

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowineyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnym pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

## DOCENT D-r A. MARS,

Lekarz chorób kobiecych, ordynować będzie przez sezon letni począwszy od 10-go Czerwca b. r.

### w Krynicy

w domu pod „trąbką“

3—1

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego

### Dr. J. Kopernicki

ordynuje, jak dawniej, w Maryjenbadzie.

10—1

W Iwoniczu od lat 12-tu udziela porady lekarskiej Lekarz Zakładu

### Dr. Klemens Dębicki.

3—1

W Francensbadzie (Parkstrasse Prince of Wales) udzielać będzie porady lekarskiej jak w latach poprzednich D-r. Karol Dębicki.

3—1

W Marienbadzie

jak przeszłych lat, ordynuje doktor Stanisław Payer.

5—1

## BUSKO.

### Dr. J. Majkowski,

Lekarz zakładowy, ordynować będzie podczas sezonu kąpielowego w godzinach rannych w gabinecie lekarskim Zakładu, w godzinach popołudniowych w mieszkaniu własnem, w miasteczku. 12—4

### DR. H. PRZEZDZIECKI

ordynuje podczas sezonu kąpielowego

### we Francensbadzie,

mieszka „Villa Rubens“.

6—3

### D-r Z. Nieszkowski

(z Warszawy)

ordynować będzie podczas sezonu letniego w Szczawnicy. 6—4

# FOSFORAN ŻELAZA

(Pyrophosphate de Fer et de Soude)

**LERASA Doktora Umiejętności.**

Środek ten w stanie ciekłym jako **roztwór** przezroczysty, albo też jako **syrop** bezbarwny, zawsze bez smaku żelaza, nie działa szkodliwie na zęby, nie sprawia zardzewienia i może być zniesionym przez najdelikatniejsze żołądki łączy w sobie pierwiastki wyrabiają krew i kości t. j. żelazo i kwas fosforny.

Jedna łyżka stołowa zawiera 20 centygramów fosforanu żelaza i sody. Skutecznie używanym jest przeciwko **bladaczce** i w cierpieniach pochodzących z niedokrwistości.

Składy: w Paryżu 8, rue Vivienne i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

# SANTAL MIDY

APTEKARZA I-ej KLASZY W PARYŻU.

Kapsułki zawierają zupełnie czysty **Wyciąg drzewa Santalowego cytrynowego** z Bombayu. Mnóstwo doświadczeń poczynionych w wielu szpitalach Paryżkich wykazało, iż wyciąg **drzewa Santalowego cytrynowego** odznacza się działaniem daleko skuteczniejszym aniżeli **Kopajwa, Kubeba i olejek terpentynowy**. Przy użyciu wspomnianego przetworu leczniczego zastosowanie jakichbyś środków zewnętrznych staje się zbytecznym, a w ciągu dwóch lub trzech dni ustępują wszelkie cierpienia zaraźliwe, nawet najboleśniejsze i najbardziej zastarzałe, przyczem wszakże mocz nie nabiera złej woni. Nie wywołuje odbijania się, wymiotów, bólów brzucha i rozwolnienia; skutecznym również bywa przy katarze pęcherza i krwawieniu z pęcherza.

Skład: w Paryżu 8, rue Vivienne i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

# GUARANA GRIMAULT'A

przeciw migrenom i newralgijom.

Przygotowany bywa z soku żywicznego i nasion *Paullinia sorbilis*, rośliny pochodzącej z Urugway, z Ameryki Południowej; przetwór ten w ostatnich czasach bywa bardzo używanym przeciw nerwowym bólom głowy, migrenom, newralgijom i przewlekłym biegunkom.

Dawka: 2 grammy, rozpuszczone w szklance wody ocukrzonej, wystarcza zazwyczaj do usunięcia migreny.

Przetwór ten sprzedawany bywa w małych pudełkach, zawierających 12 paczek

Składy: w Paryżu 8 ulica Vivienne i w główniejszych aptekach.

# INSTYTUT WÓD MINERALNYCH

wprost Ogrodu Saskiego

przy Aptece Magistra Farmacyi **Leonarda Ziemińskiego**, róg ulicy Królewskiej i Marszałkowskiej.

**Zawiadamia że rozpoczął się Sezon picia wód od 3 (15) Maja r. b.**

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. Z. K r a m s z t y k. O patrzeniu przez soczewkę w obrazie odwrotnym i o zastosowaniu tego sposobu w oftalmoskopii. — II. J. S z w a j e r. Ślepotą i ślepotą połowiczną (*amaurosis et hemianopsia*) w przebiegu tyfusu brzuszego (Dokończenie). — Przegląd bibliograficzny, za rok 1884, z dziedziny chorób przewodu pokarmowego, przez M. R e j c h m a n n a (Dokończenie). — **Dział sprawozdawczy.** 24. Prof. H. T h o m p s o n. Nowotwory w pęcherzu moczowym, ich budowa anatomiczna, objawy i leczenie. — Sprostowanie. — Dodatki. — Ogłoszenia.

## I. O PATRZENIU PRZEZ SOCZEWKĘ W OBRAZIE ODWROTNYM i o zastosowaniu tego sposobu w oftalmoskopii.

Napisał

**Zygmunt Kramsztyk.**

Można zapomocą soczewki wypukłej otrzymać dwojakie obrazy optyczne. Jeżeli soczewkę do przedmiotu zbliżymy, tworzy się wtedy z tej samej strony obraz prosty, urojony; ponieważ w dostatecznej po za soczewką ten obraz znajduje się odległości, możemy więc, aby go widzieć, zupełnie oko nasze do soczewki przybliżyć. Inne występują warunki, jeżeli soczewka w większej od przedmiotu znajduje się odległości. Tworzy się wtedy po jej stronie przeciwnej obraz rzeczywisty, odwrócony. Ażeby ten obraz widzieć wyraźnie, potrzeba się od niego, jak od każdego przedmiotu, na kilka cali oddalić. Jeżeli więc mocnej, jak zwykle potrzeba, użyjemy soczewki, musi i od niej oko na kilkanaście cali się usunąć.

W pierwszym razie, gdy przez soczewkę zbliżka, na obraz prosty, patrzymy, mamy do czynienia z tak zwaną lupą, która jest najprostszym, najczęściej w użyciu będącym, przyrządem optycznym, a zarazem stanowi ważną część składową wielu przyrządów bardziej zawitych. Dla tego ten sposób badania jest dobrze znany. Badania przez soczewkę w obrazie odwrotnym używa się podobno tylko przy oglądaniu wziernikiem dna oka i to z powodu pewnych oka właściwości. Najważniejsze i najpospolitsze korzyści zyskujemy z obrazu odwrotnego, gdy go na tło rzucamy; ale bardzo odmienne istnieją warunki, gdy ten sam obraz odwrotny wprost, bez pośrednictwa tła rozpatrywać będziemy. Bliższy rozbiór warunków optycznych, w jakich się to badanie odbywa, ma być przedmiotem niniejszego artykułu.

Rzućmy za pomocą mocnej soczewki wypukłej obraz jakiego oświetlonego przedmiotu — okna, czy lampy — na tło trzymane w rękę, na papier i patrząc na ten obraz, tło usuńmy. Obraz zniknie. A jednak, ponieważ i przedmiot oświe-

tlony i soczewka na swych miejscach pozostały, więc i obraz tworzyć się musi w tem, co i poprzednio, miejscu, tylko dla nas przestał być widocznym. Łatwo tę sprzeczność pozorną zrozumieć. Promienie świetlne, załamane przez soczewkę, krzyżują się i dalej po liniach prostych się rozchodzą, żaden więc z tych promieni do naszego oka dojść nie może. Jeżeli w tem miejscu, gdzie się obraz tworzy, podstawimy jaki przedmiot nieprzezroczysty, a raczej jego szorstką, zmatowaną, powierzchnię, wtedy promienie z każdego punktu rozpraszają się na wszystkie strony i do oka naszego dochodzą. Opraz optyczny oświetla pewną część tła i właściwie nie sam obraz, lecz tę część oświetloną widzimy. Wszak nieraz za pomocą soczewki rzucamy obraz płomienia na przedmiot w tym jedynie celu, aby go jasno oświetlić i przy tem oświetleniu w szczegółach powierzchni rozejrzeć się dokładnie. Sama postać obrazu jest dla nas wtedy zupełnie obojętną.

Jeżeli obraz optyczny rzucimy na szkło matowe, albo na papier napojony tłuszczem i przeświecający, wtedy i z tyłu ten sam obraz dokładnie możemy obejrzyć. Bo i w tym razie promienie, przechodząc skrós błony cienkiej i półprzezroczystej i rozpraszając się na wszystkie strony, do naszego oka dochodzą. Jeżeli wtedy tło obrazu, ową błonę, usuniemy, obraz już nie zniknie, choć się zmieni pod wieloma względami.

I tę okoliczność, że obraz, pomimo usunięcia tła, dla naszego oka nie znika i wszystkie zmiany, jakie w nim zachodzą, bardzo łatwo zrozumieć. Oko nasze znajduje się wtedy po za soczewką, na drodze promieni, rozchodzących się po skrzyżowaniu, a więc pewna ich część do oka dochodzi; jeżeli więc tylko dostatecznie oddalimy się od obrazu, możemy go widzieć wyraźnie, jak każdy inny przedmiot.

Ażeby zdać sobie sprawę ze wszystkich optycznych własności tego obrazu i ażeby zrozumieć rozmaite a ważne różnice, jakie zachodzą pomiędzy obrazem widzianym bezpośrednio, a rzuconym na tło matowe, potrzeba przedewszystkiem oznaczyć, które mianowicie promienie do oka naszego dostać się mogą.

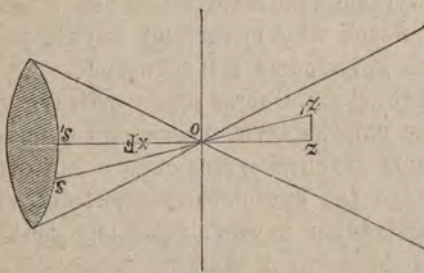


Fig. 1.

