie 35,7; w Pradze 30,6; w Tryjeście 29,5; w Berlinie 42,1; w Wroclawiu 46,0; w Gdańsku 31,1; w Królewcu 44,0; w Mnichowie 32,8; w Dreźnie 30,0; w Lipsku 24,7; w Bazylei 14,7; w Brukseli 19,5; w Amsterdamie 23,7; w Paryżu 22,9; w Kopenhadze 25,0; w Sztokholmie 18,8; w Chrystynianii 21,7; w Petersburgu 31,8; w Odesie 40,9; w Rzymie 24,4; w Bukareszcie 27,0; w Madrycie 46,0 w Lizbonie 35,4; w Nowym Yorku 25,5; w Filadelfii 19,6; w Bombaju 20,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 sierpnia. Zakres zbawienną opieką, którą społeczeństwo ucywilizowanych narodów otacza ubogich i maluczkich, z dniem każdym rozszerza swe dobroczynne koło. Staraniem i ofiarnością filantropów stanęły szpitale dzieci we wszystkich większych miastach Europy; spostrzeżenia szpitalne doprowadziły jednak do smutnego przeświadczenia, że większa połowa dzieci, szukających pomocy w szpitalach, cierpi na zubożenia odżywcze; że żoły, krzywica i zakażenie zimnicze są istotnym powodem wysokiego odsetka śmiertelności dzieci w szpitalach. Usiłowania więc ludzi dobroczynnych, w czém im wiele pomagają rządy dobrze rozumiejące swój interes, postąpiły dalej, Włochy, Francja, Anglija potworzyły szpitale i kolonije nadmorskie, mniej mający morza Niemcy, kolonije wakacyjne w górach. W naszym kraju Warszawa pierwsza wprowadziła w czyn kolonije letnie; w Nrze 32 *Medycyny* czytamy nadzwyczaj pocieszającą wzmiankę o powrocie dziewczynek z 4-tygodniowego pobytu w Nowo-Mińsku; rezultat pod względem zdrowia wypadł nadszodziejanie dobrze; po zważeniu okazało się, że na wadze wszystkie zyskały po kilka i kilkanaście funtów. Podczas pobytu w kolonii stan dzieci był doskonały, o czém świadczą czerstwe ich policzki. Na tak dobry wynik złożyły się: odpowiedni wybór miejsca, zdrowe i obfite pożywienie, a wreszcie poruczenie kolonii dobrem, swe powołanie rozumiejącym nauczycielom i nauczycielkom. Kraków i Lwów posiadają ludzi, dzierżących szlachetny przywilej opiekowania się choremi dziećmi; ich zabiegom Galicyja zawdzięcza szpitale: św. Ludwika i św. Zofii. Przed 2ma laty Komisja balneologiczna wystósowała memoryał do Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie w sprawie założenia takich kolonij: w Rabce lub Wieliczce dla Galicyi zachodniej, w Iwoniczu lub Rymanowie dla wschodniej. Zajęte w on czas myślą budowy pawilonu chorób zakaźnych, Towarz. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie odpowiedziało Komisji baln., że po ukończeniu pawilonu, postawi na porządku dalszego swego rozwoju sprawę filij szpitala letniego w Rabce lub Wieliczce. Gdy więc od początku rb. pawilon chorób zakaźnych już jest oddany na użytek chorych, wolno nam cieszyć się nadzieją, że znane z swój gorliwości Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie, wprowadzi w życie instytucję kolonij letnich (czy też filij szpitala dla skrofalicznych), mającą niezmiernie znaczenie w sprawie odrodzenia się zastraszającego upadającego na zdrowiu społeczeństwa naszego.

