

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O postępach w laryngologii i rynologii

w ostatnich 25-ciu latach ze szczególnem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego

opracował

Dr. JAN SĘDZIAK.

*Współtowarzyszom pracy w Kronice Lekarskiej
autor*

W końcu roku ubiegłego Kronika Lekarska święciła jubileusz 25-cio lecia swojego istnienia. Sądzę, że nie będzie bez korzyści dla czytelników „Kroniki“, jeżeli w krótkim wprawdzie (dla braku miejsca) zarysie przedstawię postępy w tym czasie laryngologii i rynologii — tych najmłodszych gałęzi medycyny, które w tak stosunkowo krótkim czasie — gdyż przeważnie w ostatnich 25-ciu latach dosięgły kolosalnego rozwoju. Zwłaszcza będzie nas przedewszystkiem zajmować rola, jaką w tym rozwoju odegrała polska laryngologia i rynologia.

Jest jeszcze inny wzgląd, który mnie skłonił do podjęcia się opracowania powyższego tematu: oto dziwnym zbiegiem okoliczności srebrne gody Kroniki Lekarskiej zeszły się ze złotymi godami laryngo-rynologii — w tym bowiem roku upływa 50 lat od chwili wynalezienia laryngoskopu wzgl. rynoskopu, stanowiących nową erę, od której rozpoczyna się dopiero rozwój tych specjalności. Nie od rzeczy będzie tu

zaznaczyć, że jeden z twórców tego wiekopomnego odkrycia — hiszpan-tenor Manuel Garcia obchodzi w połowie Marca r. b. w Londynie 100 letnią rocznicę swoich narodzin, w której to uroczystości pośrednio, lub bezpośrednio uczestniczą przedstawiciele laryngologii i rynologii całego świata.

Jakkolwiek, jak to już we wstępie wspomniałem, właściwie rozwój laryngo-rynologii zaczyna się od drugiej połowy wieku zeszłego t. j. od wiekopomnego odkrycia laryngoskopu resp. rynoskopu przez wyżej przytoczonego Garcję (1855), oraz Czermaka — naszego rodaka — prof. fizjologii w Krakowie, oraz prof. Türck'a w Wiedniu (1858 r.), to jednak długiego trzeba było jeszcze czasu, zanim odkrycie to zaczęło wydawać odpowiednie owoce — zanim zrozumiano należycie całą jego doniosłość.

Śmiało rzec można, że dopiero w drugim 25-cio leciu ujawniły się zdumiewające następstwa zastosowania laryngostopu i rynoskopu do badań krtani i nosa.

Nieliczne początkowo wzmianki z dziedziny laryngo-rynologii w ostatnich 25-ciu latach wytworzyły kolosalną wprost literaturę. Dość powiedzieć, że ilość mniejszych lub większych prac, dotyczących laryngologii i rynologii w tym okresie czasu wynosi około 45,000 — cyfra jak widzimy imponująca!

Ciekawem niezmiernie jest zestawienie porównawcze różnych narodowości pod względem ilości prac laryngo-rynologicznych w ostatnich latach 25-ciu. 1-sze miejsce należy się pod tym względem Ameryce północnej, Stanom zjednoczonym, na którą przypada prawie $\frac{1}{4}$ część wszystkich prac t. j. przeszło 11,000.

Muszę tu jednak zaraz dla rehabilitacyi starej Europy zaznaczyć, że to przodownictwo Ameryki w laryngologii i rynologii jest tylko ilościowe i że natomiast najlepsze prace ujrzały światło dzienne w Niemczech, oraz Wielkiej Brytanii i Francyi, które pod względem ilości prac zajmują 2-gie.

3-cie i 4-te miejsce (Niemcy przeszło 7000, Wielka Brytania z koloniami około 7000, wreszcie Francya około 6500).

W dalszym ciągu idą kolejno: Austro-Węgry (przeszło 2500 prac), Włochy oraz Belgia i Hollandia (przeszło 1500), Rossya (przeszło 900), Hiszpania, oraz Skandynawia t. j. Szwecya, Norwegia i Dania (przeszło 600), następnie idzie Polska (około 500 prac)*, wreszcie Szwajcarya (przeszło 300). Ostatnie miejsce zajmuje Japonia (jakieś kilkanaście prac), co służy tłumaczy jednak tem, że państwo to, zadziwiające obecnie świat całą swoją cywilizacją, posiada takową zaledwie 3 dziesiątki lat i w ruchu lekarskim — zwłaszcza laryngo-rynologicznym dopiero w ostatnich zupełnie czasach zaczęła przyjmować czynny udział.

W ogóle w Niemczech daje się zauważyć największe zainteresowanie się laryngo—i rynologią. Dowodem tego między innymi jest szereg Towarzystw specjalnych; mianowicie oprócz sekcji laryngologicznej w Niemieckim Towarzystwie przyrodników i lekarzy, odbywającej corocznie w różnych miastach niemieckich swoje posiedzenia (liczy ono już 77-y rok swojego istnienia) istnieją jeszcze: południowo-niemieckie i zachodnio-niemieckie stowarzyszenia li tylko laryngo-ryno (i oto) logiczne, a prócz tego w Berlinie i Monachium czysto miejscowe towarzystwa specjalne, po większej części chorobom gardła, nosa i uszu poświęcone.

Co się tyczy innych narodowości, to tego rodzaju stowarzyszenia istnieją po 2 w Ameryce t. zw. Amerykańskie—najstarsze z istniejących, które już przed 2 laty obchodziło 25-cio lecie swojego założenia; liczy ono w gronie swoich członków z Polaków—Karwowskiego, Herynga, oraz autora niniejszej pracy i zachodnie laryngorynologiczne i otiatryczne

*) Spis prac tych wchodzi do ogólnego spisu przy artykule przezemnie na życzenie Redakcyi „Nowin Lekarskich“ w Poznaniu opracowanym, a który wyjdzie wkrótce (w r. b.) w numerze retrospektywnym, poświęconym medycynie polskiej w wieku XIX.

(oraz oftalmologiczne, gdyż w ogóle w Ameryce daje się zauważyć dążność łączenia razem chorób gardła, nosa, uszu i oczu), w Anglii (t. zw. Brytyjskie, oraz londyńskie, którego członkiem jest niżej podpisany, wreszcie we Francyi (francuskie, liczące u nas cały szereg członków (Sokołowski, Heryng, Heiman, Meyerson, Lubliner, Piątkowski, Guranowski, Przedborski, oraz niżej podpisany i paryskie), oraz po 1 w Austryi (wiedeńskie) i Węgrzech, w Hollandyi (niderlandzkie), Belgii, Danii, Włoszech, którego członkiem korespondentem jest niżej podpisany i w Hiszpanii, wreszcie w Rosyi (w Petersburgu), oraz w Polsce (w Warszawie). To ostatnie dzięki niez mordowanej energii Sokołowskiego bardzo pomyślnie się rozwija.

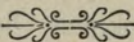
Oprócz tego przy ogólnych zjazdach międzynarodowych, co 3 lata się odbywających, larynologii, rynologii, (oraz otiatrii) poświęcone są oddzielne sekcye.

(Niestety! w ostatnich czasach np. podczas hiszpańskiego nawiasowo mówiąc nieudanego zjazdu, oraz obecnie mającego się odbyć w Portugalii — larynologów i otologów, które już zdołały sobie (nie bez trudności wprawdzie) wywalczyć oddzielną sekcję niezależną od otiatrii, znowu zaczynają być łączone razem pomimo energicznego protestu ze strony larynologów całego świata z Semon'em na czele).

Również i pod względem ilości, a zwłaszcza jakości czasopism, poświęconych larynologii i rynologii Niemcy zajmują najwybitniejsze stanowisko: w niemieckim bowiem języku, jakkolwiek pod redakcją jednego z najpierwszych larynologów Semon' u, wychodzi od lat 21 niezbędne dla każdego larynologa czasopismo specjalne referencyjne (dział polski reprezentują w 1-ym okresie Heryng, ostatnio zaś Sokołowski) prócz tego w Berlinie pod redakcją znanego prof. larynologii B. Fraenkel'a wychodzi od r. 1893 doskonale Archiwum larynologiczne, zaś we Frankfurcie nad Menem, oraz w Monachium odczyty kliniczne, poświęcone laryngo-rynologii (oraz otiatrii) — 1-sze pod redak-

cyą Bresgen'a, drugie Haug'a (w redakcyi tego ostatniego pisma niżej podpisany jest członkiem). Wreszcie w Berlinie wychodzi od lat 38 — a więc najstarsze pismo: *Manatschrift für Ohrenh. so wie für Kehlkopf etc.*, poświęcone głównie wprawdzie otiatrii, poczęści zaś laryngo-rynologii, redagowany przeważnie przez wiedeńskich profesorów (Schröter'a, Urbantschitsch'a oraz Zuckerkand'a) -- wreszcie Schech'a z Monachium. W skład redakcyi tego czasopisma wchodzi z polaków prof. Jurasz z Heidelberga i autor niniejszego zestawienia. We Francyi wychodzą 3 główne (nie licząc pomniejszych) czasopisma specyalne, poświęcone laryngo-ryno- oraz zwykłe otologii: jedno z najstarszych, gdyż 30 lat już istniejące: *Annales de maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, założone przez nieżyjącego obecnie paryskiego laryngologa Gouguenheim'a, (w skład redakcyi tego pisma wchodzi z polaków Heryng, Heiman); dalej wychodzące w Bordeaux pod redakcyą Moure'a początkowo *Revue bimensuelle*, (którego członkiem początkowo był Benni, a następnie niżej podpisany) obecnie zaś *Hebdomadaire de laryng-rhin, et otologie*; pismo te w roku bieżącym obchodzi również 25-cio letni jubileusz, wreszcie *Archiv de laryng. etc.* (od r. 1888) członek-Sokołowski. We Włoszech wychodzi też kilka pism poświęconych laryngo-ryno-otologii -- z tych najważniejszem jest *Archivio italiano di otol, rin. e laring*, założone w r. 1893 przez nieżyjącego już de Rossi prof. otiatrii w Rzymie, oraz obecnie prof. Gradenigo z Turynu.