Jakikolwiek punkt  $o$  (fig. 1) obrazu odwrotnego, rzuconego przez soczewkę, jest wierzchołkiem wspólnym dwu, w przeciwnym kierunku idących, stożków promieni świetlnych; jeden z tych stożków ma za podstawę samą soczewkę, drugi swobodnie coraz dalej w przestrzeni się rozchodzi. Z pomiędzy rozchodzących się promieni ostatniego stożka, te tylko dla widzenia użytkowane będą, które padną na źrenicę naszego oka. Jeżeli więc  $zz'$  wyobrażać będzie średnicę otwo-

ru źrenicznego, to tylko z promieni w  $ozz'$  zawartych korzyść odniesiemy. Że zaś promienie rozchodzące się stanowią linijne przedłużenie promieni, po załamaniu opuszczających soczewkę, więc promienie, linijami  $oz$  i  $oz'$ , objęte, są te same, które poprzednio w stożku  $ss'o$  były zawarte, a więc które przez okrąg  $o$  średnicy  $ss'$  wyszły z soczewki. Jeżeli przyjmiemy, że obraz odwrotny odle-

gły jest od soczewki o 3 cale, a oko nasze od obrazu na 9 cali, to, gdy źrenica ma 3 mil. średnicy, linija  $ss$ , ma około jednego milimetra. Przekonywamy się z tego, że każdy punkt obrazu widzimy przez oddzielną, bardzo małą część soczewki.

Możemy dla uproszczenia mówić tylko o osiowych promieniach tych częściowych, bardzo wreszcie wydłużonych stożków; w ten sposób dla każdego punktu obrazu mieć będziemy tylko jeden promień świetlny, który, przechodząc przez ten punkt obrazu, łączy oko nasze z powierzchnią soczewki. Wszak zawsze, mówiąc o widzeniu przedmiotów zewnętrznych, tylko ten promień osiowy mamy na uwadze.

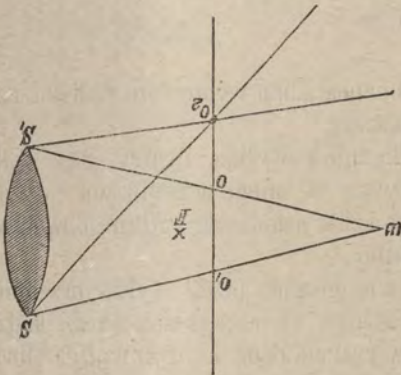


Fig. 2.

Jeżeli oko, a raczej punkt węzłowy jego optycznego przyrządu, znajduje się w punkcie  $w$  (fig. 2), to tylko promienie między  $Sw$  a  $S_1w$  zawarte, do niego dojść mogą, a więc tylko część obrazu  $oo_1$  będzie dla nas widzialną. Granicznymi punktami dostrzegalnego w tych warunkach obrazu będą punkta  $o$  i  $o_1$ , to jest przecięcie powierzchni obrazu z linijami  $Sw$  i  $S_1w$ , które łączą nasze oko, czy jego punkt węzłowy, z obwodem soczewki <sup>1)</sup>. Wszystkie części obrazu, jak punkt  $o_2$ , po za temi granicznymi punktami leżące, dla naszej świadomości nie istnieją, bo odpowiadające im stożki promieni świetlnych,  $So_2S_1$ , leżą po skrzyżowaniu w całości na zewnątrz naszego oka.

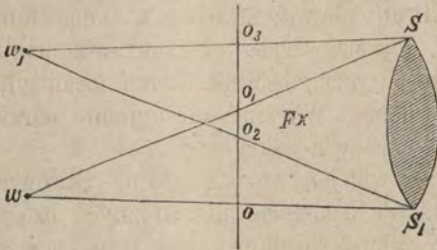


Fig. 4.

Jeżeli teraz oko z punktu  $w$  do  $w_1$  się przeniesie, to będzie widziało część obrazu (fig. 4)  $o_2o_1$ , a więc obraz z jednej strony znika, ku drugiej stronie się okazuje; każdy punkt obrazu widzi wtedy oko przez inną aniżeli pierwotnie, część soczewki.

Zupełnie innę zachodzą stosunki, gdy obraz odwrotny rzucimy na tło

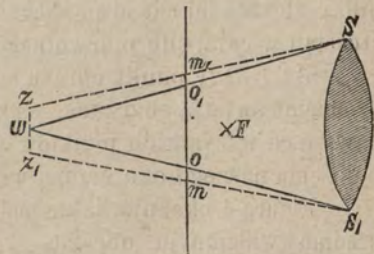


Fig. 3.

<sup>1)</sup> Pomijając szerokość źrenicy, popełniamy błąd bardzo niewielki. Jeżeli  $zz'$  (fig. 3) wyobraża przecięcie źrenicy, to krańcowymi promieniami, jakie do oka naszego dochodzą, będą  $Sz$  i  $S_1z'$  zamiast  $Sw$  i  $S_1w$ . Obraz powiększony będzie o  $m_1o_1 + mo$ . Jeżeli przyjmiemy poprzednio już dla przykładu podane odległości, to widzimy, że ta różnica pomiędzy obrazem  $oo_1$  i  $mm_1$  wynosi około 1 mm.

półprzezroczyste i w tych warunkach patrzeć nań będziemy. Fig. 5. przedstawia szematycznie przebieg promieni świetlnych w tym razie. Każdy punkt obrazu jest oświetlony przez wszystkie promienie, które po załamaniu w soczewce, w tym się punkcie zbierają. Ten punkt tła oświetlony stanowi jak gdyby samodzielne źródło światła, z kąd promienie na wszystkie rozchodzą się strony, a ich kierunek nie jest wcale zależnym od kierunku promieni w pierwotnym zawartych stożku.

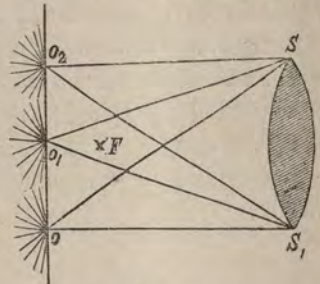


Fig. 5.

Łatwo będzie teraz zrozumieć te wszystkie, liczne i ważne, różnice, jakie zachodzą pomiędzy obrazem, widzianym bezpośrednio, a obrazem na tło rzuconym.

1) Przedewszystkiem obraz widziany bezpośrednio występuje daleko czyściej, bo żadne własności tła z nim się nie mieszają.

2) Obraz bezpośrednio widziany, jak okazują powyższe figury, jest tylko częścią obrazu na tło rzuconego, jest więc zawsze od niego mniejszym. Jeżeli, patrząc na obraz rzucony na szkło matowe, to szkło usuniemy, znikną obwodowe części obrazu, a środkowa tylko część pozostanie.

3) Obraz na tło rzucony nie ma właściwie granic; jeżeli tylko przedmiot dostatecznie będzie wielki i dostatecznie oświetlony, tło całe przez obraz będzie zajęte, chociaż obwodowe części coraz mniej wyraźnie będą się rysowały. Obraz bezpośrednio widziany ma granice bardzo wyraźnie określone: obwód soczewki tę granicę stanowi.

4) Przyglądając się figurze 5 widzimy, że przez każdą cząstkę soczewki przechodzą promienie do każdego punktu obrazu. Jeżeli więc część soczewki zasłonimy, to żaden punkt na obrazie nie zniknie, ale wszystkie za to jednostajnie stracą na oświetleniu, staną się bledszemi. I rzeczywiście, gdy soczewkę papierem stopniowo zasłaniać będziemy, obraz nic na rozległości nie straci, jeżeli tylko choć niewielka część soczewki zostanie swobodną. Wyraźne ściemnienie obrazu występuje dopiero wtedy, gdy znaczną część soczewki zakryjemy.

Zupełnie inaczej zachowuje się obraz widziany bezpośrednio. Soczewka w tym razie składa się jak gdyby z mnóstwa drobnych, niezależnych części, z mnóstwo oddzielnych niejako soczewek, z których każda osobnej części obrazu odpowiada. Skoro więc zasłonimy choćby niewielki tylko odcinek soczewki, znikną natychmiast pewna część obrazu; ale choćbyśmy całą prawie soczewkę zasłonili, pozostała jej część przedstawi obraz, do niej należący, z całą pierwotną czystością i w całej sile pierwotnego oświetlenia.

5) Każdy punkt obrazu na tło rzuconego we wszystkie strony jednostajnie promienie światła rozrzuca; w którąkolwiek więc stronę nasze oko się zwróci, zawsze od wszystkich punktów obrazu otrzymywać będzie promienie; zmiana w położeniu naszego oka żadnej w obrazie zmiany nie powoduje.

Figura 4 okazuje, jakie pod tym względem zachodzą stosunki przy bezpośrednio widzianym obrazie. Z każdym poruszeniem oka znika pewna część obrazu, a z drugiej za to strony obraz zyskuje na rozległości. Przy poruszeniu

głowy widzimy coraz dalej tę stronę obrazu, ku której się zbliżamy, a więc przeciwną stronę przedmiotu. Ażeby jaknajwiększą część przedmiotu obejrzeć, potrzeba zatem z rozmaitych stron patrzeć przez soczewkę.

6) W związku z poprzednią własnością pozostaje możność stereoskopowego widzenia obrazu bezpośredniego. Łatwo bowiem zrozumieć, że jeżeli oba oczy jednocześnie patrzą przez soczewkę, to obraz dla jednego i dla drugiego będzie różny; jeżeli więc oczom odpowiednią zbieżność nadamy, te obrazy złączą się w jeden bryłowaty, stereoskopowy. Obraz na tło rzucony stanowi oświetloną tylko powierzchnię, a więc stereoskopowego złudzenia wywołać nie może,

Patrząc bezpośrednio na odwrotny obraz soczewki, mamy więc z wielu względów warunki podobne, jak gdybyśmy patrzyli przez otwór odpowiedni; tylko, że obejmujemy wzrokiem inną przestrzeń, że przedmiot występuje w zmienionej wielkości i odwrócony,

Jeszcze jedną okoliczność należy uwzględnić, ażeby zrozumieć i to, co powyżej było powiedziane i o czem jeszcze następnie przyjdzie mówić. Obraz optyczny występuje w przestrzeni zupełnie odosobniony; powierzchnia, na której obraz się znajduje, jest zresztą nie zajęta. Oko nasze tego rodzaju zjawiska odrzuca zawsze na tło, jakie ma przed sobą, a więc w tym razie na powierzchnię soczewki. Pod tym względem obrazy optyczne zachowują się zupełnie tak samo, jak podmiotowe zjawiska wzrokowe. Każdy naprzykład obraz wtórny widzimy zawsze na powierzchni przedmiotu, na który patrzymy.

Że oko rzeczywiście obraz optyczny odrzuca na powierzchnię soczewki, dowodzi już tego sama nasza świadomość; obraz wydaje się zawsze, jak gdyby namalowanym na soczewce.

Jeżeli, patrząc na jakikolwiek szczegół w obrazie, będziemy poruszali głową, to zmienić się musi stosunek obrazu do obwodu soczewki: zbliża on się do przeciwnego jej brzegu. Wrażenie otrzymujemy takie, jak gdyby się obraz po soczewce przesuwał w stronę przeciwną. Takie złudne paralaktyczne ruchy tylko wtedy występować mogą, jeżeli fałszywie oceniamy odległość widzianego przedmiotu.