* **Lwów** 8 sierpnia. D. 6 b. m. obchodził Dr. Grzegorz Ziembiński, 50 letni jubileusz otrzymania stopnia doktora medycyny. W uroczystości tej wzięli udział weterani z r. 1831, jako towarzysze broni, do poczetu których należy jubilat, a prócz tego bardzo liczny zastęp lekarzy lwowskich z Dr. Hoszardem na czele, oraz delegaci aptekarzy lwowskich pp. Kochanowski i Piepes. Po odczytaniu adresu przemówił Dr. Hoszard krótko i serdecznie w imieniu kolegów, a po nim zabierali głos obaj delegaci w imieniu aptekarzy, którzy również za pośrednictwem delegatów wręczyli adres jubilatowi. Jubilat urodził się w Samborze r. 1806. Ojciec jego był prezesem miasta Przemyśla. Służył po ukończeniu nauk w wojsku polskiem w Warszawie, poczem wrócił do studyjów medycznych, a ukończywszy je

w Wiedniu, zaciągnął się w szeregi walczące w r. 1831, pełniąc obowiązki lekarza. Następnie wrócił do Wiednia dla otrzymania stopnia doktora (1832), poczem osiedlił się w Przemyślu, gdzie w r. 1848 sformował gwardyję narodową; w r. 1855 przeniósł się do Lwowa, w r. 1861 został wybrany posłem na sejm krajowy z Przemyśla. Jubilat należał i należy do najwzjęszych lekarzy.

W Krynicy do 1 sierpnia bawiło osób 2584.

W Cieplicach czeskich do d. 1 sierpnia bawiło gości kąpielowych 7.670.

* W czerwcowym zeszycie *Anal. d'hyg.* czytamy, że Dr. Ladame w Szwajcaryi miał zadanie odpowiedzi na pytanie czy możebnem jest zgwałcenie osoby zahypnotyzowanej? Piąty to już przypadek w historii sądowej medycyny: pierwszy w Marsylii w r. 1858, drugi w Tulonie w r. 1865, trzeci i czwarty w Paryżu; znawcy użyli w powyższych przypadkach (Coste, Tardieu, Devergie, Brouardel) orzekli, że zgwałcenie osoby zahypnotyzowanej jest możebne. Dr. Ladame uznał również, że możność zgwałcenia jest i w tym przypadku uzasadnioną, ale nie orzekł ażeby przez to zgwałcenie było udowodnionem i dla tego Sąd oskarżonego uwolnił.

* Gonicz urzędowy w Petersburgu ogłasza prawo ograniczające używanie dzieci do roboty w fabrykach. Umyślnie w tym celu wyznaczeni inspektorowie mają czuwać nad wykonaniem tego przepisu.

* W pierwszych 10 miesiącach 1881 r. umarło z nalógowego opilstwa we Włoszech osób 304, na 184.000 wszystkich przypadków śmierci, co wynosi 1,65%. Największy odsetek przypada na Wenecyję i Pijemont.

* **Wiedeń.** Z d. 1 września rb. wchodzi w życie za zezwoleniem Ministerstwa oświecenia Zakład operacyjny położniczy w Wydziale lekarskim Uniw. wiedeńskiego. Zakład pozostawać będzie pod kierownictwem 3 profesorów położnictwa; przyjętym może być każdy doktor w. n. lek., pochodzący z krajów reprezentowanych w Radzie Państwa; kurs trwać będzie 6 miesięcy, pierwszy od 1 września do ostatniego lutego, a drugi od 1 marca do ostatniego sierpnia; w każdym kursie przyjętych będzie 9 doktorów, po 3 w każdej klinice. Kandydaci winni się zgłosić do Dziekana Wydziału, o przyjęciu stanowi grono profesorów z przeważnem uwzględnieniem lekarzy szpitalnych. Uczestniczący na kurs mają prawo asystowania przy operacjach a nawet uskuteczniania operacji *in vivo* pod kierunkiem profesorów lub ich zastępców; po ukończeniu kursu mogą żądać świadectwa z odbytego kursu.

Prymaryjuszem w szpitalu na Wiedniu mianowany został Dr. Lütke Müller.