(C. d. n.)



Z kliniki wydz. chir. prof. M. Kuzniecowa w szp. św. Ducha.

II. POSTĘPOWANIE CHIRURGICZNE w przypadkach złamań sklepienia czaszki.

Napisał

Dr. KAZIMIERZ NIEDZIELSKI.

(*Ciąg dalszy*)

Spostrzeżenie 3. P. Ajzyk, 44 lat wieku liczący, zapisany do kliniki d. 5 Marca 1904 r.

Przed trzema miesiącami chory otrzymał szereg ciosów. zaopatrzoną w gwoździe, pałką w głowę i tułów. Poszkodowany stracił przytomność i w ciągu dni dwóch nie mógł mówić wcale. Ocknąwszy się, zapytał o coś żonę i znów przestał mówić na dobre. U chorego stwierdzać można objawy niepamięci, bezgłosu, agrafii; chory zapomina nazwy przedmiotów, choć rozpoznaje takowe, nie może napisać swego nazwiska -- niekiedy napisze imię, a z nazwiska jedną zgłoskę tylko. Rachuje np. 1, 2, 3, 4, 7, 9 i t. d. Mówiąc o lekarzu, który doglądał go na wsi, wyraża się: «on», lub «ten drugi», nie mogąc przypomnieć sobie słowa: doktor. Przepuszczanie słów występuje nader wybitnie.

Podczas oględzin spostrzedz można nieprawidłowe wkleśnięcie czaszki w lewej okolicy ciemieniowej. Brzeg dolny braku kości przebiega w odległości palca ku górze od przyczepu lewej muszli ucha i tworzy wypukłość, sterczącą ku zewnątrz wybitnie. W przebiegu dalszym brzeg braku tego, tworząc zakrzywienie półksiężycowe, kieruje się ku tyłowi i górze, a przedni jego brzeg odpowiada prostej, poprowadzonej pionowo od zewnętrznego przepustu słuchowego do

góry. Brzeg ów nie sterczy tak wyraźnie, lecz stopniowo zlewa się z częścią zdrową kości skroniowej. Średnica pionowa braku wynosi 7 ctm., pozioma 6 ctm. Tylna część braku jest pogłębiona więcej, niż przednia; wzdłuż brzegu dolnego, który pokrywa skóra, cieńsza nieco, niż gdzieiniej, lecz zdrowa, widać niewielką bliznę wciągniętą; nadto w okolicy czołowej i ciemieniowej po stronie prawej, na granicy uwłosienia, w kierunku linii, poprowadzonej prostopadle od zewnętrznego kąta oka ku górze, przebiega lekko zabarwiona blizna, lecz nie przyrosnięta do skóry; powierzchnia kości jest dość szorstką. Wymiary obu źrenic jednakowe, lecz siła wzroku w oku lewym jest mniejsza. Pacjent narzeka na miganie iskier w oczach, słyszy dobrze, objawów porażenia nerwu licowego nie ma, mowa chorego upośledzona bardzo. 8 marca *operatio sub chlorophormio*. Cięcie w kształcie podkowy w granicach braku kostnego aż do kości. Odseparowanie raspatoriumem Kocher'a płatu półksiężycowego ku dołowi po uprzednim nałożeniu pincet na naczynia krwawiące. Z rozpadliny kości czołowej, istniejącej na tylnym brzegu braku kostnego, trysnął strumień krwi ciemnej, w obec czego rozpadlinę wypełniono gazą i krwotok zatrzymano drogą ucisku. Wzdłuż brzegu przedniego braku w czaszce dłutem i młotkiem wyźłobiono kość aż do opony twardej. Brózdę ową przedłużono do tyłu, odpowiednio do brzegu złamania czaszki, za pomocą raspatorium uniesiono ku górze mocno wciśnięty w głąb jamy kawałek kości i, po rozwikłaniu zrostów opony twardej z płytką wewnętrzną, wyciągnięto tenże na zewnątrz. Krwawienie mocne z mózgowej opony twardej zatrzymano tamponem, poczem usunięto jeszcze jeden kawałek podłużny odłamanej części czaszki, wparowany głęboko i ostrym katem swym miażdżący istotę mózgową. Po usunięciu kawałka tego znaleziono rozpadlinę w błonach mózgowych, która, idąc prostopadle, miażdżyła mózg na przestrzeni mniej więcej 3 ctm. Ponowne oględziny rany wykryły, że odpowiednio do dolnego brzegu braku w czaszce, na wysokości łuku li-

cowego znajdował się odłamany, postaci trójkątnej, odcinek kości, ostrzem swem wdzierający się do istoty mózgu i odpowiadający umiejscowieniem trzeciemu skrętowi skroniowemu. Odłamek ów usunięto również wraz z kilkoma odłamami płytki wewnętrznej, które znajdowały się w pobliżu brzegu przedniego braku w czerepie. Brzegi wytworzonej drogą tą dziury w stropie zrównano kleszczami Lüer'a; na naczynia krwawiące nałożono podwiązki, brzegi otworu w dura mater spojono szwami trzema, celem zatrzymania krwawienia na dobre wprowadzono do rany pasek gazy; płytkę kości większą umocowano z powrotem w miejscu właściwym, poczem przyszyto płat skórny z pozostawieniem od tyłu małego rozporaka, do kąd wepchnięto pasek gazy.

9/III. C^o 36,5 — 36. T. 64 małe. Przez czas jakiś po operacji pacjent był mocno podniecony i stan ogólny wydawał się złym; uspokojenie nastąpiło dopiero nad ranem. Operowany leży z oczyma zamkniętymi, lecz nie śpi; na pytania odpowiada niechętnie. Z uwagi na przesiąkanie opasek, zmieniłem warstwy opatrunku powierzchowne, przyczem powstało krwawienie lekkie. Jeden z tamponów głębszych usunięto.

10/III. Stan śpiączki trwa dalej. Oczy zamknięte, źrenice rozszerzone umiarkowanie; chory otwiera oczy wtedy tylko, gdy o rzecz jedną zapytać się go kilka razy. Gorączki nie ma. Podczas opatrunku usunięto tampony wszystkie; z rany spłynęła dość znaczna ilość krwi wraz z kawałeczkami istoty mózgowej. Założono nową gazę.

11/III. Chory nie gorączkuje. Po usunięciu opatrunku widać, że szwy trzymają dobrze, z rany jednak wydziela się bez przerwy dużo skrzepów z dodatkiem uległej zgorzeli istoty mózgu. Operowany nie mówi wcale, choć zdaje się, pytania rozumie. Na prawej kończynie górnej wystąpiły objawy przykurczeń.

12/III. Śpiączka mniej wybitna. Chory rozmawia chętniej, na pozór jest przytomny, choć rzeczy nazywa nieprawi-

dłowo. Jeżeli pokazać mu palec, pacjent odpowiada, że widzi drzewo. Wydzielina mniej obfita.

13/III. Przytomność upośledzona znacznie. Chory majaczył w nocy i zerwał opatrunek. Sztywność i przykurczenia prawej kończyny górnej występują coraz wyraźniej. Śpiączka znów większa.

14/III. C^o 38,3 — 38. Stan ogólny pogarsza się stale. Odczyn źrenic niewyraźny. Opatrunek zmieniono. C^o w. 38,7.

15/III. Exitus laetalis.

Na dokonanych nazajutrz oględzinach pośmiertnych znaleziono, co następuje: rana zewnętrzna zagoiła się zupełnie. Przez rozporek w okolicy tylnego brzegu płatu widać brzeg braku kostnego w czaszce i wysuwającą się nad tymże istotę mózgową zależnie od pęknięcia w oponie twardej. Po zdjęciu szwów i rozsunięciu brzegów rany płat odwrócono ku górze, poczem stwierdzono z łatwością, że przeszczepiona płyta kostna przyrosła mocno zewnętrzną powierzchnią swą do okostny płatu, wykrajanego z części miękkich i skóry. Po odseparowaniu durae matris przekonano się, iż najbliższe mózgu odcinki, rozmiękczone i w wynaczynienia obfitujące, dają się wyciągnąć pincetą bez trudu. Rozpadlina twardej opony mózgowej przebiega wzdłuż końca dolnego gyri postcentralis i obu górnych zawojów skroniowych i dochodzi do fissura Rolandi. W ognisku mózgu znaleziono jamę w okolicy 3-go zawoju skroniowego, dużą, jak orzech włoski, i pełną skrępow; z ogniska tego zgłębnik przedostaje się bez trudu do komórki bocznej. Mózgowie w pobliżu jamy mocno przekrwione i rozmiękle. Opony obrzękłe i obfitujące w wylewy zdejmują się łatwo. Na przebiegu naczyń zatokanych widać w niektórych miejscach pasma barwy żółtawej. Leptomenigitis traumatica.

Spostrzeżenie 4. B. Ignacy, 35 lat wieku, ślusarz, zapisany do kliniki 20 marca 1904 r.

Chory znajduje się w stanie pół przytomnym, mówi du-

zo, ale bez sensu, na pytania daje odpowiedzi nielogiczne i nie wie, co się z nim stało.