Jeżeli na obraz obu oczyma patrzeć będziemy, to nowe dla postawionego twierdzenia zyskamy dowody. W pierwszej chwili mianowicie widzimy wtedy zawsze obraz podwójny. Dopiero, gdy świadomie oczom należyta zbieżność nadamy, albo gdy oczy, ulegając naturalnemu swemu popędowi, niezależnie od woli naszej ustawią się odpowiednio, wtedy dopiero dwa obrazy w jeden stereoskopowy się złączą. Obwód soczewki w obec tego przedstawić się musi podwójnie, a obraz bryłowaty widzimy we wspólnej, środkowej części tych obu soczewek.

Najważniejszy wszakże i najoczywistszy dowód mamy w wielkości bezpośrednio widzianego obrazu. Jeżeli mianowicie patrzymy na tło obrazem oświetlone i tło usuniemy, obraz wydaje się bardziej powiększonym. Ażeby to doświadczenie wystąpiło wyraźnie, należy, o ile można, do tła się przybliżyć, bo przy takim zbliżeniu, różnica odległości po usunięciu tła musi naturalnie większe mieć znaczenie.

Całe to rozumowanie objaśnia przedewszystkiem jedną okoliczność. Z figury 2 okazuje się, że widoczna część obrazu jest zawsze mniejszą, niż powierzch-

nia soczewki, tymczasem widzimy zawsze, że cała powierzchnia soczewki przez obraz jest zajęta. W obec tego, co się rzekło powyżej, pozorna ta sprzeczność zupełnie zrozumiała się staje. W tym tylko jedynym, niemożliwym, przypadku obwód obrazu byłby rzeczywiście równym obwodowi soczewki, gdyby się oko patrzące do nieskończonej usunęło odległości.

Możemy więc promienie świetlne, z jednego punktu obrazu do oka naszego dochodzące, zredukować do jednego tylko promienia, który od powierzchni soczewki w kierunku linii prostej bieży ku punktowi węzłowemu naszego oka. Jest to najważniejszy rezultat poprzedniego ustępu, a wszystkie inne szczegóły są tylko koniecznymi tego twierdzenia wnioskami.

Przenieśmy się teraz na drugą stronę soczewki, aby zbadać, jak się zachowują te same, dla widzenia jedynie użytkować się dające promienie, na drodze od przedmiotu do soczewki.

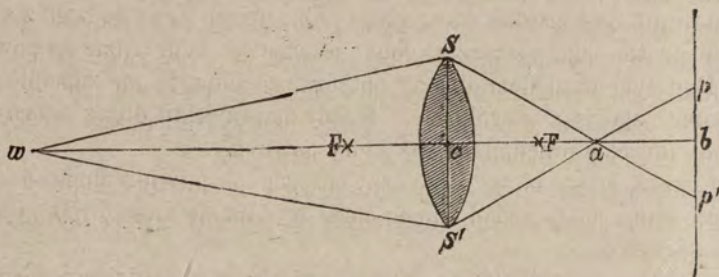


Fig. 6.

Pomienienie graniczne  $Sw$  i  $S_1w$  (fig. 6) miały przed załamaniem się w soczewce kierunek  $S_p$  i  $S_1p$ . Te promienie przecinają się w jednym punkcie na osi optycznego przyrządu (jeżeli naturalnie oko patrzące także się w punkcie  $w$  na osi znajduje); przez ten sam punkt przejść muszą i wszystkie inne promienie. Skoro bowiem te wszystkie promienie dochodzą ostatecznie do naszego oka, a więc w jednym punkcie się zbierają, musi takż sam punkt wspólnego skrzyżowania tych promieni znajdować się i po drugiej stronie soczewki. Jeżeli odległość  $wc$  oka od soczewki i odległość ogniskowa soczewki są znane, można oznaczyć położenie tego wspólnego punktu  $a$ .

Gdyby się oko znajdowało w odległości nieskończonej wielkiej od soczewki, odbierałoby wtedy od obrazu tylko promienie równoległe, a więc te promienie, które poprzednio przeszły przez ognisko główne. Punkt  $a$  skrzyżowania się tych promieni przypadłby więc w ognisku głównym. Że zaś oko zawsze bliżej soczewki się znajduje, więc punkt  $a$  jest od soczewki zawsze bardziej, niż ognisko główne, oddalony. Ponieważ dla badania wzornikowego, o które tu głównie idzie, używamy zawsze soczewek mocno światło łamiących, o 2 albo 3 calach odległości ogniskowej, a oko badające oddalone jest od soczewki na cali kilkanaście, więc odległość pomiędzy ogniskiem głównym a punktem  $a$  będzie zawsze nieznaczną.



Ponieważ z każdego punktu oświetlonego przedmiotu rozchodzą się na wszystkie strony promienie świetlne, więc i w każdym punkcie na osi optycznego przyrządu krzyżują się promienie pojedyncze, ze wszystkich punktów przedmiotu wychodzące. A więc i z drugiej strony soczewki też same promienie, po załamaniu, znowu w odpowiednich, sprzężonych, punktach krzyżować się będą. Jeżeli więc nasze oko przesuwa się po osi, to na każdym jej punkcie spotyka skrzyżowanie pojedynczych, a coraz innych, promieni ze wszystkich punktów przedmiotu wychodzących i dzięki coraz innym promieniom przedmiot widzieć będzie. Może jaśniej te stosunki wystąpią, jeżeli odwrócimy w myśli kierunek promieni świetlnych, jeżeli przypuścimy, że punkt  $w$ , w którym się promienie zbiegają, jest punktem ich wyjścia, że jest punktem świecącym (Helmholtz). Łatwo już wtedy pojąć, że promienie świetlne, z jednego punktu rozbiegające się i padające na powierzchnię soczewki, ulegną załamaniu i znowu w jednym punkcie się zbiegną. I w dalszych wywodach to przypuszczenie znajdzie zastosowanie.

Ta własność soczewki, że wszystkie promienie, dla widzenia w danych warunkach dające się zużytkować, w jednym punkcie się przecinają, jest bardzo ważną. Jeżeli bowiem w punkcie  $a$  umieścimy prostopadle do osi zasłonę, z małym chociażby tylko w środku otworkiem, zasłona ta w niczem biegu promieni świetlnych nie przerwie i przez ten mały otvorek z całą swobodą przedmiot przez soczewkę widzieć będziemy. Z figury widać, że można otvorek przesuwać na pewną, rozmaitą, zależnie od jego średnicy, długość, zanim brzeg jego dotknie promieni oznaczonych, zanim więc część ich zasłoni, a w obrazie odwrotnym na obwodzie soczewki rysować się będzie.

Ponieważ w rzeczywistości mamy do czynienia nie z pojedynczemi promieniami, lecz z ich, choć cienkimi, pęczkami, więc w praktyce otworki, zwłaszcza gdy bardzo małe, nie zupełnie dla badania będą obojętnymi. Na figurze 7

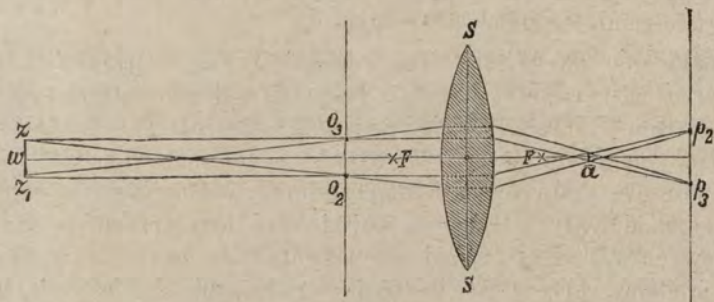


Fig. 7.

przedstawiony jest przebieg całkowitych stożków promieni świetlnych, które w widzeniu w danych warunkach przyjmują udział; wybrano dla przykładu środkowe punkta przedmiotu, bo stożki, odpowiadające punktom krańcowym, muszą być zredukowane. Jeżeli w punkcie  $a$  (fig. 7) umieścimy mały otvorek, przepuści on tylko środkowe części tych stożków promienistych, choć żadnemu z nich

całkowicie drogi nie przetnie; chociaż więc rozległości obrazu otworek wcale nie zmniejszy, lecz oświetlenie jego osłabi.

Łatwo zrozumieć, jakie ma znaczenie praktyczne ta własność soczewki wypukłej: dzięki tej własności mamy możność rozszerzać w sposób optyczny otwórki, jakie nasz, wzrok napotyka.

Jeżeli przeszkoda, otworkiem opatrzona, przedmiot nam jaki zasłania i część tylko jego pozwala obejrzeć, wtedy za pomocą soczewki wypukłej możemy tę przeszkodę usunąć, a przynajmniej zmniejszyć i znaczną część przedmiotu, choć w odwrotnym obrazie, obejrzeć.

Wyklujmy szpilką w karcie dziurkę, a trzymając ją w pewnej odległości od mleczonego szkła lampy, oddalmy swe oko na kilkanaście cali. Widzimy w tych warunkach tylko niewielką cząstkę przedmiotu; poprostu tylko otworek przed stawia się oświetlonym. Jeżeli teraz w drugą rękę ujmijemy soczewkę wypukłą, umieścimy ją przed kartą i z wolna będziemy oddalać, to otworek zrazu wydaje się większym, w tak powiększonym otworku ukazują się rozmaite części lampy, aż wreszcie cała soczewka zajęta będzie obrazem, brzeg, otworka znika zupełnie. Jeżeli w tej chwili kartę usuniemy, obraz pod względem rozległości nie zmienia się wcale. Obraz widziany przez otworek jest wprawdzie ciemniejszy, czasem po brzegach zabarwiony, ale ta sama część lampy ujętą jest w obrazie, niezależnie od tego, czy światło przechodzi przez otwór, czy też bezpośrednio pada na soczewkę.

Można podobnie, patrząc przez dziurkę od klucza, znakomicie za pomocą soczewki wypukłej powiększyć sobie pole widzenia. Jeżeli oka nie zbliżymy do samej dziurki, ale usuniemy się na kilkanaście cali, wtedy tak ograniczone mamy pole, że trudno w jakąś całość ułożyć te drobne części przedmiotów, jakie widzimy. Jeżeli wtedy między okiem a dziurką, w należytej odległości, umieścimy soczewkę wypukłą, zwłaszcza mocną i o dużym obwodzie, widzimy znaczny obszar choć w obrazie zmniejszonym i odwrotnym.