Znany księgarz i nakładca Braumüller mianowany został honorowym doktorem medycyny Wydziału lek. w Würzburgu.

Dr. Hebetanz urządza w Volksgarten we Wiedniu zakład kuracji winogronowej, który będzie otwarty od połowy sierpnia do połowy października.

* **Paryż.** Rada miejska przyznała plac i 4500 fr. dla wystawienia pomnika ojcowi nowoczesnej psychiatrii Pinelowi. Pomnik ma stanąć przed krużgankiem Salpêtriêre.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Klausenburg.** Dr. Leon Davida mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii opisowej i topograficznej.—**Berlin.** W skutek nieprzyjęcia przez Volkman na katedry opróznionę po ustąpieniu Langenbecka Wydział przedstawił trzech innych kandydatów a mianowicie: König, Bergmann i Czernego. Z tych kandydatów ministerjum obrało Bergmanna, mianowanego niedawno jeneralnym lekarzem *à la suite*. Prof. Bergmann liczy lat 50, urodził się w Inflantach, gdzie jego ojciec był lekarzem; w roku przeszłym dopiero powołany został z Dorpatu do Würzburga.—**Fryburg.** Prof. nadzw. Dr. Röhrig, lekarz zdrojowy w Kissingen, dawniej w Kreuznach, zmuszony był zrzec się profesury z powodu oskarżenia go przez lekarzy zdrojowych w Kreuznach o postępowanie ubliżające godności lekarskiej.—**Wrocław.** Dziekanem Wydziału lekarskiego na przyszły rok szkolny wybrano prof. Biermera.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr. Stoffela we Wiedniu, używający dotąd tytułu profesora nadzw. mianowany został profesorem nadzw. patologii i terapii lekarskiej w Wydziale lek. we Wiedniu.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Jagiełło Demczyński le-

karz w 2 pułku piechoty mianowany został lekarzem starszym w 51 pułku piechoty.

* **Nekrologija.** *Nowoje Wremja* donosi o śmierci rzeczywistego tajnego radcy Dra Gaurowiza, który wydał kilka prac lekarskich po niemiecku.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopiśmie lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 31: Sokołowskię: Przypadek raka wątroby z niezwykle szybkim przebiegiem. — W *Medycynie* Nr. 31: Boryssowicza: Z kazuistyki sądowolekarskiej. (C. d.)

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. P. we Lwowie: Zastósowaliśmy się do wskazówek podanych w ostatnim liście kolegi. — Dr. G. W. w Hadyacu: Nr. 6 Dziennika Zjazdu był w swoim czasie wysłany; ponieważ nie doszedł wysyłamy powtórnie.

Do Nru dzisiejszego dołącza się Skład Towarzystwa lek. krak. w dniu 31 grudnia r. 1881.

W zastępstwie redaktora Dr. A. Kwaśnicki.

SANTAŁ MIDY

Aptekarza pierwszej klasy w Paryżu.

Olejek santałowy jest używany z powodzeniem zamiast balsamu kopajowego i kubeb.

Jest on nieszkodliwy nawet w wielkiej dawce. — Użycie jego sprawia już po 48 godzinach, zupełne ulżenie, wypływ zamienia się na sêrowate sączenie, bez względu na barwę i obfitość wydzielin.

Użycie jego nie sprawia ani niestrawności ani odbijania się ani rozwolnienia. Mocz nie przybiera żadnej woni.

SANTAŁ MIDY jest chemicznie czysty; wydaje się w kształcie kapsulek i zażywa się w ilości 10 do 12 kapsulek przez dzień, zmniejszając liczbę stopniowo w miarę zmniejszania się wydzielin.

Składy: Midy aptekarz w Paryżu 113 Faubourg Saint-Honoré; w aptekach Redyka i Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Piotra Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

Quina la Roche z fosforanem wapna zalecana w słabościach piersiowych i osłabieniach.