Już na drugi jednak dzień po operacji, dokonanej w d. 24 marca, stan poszkodowanego ogólny na tyle polepszył się, że można było przystąpić do zebrania wywiadów. Poszkodowany oświadczył wówczas, że dwa tygodnie temu, zajęty w fabryce, otrzymał cios w głowę pilnikiem żelaznym, wagi 10 funtów. Chory nie stracił przytomności narazie i, uważając ranę swą za nieznaczną, pracował dalej. W ciągu jednak tygodnia ból w okolicy rany wzrastał się nieustannie jednocześnie z coraz większym traceniem przytomności. Z uwagi na niebezpieczeństwo, nie zmniejszające się bynajmniej, rodzina umieściła chorego w szpitalu.

Wszystkich wiadomości tych udzielił mi poszkodowany nazajutrz po zabiegu; przedtem nie pamiętał nawet swego nazwiska, ani zajęcia, chociaż wypełniał machinalnie wydawane mu rozkazy: na żądanie pokazywał język, podawał rękę, szedł, dokąd go wołano i t. p.

Podczas badania stwierdzono wybitną wypukłość pagórkowatą w okolicy lewej skroni. Odpowiednio do najwyższego punktu tej wyniosłości, na trzy palce ku górze od łuku licowego znajduje się strup sinawy. Malejąc stopniowo, guzowatość owa zlewa się z tkankami okalającymi, przyczem granicę dolną tworzy tu łuk licowy, a przednią — linia wygięta w odległości palca ku tyłowi od zewnętrznego kąta oka. Linia półkolistą, w odległości 4-ch palców powyżej arcus zygomaticus jest granicą górną, tylna nie dochodzi na palec do prostej, poprowadzonej prostopadle od skrawka (tragus). Część obwodowa guzowatości tej jest dość twardą i bolesną na ucisk głęboki zwłaszcza od dołu. Z pod strupa, w środku guzowatości, wydziela się ropa kroplami od ucisku, a jednocześnie palec badający przedostaje się do zagłębienia lejkowatego, również bolesnego na ucisk. Guz nie tętni. Źrenice nie zwężone. Na powiekach oka lewego — ślady wynaczynień.

Badanie ustroju nerwowego doprowadziło do wyników

następujących: częściowe natury ruchowej agrafia i paragrafia, częściowa głuchota słowna, powtarzanie słów, w kopjowaniu, pisaniu pod dyktando i czytaniu głośnem zboczeń niema; rozpoznawanie przedmiotów prawidłowe, wymowa nie upośledzona, również czucie skórne. Odczyn źrenic na światło prawidłowy, akomodacja również. Odruchy: prawy biceps i triiceps mocniejszy od lewego, na brzuchu z prawej strony nieco słabsze niż z lewej. Odruchy skórne wzmożone wyraźnie, jak również odruch Achillesa, pod pachą słabe, odruchu Babińskiego nie ma. Rozpoznanie: Fractura cranii in reg. temporalis sin. Vulnus contusum capitis.

24 marca *operacja pod chloroformem*. Po przeprowadzeniu cięcia na wysokości ogniska chorobowego wypuszczono ztąd umiarkowaną ilość ropy i ranę oczyszczono tamponem. Pod okostną istniała jama o wymiarach dość dużych, pełna skrzepów krwi. Ku wewnątrz od cięcia operacyjnego zauważono przebieg tętnicy skroniowej. Dnem jamy była tu pęknięta kość czaszki, przyczem ku dołowi znajdowało się zagłębienie drugie, mniejsze od poprzedniego i również zawierające skrzepy. W tym stanie rzeczy należało przypuścić, że w chwili działania urazu zranioną była jedna z gałązek tętnicy, w moim razie będącej. W następstwie traumaty powstały krwisteki, które z czasem przeszły w ropienie. Ranę wypełniono gazą jodoformową i nałożono opatrunek.

Przebieg okresu pooperacyjnego wolny był od powikłań zupełnie. Chory sprawiał wrażenie, jak gdyby obudził się ze snu długiego i innym po rękoczynie stał się człowiekiem. Jak rzekłem, przytomność wróciła odrazu i poszkodowany opowiedział mi w szczegółach najdrobniejszych zaszły wypadek. Ręka w rękę z poprawą ogólną posuwała się sprawa zagojenia miejscowo; ropienie było nader umiarkowanym i rana wypełniła się prędko ziarniną bujną; 14 kwietnia, więc w trzy tygodnie po zabiegu operowany opuścił klinikę, jako wyleczony zupełnie. Po upływie miesiąca osobnika oglądałem znowu; stan ogólny był bez zarzutu.

(C. d. n.)

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

54. B. Robinson. **Zagadnienia, dotyczące wrzodu okrągłego żołądka.** (Medical Record, 31 Grudnia 1904 r. str. 1043).

Wrzód okrągły żołądka, zarówno z punktu widzenia chirurgii, jak medycyny wewnętrznej, zasługuje na baczną uwagę lekarzy praktyków. Niewątpliwie, we właściwym czasie podjęte, rozsądne leczenie wewnętrzne nie tylko zapobiedz może powstaniu tego ciężkiego cierpienia, a w innych razach powstrzymuje jego szerzenie się i uprzedza groźne powikłania, ale nawet w przypadkach przewlekłych, z długotrwałymi objawami niestrawności, uporczywymi bólami, częstymi krwotokami, nieraz prowadzi do zupełnego wyzdrowienia. W innych wszakże przypadkach jedynie pomoc chirurgiczna zapewnić może wyleczenie lub wprost — ocalić życie chorego. Takie są: 1) ostre przypadki wrzodu żołądka, w których występuje nagle obfity krwotok żołądkowy, niebezpieczny dla życia chorego; 2) przypadki przewlekłe z częstymi krwotokami, kiedy przypuszczać można, że przeżarte naczynie, może chwilowo skrzepem zatkane, niezawodnie znów zacznie krwawić po usunięciu skrzepu. Tu, wreszcie, bezwzględnie należą przypadki przedziurawienia wrzodu, w których wyleczenie samoistne nabyt rzadko się zdarza i wymaga szczególnie pomyślnych warunków (pusty żołądek, mały otwór perforacyjny, zrosty), by można było na nie rachować.

— W sprawie rozpoznania wrzodu okrągłego liczne spostrzeżenia z lat ostatnich ustaliły parę szczegółów, niezgodnych z poglądami dawniejszymi. A więc stwierdzono, zdaniem autora, że badanie chemiczne i mikroskopowe treści żołądkowej po jedzeniu próbnym, które często daje cenne wskazówki rozpoznawcze dla wrzodu żołądka, nieraz właśnie zwraca rozpoznanie na błędne tory. Okazuje się ze wspomnianych spostrzeżeń, że nadmiar kwasu solnego w soku żołądkowym spotykamy we wrzodzie okrągłym żołądka bynajmniej nie stale. W bardzo wielu przypadkach znajdujemy prawidłową kwaś-

ność soku żołądkowego, częstokroć — nawet zmniejszoną. Również brak objawów fermentacji w rozszerzonym żołądku nie świadczy bynajmniej stanowczo o nieobecności przewlekłego wrzodu okrągłego, i zdarza się niejednokrotnie, że dopiero niespodziany krwotok lub przedziurawienie żołądka, bez uprzednich objawów dyspepsiae flatulentae, wyjaśnia tutaj właściwy charakter sprawy chorobowej.

— Co się tyczy wyników leczniczych, autor zaznacza, że dane szpitalne w tym względzie nie mogą być miarą dla praktyki prywatnej. Chorzy szpitalni zazwyczaj szukają pomocy lekarskiej w późniejszych okresach choroby; niedostatek, niehygieniczny tryb życia wpływa u nich na cięższy przebieg cierpienia: stąd częstsza potrzeba interwencji chirurgicznej u takich chorych. U chorych prywatnych, leczących się wcześniej i lepiej, cięższe powikłania, jak przedziurawienie, podług spostrzeżeń autora, zdarzają się rzadko, krwotoki są rzadsze i mniej obfite. Choroba, po dłuższym lub krótszym trwaniu, przyjmuje u nich przebieg pomyślny, pogorszenia chwilowe trwają krótko, i chorzy zdrowieją bez operacji.

Autor wypowiada twierdzenie, oparte na licznych spostrzeżeniach, że chorzy na wrzód okrągły żołądka, fizycznie pracujący, częstokroć mogą wrócić do zdrowia, nieodrywając się całkowicie od pracy, podczas gdy pracownicy umysłowi muszą niezbędnie, przynajmniej czasowo, usunąć się zupełnie od zajęć. Dziwny ten fakt tłumaczyłby się może tem, że praca umysłowa wywiera wpływ niewątpliwy na wydzielanie nadmiernie kwaśnego soku żołądkowego, co usposabia do powstania i szerzenia się wrzodu okrągłego żołądka. Z powyższym tłumaczeniem zgadza się też fakt, że kobietom, chorym na wrzód żołądka, trzeba zalecić leżenie w łóżku, chcąc się doczekać wyzdrowienia: bardziej wrażliwe i uczuciowe, kobiety dają więcej powodów do podtrzymania nadmiernie kwaśnego wydzielania żołądkowego drogą układu nerwowego.

Wogóle stan układu nerwowego w etyologii wrzodu okrągłego żołądka, zdaniem autora, posiada niezmiernie doniosłe znaczenie. Bardzo często nie można stwierdzić u chorego ani nadkwaśności soku żołądkowego, ani anemii, któraby mogła powodować nieprawidłowy krwiobieg w żołądku i sprzyjać przez to powstaniu wrzodu, i chcąc w przypadkach takich wyszukać moment przyczynowy, wypadnie nieraz zatrzy-

mać się na usposobieniu neuropatycznym. Oskarżano prze-
ważnie mięsną dyetę, że usposabia poniekąd do wrzodu żo-
łądka. Doświadczenie wszakże wykazuje, że zarówno mięsna jak
jarska dyeta nie przynosi żadnej szkody, o ile układ nerwowy
doprowadzić do stanu prawidłowego. Zauważyć należy, że
nerwice żołądka, mianowicie połączone z obniżeniem spraw-
ności wydzielniczej żołądka, mogą nieraz naśladować b. liczne
objawy, właściwe wrzodowi okrągłemu, powodując przez to
trudności rozpoznawcze.