Oglądając dno oka wziernikiem, znajdujemy się w podobnych warunkach: patrzymy przez otwór, przez źrenicę, a więc ograniczone mamy pole widzenia. Ale pole widzenia wziernikowe mieć powinno pewne, określone, rozmiary. Ażeby badanie mogło dać jasne wyobrażenie o przedmiotach na dnie oka się znajdujących, potrzeba, aby te oddzielne przedmioty jednocześnie w całości na polu widzenia się znajdowały. Ponieważ największy taki przedmiot oddzielny, jaki w prawidłowych warunkach na dnie oka napotykamy, nerw wzrokowy, ma około 1,5 mm. w średnicy, przeto pole widzenia wziernikowe mieć musi najmniej 2 mm. szerokości. Pole takie otrzymamy, gdy się do badanego oka możliwie zbliżymy. A w przypadkach chorobowych, gdzie rozległe na dnie oka znajdują się zmiany, już największe nawet zbliżenie nie pozwoli nam objąć całego obrazu. Skoro się na cali kilka albo kilkanaście od badanego oka oddalimy, pole widzenia wziernikowe tak maleje, że się w niem zmieści zaledwie jakaś cząstka naczynia krwionośnego.

Soczewka wypukła, stosownie umieszczona, rozszerza wtedy pole widzenia i pozwala badania dokonywać skutecznie nawet ze znacznej stosunkowo odległo-

ści. Jest to najważniejsza, jeżeli nie jedyna, przyczyna, dla której używamy soczewki wypukłej przy oglądaniu dna oka. A zdaje się, że jest to jedyny w ogóle przypadek, gdzie tego rodzaju patrzenie przez soczewkę wypukłą, badanie „w obrazie odwrotnym“, znajduje zastosowanie praktyczne.

Ta sama okoliczność, że promienie, w widzeniu udział biorące, w jednym przecinają się punkcie, pozwala nam obliczyć i pole, jakie obejmujemy wzrokiem, patrząc w ten sposób przez soczewkę. (D. n.)

## II. ŚLEPOTA I ŚLEPOTA POŁOWICZNA

(*amaurosis et hemianopsia*)

w przebiegu tyfusu brzuszego,

zebrał

**Jakób Szwajcer.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 21).

Umiejscowienie wszystkich wogóle czynności zmysłu wzroku przez Munk'a w jednym ośrodku, t. j. w istocie szarej korowej zrazów potylicowych mózgu, zaczyna już być niewystarczającym. Wspomniany już wyżej przez nas kilkakroć Wilbrandt, w przytoczonej pracy, posuwa się nieco dalej i chce widzieć w sferze wzrokowej oddzielne, specjalne ośrodki dla pojedynczych wrażeń wzrokowych, a mianowicie: światła (*Lichtsinn*), przestrzeni (*Raumsinn*) i barw (*Farbensinn*), które razem czynność zmysłu wzroku stanowią.

Odsyłając ciekawych po bliższe szczegóły do zacytowanej wyżej książki, wspomnimy tylko, że autor jej na podstawie faktów i wywodów klinicznych, nad którymi tu rozwodzić się nie możemy, przychodzi do wniosku, że tylny koniec kory zrazu potylicowego jest tylko ośrodkiem poznawania (*Perceptionscentrum*) dla wszystkich trzech rodzajów wrażeń zmysłu wzrokowego, którego podrażnienie z siatkówek dostaje się do zakończenia nerwów wzrokowych w korze mózgowej i tu w ośrodkowych pierwiastkach wzrokowych ma miejsce spostrzeganie tych wrażeń wzrokowych (*optische Wahrnehmungen*), miejsce zaś, gdzie one gromadzą i przeistaczają się w samodzielne wyobrażenia wzrokowe (*optische Vorstellungen*), t. j. zbiór t. zw. przez Munk'a obrazów przypominania (*Erinnerungsbilder*) znajduje się w innym miejscu kory mózgowej, prawdopodobnie bliżej ośrodka mowy. Ślepota więc połowiczna może występować zupełnie niezależnie od objawów t. zw. ślepoty psychicznej Munk'a (*Seelenblindheit*), może jednak być z nią połączona. Może również istnieć tylko ślepota psychiczna bez objawów ślepoty połowicznej. Zniszczenie obu ośrodków wzrokowych, albo też dróg wzrokowych przewodnich powoduje poprostu ślepotę, a niepociąga za sobą koniecznie utraty dawniej nabytych wyobrażeń wzrokowych. Uszkodzenie włókien kojarzących

między ośrodkiem wzrokowym i mowy nie wpływa wcale na spostrzeganie wrażeń wzrokowych, ani na powstawanie wyobrażeń wzrokowych, lecz przerywa tylko drogę między ośrodkiem spostrzegania wrażeń i częścią kory mózgowej, gdzie wyobrażenia wzrokowe się wytwarzają. Zniszczenie tego miejsca nie szkodzi wcale spostrzeganiu wrażeń wzrokowych, ale powoduje utratę nagromadzonych wyobrażeń dawniej zapamiętanych obrazów wzrokowych <sup>1)</sup>.

Przytoczone tu, prawie dosłownie, wywody Wilbrandt'a mogą być dla nas odpowiedzią na zarzut, jaki nam na podstawie wniosków Munk'a czynić można. Wiadomo, że podług tego ostatniego ośrodkowe elementy, wytwarzające wyobrażenia wzrokowe (*Vorstellungselemente*), są rozsiane po całej sferze wzrokowej. Przy *amaurosis* więc obustronnej, zależnej od uszkodzenia obu sfer wzrokowych, musiałyby zaginać i wyobrażenia wzrokowe, t. j. pamięć dawniej zapamiętanych obrazów wzrokowych, czego wcale w przypadku naszym nie zauważyliśmy. Chora nasza bowiem po odzyskaniu tylko połowicznego widzenia, po odpowiednim nakierowaniu osi wzrokowych, rozpoznawała i nazywała wszystko prawidłowo, nie pomagając sobie wcale żadnymi innymi zmysłami. Rozpoznawała litery i czytała, o ile jej na to siła widzenia pozwalała. Ta sprzeczność objawów u naszej chorej z poglądami Munk'a, da się tylko wytłómaczyć przytoczonymi wywodami Wilbrandt'a.

W końcu pozostaje nam jeszcze odpowiedzieć kilka słów na pytanie, jaka może być natura cierpienia, które wywołało zaburzenia wzrokowe u naszych chorych. Przedewszystkiem trzeba zwrócić uwagę, iż zmiany anatomo-patologiczne mózgu w tyfusie wogóle zbyt słabo były do niedawna badane, pomimo tak wybitnej roli jaką przyjmuje mózg w tej chorobie. Nothnagel <sup>2)</sup> utrzymuje, iż ogniskowe cierpienia mózgu, *resp.* krwotoki, w tyfusie względnie dosyć często się zdarzają. Buhl i Griesinger mówią wprawdzie tylko o *apoplexia meningealis*, Hoffmann jednak prócz tego widział nietylko rozmiękczenia, ale i krwotoki w istocie szarej korowej. Niezależnie od tych przyczyn, Nothnagel przyjmuje, iż porażenia ruchowe potyfusowe najczęściej zależne są od ucisku pni nerwowych przez rozrost tkanki łącznej i następczego kurczenia się takowej, jak to przyjmują Buhl i Oertel dla porażen podyfterytycznych.

Wernich <sup>3)</sup> w poszukiwaniach swoich nad tyfusem brzuszny podaje, iż na 39 przypadków śmierci znalazł 8 razy zmiany w mózgu, polegające na obrzęku, przekrwieniu i na drobnych wynaczynieniach.

Co się tyczy zmian drobnowidzowych, to w nowszych czasach, jak wiemy, zmianami mózgu w tyfusie i innych chorobach zakaźnych zajmowali się Popow, ks Karol Bawarski, Blaschko i A. Rosenthal. Zdania ich jednak nie są z sobą zgodne i tylko pierwszy i ostatni widzieli ostre zmiany zapalne,

<sup>1)</sup> Rzadki przypadek cierpienia tego rodzaju podaje Charcot (*Neurol. Centralbl.* 1883. str 398. ob. Wilbrandt).

<sup>2)</sup> Die Nervösen Nachkrankheiten des Abdominaltyphus. Deutsch. Arch. f. klin. Med. I IX.

<sup>3)</sup> Studyja i poszukiwania nad tyfusem brzuszny. Gaz. Lek. 1884. Nr. 1—4 ref. Dunina.

cehujące się nacieczeniem drobnokomórkowem w warstwie komórek piramidalnych, w przestrzeniach naokoło naczyń i komórek nerwowych (*perivasculäre und ganglionäre Räume*).

W ostatnich dopiero czasach, Klebs za przyczynę objawów mózgowych w tyfusie uważa działanie na tkankę nerwową pasorzytów, które stanowią zarazek tyfusu (*bacillus typhosus*) i które znajdował między innymi w oponie miękkiej mózgu i w przestrzeni podpajęczej.

Jeśli więc się zgodzimy, iż objawy mózgowe w tyfusie zależne są od zaburzeń w ośrodkach, wywołanych pojawieniem się w nich laseczników, musielibyśmy także przyjąć, że takowe przenikają do istoty mózgowej drogą naczyń krwionośnych, gdzie jednak nikt ich dotąd nie napotykał (Wernich). Znajdują się one tylko w naczyniach i narządach limfatycznych. Pomimo to naczynia krwionośne grają ważną rolę w patologii tyfusu. Wernich znajdował między innymi, że żyły kiszek i kręzek są zawsze mocno pokręcone i rozszerzone, a światło ich zatkane skrzepami krwi właściwej budowy. Takie zmiany naczyń (*intravasculäre Conglomeration*) widywał autor i w innych narządach. Prócz tego mogą nastąpić także następcze zatkania (*embolia*) tętnic, a więc i obumieranie części tkanek. Godzi się tu dodać, że jeszcze Charlton-Bastian<sup>1)</sup> zwrócił uwagę na zatopy małych tętniczek istoty szarej zawojów mózgowych białymi ciałkami krwi, zebranymi w masy różnej wielkości i powodującymi zmiany wtórne w ciśnieniu krwi i odżywianiu zawojów. Nie trzeba przytem zapominać, że zatycki i konglomeraty, prócz mechanicznego działania, mają i własności zakaźne. Marie<sup>2)</sup> przyjmuje, iż zmiany naczyń w tyfusie są najczęstszą przyczyną ogniskowych cierpień mózgu i rdzenia (*sclerosis disseminata*). Zmiany zaś te, za przykładem innych (Kahler'a i Pick'a, Landozuy'ego), czyni zależnymi od laseczników tyfusowych. Rzadkie jednak pojawianie się powikłań mózgowych potyfusowych, jak również pomyślny najczęściej przebieg takowych, tłómaczy możliwością rozejścia się zmian patologicznych w naczyniach, spowodowanych zakażeniem (Marie).