Woda Krondorfska ze zdroju Stefana i podług uznania profesora Lercha, jest najlepszą szczawą, obfita w składniki ziem alkalicznych i wolnego kwasu węglowego, przeto i smaczniejsza; dalej **Woda gorzka Morszyńska** ze źródła Bonifacego (cena 26 cent.), **rodzima sól gorzka** ze źródła Bonifacego, **ług solankowo-borowinowy** i **ług** ze zdroju Magdaleny w Morszynie.

Ciepłomierze maksymalne angielskie Seiferta nadzwyczaj dokładne i czule.

Powyższe artykuły jakoteż wszystkie inne wody krajowe i zagraniczne utrzymuje świeże na składzie:

Apteka Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Dr. ADAMA MAJEWSKIEGO

ZAKŁAD WODOLECZNICZY we LWOWIE (w Kiselce)

przyjmuje chorych na mieszkanie z zupełnem zaotrzeniem jakoteż tylko dochodzących dla leczenia się, które się odbywa rano od 6 do 8mej i popołudniu od 4 do 6tej godziny pod nadzorem lekarza Zakładu.

Kapsułki i Cukierki z Bromkiem Kamfory. Doktora Clina,

Laureata Wydziału lekarskiego w Paryżu (Prix Montyon).

„Przepisujemy preparata te, gdy chcemy sprawić ukojenie energiczne systemu krążenia, a osobliwie systemu nerwowego mózgowo-pacierzowego“. „Stanowią one najskuteczniejszy środek przeciw kurczowemu i nasennemu“. (*Gaz. Hôp.*)

„Kapsułki i Cukierki Doktora Clina z Bromkiem Kamfory służyły do wszystkich doświadczeń czynionych w szpitalach paryskich“. (*Union Méd.*)

Kapsułki Doktora Clina zawierają 0,20 centigr. } czystego Bromku Kamfory.
Cukierki „ „ „ 0,10 „ }

Hurtowna sprzedaż: u Clina i Spółki w Paryżu — częściowa w aptekach.

Cukierki z żelazem Rabuteau

Laureata Instytutu francuzkiego. — Nagroda terapii.

Badania porównawcze czynione w szpitalach paryzkich przy pomocy najdoskonalszych instrumentów, dowiodły, że Cukierki z żelazem Rabuteau odradzają czerwone ciała krwi z szybkością, jakiej nigdy nie uważano przy używaniu innych środków żelazistych. Dawka 4 do 6 cukierków dziennie.

Eliksyr z żelazem Rabuteau zalecamy osobom, które nie mogą połykać cukierków. Kieliszczek rano i wieczór przed jedzeniem.

Syrop z żelazem Rabuteau przeznaczony jest przeważnie dla dzieci.

Ze wszystkich leków żelazistych żelazo Rabuteau uznano w terapii za najodpowiedniejsze; organizm przyswaja je bez obstrukcyi i bez rozwolnienia.

Leczenie żelazem za pomocą Cukierków Rabuteau jest bardzo ekonomiczne.

Upraszamy, przepisywać prawdziwe żelazo Rabuteau od Clina i Spółki w Paryżu.

Pigułki Dra Moussetta. Nerwobóle.

Pigułki Moussetta z akonitynem i z quiniem usmierzają lub leczą: migrenę, rwę kulszową i najporczywsze nerwobóle

„Działanie usmierzające, jakie pigułki te wywierają na narządy krążenia krwi za pośrednictwem nerwów naczynio-ruchowych są powodem używania ich w nerwobólach nerwu trojstego, w nerwobólach nawalnych, w słabościach reumatycznych bolesnych i zapalnych“

„Akonityn sprawia zadziwiające skutki w leczeniu nerwobólów twarzy, pod warunkiem, aby nie były przypadkami obrzęku śródczaszkowego — a nawet wtedy, gdy inne leki wcale nie działały“. (*Société de Biologie, séance du 28 février 1880.*)

Dawka: 3 do 6 pigulek w przeciągu 24 godzin.