Nieznaczne krwawienia żołądkowe, których częstość we
wrzodzie żołądka podnoszono, niezawsze łatwo wykryć. Dużą
wartość, jako objaw rozpoznawczy, posiada, zdaniem autora,
wrażliwość nadbrzusza na ograniczonej przestrzeni obok wra-
żliwości jednego z dolnych kręgów grzbietowych.

Bólu w dołku może zresztą nie być, mianowicie wówczas,
kiedy owrzodzenie usadawia się na tylnej ściance żołądka lub
kryje się pod łukiem żebrowym.

Z objawów przedziurawienia, które, mówiąc nawiasowo,
może wystąpić nagle, bez żadnych uprzednich objawów żołąd-
kowych, za najważniejszy uważa autor napięcie (rigidity) brzu-
cha. Napięcie to spotyka się tu nieodzownie, podczas gdy
wzdęcia, bólu, gorączki może brakować.

Ból czasami umiejscawia się nie w górnej części, a w dole
brzucha, wzbudzając tem podejrzenie powikłania ze strony wy-
rostka robaczkowego. Zdarza się, wreszcie, że wszystko prze-
mawia za przedziurawieniem żołądka, a jednak dalszy prze-
bieg zbija to rozpoznanie.

W przypadkach, kiedy objawy żołądkowe, z bólami
w dołku i wymiotami, długo trwają, lepiej jest traktować cho-
rego, jako cierpiącego na wrzód okrągły żołądka, choćby
w istocie wrzodu jeszcze nie było. Dotyczy to zwłaszcza
młodych kobiet anemicznych, przepracowanych, pędzących
życie w troskach i niepokoju.

Nadkwaśność soku żołądkowego, domieszka krwi, wykry-
ta w treści żołądkowej lub w wypróżnieniach, potwierdza osta-
tecznie rozpoznanie. Należy wówczas unikać wprowadzania
zgleźbnika w celach rozpoznawczych. Zupełny spokój fizycz-
ny i umysłowy stanowić powinien główny punkt leczenia. Cho-
rym należy zalecić leżenie w łóżku, choć zdarza się, jak już
wspomniano wyżej, że chorzy, zwłaszcza fizycznie pracujący,
zdrowieją, nie poddając się temu zleceniu. Trawienie żołąd-

kowe przynajmniej częściowo należy wyłączyć, zastępując je lawatyrkami odżywcze. Autor radzi nie zaniedbywać leczenia anemii, o ile towarzyszy chorobie żołądkowej, tembardziej, że dopóki trwa anemia, nie może być mowy o powrocie do stanu prawidłowego układu nerwowego, któremu autor tak wybitną rolę przypisuje w etiologii wrzodu okrągłego.

Leczenie wrzodu przewlekłego, jak to już Fenwick słusznie zaznaczał, różni się znacznie od leczenia ostrych przypadków. Podczas gdy w tych ostatnich, przy stosowaniu spokoju, diety, właściwych przetworów farmaceutycznych, zazwyczaj szybko następuje poprawa, to w przypadkach przewlekłych leczenie trwać może miesiące i lata. Skuteczność diety mlecznej w takich przypadkach podnosił już Cruveilhier. Mleko rozcieńczać można kleikiem, ryżowym lub jęczmiennym. Kumys, ze względu na dużą zawartość kwasu, nie jest tu odpowiedni. Dużą korzyść, zwłaszcza w przypadkach niedokwaśności, przynosi maślanka, którą Miecznikow zowie entuzyastycznie „eliksirem życia“ we wrzodzie okrągłym żołądka.

Z przetworów farmaceutycznych największe uznanie posiada bizmut, który podawać należy w dawkach większych, naczno lub po jedzeniu, najlepiej z wodą wapienną. Czasem korzystnie wpływa azotan srebra.

W razie zaparcia stosować można siarczan sodu lub magnezyi. W anemii zaleca autor chętniej przetwory organiczne żelaza, obawiając się żrącego działania miejscowego węglanów, a zwłaszcza półtorachloru żelaza. Bóle we wrzodzie okrągłym skutecznie łagodzi ortoform.

— Dużą wagę praktyczną posiada pytanie, jak długo należy zachowywać płynną dietę w przebiegu przewlekłego wrzodu żołądka. Zdaniem autora, czas ten wahać się może, zależnie od przypadku od paru tygodni do miesięcy. Jedyńm wskaźnikiem, którym kierować się można, jest tu wrażliwość nadbrzusza; dopóki wrażliwość istnieje, przejście do stałych pokarmów połączone będzie zawsze z ryzykiem pogorszenia. O ile bólu już niema, stopniowo urozmaicamy dietę, dobierając lżej strawne gatunki mięsa i jarzyn. Zasługuje na zalecenie ryż, kartofle w każdej postaci są bezwarunkowo szkodliwe.

Rozbef i befszyk długo powinny być zakazane. Lepsze są białe gatunki mięsa. W przypadkach nadkwaśności, przy

braku objawów zapalnych a upośledzonym odżywianiu, probować można odżywiania forsownego. Autor wszelako sceptycznie zapatruje się na radę Noorden'a, który już po 8 — 10 dniach umiarkowania zaleca we wrzodzie żołądka i katarze kwaśnym — obfite pożywienie.

Badanie chemiczne zawartości żołądkowej w celu przekonania się, czy można przejść już do pokarmów stałych, nie ma, zdaniem autora, wielkiego znaczenia praktycznego. Częstość badania ostatnie różni się zasadniczo od pierwszego: bądź wykazuje nadkwaśność tam, gdzie poprzednio notowano brak wolnego kwasu solnego, bądź odwrotnie; to samo dotyczy obecności i siły fermentów trawiennych.

— Krwotok żołądkowy w przebiegu wrzodu, choć nieraz obfity i groźny, rzadko prowadzi bezpośrednio ad mortem. Wskazany tu będzie zupełny spokój, odżywianie per rectum, zimne okłady na okolicę żołądka. Wstrzykiwania podskórne żelatyny, Ewaldowskie przemywania żołądka wodą lodową — nie trafiają autorowi do przekonania. Za najpotężniejszy środek przeciw krwawieniu uważa adrenalinę, stosowaną podskórnie, lub do wewnątrz w dawce 10 — 12 kropeł 1^o/₁₀₀ roztworu. Środek ten należy często powtarzać, odstawiać zaś nie odrazu, a stopniowo. Jeżeli krwotok nie ustaje mimo zastosowania powyższych środków, zmuszeni jesteśmy zwrócić się do zabiegu operacyjnego.

Pożądanem by było ściśle określenie, jakie mianowicie przypadki wrzodu żołądka kwalifikują się do operacji. Wskazania, jak je autor formułuje, przytoczono już wyżej. Z pomiędzy operacji tu stosowanych, autor odrzuca rezekcję wrzodu, jako dającą wyniki nazbyt opłakane, i pozostawia tylko gastroenterostomiam post. i pyloroplastykę metodą Finney'a. I tu jednakże śmiertelność jest znaczna, bodaj że nie mniejsza, niż przy leczeniu wewnętrznym. Co się tyczy dalszych wyników, to nieraz zabieg operacyjny daje w rezultacie stałe polepszenie, które można tłumaczyć tem chyba tylko, że pokarmy krócej zostają w żołądku i przez to mniej pobudzają błonę śluzową do wydzielania nadmiernie kwaśnego soku.

W licznych wszakże przypadkach po pewnym czasie następują nawroty (ból, krwotoki, przedziurawienia — wskutek odświeżenia starych lub też tworzenia się nowych owrzodzeń), co zresztą jest zrozumiałe wobec tego, że operacja usuwa

tylko skutki cierpienia, nie zaś jego przyczynę. W razie większych zrostów, powodujących bóle, operacja również nie przynosi korzyści. Chirurdzy żądają, by przysyłano im chorych we wcześniejszych okresach cierpienia; na to jednak wobec powyżej streszczonych względów trudno się zgodzić.

W zakończeniu autor porusza kwestyę wartości rozpoznawczej ortoformu, który, jakoby, łagodzić ma bóle wyłącznie wtedy, gdy zakończenia nerwów są odsłonięte, a więc np. we wrzodzie żołądka, nie wywierając żadnego skutku, jeżeli zdrowa błona śluzowa pokrywa powierzchnię żołądka. Podług spostrzeżeń autora, takie działanie ortoformu nie jest stałe i nie zawsze zgadza się z powyższem twierdzeniem, nie można więc uważać go za środek rozpoznawczy niezawodny.