Te zapatrywania różnych autorów na przyczynę zaburzeń mózgowych w tyfusie, pozwalają nam wnioskować, iż, jeśli którakolwiek z przytoczonych powyżej zmian (nacieczenie drobnokomórkowe, krwotoki, konglomeracja śródnacyniowa, zatkania i t. p.) będzie miała miejsce w tych częściach mózgu, w których cierpienia wzroku u chorych naszych umiejscowiliśmy, to takowa może nam je dostatecznie wytłómaczyć; które zaś z tych zaburzeń patologicznych istniały w obu naszych przypadkach (I i II) — trudno stanowczo wypowiedzieć.

Bezkrwistością mózgu (*anaemia*), przez wielu autorów, przeważnie francuzkich (Nothernagel l. c.), uważaną jako przyczynę objawów mózgowych potyfusowych, a przez Charcot'a i DuBois-Reymond'a<sup>3)</sup> i za przyczynę ślepoty połowicznej przy migrenie ocznej (*migraine ophthalmique. Amaurosis par-*

<sup>1)</sup> Britsch. med. Journal. 1869. Ob. umiejscowienia Gajkiewicza. 181.

<sup>2)</sup> Selérose en plaques et maladies inféctieuses. Ref. Gajkiewicza w Gaz. Lek. 1884. N-r 22.

<sup>3)</sup> Charcot. Lekyje o migrenie ocznej. Ref. Korniłowicza Gaz. Lek. 1889. 39.

*tialis fugax* — Förster), trudno wytłómaczyć objawy u naszych chorych. Powikłania bowiem oczne w naszych przypadkach wystąpiły wcześniej, kiedy o bezkrwistości mózgu nie może być mowy, tembardziej, że chorzy nasi wcale do mało-krwistych zaliczeni być nie mogą. Zresztą trudno pojąć pierwotną bezkrwistość tak ściśle ograniczoną do pewnych tylko miejscowości mózgu, a przytem tak długo-trwałą. Czasową niedokrwistością da się prędzej objaśnić IV przez nas przytoczony przypadek, w którym zaburzenie wzroku wystąpiło późno, w okresie zdrowienia i trwało krótko. Podług Du Bois-Reymond'a niedokrwistość mózgu, jako przyczynę nagłej ślepoty, tak jak przy migrenie ocznej, można będzie wytłómaczyć podrażnieniem nerwu sympatycznego, prowadzącem za sobą zwężenie naczyń mózgu, a więc i niedokrwistość takowego.

---

Zanotować wreszcie tu nie zawadzi i dodatni leczniczy wpływ strychniny w II naszym przypadku. Jak widzieliśmy, po krótkim stosunkowo czasie wystąpiła u chorego naszego znakomita poprawa wzroku. Własność ta strychniny stwierdzoną została już przez wielu lekarzy. Nagel<sup>1)</sup> za najodpowiedniejsze przypadki do użycia strychniny podaje ślepoty essentialne, t. j. bez żadnych zmian materyjalnych nerwu wzrokowego, choć inni i przy pewnych już nawet zmianach w tarczy, znaczną poprawę wzroku widzieli. Według Nothnagel'a i Rossbach'a, pomimo wielu zdań przeciwnych, na zasadzie niezbitych danych wątpić niepodobna, iż w wielu przypadkach osłabienia wzroku wyzdrowienie zależało tylko od działania strychniny. Skutek leczniczy w tych razach trzeba objaśnić wpływem tego alkaloidu na nerw wzrokowy, jako *stimulans* i *resolvens* produktów zapalnych [Rampoldi, Laan, Mannhardt i inni<sup>2)</sup>].

---

Na zakończenie niech mi wolno będzie zastrzedz się przed zarzutami, jakie mnie z powodu tego nazbyt długiego może rozbioru spostrzeżeń moich spotkać mogą. Jeśli niejedyn, po części może razem ze mną, wyczyta w niektórych ostatnio przytoczonych poglądach, cokolwiek może fantazyi, to niech takową kładzie na karb niezmiernie subtelnych i zawitych jeszcze w nauce kwestyj, któremi się zająłem i które dopiero w ostatnich kilku latach, rzecz można, mocniej zaprzątęły umysły badaczów.

Niech mnie wreszcie usprawiedliwi chęć przedstawienia Czytelnikom zjawisk w tyfusie bądźcobądź ciekawych i rzadkich, jak również próby umiejscowienia takowych w ośrodkach mózgowych według nowszych poglądów naki. Na ostatnie jej słowo, zdaje się, długo jeszcze czekać będziemy.

---

1) Nothnagel i Rossbach. Farmakologija, str. 628.

2) Centr. f. Augenheilk. 18s2. 1880.

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY

za rok 1884, z dziedziny chorób przewodu pokarmowego.

Przez

**M. Rejchmana.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 21).

8) **Hayoit** w broszurze zatytułowanej „*Des accidents céphaliques sympathiques de la dyspépsie*“ zawierającej 42 str. dokładnie opisuje dwa objawy mózgowe, w przebiegu niestrawności występujące, mianowicie: zawrót głowy i bóle głowy. Jako przyczynę tych objawów uważa niedokrwistość mózgu, będącą od ruchowem następstwem drażnienia zakończeń nerwów błędnych w przewodzie pokarmowym. Zawrót i bóle głowy powstają nie tylko przy cierpieniach żołądka, lecz również przy cierpieniach kiszek, przy przekrwieniu wątroby, jakoteż przy obecności robaków w przewodzie pokarmowym.

9) **Bruneau** w swej dysertacji p. t. „*Recherches sur les végétations polypiformes de l'estomac*“ dzieli wszystkie wyrosłe polipowe żołądka na proste i rakowate. Pomiędzy prostymi rozróżnia: 1-o najczęściej napotykaną polipy gruczołowe, złożone ze zbioru gruczołów żołądkowych uległych pewnym zmianom; 2-o polipy włókniste wyrastające z tkanki łącznej podśluzowej i 3-o polipy mięśniowe, których punktem wyjścia jest błona mięśniowa. Polipy gruczołowe zwykle się napotyka przy przewlekłym niezycie żołądka. Polipy proste żadnych zazwyczaj przy życiu objawów nie przedstawiają, wyjątek stanowią rzadko napotykaną większe polipy, które będąc umiejscowione w bliskości odźwiernika, mogą takowy zwięzać (**Cornil, Cruveilhier**). Polipy rakowe przytrafiają się obok guzów rakowych żołądka. Napozór niczem się one nie różnią od polipów prostych—dopiero badanie histologiczne rozstrzyga kwestyję ich przyrody. Histologiczny opis budowy polipów prostych i rakowych, historyja (bardzo dokładna) nauki o polipach żołądkowych i opis dziewięciu soprozżeń dopełnia treści tej broszury.

10) **Comby** ogłosił w roku zeszłym w *Archives générales de Médecine* pracę p. t. „*De la dilatation de l'estomac chez les enfants*“, która to praca wyszła następnie w oddzielnej broszurze. Autor utrzymuje, że rozszerzenie żołądka jest częstym u dzieci zjawiskiem. Jako dowód przytacza czterdzieści, mówiąc nawiasem bardzo krótkich i powierzchownych, historyj chorób. Z opisu tych przypadków chorobowych wynika, iż rozszerzenie żołądka u dzieci towarzyszy zazwyczaj krzywicy (*rhachitis*). C. sądzi, że ta ostatnia choroba jest właśnie następstwem zaburzeń w trawieniu, że rozszerzenie żołądka jest cierpieniem pierwotnem, a krzywica następstwem. Zaburzenia w trawieniu, *resp.* rozszerzenie żołądka, rozwijają się zazwyczaj wskutek błędów w dyjecie. Rozszerzenie żołądka u dzieci rozwija się powoli i przedstawia przebieg bardzo przewlekły. Cechuje się ono znacznym powiększeniem objętości brzucha, wzdęciami i pluskaniem przy uderzaniu okolicy żołądkowej. Objawy, jakie przy tej chorobie spostrzegać się dają, polegają w części na czynnościowych zaburzeniach w trawieniu (niestrawność — *dyspepsia*), w części na zaburzeniach w układzie nerwowym (drgawki, bezsenność). Jednocześnie dość często obserwowane można rozmaite wysypki na skórze i zajęcia błony śluzowej dróg oddechowych (nieżyt oskrzeli). Rokowanie jest zwykle niezbyt pomyślnem, gdyż choroba, rozpoczynając się w dzieciństwie, może dotrwać aż do wieku dojrzałego. Zapobiedz rozwojowi rozszerzenia żołądka u dzieci może jedynie odpowiednie, racjonalne karmienie. Skoro się zaś już choroba rozwinięła, wtedy leczenie również przede wszystkim polegać powinno na dostarczeniu dziecku odpowiedniego pokarmu: mleka dzieciom bardzo młodym, a pożywie-

nia suchego dzieciom starszym. Autor z dobrym skutkiem stosował u dzieci w wielu razach przepłukiwania żołądka. C. za główny dowód istnienia rozszerzenia żołądka poczytuje pluskanie wywoływane przy uderzaniu okolicy żołądkowej. Opierając się na tem zjawisku, rozpoznawał właśnie rozszerzenie żołądka w przypadkach w broszurze przytoczonych. Nie kwestyonując częstości występowania rozszerzenia żołądka u dzieci, nie możemy się z autorem zgodzić na to, aby pluskanie w żołądku uważać wypadło za podstawę rozpoznawania rozszerzenia żołądka, gdyż najprzód, pluskanie w żołądku może istnieć, a rozszerzenia może nie być, i powtóre może się zdawać, że wywołujemy pluskanie w żołądku, a tymczasem gdy wprowadzimy doń zgłębnik, przekonujemy się że on jest zupełnie pusty, a pluskanie zależy od poruszania się płynu w kiszkiach, *respective* w porzeczny.

11) Olive w dysertacji swej p. t. „*Des formes cliniques de la colique hépatique*“ dokładnie przedstawił obecny stan nauki o kolce wątrobowej, tak zwykłej, jakoteż i skrytej, przedstawiającej się pod postacią migreny, nerwobólu nadoczodołowego lub napadów gorączkowych bardzo podobnych do zimnicy. Z tego powodu uważaliśmy za stosowne uczynić tutaj o pracy tej wzmiankę.