Upraszamy żądać prawdziwych Pigulek Moussetta od Clina i Spółki w Paryżu.

Rozczyn Salicylanu sodowego.

Doktora Clina,

Laureata Wydziału lekarskiego (Nagroda Montyon).

Rozczyn podany przez Doktora Clina zawsze identyczny w swym składzie i smaku przyjemnego, pozwala zadawać z łatwością Salicylan sodowy i zmieniać dawkę według potrzeby.

Rozczyn ten nader ściśle miareczkowany zawiera:

2 gramy Salicylanu sodowego w łyżce stołowej,
0,50 centigr. „ „ w łyżeczce kawowej.

Żądać trzeba prawdziwego Rozczynu Clina, który można otrzymać za pośrednictwem aptekarzy.

Kapsułki Mathey - Caylus

w delikatnej osnówce skrobiowej.

Z balsamem kopajowym i z olejkami santalowym;
z balsamem kopajowym, z kubenami i z olejkami santalowym;
z balsamem kopajowym, z żelazem i z olejkami santalowym.

„Kapsułki Mathey-Caylus z olejkami santalowym w połączeniu ze środkami balsamicznymi, posiadają niezaprzeczoną dzielność i są używane z najlepszym skutkiem, w szybkim leczeniu przewlekłych lub świeżych śluzotoków cewki moczowej, rzeżączki, białych upławów, zapalenia szyi, zwężenia cewki, kataru i innych chorób pęcherza oraz wszelkich słabości dróg moczowych.

„Najdelikatniejsze osoby trawią z łatwością Kapsułki Mathey-Caylus dzięki ich delikatnej osnówce, która nie obciąża żołądka“ (*Gazette des Hôpitaux de Paris.*)

Hurtowna sprzedaż u Clina i Spółki w Paryżu — częściowa w aptekach.

SYROP i CIASTO BERTHÉ

Aptekarza, Laureata szpitali paryzkich.

„Czysta Kodeina, mówi profesor Gubler (*Commentaires thérapeutiques du Codex p. 587*), powinna być podawana osobom nieznoszącym makowca, jak dzieciom, kobietom, starcom i osobom skłonny do uderzeń krwi“.

Syrop i Ciasto Berthé z czystą Kodeiną posiadają niezaprzeczoną skuteczność w uporczywych kaszlach, w zapaleniu kanału oddechowego, w chrypkach, w astmie, w bólach gardła, w bezsennościach, w kaszlu nerwowym i osłabiającym, we wszelkich słabościach piersiowych — i uspokajają rozdrażnienia wszelkiej natury.

Osoby używające Syropu lub Ciasta Berthé mają sen spokojny i wzmacniający, po którym nie uczuwają ani ciężkości ani bólu głowy, nie tracą apetytu i nie nabawiają się obstrukcyj.

Upraszamy przepisywać i dokładnie wyszczególnić Syrop lub Ciasto Berthé a jako gwarancję żądać należy podpisu Berthé i niebieskiej pieczęci Państwa francuzkiego.

W Paryżu u Clina i Spółki, 14 Rue Racine, przy Wydziale lekarskim i za pośrednictwem aptekarzy we Francyi i zagranicą.

NOWE MIASTO NAD PILICĄ

w Królestwie Polskim, Gubernii Piotrkowskiej, Powiecie Rawskim

Zakład wodoleczniczy

Racyjonalna hydroterapija, kąpiele rzeczne, gimnastyka, wody mineralne. Obszerny i wygodnie urządzony zakład kąpielowy cały rok otwarty. Dyjetetyczne stosowanie, zdrowe powietrze, malownicze położenie, w lecie stała muzyka.

Wiele skuteczne leczenie wodą w chorobach nerwowych, w katarach w ogóle, a szczególnie żołądka, kiszki, pęcherza i macicy, w przekrwieniach wątroby i śledziony, w reumatyzmach, niedokrwistości, zakażeniu ręciowem, skrofalicznem, zimniczem, w bezpłodności, otyłości, blednicy, nasieniotoke, niemocy męskiej i w ogólnych osłabieniach po ciężkich chorobach, po kuracyi wodami karlsbadzkimi, maryjnbadzkiemi i t. p.