W. Starkiewicz.

55. H. Ehret. **O gorączce w kamicy żółciowej.** (Zeitschr. für Klin. Medicin Bd. 55).

Opierając się na własnych spostrzeżeniach klinicznych i doświadczeniach nad zwierzętami, autor przedewszystkiem zbija starą doktrynę, według której stałe podniesienie ciepłoty w kamicy żółciowej jest spowodowane podrażnieniem ścian dróg żółciowych przez kamienie żółciowe. Autor widzi przyczynę gorączki w zakażeniu. Pomiedzy drobnoustrojami spotykanymi w drogach żółciowych główne miejsce zajmują lasecznik okrężnicy w swych rozmaitych odmianach i lasecznik duru brzuszego; prócz tego można jeszcze zdaleźć gronkowce, paciorkowce a nawet czworniaki; pierwsze dwa znajdują się często w czystych hodowlach. Czasem żółć jest jałowa, a jednak w kamieniach żółciowych są drobnoustroje, co jest dowodem przebytej infekcyi. Miejsca pierwotnego zakażenia tworzą początki kanalików żółciowych i papilla Vateri. Zakaźne pochodzenie gorączki w kamicy żółciowej potwierdza powstawanie jej u zwierząt po sztucznem zakażeniu przedtem uszkodzonych w swej funkcji dróg żółciowych i obecności drobnoustrojów chorobotwórczych w żółci, otrzymanej za pomocą punkcyi pęcherzyka żółciowego (Naunyn) lub podczas operacyi u chorych na kamicy żółciową z podniesioną ciepłotą. Chociaż więc tam, gdzie jest gorączka, zawsze są w żółci bakteryje, jednak naodwrot obecność bakteryi nie zawsze powoduje gorączkę. Możemy naprzykład przejśćcio-

wo spotkać drobnoustroje, przeważnie, obojętne, i w normalnej żółci, jak je spotykamy i w innych częściach organizmu. Czasem znów znajdujemy wielką obfitość bakteryi chorobotwórczych u chorych na kamice żółciową nie gorączkujących. Objaśniamy sobie w ten sposób że chorzy tacy dawniej zawsze gorączkowali niejakiś czas lub też przebyli jakąś ogólną infekcyę, jak dur brzuszny, a więc organizm wytworzył ciała uodporniające (imunizacyjne), które niweczą dalszą działalność bakteryi chorobotwórczych i w następstwie niszczą je zupełnie. A zatem gorączka jest zależna nie tyle od obecności samych bakteryi chorobotwórczych w drogach żółciowych, ile od istnienia chorobotwórczych bakteryi, których działanie nie jest zrównoważone przez odpowiednie uodporniające siły organizmu. Twierdzenie to autor opiera na całym szeregu doświadczeń nad zwierzętami, z których to doświadczeń jeszcze wynika, że w uodpornianiu całego organizmu odgrywają pewną rolę miejscowe zmiany dróg żółciowych: bakterye powywołaniu naprzykład zapalenia pęcherzyka żółciowego mogą pozostać w żółci zdolne do życia, nie powodując żadnych objawów, które występują dopiero po zajęciu przez te bakterye innych, dotychczas nie zmienionych, części dróg żółciowych. Łatwo zrozumieć, że większych zmian patologicznych w ściankach dróg żółciowych możemy oczekiwać tam, gdzie objawy gorączkowe już częstokroć się powtarzały, gdzie więc siły niające organizmu były zbyt słabe.

Krzywa temperatury w kamicy żółciowej jest bardzo rozmaita, lecz brak w niej zawsze okresu nasilenia. Staławy-soka ciepłota nie jest dla rokowania zła w świeżych przypad-uodporkach, ujemna w przewlekłych.

Krytyczny spadek ciepłoty każe przypuszczać, że zakażone drogi żółciowe odzyskały napowrót stan jałowy, lityczny zaś — że nie.

Co się tyczy stosunku gorączki do żółtaczki w kamicy żółciowej, to jednoczesne podniesienie ciepłoty i obecność żółtaczki dowodzą, że sprawa się odbywa w mniejszych drogach żółciowych; podniesienie ciepłoty bez żółtaczki wskazuje na zapalenie w większych drogach żółciowych, które się tak łatwo nie zatykają. Jednoczesne powstawanie dreszczów i żółtaczki wywołuje podejrzenie na utknięcie kamienia w przewodzie żółciowym.

Gorączka zjawia się w większości przypadków jawnych kamic żółciowych, w przebiegu których odróżniamy trzy okresy: przedgorączkowy, gorączkowy i pogorączkowy.

Operować należy w pierwszym i ostatnim.

Venulet.

56. W. Holst, **Nowe spostrzeżenia psychiatryczne.** (St. Petersb. Medic. Wochen. Nr. 46, 1904).

Autor zauważył, że chociaż nowoprzybywający do szpitala dla chorych umysłowych pacyenci po wykąpaniu i natychmiastowem ułożeniu ich do łóżka, szybko i widocznie uspokajają się, jednak znaczna część ich po upływie kilku dni robi gorsze wrażenie niż na początku swego pobytu w szpitalu. Zwykle dopiero silne podniecenie chorego powoduje jego umieszczenie w szpitalu. Do tej chwili podlegał on wciąż swym męczącym popędom, złudzeniom i strachowi które jeszcze bardziej powiększało otoczenie. Dopiero w szpitalu, tej jedynej pewnej dla niego przystani chory znajduje odpowiedni spokój i może się czuć chorym; ztąd zrozumiałe jego osłabienie. Ażeby zapobiedz tak niebezpiecznemu w ostrych i podostrych przypadkach osłabienia, należy chorym odmawiającym przyjęcia pokarmów bezwarunkowo wlewać je przez sondę, chociaż trzy litry stężonych pożywnych ciał, danych w ten sposób, znacznie ustępują umiarkowanemu dobrowolnemu przyjmowaniu jadła. Przy bezsenności i podnieceniu dawały autorowi wilgotne zawijania jeszcze lepsze rezultaty, niż dłuższe kąpiele. Rzeczą jest ważną określić czas, kiedy chory może opuścić łóżko i kiedy się ma wziąć do lekkiej roboty, gdyż zdarza się, że u chorego, który w łóżku przedstawia się normalnym, powracają dawne oznaki już w kilka godzin po opuszczeniu łóżka, przedwczesna zaś robota więcej szkodzi niż przynosi pożytku. Brak wszelkich ogrodzeń bynajmniej nie sprzyja ucieczce chorych zdolnych do pracy, ponieważ żaden wysoki mur nie naprowadza ich na myśl o niej; ale i poza tem brak murów wywiera bardzo dodatni wpływ na umysł chorych.

Venulet.

57. Ito. **Badania kliniczne nad specjalną chorobą u dzieci, zwaną „Ekiri,” grasującą w Japonii o charakterze ostrym, epidemicznym, dyzenterycznym.** (Arch. f. Kinderheilkunde XXXIX, B. 3).

Co do natury choroby tej, znanej w Japonii od stu lat, autorowie nie są jednego zdania. Jedni twierdzą, iż jest to rodzaj epidemicznego zapalenia opon mózgowych, inni — że to katar kiszek, inni znów, że choroba ta jest ciężką formą dyzenteryi u dzieci, wywołanej lasecznikiem Shiga. Autor robił szereg doświadczeń nad wydzielinami chorych na Ekiri dzieci i znalazł lasecznika, którego nazwał Ekiri; podobny on jest do colibacillus odbarwia się według metody Grama, jest bardziej ruchliwy, niż *bacterium coli*, nie rozpuszcza żelatyny i daje odczyn indolu daleko powolniej, prócz tego nie strąca mleka. Zaraża myszy, świnki morskie, królika i niektóre ptaki, daje reakcyę przylepiania się (agglutinatio) tylko z surowicą osobników, które już przeszły ekiri albo też zwierząt nie podlegających tej chorobie (immunis), gdy tymczasem surowica od osób zdrowych albo dotkniętych innemi cierpieniami, między innemi dyzenterją, nie wywołuje odczynu przylepiania.

Co się tyczy objawów tej choroby, to, wykluczwszy okres ukrycia choroby (stadium incubationis), należy odróżnić dwa okresy: okres objawów poprzedzających i właściwych chorobie.

W pierwszym okresie zapada dotychczas zdrowe dziecko na biegunkę. Wydzieliny o zapachu wprost odrażającym zawierają części niestrawionego pokarmu i rzadziej trochę śluzu. Jednocześnie zjawia się gorączka (38 — 39), ogólne osłabienie, sen niespokojny. Wymiotów niema, bólów także nie.

W drugim okresie gorączka dochodzi do 40, nawet 42° w szczególności u dzieci, u dorosłych nie wychodzi po za 40°. W ciężkich przypadkach gorączka trwa ciągle, chyba że po wypłukaniu kiszek spada trochę o 0,5 do 1°, jeżeli przebieg jest lekki, to ciepłota spada gwałtownie po irygacji kiszek. Wydzieliny zawierają śluz, krew, a czasem nawet ropę, nie tyle jednak śluzu, co przy dyzenteryi lub enteritis follicul. Parcie na stolec bywa bardzo rzadko. Przy badaniu widzimy, że brzuch jest zupełnie miękki, często nawet tak miękki, że z łatwością można wyczuć gruczoły mezenterjalne. Wymioty bywają bardzo rzadko. Powikłania ze strony mózgu występują często, w szczególności u dzieci od 2—6 lat (depresya-konwulsye), rzadziej zdarzają się u dorosłych. Okres inkubacji trwa 12 — 24 godzin, okres zwiastunów 5 — 8 godzin, okres

objawów właściwych w ciężkich przypadkach, kończących się zazwyczaj śmiercią, 36 godzin, w lżejszych 2 — 3 dni. Rokowanie było dawniej bardzo złe 80 — 90% śmierci, dziś jest lepsze: na 70 przypadków, z tych 6 dorosłych, obserwowanych przez autora 25 zmarło, co przedstawia 35,5% śmiertelności, jeżeli zaś tylko zwracać uwagę na ilość zmarłych dzieci (na 64 zmarło dzieci 25), to procent śmiertelności wynosi tylko 40%. Rokowanie jest tem gorsze, im dzieci są młodsze; najczęściej umierają dzieci w wieku od 2 — 6 lat, rzadziej choroba ta pojawia się u dzieci do 2-ich lat, u dorosłych kończy się zazwyczaj pomyślnie. Jako przyczyny usposabiające do powyższej choroby uważać można oprócz wieku klimat, wpływ różnych zmian pór roku i niezachowanie diety. W gorących krajach ekiri ma charakter epidemiczny, najczęściej pod koniec lata i na początku jesieni. Raz przebyta choroba nie chroni od powtórnego zachorowania, autor widział dziecko, które w 6 miesięcy po 1-ej chorobie drugi raz na ekiri zachorowało, przebieg był daleko lżejszy, gdy tymczasem rodzeństwo tego dziecka nie chorowało przedtem, podczas zaś drugiej choroby ciężko bardzo zapadło.