12) W obszernem stosunkowo, bo zawierającym 148 stron druku dziełku p. t. „*Du cancer précoce de l'estomac*“ Mathieu w opisie cechy odróżniające przebieg raka żołądka u ludzi młodych, przed 30 rokiem życia, od przebiegu tej choroby rozwijającej się zwykle w wieku późniejszym. Poznanie tych cech jest bardzo ważne z tego względu, że w przeważnej większości przypadków rak żołądka u ludzi młodych nie był za życia rozpoznany. Że rak żołądka wydarza się przed 30 rokiem życia, nawet u małych dzieci, o tem przekonywa obszerna statystyka Lebert'a i Marc'a d'Espine'a, z której wynika, że na 441 przypadków raka żołądka wogóle, takowy w wieku młodzieńczym wydarzył się 4 razy, t. j. prawie 1%. M. zebrawszy szczegółową historję chorób w 27 przypadkach raka u ludzi w wieku młodzieńczym, z których 3 przypadki sam miał sposobność obserwować, przekonał się, że choroba ta u ludzi młodych odznacza się pewnymi charakterystycznymi cechami pod względem natężenia i częstości pewnych objawów, szczególnie zaś pod względem nieprawidłowego przebiegu i czasu trwania. Obszerny opis tych 27 przypadków autor w swem dziele przytacza i rozpatrując się w objawach i przebiegu każdego oddzielnego przypadku przychodzi do następujących wniosków. Łaknienie u młodych ludzi, dotkniętych rakiem żołądka, przez długi czas jest zachowane, w jednym nawet przypadku, spostrzegać się dawało nadmierne wzmocnienie łaknienia; utrata chęci do jadła występuje dopiero w ostatnich tygodniach życia. Bóle wogóle występują daleko później i są znacznie mniejszego natężenia, w dwóch tylko przypadkach bóle były bardzo silne. Wymioty nie przedstawiają nic charakterystycznego. Krwotoki bardzo rzadko się wydarzają, zaledwie w  $\frac{1}{3}$  wszystkich przypadków; okoliczność ta jest jedną z przyczyn utrudniających rozpoznanie za życia. Guz, który można wymacać u dorosłych w  $\frac{2}{3}$  wszystkich przypadków (Lebert), tylko u 11 młodych chorych, w 25 spostrzeżeniach, wykryć się dawał. Charłactwo również rzadziej występuje u ludzi młodych, niż w wieku późniejszym. Na dwadzieścia pięć przypadków, w których na objaw ten zwrócono uwagę, tylko u ośmiu chorych wystąpiło ono dość wyraźnie. Okoliczność tę M. tłumaczy prędszym przebiegiem choroby i zachowaniem przez długi czas chęci do jadła. Gorączka w przypadkach przez autora przytoczonych nie była spostrzegano. Natomiast u ludzi młodych dotkniętych rakiem żołądka często występuje puchlina brzuszna. Czas trwania choroby u ludzi młodych jest daleko krótszy, niż u chorych w wieku późniejszym: średnio wynosi on trzy miesiące, w trzech zaś przypadkach przez autora przytoczonych choroba trwała tylko 5 do 6 tygodni. Śmierć zwykle następuje nagle, nie tak jak u ludzi starszych rakiem żołądka dotkniętych, u których stopniowy rozwój charłactwa powoli do śmierci prowadzi. Pod względem anatomii patologicznej, M. nie znalazł wydatniejszej



różnicy pomiędzy rakiem żołądka przed lub po trzydziestym roku życia. Najczęściej w wieku młodzieńczym zdarzają się raki dółkowe (*carcinoma alveolare*). Uogólnienie się raka żołądka u ludzi młodych częściej następuje, niż u starych. Przeciwnie owrządzenie raka rzadziej się napotyka u pierwszych niż u drugich. W końcu zwraca autor uwagę na to, że w wielu przypadkach raka żołądka u ludzi młodych, obraz kliniczny jest nadzwyczaj podobny do obrazu marskości wątroby, występuje mianowicie bardzo wczesnie i w znacznym stopniu wodna puchlina brzucha (*ascites*), obrzęk nóg, rozszerzenie żył w skórze brzucha, a natomiast brak wydatniejszych objawów dyspeptycznych, wymiotów krwawych, obecności guza. To też w bardzo wielu przypadkach raka żołądka u ludzi młodych rozpoznawano za życia marskość wątroby, tembardziej iż nadużycia napojów wyskokowych zdawały się za tą ostatnią chorobą przemawiać,

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**24. Prof H. Thompson. Nowotwory w pęcherzu moczowym, ich budowa anatomiczna, objawy i leczenie.** (*Die Tumoren der Harnblase mit Rücksicht auf Wesen, Symptome und Behandlung derselben. Von Sir Henry Thompson. Bearbeitet von Dr. R. Wittelshöfer.*)

Do rzędu spraw chorobowych, przedstawiających bardzo wiele trudności pod względem rozpoznania, należą niewątpliwie niektóre anatomiczne zmiany tkanek pęcherza moczowego, jak również nierzadko rozwijające się w nich miękkie, strzępiaste i niewielkie nowotwory, np. brodawczaki.

O rakowcach i mięśniakach Th. w tem swoim dziele wcale nie wspomina, gdyż one w większej części przypadków łatwo dają się rozpoznać; pierwsze przy badaniu pęcherza przez odbytnicę, drugie, jako twory zwykle większych rozmiarów przy badaniu pęcherza za pomocą zgłębnika.

Trudność ta właśnie w rozpoznaniu, a temsamem i w leczeniu tych tworów miękkich i zwykle niewielkich rozmiarów, szczególnie w początkach ich istnienia, była powodem nader pobieżnego ich traktowania w obszernych i najnowszych nawet podręcznikach chirurgicznych, tak pod względem klinicznym jak i pod względem anatomicznym, ściślejsze jednak badanie pęcherza, jak również ściślejszy rozbiór objawów, spostrzeganych u łóżka chorego, naprowadzały nieraz autora na szereg faktów, na zasadzie których zmuszony był przypuszczać istnienie takich tworów w pęcherzu, w skutek czego zauważył, że ostatnie to cierpienie nie należy do rzędu nader rzadkich.

Przekonaawszy się, że rozwinięcie się w pęcherzu nowotworów miękkich, nie mogących być rozpoznaniem za pomocą przedłużonego palca, jak słusznie Th. nazywa zgłębnik, nie należy, jak dotychczas mniemano, do nader rzadkich chorób, zadał sobie pytanie, w jaki sposób mógłby jak najpewniej dla siebie i najbezpieczniej dla chorego przekonać się o ich obecności. Często bowiem drobnowidzowe badanie moczu i płynu, otrzymanego po przepłukaniu pęcherza, jak również i badanie jamy pęcherza zapomocą zgłębnika, nie dały mu stanowczych wskazówek co do istoty rozwiniętego patologicznego procesu, wskutek czego, rozumie się, nie był w stanie przedsięwziąć racjonalnego leczenia.

Nie ulega wątpliwości, sądził Th., że obmacywanie błony śluzowej pęcherza zapomocą palca wprowadzonego bezpośrednio do jamy pęcherza (*Digital-Exploration*) mogłoby mu odrazu rozjaśnić dość często przez długie lata ciemne i nie rozpoznane choroby.

Otóż dla dopięcia tego celu, Th. wykonał cały szereg doświadczeń na trupach i klinicznych spostrzeżeń, na zasadzie których przyszedł do przekonania,

że droga do pęcherza, utworzona przez cięcie w części błoniastej cewki moczowej, jest najbezpieczniejszą dla chorego i najwygodniejszą dla palca operatora. Palec wprowadzony tą drogą do pęcherza, przy mocnem uspieniu chorego, bardzo swobodnie przechodzi przez szybkę pęcherza, najmniejszej nie doznając przeszkody, nawet przy znacznym przeroście gruczołu przyprątneho. Naciskając jednocześnie na pęcherz drugą ręką, znajdującą się nad spojeniem łonowem, ułatwia się palcu dokładne obmacanie całej błony śluzowej, a więc i stanowcze orzeczenie o charakterze istniejącego tam patologicznego zroczenia.

Na wykonanie cięcia podbrzusznego (*sectio alta*) dla osiągnięcia wyżej wspomnianego celu, Prof. Th. się nie zgadza, na zasadzie następujących przyczyn: 1) że uretrotomię *à la boutonnière* uważa za operację daleko prostszą i mniej szkodliwą, aniżeli cięcie podbrzusne, 2) że otwór pozostały po cięciu podbrzusznem jest daleko mniej dogodnym dla skutecznego drenowania jamy pęcherza, aniżeli otwór w części błoniastej i nakoniec 3) że przez ten ostatni w większej części przypadków, przy których w celu rozpoznawczym wykonywał *urethrotomiam à la boutonnière*, mógł z większą łatwością wyłuszczyć nowotwory z jamy pęcherza w całości lub częściowo, jeśli tylko na szerokiej nie siedziały podstawie i nie przedstawiały przytem jednolitej zbitiej masy. Jeśli zaś, pomimo trudności w rozpoznawaniu przy całości pęcherza, znalazł nowotwór takiej wielkości, że przez dany otwór nie mógł być wydobyty, to nie zwlekając, przystępował do wyłuszczenia go za pomocą następczego cięcia podbrzusznego; wykonane poprzednio cięcie w części błoniastej nie stanowiło przytem nigdy poważnego powikłania.

Cięcie to wykonywa Th. w następujący sposób: po wprowadzeniu przewodnika (*itinerarium*) do cewki moczowej, przecina miękkie części na linii szwu przednio-tylnego (*raphe*), zaczynając z tyłu w odległości  $\frac{3}{4}$  cala nad wejściem do odbytnicy; prowadzi nóż w kierunku ku przodowi po linii wyżej wspomnianej, tak żeby całe cięcie miało długości  $1\frac{1}{4}$  cala. Przy takim cięciu ochrania się od uszkodzenia z jednej strony gruczoł przyprątny, a z drugiej opuszkę cewki moczowej. Wszedłszy palcem do jamy pęcherza przez dany otwór, Th. mógł, jak już wyżej wspomnieliśmy, bardzo dobrze obmacać całą jego błonę śluzową i otrzymać dokładne pojęcie o wielkości, formie, sposobie przyczepienia i zbitości istniejącego tam tworzywa; jeśli zaś przy badaniu pokazało się, że takowego nie ma, a objawy: częste parcie na mocz, mocz krwawy i ból, były skutkiem istniejącego przewlekłego nieżyty pęcherza lub t. p. spraw chorobowych, to wprowadzał do niego przez dane cięcie dren o świetle  $\frac{1}{4}$  cala i zostawiał go tam, stosownie do wrażliwości pęcherza, na czas od 3—11 dni; dawał tem samem pęcherzowi przez krótszy lub dłuższy czas możliwość zupełnego odpoczynku. Mocz w ten sposób odpływał co do kropli do naczynia, nie zatrzymując się w pęcherzu, wskutek czego nietylko przestał ulegać gniciu, lecz odczyn jego alkaliczny, o ile istniał dotychczas, wkrótce po przedrenowaniu pęcherza ustępował miejsca odczynowi kwaśnemu. Tym to właśnie momentom przypisuje Th., że w większej części swoich przypadków otrzymał albo zupełne wyzdrowienie, albo znaczne polepszenie.