Utrzymanie całodzienne z leczeniem i kąpielami 2 Rsr. do 3 Rsr. 50 kop. — Internat i restauracja dla starozakonnych.

Komunikacja przez Skierniewice stacją Dr. żel. Warsz. Wied. i Warsz. Byd. i przez Rawę lub z Warszawy wprost karetkami pocztowymi przez Grojec. Blizsze objaśnienia w Aptece Kucharzewskiego w Warszawie, Senatorska 480 lub w Nowem Mieście nad Pilicą w Zarządzie Zakładu.

Dr. Leon Rzecznowski.

Dr. Jan Biliński.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szlaku austriackim)

W najpyszniejszej okolicy górskiej tuż pod lasem położony Najstaranniejsza piecza o chorych.

Najbliższa stacja kolei żelaznej **Ziegenhals** jest o milę odległą.

Zakład jest przez cały rok otwartym.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
najobficiej
alkaliczna woda mineralna
SZCZAWIOWA
napój oszeźwiający stołowy,
skuteczny bardzo na kaszel w chorobach szyl
katarach żołądka i pęcherza.
PASTYLKI pectoralne i do trawienia.
Henryk Mattoni, Karlsbad (Czechy).

Dr. Aleksander Medwejt

uwidamia Szanowych Panów Kolegów że jak dotąd ordynuje,
i w roku bieżącym w Zakładzie wodoleczniczym

W ZAWAŁOWIE

gdzie urządził obecnie osobne łazienki z przyrządami do Hydroterapii dla Izraelitów.

Poczta w miescu.

Dr. med. Witold Jaroszyński

ordynuje w **KARLSBADZIE** (*Kaiserstrasse, Warschau**)
od Września zaś jak i w roku zeszłym w **MERANIE**.

Mattoniego

ZELEZISTO BOROWINOWA SOL z borowiny
BOROWINOWY ŻUG w Soos
pod
Francensbadem

Wygodne zastępstwo **KĄPIELI BOROWINOWYCH**

Środek do przyrządzania kąpeli mineralnych i solnych.

Wyciągi borowinowe zawierają wszelkie rozpuszczalne składniki najsilniejszej borowiny i poprostu dodaje się je do kąpeli. Po użyciu nastają według długoletnich doświadczeń w praktyce szpitalnej i prywatnej prawie zupełnie skutki lecznicze kąpeli borowinowych i żelaznych w *niedokrewności, blednicy, ogólnem osłabieniu i długotrwałych cierpieniach zwłaszcza kobiecych dróg rodnych.*

Leczenie w domu i zimowe bez osobnej dyjety.

Rozselka w paczkach po 1 kłgr.

MATTONI i Sp. FRANCENSBAD (w Czechach).

Składy: w *Wiedniu Henryk Mattoni; w Budapeszcie Mattoni i Wille* i we wszelkich składach wód mineralnych i aptekach.

FOSFORAN ŻELAZA

LERASA DOKTORA FILOZOFII.

Grimault i Spółka Aptekarze w Paryżu.

Lek ten w płynie bez smaku, podobnym do wody mineralnej zawiera właściwe składniki kości i krwi. Jestto najodpowiedniejszy z leków żelazo zawierających, to też wybór lekarzy całego świata przepisuje lek ten. Jest on pożądanym lekiem dla dziewcząt delikatnych, u których rozwinięcie jest opóźnione, dla kobiet, które cierpią nieznosne bóle żołądka, wywołane przez blednicę, niedokrewność (*anemic*), miesiączkę lub przez białe upławy; dla dzieci bladego i delikatnego usposobienia, w ogóle dla wszystkich osób, u których ubytek krwi powodowany był słabościami. Dzielność, szybkość działania, dokładne wyleczenie, bez obstrukcyj i atakowania zębów, oto są powody, dla których Panowie Lekarze widzą się zmuszeni przepisywać ten środek leczniczy swym chorym.