Rozpoznanie trudno jest postawić w okresie zwiastunów potem jednak, gdy się ukażą wszystkie właściwe objawy, jako to nagłe podniesienie temperatury, wypróżnienia ze śluzem bez parcia, objawy mózgowo, utrata przytomności i drgawki miękkie brzuch i szybki rozwój choroby, łatwo zrozumieć, o co idzie. Co się tyczy różniczkowego rozpoznania, z dyzenterją, należy tylko pamiętać, że parcia, tak charakterystycznego objawu dyzenterji, niema w ekiri.

Anatomicznie biorąc, uważać można ekiri za specjalną formę enteritis follicularis, od której to choroby różni się klinicznie brakiem parcia, nie mówiąc już o tem, że enteritis follicularis wywołują paciorkowce.

Matylda Biehler.

II. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

58. W. N. Nikitin. **Przyczynek do leczenia gruźlicy krtani.** (St.-Petersburger Medic. Wochenschrift, Nr. 45, 1904 r.).

Opierając się na 1732 własnych przypadkach, autor potwierdza, ogólnie zresztą przyjęte, zdanie, że niema gruźlicy krtani bez gru-

żlicy płuc (nawet tam, gdzie badanie nie wykazuje zmian w płucach), t. j. że gruźlica krtani zawsze jest miejscowym objawem ogólnego cierpienia i jako taka wymaga miejscowego leczenia, z uwzględnieniem jednak zawsze i ogólnego leczenia.

Przy miejscowym leczeniu autor używa leków lub zabiegów operacyjnych: u chorych osłabionych, wrażliwych, w owrzodzeniach (zwłaszcza na strunach głosowych), lub w nacieczeniu rozlanem — stosuje wstrzykiwanie lub wdmuchiwanie środków lekarskich; zabiegi zaś operacyjne zaleca tylko w nacieczeniu ściśle ograniczonym.

Zaleca środki odkażające i uśmierzające ból. Co do pierwszych najwięcej zachwalany niegdyś *kwasy mlekczny*, obecnie dzięki badaniom Krause'go, Herynga, Schrötter'a i innych, zaczyna już tracić zwolenników; daleko lepszym, łagodniejszym jest 3%—5% roztwór *fenolu w glicerynie*, którego wcieranie gorąco zaleca się w owrzodzeniach nawet u b. osłabionych i wrażliwych. Dalej, *parachlorfenol*, sam przez się nie używa się wskutek wstrętnego zapachu i smaku, natomiast przez używanie 10%—15% roztworu parachlorfenolu z mentolem unika się tych wad, a otrzymuje się świetnie działający środek. Ze środków uśmierzających bóle przy łykaniu zaleca autor roztwór kokainy z morfiną w glicerynie (Cocaini mur. Morph. mur. aa 0,25 Glycerini 4,0 Aq. destill. 160,0), albo 1/2% roztwór nirwaniny z następczem wdmuchiwaniami ortoformu i diiodofomu.

Co do skuteczności galwanokaustyki i elektrolizy, stosowanej w gruźlicy krtani, autor wyraża wątpliwość, gdyż zauważył, że po zastosowaniu tych zabiegów „drętwa“ postać gruźlicy przechodzi w szybką, i że chorzy znoszą bardzo trudno niezbędną siłę prądu (około 30 miliamperów).

Z zabiegów czysto operacyjnych stosowaną bywa tracheotomia i wyłyżeczkowanie. Sama tracheotomia daje dobre wyniki tylko w początkach cierpienia, t. j. wtedy, gdy chory spodziewa się zbawienia od mniej energiczniejszych środków, i przez to nie zgadza się na tę ostateczność. Oprócz tego ujemne strony tracheotomii są: drażnienie krtani przez obecność rurki, możliwość wywołania zgorzeli i utrudnione odpluwanie śluzu. Daleko lepsze rokowanie daje połączenie tracheotomii z następczem wyłyżeczkowaniem, zwłaszcza w tych przypadkach, gdy sprawa ani w krtani, ani w płucach zbyt daleko nie zaszła.

Dla potwierdzenia autor przytacza własny przypadek: 19-letnia panna z bólami przy łykaniu, z bardzo nieznacznymi zmianami w płucach i niewielką ilością laseczników w płwocinie, pod-

daną została tracheotomii i wyłyżeczkowaniu nacieczenia na tylnej ścianie krtani i owrzodzenia na lewym wyrostku głosowym. Bóle stopniowo zmniejszały się w ciągu 6 dni po operacji; w ciągu najbliższego lata chora piła kumys; poczem ogólny stan jej znacznie się polepszył, laseczników w płwocinie nie odnajdywano, a obecnie (w 2 lata po operacji) poza lekką chrypką, wskutek blizn na miejscu operacji, stan jej zdrowia nie pozostawia nic do życzenia.

K. Milkiewicz.

59. Schömann. **Leczenie puchliny brzusznej (ascites) pochodzenia gruźliczego zastrzykiwaniem do otrzewny gliceryny jodoformowej.** (Sem. méd. Nr. 50, 1904).

Wiadomą jest rzeczą, że zapalenie otrzewny natury gruźliczej leczy się za pomocą laparotomii i to z dobrym wynikiem. Otóż autor radzi zamiast tego sposób daleko prostszy, który polega na zastrzyknięciu do otrzewny, po uprzednim wypuszczeniu płynu, 1 lub 2 c.c. gliceryny jodoformowej 1%. Injekcye powtarza się co 4 lub 8 dni, powiększając za każdym razem dawkę i koncentrację zawiesiny, można dojść do 5% roztworu. Autor stosował injekcye w 7 przypadkach, w 2 przypadkach (dziewczynki 2—8 letnie) wyzdrowienie nastąpiło po drugiej injekcji, płyn się wytworzył. U młodej dziewczyny, która prócz zapalenia otrzewny, miała zajęty lewy wierzchołek, wyzdrowienie nastąpiło po 2 $\frac{1}{2}$ miesiącach kuracji, płyn zginął zupełnie. W pozostałych przypadkach płyn znikł po 3—7 tygodniach. W żadnym z powyższych przypadków (ostatni wyleczony został przed 9-ciu miesiącami) nie nastąpiła recydywa.

M. B.

60. Harris. **Leczenie reumatyzmu przez upuszczenie krwi i zastrzyknięcie roztworu fizyologicznego soli.** (Sem. méd. Nr. 50, 1904).

Autor opisuje przypadek, w którym powyższy sposób leczenia stosował u 26 letniego człowieka, który od 12 roku życia miewał silne ataki reumatyzmu, prócz tego z prawej strony miał stawy ramienia, ręki, kolana i nogi silnie nabrzmiące. Wyczerpawszy wszelkie środki, autor upuścił choremu 350 gr. krwi, poczem zastrzyknął mu litr roztworu fizyologicznego soli. W 2 godziny potem bóle ustąpiły, tętno było 96 — 80, nastąpiło zupełne wyzdrowienie, bóle się nie powtórzyły.

M. B.

61. Rosenhaupt. **Przejście bromu do mleka kobiet.** (Arch. f. Kinderheilk. XL, 1 — 3).

Ważnem jest wiedzieć, czy dany środek przechodzi do mleka kobiety czy nie; otóż twierdząco można odpowiedzieć co do kwasu salicylowego, jodu i rtęci. Autor jednak znalazł, że brom także przechodzi do mleka, analizował on mleko mamki, cierpiącej na epilepsyę, która otrzymywała spore dawki bromu, a także innej zdrowej, której specjalnie przez kilka dni dawał codziennie po 3 gr. bromku potasu. Znalazł on jednak zawsze tylko ślady bromu, tak że te nie mogłyby szkodzić. Większa część bromu wydzielala się przez mocz i kał. Charakterystycznym jednak jest to, że dziecko karmione przez mamkę, o której wyżej mowa, dostało wysypki (rodzaj acne), która ustąpiła dopiero po odstawieniu. To też należy przypuszczać, że dłuższe używanie bromu przez osobę karmiącą może się okazać trującym dla dziecka.

M. B.

62. Bobone. Miejscowe leczenie nieżyty cuchnącego nosa za pomocą nafty. (Sem. méd. Nr. 48, 1904).

Autor dezynfekuje najpierw jamy nosa za pomocą irygacji roztworem jakiegokolwiek bądź środka odkażającego, następnie znieczula błonę śluzową za pomocą kokainy, następnie smaruje wata umoczoną w naftcie, do której na 40 gr. dodaje 0,02 strychnini nitrici, dla silniejszego podrażnienia błony śluzowej, oraz 0,50 ol. eucalypti dla zapachu. Smarować należy codziennie; po kilku dniach, gdy chory przywyknie do tego, można też nie znieczulać błony śluzowej. Zaraz nazajutrz po pierwszym smarowaniu zauważył autor znaczne polepszenie, strupów jest mniej, odór też jest daleko mniejszy. W krótkim czasie pojawiają się naczynia krwionośne, błona zaczyna wydzielać śluz, co też jest dowodem, iż leczenie pomaga.