Na 43 chorych, których pęcherz Th. badał podług tylko co opisanego sposobu, pokazało się, że w mniejszej części, t. j. u 20 z pomiędzy nich, istniały nowotwory, przeważnie brodawczaki rozmaitej postaci, wielkości i zbitości, które już to na szerokiej siedziały podstawie, już to były przyczepione za pomocą wąskiej szypuły; w większej zaś części, t. j. u 23, których Th. historyje w krótkości podaje, nie znalazł żadnego nowotworu, lecz tylko rozmaite inne anatomiczne zmiany ścian pęcherza.

Wyniki otrzymane przez Th o m p s o n'a przedstawiają się w następujący sposób:

a) przy leczeniu 20 chorych pierwszej kategorii za pomocą całkowitego lub częściowego wyłuszczenia nowotworu.

Z pomiędzy 14 z brodawczakami rozmaitej postaci, wielkości i zbitości.

Z pomiędzy 2 z postaciami przejściowymi (brodawczaki zawierające mnóstwo elementów właściwych innym tworom).

1 z brodawczakiem zawierającym mnóstwo elementów mięsakowych (*papillo-sarcoma*).

1 z nowotworem złośliwym (? spr.) zawierającym mnóstwo włókien mięsnych (jakich? spr.).

1 z nabłoniakiem (*epithelioma*).

I nakoniec 1 z nowotworem zrazikowym na szerokiej siedzącym podstawie (charakteru nieokreślonego, spr.)

b) Przy leczeniu 23 chorych kategorii drugiej za pomocą drenowania pęcherza.

Z 8 u których nie znalazł żadnej anatomicznej zmiany ścianek, która by mogła objaśnić spostrzegane objawy.

Z 2 z przewlekłym nieżytem pęcherza.

Z 3 z naskorupieniem fosforanów na błonie śluzowej.

Z 2 z otorbionymi kamieniami, pokrytymi ze strony błony śluzowej grubą warstwą ziarniny.

Z 3 ze zgrubieniem ścian pęcherza i z tworami beleczkowatymi na błonie śluzowej.

1 z rozwiniętymi żyłakami na błonie śluzowej.

1 z nowotworem na prawym zrazie gruczołu przyprątnej wielkości orzecha laskowego.

1 z częściowym zrośnięciem pęcherza (*adhaesia*).

Wyzdrowiało 7, zmarło 6, a u jednego żadnego nie było wyniku.

U jednego nastąpiło polepszenie, a u drugiego żadnego nie było wyniku.

Śmierć.

Śmierć 12-go dnia po operacji.

Śmierć wskutek recydywy.

Wyzdrowienie.

6 zupełnie wyzdrowiało, albo znacznego doznało polepszenia, a 2-ch żadnej nie doznało ulgi.

U jednego znaczne i trwałe nastąpiło polepszenie, a jeden zmarł w kilka tygodni po operacji wskutek znacznego ogólnego wycieńczenia.

Jeden wyzdrowiał, a 2-ch doznało tylko polepszenia.

Jeden po wydobyciu kamienia za pomocą wprowadzonego palca wyzdrowiał, a drugi zmarł.

Dwóch doznało polepszenia, a jeden zmarł.

Zmarł.

Nowotworu nietknięto, drenowano pęcherz, nieznaczne polepszenie.

Polepszenie.

1 z naroślami grzybowatemi (*fungositas*) przy wierzchołku pęcherza.

Po wydaleniu ich za pomocą paznogcia, polepszenie.

1 ze znacznym przerostem gruczołu przyprątnego.

Polepszenie.

Jak więc widzimy, z pomiędzy 23 chorych, leczonych przez Thompsona'a za pomocą drenowania pęcherza, wyzdrowiało albo znacznego doznało polepszenia 17; najmniejszej ulgi nie doznało 2-ch, a zmarło wskutek istniejącego już przed operacją znacznego wyniszczenia 3-ch, wskutek zaś ropnicy tylko jeden; otrzymany więc wynik, jak się zdaje, jest dość pomyślnym. Mniej stosunkowo świetnie przedstawia się na pierwszy rzut oka wynik, otrzymany przy leczeniu chorych 1-ej kategorii, t. j. po wyłuszczeniu istniejących w pęcherzu nowotworów; z nich bowiem wyzdrowiało tylko 9-u, nie doznało po operacji najmniejszej ulgi 2-ch, a nareszcie umarło 9, co stanowi 45% operowanych. Cyfra ta zdaje się być bardzo znaczną i wcale nie zachęcającą do dalszych prób, wszakże po głębszem zastanowieniu się, wydać musimy wyrok mniej surowy. Zejście śmiertelne tylko u 4, t. j. w 20% było wynikiem samej operacji (u 3 wskutek silnego krwawienia, a u jednego wskutek stopniowego upadku sił), u pozostałych zaś 5-ciu śmierć nastąpiła wskutek rozmaitych pobocznych przyczyn; (u 2-ch recydywa po upływie pół roku, u jednego wskutek jednoczesnego istnienia złośliwego nowotworu na prawem udzie, u jednego wskutek *pyelitidis suppurativae* w obu nerkach i nakoniec u jednego wskutek ogólnego znacznego wycieńczenia, istniejącego już przed operacją). Jeżeli przytem pamiętać będziemy, o czem niezawodnie wielu kolegów miało sposobność nie raz się przekonać, jak ci nieszczęśliwi chorzy skazani są przez długie lata na nadzwyczajne cierpienia i jak, mimo najszczerszej chęci udzielenia im jakiegokolwiek bądź pomocy, zmuszeni jesteśmy zostawić ich własnemu losowi dopóty, aż śmierć nie położy kresu ich mękom, to każdy z nas bardzo chętnie zgodzi się z Thomps'on'em, że obowiązkiem naszym jest korzystać z każdego sposobu, który może chociażby najmniejszą sprawić ulgę choremu, tembardziej, jeśli operacja może zupełne mu jeszcze zdrowie przywrócić, o czem jak najdowodniej przekonują nas wyniki, podane przez takiego właśnie specjalistę w zakresie chorób dróg moczowych, jakim jest Thomson.

Po inne, dość ciekawe, szczegóły dotyczące przypadków opisanych przez autora, anatomicznej budowy nowotworów i historii tej operacji, zmuszony jestem odesłać Czytelnika do samego dzieła.

A. Grünbaum.

---

**Sprostowanie.** Do artykułu D-ra Sz wajcera w N-rze 21.

Str. 418 wiersz 17 od góry zamiast *hemian. lateral. sinistra* powinno być *hemian. lateral. dextra*; zaczawszy od tegoż wyrazu opuszczono następujące zdanie: ; przeciwnie uszkodzony prawy szlak (*tr. o. d.*) wywołuje cierpienie prawych połów obu siatkówek, a więc niszczy lewe połowy pola widzenia każdego oka (*hemianopsia lateralis sinistra*).

Str. 421 wiersz 18 od dołu wyrazy: utrata wrażliwości . . . do kropki, powinny się znajdować w nawiasie.

Str. 422 wiersz 2 od góry zamiast *zewnętrzną (lewą)*, powinno być: *wewnętrzną (lewą)*.

---

Do dzisiejszego N-ru „Gaz. Lek.“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Kwiecień 1885 r. — oraz Okólnik D-ra Jaroszyńskiego.

# A P T E K A

## J. RUTKOWSKIEGO

DAWNIEJ

**E. WERNERA.**

ulica Długa 12. w Warszawie

**POLECA:**

Rabarbarum Chińskie w najlepszym gatunku  
 Wina lecznicze: rabarbarowe, chinowe, pepsynowe  
 Cukierki i syrop, z tlenkiem żelaza  
 Cukierki z obojętnym garbnikiem chininy  
 Syrop Chinowo-żelazny  
 Syrop z mleko-fosforanem wapna  
 Cukierki przeczyszczające (Tamar-Indien)  
 Ekstrakt do zupy Liebiga używany za pokarm dla dzieci  
 Wody mineralne naturalne i sztuczne  
 Lekarstwa specjalne krajowe i zagraniczne  
 Przyrządy Chirurgiczne  
 Materiały opatrunkowe  
 Nowe środki lekarskie  
 Barwniki do preparatów mikroskopowych  
 Przetwory chemiczne do technicznego użytku.

3-1

W magazynie narzędzi chirurgicznych **F. Balukiewicza**, Bielańska, w Hotelu Paryzkim, jest do zbycia:

**Bateria galwanokaustyczna Stöhrera**, z czterema układami i pudełko z kompletem zegadeł mało używane, za rubli sto. (Cena katalogowa marek 165 i 200=365)

6-1

## ZAKŁAD ZDROJOWO-KĄPIELOWY W ŻEGIESTOWIE.

Otwarty od 1-go Czerwca do końca Września posiada przeszło 300 wygodnie urządzonych mieszkań stacyja kolejowa (przystanek) przy samym zakładzie, tudzież c. k. urząd pocztowy i telegraficzny, apteka, dwie restauracje, piekarnia wspaniała, sala w domu zdrojowym, w tym samym gmachu kryty chodnik i źródło wody mineralnej najsilniejszej szczawy żelazistej, kąpiele mineralne borowinowe i nader ważne kąpiele popradowe, równające się kąpielom morskim. Bliższych wyjaśnień udziela, oraz zamówienia na mieszkania przyjmuje Zarząd Kąpielowy.

3-1

## NOWE MIASTO NAD PILICĄ

(gub. Piotrkowska, pow. Rawski.)

### ZAKŁAD WODOLECZNICZY

**Racyjnalna hydroterapia**,—kąpiele ciepłe, słone, aromatyczne, rzeczne,—wody mineralne, gimnastyka. Leczenie elektrycznością, mlekiem, kefirem.

**Gabinet elektryczny** zaopatrzony w przyrządy do specjalnego leczenia. **Scisty internat** i **eksternat**; dyjetetyczne stołowanie. Obok zakładu internat i restauracja dla starozakonnych.

Utrzymanie całodzienne z leceniem i kąpielami, w pokojach wspólnych od Rs. 1 kop. 50. w pokojach oddzielnych od Rs. 3.

**Komunikacja** koleją żelazną Warsz.-Wielką przez Skierniewice, lub Iwangrodzką-Dąbrowiecką przez Opoczno.

Szczegółowe objaśnienia i cenniki w Warszawie w Apteczni Kucharzewskiego, Senatorska 480.

Lekarze Zakładu **Jan Bieliński**, **Leon Rzeźniowski**.