Składy: 8 Rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Piotra Mikołasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

ZDROJOWISKO

OBERSALZBRUNN

2 godziny drogi od Wrocławia.

Od dawna słynne dla cierpiących na płusa. Chorzy na długotrwałe zbroczenia trawienia i wytwarzania krwi, na niezły pęcherza, cierpienia pasku moczowego, dnę, cierpienia krwawnicowe itd. znajdują tam pewne uleczenie. Pora kąpielowa trwa od 1 Maja do ostatniego Września: W zoro wo urządzony zakład leczenia żętycą. Obec wody mineralne. Inspekcya zdrojowa Księstwa pszczyńskiego.

WINA lecznicze

WYROBU

Dra KAROLA MIKOLASCHA we Lwowie.

WINO chinowe. Prawdziwy wyciąg z trzech gatunków kory chinowej, t. j. brunatnej, czerwonej i królewskiej, przyrządzony za pomocą sposobu wypierania (*methode de displacement*). Dla rekonwalescentów po słabościach wycieńczonych, nerwowych, przeciw februm, gastralgiom i t. p.

WINO chinowo-żelaziste. Wyciąg powyższy zaprawiony połączeniem żelazistym nieoszacowanej jakości, ponieważ jest prawie bez smaku i bardzo łatwo przez ustrój ludzki przyswojony bywa. Tam gdzie chodzi o usunięcie chorób z braku lub nieprawidłowej jakości krwi pochodzących, nadzwyczaj skuteczne i przez wszystkich niemal lekarzy przepisywane.

WINO pepsinowe. Użycie tego wina jest bardzo rozpowszechnione. Służy ono dla słabych, którzy sami nie wydzielają w żołądku dostatecznej ilości fermentu dla strawienia spożytych pokarmów, białko w różnych postaciach zawierających, także jednak dla zdrowych, którzy często i dużo jeść i pić lubią, ponieważ używając tego wina przy swoich sympozyjach, prędko trawia i częściej nałogowi swemu oddawać się mogą.

WINO peptonowe. Pokarm płynny, który wchodzi w ustrój ludzki prawie bez pomocy żołądka. Wino samo przez się jest takim pokarmem, pepton zaś jest sztucznie strawionem mięsem. Te dwa środki połączone stanowią więc całość niezrównaną pod względem odżywiania ustroju wycieńzonego i wcale nie lub źle trawiącego.

WINO rumbabarowe. Lekospis austriacki żąda Malagi jako podstawy do wina Darellego. Moje wino rumbabarowe sporządzam na winie hiszpańskiem, lepszem od Malagi i bez dodatku kardamonu i skór pomarańczowych. Doskonały środek, osobliwie dla niewiast i dzieci w razach kataru żołądkowego lub kiszek. Jest ono o połowę tańsze jak wino Darellego.

Pomimo krótkiego czasu istnienia moich win leczniczych przeciw bardzo wielu lekarzy a pomiędzy nimi i tacy sławy europejskiej przekonali się o ich doskonałości czem się czuli spowodowani nadesłać mi bardzo pochlebne świadectwa uznania, które w streszczeniu przytaczam:

Wny Dr. **Alfred Biesiadecki** c. k. radca namiestnictwa, krajowy referent sanitarny:

„Wina lecznicze p. KAROLA MIKOLASCHA, przewyższają swą dobrocią i skutecznością inne wyroby po części firm zagranicznych i są jedyne w swoim rodzaju, tak jako środki dyjetetyczne jako téż i lecznicze.“

Wny Dr. **Karol Braun von Foernwald** c. k. radca dworu, profesor i dyrektor kliniki położniczej w Wiedniu:

„Wina lecznicze p. Dr. KAROLA MIKOLASCHA uznaję za bardzo dobre, w skutek czego będę je przepisywał.“

Wny Dr. **Józef Spaeth** profesor i dyrektor kliniki położniczej w Wiedniu c. k. wyższy radca sanitarny:

„Wina lecznicze p. KAROLA MIKOLASCHA rozpoznawałem i przyszedłem do przekonania, że sumiennie są wyrobione. Spodziewam się po nich znakomitych skutków.“

Wny Dr. **Drasche** profesor przełożony Vgo oddziału medycznego w głównym szpitalu w Wiedniu badał wszystkie wina szczególnie na chorych swego oddziału, przytacza słabości w których je używał i pisze przy końcu:

„Wina lecznicze p. KAROLA MIKOLASCHA odszczególniają się przyjemnym smakiem i znakomitym skutkiem. Są one w praktyce pod każdym względem polecenia godnymi.“

Wny Dr. **Lorinser** jako dyrektor szpitala na Wiedniu w Wiedniu cadał skutek na różnych chorych i potwierdza:

„Ze wina lecznicze p. KAROLA MIKOLASCHA są dobrze wyrobione i posiadają te własności, które od takich przetworów spodziewać się można.“

„Win leczniczych i napojów dla rekonwalescentów Pana Dra Karola Mikolascha używam od dłuższego czasu tak w klinice jakoteż w praktyce prywatnej i jestem z działania ich jak najzupełniej zadowolony. Zasługują one w zupełności na uznanie u lekarzy i na wziętość u chorych.“

Prof. Dr. Edward Korezyński.

Dyrektor Kliniki lekarskiej w Uniw. Jagiell. mp.

Te same mniej więcej zdania, pochwały i polecenia znajdują się w świadectwach wystawionych przez PP. Drów: **Józefa Weigla,**

Oskara Widmana, Edwarda Sawickiego, G. Ziembickiego syna i innych.

Broszura do każdej flaszki win powyższych dołączona omawia własności tychże i zawiera wynik rozbioru chemicznego przez Wgo

Dra **Br. Radziszewskiego**, profesora chemii na Uniwersytecie dokonanego.

Butelka mieszcząca 1/4 litra, któregośkolwiek z win leczniczych kosztuje **1 złr. 50 ct. w. a.**

Za opakowanie i stempel przy posyłkach liczę 20 ct. od jednej, 30 ct. od dwóch, 35 ct. od 3ch, 50 ct. od 6ciu a 80 ct. od tuzina butelek.

Skład główny dla Galicyi i Bukowiny w aptece pod gwiazdą:

Piotra Mikolascha we Lwowie.

Skład główny dla Austro-Węgier i dla państw ościennych

u p. Wilhelma Maagera w Wiedniu, Heumarkt. Nr. 3.

Składy w Galicyi: We Lwowie u pp. aptekarzy: K. Krzyżanowskiego i Jakóba Pipesa, w Krakowie u p. aptekarza **F. GRALEWSKIEGO**, w Brzeżanach apteka p. Dembińskiego, w Kołomyi apteki p. Sidorowicza i Stenzla, w Tarnopolu apteka p. Jamrógiewicza, w Przemyślu apteka s. p. Tarczyńskiego, w Jarosławiu apteka p. Rohma, w Przeworsku apteka p. Świtalskiego, w Bełzie apteka p. A. Grossa, w Bolechowie apteka p. K. Schindlera, w Brodach apteka p. M. Kulaka, w Buczaczu p. K. Lewickiego, w Drohobyczu apteka p. Raczki, w Rzeszowie apteka p. Kalinowskiego, w Stanisławowie apteka p. Beilla, w Tarnowie p. Chodackiego, w Żółkwi u p. Dadleca.

Skład główny w Czerniowcach w aptece p. Krzyżanowskiego.

Dr. Karol Mikolasch

właściciel apteki pod „Gwiazdą“ we LWOWIE

FIRMA: **Piotr Mikolasch.**