M. B.

63. Leczenie migreny za pomocą wyciągu z gruczołu tarczycowego. (Sem. méd. Nr. 48, 1904).

Migrenę oftalmiczną leczy się z dobrym wynikiem za pomocą soli bromu w wysokich dawkach, bywają jednak i tu wyjątki: często leczenie nie pomaga. Jacquau radzi akonitynę (patrz Sem. méd. 1897 r., str. CXC VII Annexes). Otóż Consiglio opisuje przypadek, w którym migrena oftalmiczna występowała zawsze jednocześnie z miesiączką, tak że, jeżeli ta ostatnia została przerwana wskutek ciąży, karmienia i t. d., chora nie cierpiała na migrenę. Wszelkie leki zostały bez skutku, wreszcie Consiglio zastosował wyciąg z gruczołu tarczycowego, który z początku zmniejszył tylko siłę i ilość pojawiających się ataków, następnie ustąpiły

zupełnie, teraz zaś chora po kilkumiesięcznej kuracyi cieszy się doskonałym zdrowiem.

M. B.

64. **Leczenie puchliny brzusznej gruźliczego pochodzenia za pomocą iniekcji gwajakolu z jodoformem do mięśni.** (Sem. méd. Nr. 52, 1904).

Na skutek artykułu o leczeniu puchliny brzusznej gruźliczego pochodzenia zastrzykiwaniami jodotormu do jamy brzusznej w Sem. méd., (patrz str. 408, r. 1904, streszczenie w Kron. Lek.), D-r Grattery przysłała notatkę o dobrych wynikach, jakie otrzymał, lecząc powyższe cierpienie za pomocą zastrzykiwań gwajakolu z jodoformem do mięśni. Pierwszy raz robił iniekcye choremu, który miał duży wysięk opłucny, wysięk ten znikł po kilku iniekcjach w kilka miesięcy potem — rozpoczął zastrzykiwania u chorej, która, mając puchlinę brzuszną, w żaden sposób na operacyę zgodzić się nie chciała. Spróbował więc iniekcji do mięśni, po dwóch iniekcjach ilość płynu znacznie się zmniejszyła, po 3 tygodniach płyn zginął zupełnie, pozostało tylko trochę stępienia w fossa iliaca dexti D-r Grattery zastrzykiwał do mięśni co drugi dzień 1 cc. oliwy, zawierającej 0,05 gwajakolu i 0,01 jodoformu. Prócz tego wyleczył tym sposobem (po 10—12 iniekcjach) 2 chore. Doskonałe też wyniki otrzymał, stosując powyższą metodę Merigot u młodej dziewczyny, dotkniętej pleuro-perytonealną gruźlicą i gorączką — chora po kilku tygodniach czuła się doskonale.

M. B.

65. Ströhl. **O leczeniu błonicy nastojem mirzanym** (T-ra myrrhae). (Allg. med. Zentralztg. Nr. 46, 1904).

Autor opisuje 60 przypadków błonicy, które leczył ze świetnym wynikiem 4% roztworem T-rae myrrhae — chorób następczych prawie że zupełnie nie zauważył. Zapisuje on Tinct. Myrrh. Glycerini ana 8,0 na Aq. destill. 200,0. Daje on dziennie co godzinę, a w nocy co dwie godziny (w ciężkich przypadkach co pół godziny i co godzinę), dzieciom młodszym niż dwa lata po łyżeczce od herbaty = 5,0, a dzieciom starszym do 15 lat łyżeczkę deserową = 10,0, a jeszcze starszym łyżkę stołową = 15,0; gdy następuje widoczne polepszenie, daje autor to lekarstwo co 2—3 godziny, tak długo, dopóki nie zginie nalot, nawet dwa dni dłużej. Miejscowo leczy autor inhalacyami 0,1% roztworem tymolu (Thymoli 0,5 Glycerini 5,0 Aq. destill. ad 500,0), ale to w lekkich przypadkach zbyteczne. Zmętnienie moczu podczas gotowania, wywołane przez wydzielenie się kwasu mirzanego, ginie po dodaniu wysokoku, czem się różni od zmętnienia białkowego. Autor leczył tym sposobem

wogóle 140 chorych i tylko 3 umarło z powodu zakażenia. Poleca autor ten sposób leczenia we wszystkich tych przypadkach, gdzie z jakichkolwiek bądź przyczyn użycie surowicy nie jest możebne.

M. B.

66. Peter-Rixen. **Neuronal w epilepsji** (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48, 1904).

Neuronal jest białym krystalicznym proszkiem, który przy 66° topnieje, nie rozpadając i łatwo się rozpuszcza w eterze, benzolu, wyskoku i oliwie. W wodzie rozpuszcza się on w stosunku 1:115. Jest to Brom diaethylzetamid $\text{CO NH}_2 \text{C Br C}_2 \text{H}_5 \text{C}_2 \text{H}_5$. Smak gorzki, chłodzący, podobny do mentolu. Autor wypróbował go u 80 chorych kobiet na epilepsyę. Okazało się, że neuronal jest to świetny usypiający i uspokajający środek przy stanie wzbudzonym u epileptyków. Wystarcza 1,2 — 2,0 dla uspokojenia, przy silnym niepokoju zwykle daje się 3,0 — 4,0 pro die. Najlepiej działa neuronal na bóle głowy po napadach epileptycznych, także na bóle przy miesiączce. Przykrych ubocznych objawów dotychczas nie zauważono.

W. B.

IV. ODCINEK.

W kwestyi na dobie.

Nastały czasy, kiedy stan lekarski u nas zastanowić się musi dobrze nad swoją przyszłością, od dokładnego bowiem zdania sobie sprawy z położenia zależy byt jego ekonomiczny.

Ostatnie bezrobocie w kraju dało się odczuć lekarzom dotkliwie, zarobki lekarskie spadły do minimum, wdawać się jednak w ocenę tego objawu, który jest ogniem jednym w całym szeregu innych, nie będziemy. Musimy natomiast zwrócić uwagę na żądania, wysunięte we wszystkich bez wyjątku fabrykach, pracowniach biurach etc. bezpłatnej pomocy lekarskiej dla pracowników. Nie wchodzimy w to, czy żądania te są słuszne, stwierdzamy fakt, że są postawione i przyjęte przez pracodawców wszędzie. Dotąd prawo obowiązywało fabrykanta do dostarczenia pomocy lekarskiej tylko wtedy, gdy fabryka zatrudniała powyżej 100 ludzi, pomoc zaś ograniczała się tylko do pracowników samych. Dziś żądają bezpłatnej

pomocy lekarskiej pracownicy drobniejszych nawet pracowni i biur nie tylko dla siebie, ale i dla swych rodzin i, o ile można zorientować się, rzecz będzie przyjęta ogólnie.

Tym sposobem personele fabryczne, kolejowe, biurowe etc. przestaną już szukać pomocy lekarskiej płatnej i korzystać będą z opłacanej przez pracodawców. Trudno dziś oznaczyć choćby w przybliżeniu liczby tych, którzy w ten sposób przestaną dostarczać dotychczasowego zarobku lekarzom, łatwiej już zaznaczyć, że odtąd tylko kapitaliści i farchy wolne mogą stanowić płatną klientelę lekarzy.

W dobie obecnej przeto obowiązkiem prasy lekarskiej jest zastanowić się nad tą sprawą i z jednej strony obmyśleć najlepszy sposób udzielania pomocy lekarskiej ciałom zbiorowym, z drugiej bronić interesów ekonomicznych lekarzy.

Dotychczas fabryki opłacały lekarza rocznie według skali dowolnej; większość lekarzy, obejmując posady, nie znała czekających ją obowiązków i godziła się za paręset rubli leczyć kilkaset osób w ciągu roku.

Wynikały z tego narzekania zobopólne. Lekarz fabryczny za poradę na mieście otrzymywał od 8 — 10 kp., pracownicy zaś byli niezadowoleni, gdyż uważali poradę taką, trwającą kilka minut, za niewystarczającą.

Ztąd też wyrodziła się nawet niepoehlebna opinia o lekarzach fabrycznych, czego wyrazem jest żądanie robotników, aby zmienić dotychczasowy system obsadzania posad lekarzy.

Sądzymy, że jedynym sposobem, zapobiegającym wyzyskowi lekarza z jednej, a zapewniającym poradę dobrą chorym pracownikom, byłoby wynagrodzenie *nie w postaci pensyi, a za każdą poradę oddzielną*. Tego rodzaju sposób wynagradzania lekarza, dla obu stron korzystny, praktykuje już kilka biur i fabryk małych. Znam np. przedsiębiorstwo, które zatrudnia 60 osób żonatych i dietnych. Wynagrodzenie lekarza wynosi tam rb. 1 w domu, rb. 1 kp. 50 na mieście, a mimo to rachunek roczny lekarza waha się w granicach od 90 — 150 rubli rocznie. Znam małą fabrykę, gdzie wynagrodzenie lekarza w domu za poradę wynosi 0,50 rb., na mieście 0,75 rb., a roczny rachunek również nie przekracza kilkudziesięciu rubli.

Sposób więc ten stosowany być w praktyce może i daje wyniki wyborne. Lekarz nie czuje się wyzyskanym, a pracownicy nie skarżą się na lekarza i są z opieki lekarskiej zadowoleni zupełnie.

Dla większych fabryk należałoby obok porady w domu u lekarza i na mieście, wprowadzić poradę ambulatoryjną w fabryce, jak się to dzieje zresztą powszechnie. Lekarz powinien w tym razie otrzymywać honorarium *za każdą godzinę pracy rb. 1 kóp. 50 — 2 rb.*, zależnie od ilości osób, zgłaszających się o poradę.

Ponieważ wezwania lekarza do chorego odbywałyby się za pośrednictwem kwitów specjalnych, wydawanych przez właściciela przedsiębiorstwa, zamiast jednego można zaprosić 2 lekarzy: terapeutę i chirurga i zapewnić w ten sposób pomoc zupełnie racjonalną.