12-5

# DRUSKIENICKIE Wody Mineralne.

w gubernii i powiecie Grodzieńskim.

Komunikacja od stacyi Porzece dr. żel. Warsz.-Petersb. 17 wiorst, w powozach i omnibusach pocztowych, prócz tego z Grodna codziennie statkiem parowym drogi godzin 3.

**Sezon od 1 (13) Maja do 15 (27) Września**

i później przy sprzyjającej pogodzie.

Solanka jodo-bromowa. Używana jest z dobrym skutkiem w skrofłach, chorobie angielskiej reumatyzmie, artretyzmie, blednicy, otyłości, hemoroidach, katarach żołądka, kiszek, dróg moczowych, chorobach kobiet, paralizach, chorobach skóry. Warunki klimatyczne bardzo dobre. **Cholery i żadnych innych epidemicznych chorób w Druskienikach nigdy nie było.** Całe Druskieniki otoczone sosnowemi lasami. Domy w ogrodach i lesie. Łazienki nowo-wybudowane z urządzeniem zastosowanem do najświeższych wymagań nauki. Wszelkie wygody, ceny umiarkowane. Muzyka. Kąpiele na Niemnie i kaskadowe na Rotniczance. Apteka. Lekarz stale praktykujący i kilku na sezon przyjezdnych. Wody mineralne zagraniczne. Kumys naturalny. Kefir. Sól i Ług (Mutterlauge) Druskieniki w Warszawie, w aptece p. Heinricha.

3—3

Gub. **SOLEC** Pow.  
Kielecka. **SOLEC** Stopnicki.

6—3

Najsilniejsze wody siarczano-słone jod zawierające,

**Sezon od 20 Maja do 15 Września**

**Kąpiele mineralne, mułowe, masaż, leczenie elektrycznością.**

Droga do Kielc koleją, z Kielc do Solca szosą mil 8, karetką pocztową.

## TRUSKAWIEC

(stacja pocztowa i telegraficzna).

**Otwarcie pory kąpielowej d. 26 Maja.**

Od czterech lat znowu w polskich rękach zostające a znane od dawna ze swej nadzwyczajnej siły leczniczej, silne wody siarczane i solanki do kąpeli (źródła: Stanisława, Ferdynanda, Edwarda,) oraz słonogorzkie, rozwalniające i moczopędne zdroje do picia (Maryi, Bronisławy, Zofii i tak zwany źródł „Nafty“,) borowina żelazista i muł słonosiarczany do kąpeli.

**Liczba kąpeli wydanych w roku 1884—19625**

Nowe zupełnie łazienki o 60 wytwornie urządzonych gabinetach. Nowe wygodne urządzone pomieszkania z usługą. Kaplica i nabożeństwo w obu obrządkach. Kilka restauracyj i eukiernia z czytelnią. Rozmaite rozrywki i zebrania towarzyskie wraz z dobrą kapelą. Położenie zdrowe, podgórskie. Liczne cieniste przechadzki. Wycieczki w okolice: do Urycza, Rozhureza, do żup w Stebniku i Drohobyczu, do kopalni nafty i wosku ziemnego w miejsen i Borysławiu. Lekarze zdrojowi Dr. Adolf Dietzius z Jarosławia, i Dr. Jan Rosner z Krakowa. Bliższych wiadomości udziela i przyjmuje zamówienia na pomieszkania i powozy do pobliskich stacyj kolejowych „Drohobycz“ lub „Drohobycz-Truskawiec“ za nadesłaniem zadatku.

5—4

Zarząd zdrojowy truskawiecki.

# IWONICZ.

## Wody mineralne jodowo-bromowe.

Stacja kolei Transwersalnej na miejscu. Przeszło 1000 pokoi. Wyborna orkiestra pod kierunkiem Aubera. Kilka restauracyj, czytelnia, sale balowe i koncertowe, zakład fotograficzny, Apteka telegraf, poczta.

Kąpiele znane ze swoich skutków w cierpieniach skrofulicznych, syfilitycznych i skórnych, w chorobach kobiecych, zapaleniach stawów i cierpieniach kości.

Zakład położony jest w najpiękniejszej okolicy Galicji.

Sezon zaczyna się od 20 Maja.

10—3

## PASTYLKI HOUDÉ'GO zawierające Chlorek Kokainy.

Nasze pastylki z chlorkiem kokainy w skutek swego działania miejscowego znieczulającego i w skutek innych swych własności sprawiają bardzo znaczną ulgę i uspokajają bóle w chorobach gardła, przy zakatarzeniu, przy chrypcy, przy utracie głosu i w zapaleniach krtani wszelakiego rodzaju.

Przy użyciu tych pastylek, **kłucie, łechtanie i uczucie podrażnienia** w gardle ustępują, a **struny głosowe** ulegają wzmocnieniu. Pastylki rzeżone oddają również wielkie usługi przy leczeniu chorób przelyku i żołądka, ułatwiając polykanie.

**Dawka.** Każka pastylka zawiera jeden miligram chlorku kokainy.

**Sposób użycia.** Stosownie do wieku 6 do 12 pastylek przez dzień. Przyjmować je należy przynajmniej na godzinę przed jedzeniem—rozpuścić w ustach, i następnie połknąć.

**Skład główny:** w aptece A. Houdé 42 rue du Faubourg St. Denis, Paris; znajdują się oraz we wszystkich aptekach Warszawy.

4—4

## ELIXIR HOUDÉ z Chlorku Kokainy

W skutek swych własności znieczulających stanowi doskonały środek leczniczy uspokajający wszelkie nerwice żołądkowe. Oprócz tego przyspiesza uzdrowienie po przebytych chorobach wzmacniając siły nadsłabione.

Środek ten jest wskazany przy leczeniu zapalenia żołądka, nerwobólów żołądkowych, niestrawności, wymiotów, i przy wszelkich zaburzeniach trawienia. Uspokaja prócz tego bóle żołądka zależne od owrządzeń lub od cierpienia rakowego.

**Dawka.** W 20 gramach naszego elixiru znajduje się dwa miligramy chlorku kokainy.

**Sposób użycia.** Należy go przyjmować kieliszkiem od wódki po jedzeniu, albo podczas napadu bólów.

**Skład główny:** w aptece A. Houdé 42 rue du Faubourg St. Denis Paris; znajduje się oraz we wszystkich aptekach Warszawy.

## JAWORZE NA SZLĄZKU AUSTRYJACKIM.

Zakład wodoleczniczny i żętyczny, kąpiele igliwiowe, masaż, gimnastyka, urząd pocztowy i telegraficzny i t. d. Lekarz kierujący dr. Smoleński. Zakład otwarty od 1-go Maja do Października. Wiadomości udziela i prospekty rozsyła na żądanie Inspekcya zakładu w Jaworzu (Ersdorf,) stacja kolei północnej Bielsk (Bielitz).

6—4

## ZAKŁAD KEFIROWY Dr. Wł. Wyszyńskiego Róg Kruczej i Alei Jerozolimskiej Nr. 9.

Otwarty codziennie od god. 7 do 2 i od 4 do 7 po południu.

Filija Zakładu w Ciechocinku, będzie otwartą w willi „Orijon“ od 20 Maja b. r.

Kefir po cenach zakładowych sprzedaje się w Aptekach W. P.: Barcza—Marszałkowska, Biertümpfla i Gessnera—Al. Jerozolimskie, Kucharzewskiego—Senatorska, Turskiego—Karmelicka i Ziemińskiego—Marszałkowska.

W Ciechocinku: w Kiosku wód mineralnych p. W. Kucharzewskiego.

6—4

**D-r Jaroszyński**ordynować będzie jak w latach ubiegłych  
w **Meranie.**

3—3

**Dr. Weissenberg**(władający polskim językiem) ma honor zawiadomić Szanownych Panów Kolegów, iż corocznie  
praktykuje w **Kołobrzegu** (Gartenstr. 1.)

5—3

**Dr. St. Bulikowski**ordynować będzie jak lat poprzednich od Maja r. b. przez sezon kąpielowy  
w **Gleichenbergu—Villa Possenhofen.**

4—3

**D-r Med. Józef Kołaczkowski**będzie ordynować b. r. jak lat ubiegłych w **Szczawnicy.**

4—3

**Dr. Walery Bujakowski**stale ordynuje w **Druzzienikach.**

8—5

Zajęcia praktyczne z mikroskopii płwociny w chorobach dróg oddechowych  
odbywać się będą od 8—20 Czerwca. Dowiedzieć się można u **D-ra Dobrskiego**  
Królewska 6, lub u niżej podpisanego **Odo Bujwid** Wilcza 12. od 5—6

2—1

**Dr. Dobieszewski**praktykuje w **Marienbadzie** mieszka w **Villa Dobieszewski.**

6—4

**Dr. E. Brühl**ordynuje jak w latach poprzednich w **Gleichenbergu, Villa Max.**  
od d. 20 Września w **Meranie.**

6—4

ZAKŁAD LECZNICZO-KĄPIELOWY

**S Ł A W I N E K**

Wody mineralne żelaziste naturalne

(o trzy wiorsty od Lublina)

otwarty od 20 Maja do 20 Września.

**Zarządzający Zakładem D-r Podgórski.**Komunikacja nader ułatwiona omnibusami zakładowemi, kursującemi kilka razy dziennie.  
Wanny nowe miedziane, sposób ogrzewania ulepszony, kąpiele rzeczne, prysznic. Mieszkania ume-  
blowane wygodnie, restauracja, bilard, czytelnia, sala balowa, gimnastyka, lekarz zdrojowy na  
miejsce. Wody mineralne naturalne i sztuczne wszelkiego rodzaju.Długoletnie doświadczenie i świeżo dokonany z wszelką ścisłością rozbiór chemiczny, wy-  
kazały, że wody Sławinkowskie, użyte tak wewnątrz jak i w kąpielach, skutecznymi są w nastę-  
pujących chorobach: w blednicy, niedokrwiłości, niezżytach przewlekłych żołądka i kiszki, krwo-  
tokach z nich, hemoroidach, zapaleniu przewłokiem rdzenia pachyżowego, również w chorobach  
kobiecych, jako to: w niezżytach wszelkiego rodzaju macicy, braku i utrudnieniu czyszczeń mie-  
siężnych, w białych upławach, niepłodności, w niezżytach i kurczach pęcherza, nareszcie przeciw-  
ko zmazaniom nocnym, niemoocy męskiej i ogólnemu osłabieniu.Administracja Zakładu ma honor upraszać W. W. P. P. lekarzy, o zaopatrzenie wysłanych  
przez nich do wód Sławinkowskich chorych w stosowne instrukcje przez nich podpisane, tak  
dla dokładnej statystyki jak i dla zastosowania się do nich.

6—5