Wobec tego proponuję zupełną reorganizację pomocy lekarskiej w fabrykach na następujących zasadach:

1) Lekarz fabryczny przyjmuje 1 — 2 razy tygodniowo pracowników i ich rodziny w fabryce i otrzymuje za każdą godzinę pracy 1 rb. 50 — 2 rb.

2) Lekarz fabryczny udziela u siebie w domu porady za kwitem, wydanym przez fabrykę, obliczając poradę po rb. 1.

3) Lekarz fabryczny udziela porady na mieście również za kwitem, wydawanym przez fabrykę, i liczy za każdą wizytę po 1 rb. 50 kóp.

4) Wypłata należności następuje w terminach, zależnie od umowy, na zasadzie rachunku, wystawionego przez lekarza i popartego zwróconymi kwitami fabrycznymi.

Podaję projekt ten pod dyskusję kolegów. W każdym jednak razie uważam za konieczne ostrzeżenie lekarzy, aby nie podpisywali umów zbyt pochopnie i dobrze obliczyli się z możliwością podjęcia obowiązków, te bowiem są bardzo odpowiedzialne i uciążliwe.

Konieczną jest rzeczą, aby norma była jedna, inaczej bowiem będzie to ze szkodą dla naszego stanu i sami będziemy sobie winni, jeśli dojdzie do tego, co się dzieje za granicą w kasach chorych.

J. Z.

Kronika bieżąca.

Od jednego z kolegów wysłanych na Daleki Wschód otrzymujemy następujące zażalenie

Szanowna Redakcjo.

Pozwalam sobie potępić stosunek niektórych lekarzy, przyjmujących udział w komisjach poborowych, do podlegających badaniu popisowych. Badanie przedewszystkiem nie ma nic wspólnego z na-

ukowością. Brak zaufania do słów badanego wywołuje smutne następstwa. Teraz pro domo mea. Ja osobiście powołany wskazałem na swoje cierpienia — *przewlekły katar żołądka*, który mnie rujnuje w warunkach nie dyetetycznych. Nawet nie raczyli sprawdzić, czy cierpię — a orzekli: wyglądasz dobrze, jedź.

I oto leżę w szpitalu w Nikolsku Usuryjskim chory i już 4 razy miałem krwawe wymioty. Dopiero 10 tygodni od wyjazdu, a już chorowałem 3 tygodnie. Katar przybrał u mnie ostrą postać i dziś już 8-y dzień nie mogę nic przyjąć bez vomitus.

A krew? Wprawdzie mi dają nadzieję, że będę zdrow. I ja mam tę nadzieję. Pytanie zachodzi jednakże, czy to nie było do przewidzenia?

Na co istnieje nauka? Na co jesteśmy kapłanami świątyni Eskulapa?

Proszę o odpowiedź!

(bw) Dzisiejszy gabinet francuski posiada w swym składzie aż trzech doktorów medycyny:

Fernand Dubief, minister handlu (ur. 1850 w Châteaude-Varennnes) został lekarzem w roku 1875, a od 1886 do 1893 był dyrektorem zakładu dla obłąkanych w Marsylii.

Deputowanym został w r. 1893.

Armand-Elzéar Gauthier, minister robót publicznych (ur. w Fiton r. 1850), odznaczył się gorliwą działalnością podczas epidemii cholery, (r. 1885) jako lekarz i mer.

Senatorem został w r. 1894

Pierre Merlou, podsekretarz stanu w ministeryum finansów (ur. w Denguin r. 1849), został lekarzem w r. 1877, deputowanym w 1889.

Jak wiadomo, i b. prezes ministrów Combes był również doktorem medycyny.

(jw) *Lekarze na Daleki Wschód*. Znów powołani zostali koledzy:

z Warszawy: Maksymilian Antonow, Stefan Malinowski, M. Szelest, Zamenhof, Adam Wizel,

z prowincyi zaś: Piotr Bortnowski (z Opatowa, gub. Radomskiej), Golakowski (z Hrubieszowa, gub. Lubelskiej), T. Biernacki (z Grabowca, gub. Lubelskiej), Seweryn Grzybowski (z Łaszczowa, gub. Lubelskiej).

Z Dalekiego Wschodu *powrócili*, zwolnieni wskutek choroby koledzy:

Aleksy Grobicki, Rudolf Beber, Sylwestrowicz, Edward Sawicki, Adamowicz, Borsuk (z Kijowa).

Zmarli: Dr Adam Grocholski dnia 18 Lutego r. b. w Warszawie, w wieku lat 38.

Dr Antoni Świątecki dnia 31 Grudnia 1904 r. w Karolińsku (na Syberyi), zaraziwszy się od pacyenta tyfusem.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy
 Dyetetyczny
 i Orzeźwiający
Napój

Nowe katalogi ilustrowane franco.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
 najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Opuścił prasę:

Kalendarz dla Lekarzy — praktyków na r. 1905

w opracowaniu dr. Al. Fruchtmana.

i zawiera działy następujące:

1) **Część informacyjna:** kal kościelny, przepisy pocztowo-telegraf., spis lekarzy warsz. według alfabetu i specjalności, spis lekarzy prowincjonalnych, spis akuszerok warsz. wykaz zakładów leczniczych, opłaty aktowe i stemplowe; 2) **Część lekarska:** najwyższe dawki dla dorosłych, dawkowanie przy wprowadzaniu leków do łącznicy ucha, dawkowanie u dzieci, wykaz nowych środków leczniczych, dawkowanie przy zastrzyk. podsk., oynominy niektórych leków, wykaz miejscowości kąpielowych i leczniczych, zatrucia, przetwory odżywcze, najnowsze zdobycze na polu lecznictwa. Tabela ciąży. Do zapisywania adresów: 3) ogłoszenia; 4) 4 notatniki na 4 kwartały.

Kalendarz lekarski nabywać można po cenie rb. 1,20 kop. z przesyłką pocztową 1,40 kop) za egzemplarz za pośrednictwem księgarni. administracji „Kroniki lekarskiej“ oraz u wydawcy:

Mokotowska № 47, telef. № 4626.

Głos Lekarzy

dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcją *D-ra Szczepana Mikołajskiego* i licznego grona współpracowników.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron, 6 marek, 3 ruble.

Adres redakcyi i administracyi:

Lwów ul. Śniadeckich, 6.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Bandaży oraz Brzytew oryginalnych Angielskich,

Scyzoryków i Nożyczek

4—19457

F. BALUKIEWICZA

Bielańska 9, Hotel Paryzki w Warszawie.

Wielki wybór

wszelkich Narzędzi Chirurgicznych Bandaży,

przytem przyjmuje się reperację w zakres fabryki wchodzące, po cenach najtańszych.

PRYWATNY ZAKŁAD GINEKOLOGICZNY

Dr. CZESŁAWA STANKIEWICZA

Warszawa Złota 3.

Urządzenie ściśle aseptyczne. Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny.

Pracownia chemiczno-drobnowidzowa. Wylęgarka (couveuse).

Pokoje wykwintnie umeblowane. Winda hydrauliczna Otis.

Przyjmowane są: chore ginekologiczne (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacji), oraz ciężarne. Nazwisko pacjentki na mocy ustawy Zakładu, może pozostać w zupełnej tajemnicy.

Opieka lekarska: właściciel Zakładu, prócz tego lekarz zakładowy, mieszkający przy Zakładzie, i lekarze asystenci. Na miejscu stała położna i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka.

Cena pobytu z leczeniem od 2—6 rubli dziennie. Za operacje i porody opłata stosownie do umowy.

Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów, możliwe ustępstwa.

Poliklinika. Informacje na miejscu i listownie.

Telefonu № 18,46.

Skład Narzędzi Chirurgicznych i Aparatów Lecznicznych

J. Rosenberga,

Warszawa, Marszałkowska № 125. TELEFON 2837.

POLECA: Instrumenty Chirurgiczne. Meble Operacyjne. Kompletne urządzenia Szpitali. Klinik i Lazaretów. Sterylizatory. Mikroskopy. Elektro-Medyczne. Medyczno-Mechaniczne i Ortopedyczne Aparaty, oraz wszelkie przybory, mające zastosowanie w lecznictwie.

Magistra A. Bukowskiego.

Apteka i Pracownia chemiczna, ul. Marszałkowska Nr. 54 w Warszawie.

P O L E C A :

Eau d'Atoxyl ferrugineuse. Stosuje się zamiast przykrych w smaku wód Roncigno i Levico.

Glycérophosphate de Chaux granulé. Cena słoika 1 rb. 20 kop.

Marmurowe mydło Schleicha—Niezbędne dla pp. chirurgów i ginekologów. Cena 1 funta 35 kop.

Wszelkie roztwory wyjałowione do wstrzykiwań podskórnych w ampulkach po 1 c. sześć.

Solut glycerin Adrenalini hydrochlor, po 1 c. c.

Surowice przeciw szkarlatynową, dyfterytyczną, tetaniczną i steptokokową, wyrobu Instytutu prof. D-ra Bujwida.

Z A K Ł A D

wyrobów elektro - medycznych i dentystycznych

Wł. Makowski

Warszawa, Nowogrodzka № 17. Telefon № 2717.

Poleca własnego wyrobu: **Transformatory,**

Akumulatory z opornikami do oświetlania i kaustyki, **Baterie galwaniczne** o prądzie stałym i przerywanym, **Elektromotory, Maszyny elektryczne** statyczne **Galwanometry, Volt-i Ampermetry,** Kołowrotki elektryczne **do borowania i szlifowania zębów** i t. p.

Urządza instalacje oświetlania elektrycznego i połączeń telefonicznych.

Ładowanie akumulatorów elektrycznością skuteczniejszą się na każde wraz z dostawą takowych do domów.

⇒ **CENY PRZYSTĘPNE.** ⇐