

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*

(Dalszy ciąg).

W Ameryce jeszcze w r. 1880 — a więc przed 25 laty, Elsberg, znany laryngolog z New Yorku, założył pismo specjalne pod tytułem *Archiv of laryngology* — istniejące jednakże zaledwie 4 lata, zaś od 1896 roku wychodzi, założone przez Scheppegrell'a (obecnie już nieżyjącego), pismo p. t. *Laryngoskop*. W Anglii istnieje jedyne w r. 1887 przez nieżyjącego już słynnego laryngologa M. Mackenzie'ego, oraz Wolfenden'a założone czasopismo pod tytułem *Journal of Laryng, rhin. and otol.*, którego współpracownikiem w 1-ym okresie był Karwowski, następnie zaś niżej podpisany. Wreszcie w Hiszpanii wychodzą aż 3 pisma specjalne. W innych natomiast krajach (Rosyi etc.) — brak zupełnie czasopism, poświęconych laryngologii i rynologii.

My również dotąd nie posiadamy takiego czasopisma, pomimo, że inne specjalności, np. okulistyka już od lat kilku mają swoje specjalne organy.

W ogóle — rzecz dziwna — cała Słowiańszczyzna (Rosya, Polska, Czechy etc.) pod tym względem pozostała o wiele w tyle w porównaniu z innymi szczepami (germański etc.), a przecież nie ulega wątpliwości, że przynajmniej jedno pismo tego rodzaju miało by rację bytu!

Jak już wspomniałem, o ile Ameryka co do ilości, o tyle znowu Niemcy pod względem ważności prac laryngo-rynologicznych zajmują przodujące stanowisko. Świadczy o tem cały szereg pierwszorzędnych wartości podręczników, oraz monografii, w języku niemieckim ogłoszonych. Z pierwszych wymienić mi przedewszystkiem należy: znakomite choroby górnych dróg oddechowych M. Schmidt'a z Frankfurtu nad Menem, jednego z najwybitniejszych laryngologów niemieckich, dalej podręczniki (choroby nosa, gardzieli oraz krtani) Sch ech'a — znanego prof. laryngologii w Monachium, nieżyjących już proff. Gottstein'a i Voltolini'ego, obu z Wrocławia (choroby krtani i nosa), dalej Rosenberg'a z Berlina (choroby gardła i krtani), Zarniko'a z Hamburga (choroby nosa), Jur'asza prof. laryng. w Heidelbergu — a naszego rodaka (choroby górnych dróg oddechowych). Również w języku niemieckim wyszło znakomite dzieło zbiorowe pod ogólną redakcją P. Heymann'a z Berlina p. t. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, w którym pojedyncze działy wyczerpująco opracowane zostały przez najwybitniejszych specjalistów świata całego, między innymi u nas przez prof. Pieniżka z Krakowa i Sokółowskiego z Warszawy.

W Niemczech też zostały wydane najlepsze atlasy laryngo-rynologiczne, że wspomnę tu tylko Krieg'a ze Stuttgartu, Gerber'a z Królewca, Grünfeld'a z Monachium, Seifert'a i Kahn'a z Würzburga (doskonały atlas histopatologiczny), Mikulicza (naszego rodaka — prof. chirurgii w Krakowie, następnie w Królewcu, ostatnio zaś we Wrocławiu), oraz Michelson'a (nieżyjącego laryngologa) z Królewca, wreszcie B. Fraenkel'a z Berlina (atlas anatomiczny nosa). W Ameryce również istnieje cały szereg podręczników — po

większej jednak części nie dorównywających co do wartości wyżej wymienionym; do najważniejszych należą: Bosworth'a z New Yorku, Sajous'a z Filadelfii, Burnett'a i Fletcher Ingals'a Poter'a i Wright'a etc.

W Anglii istnieje przedewszystkiem jeden z najpierwszych i, śmiało rzec można, najlepszych podręczników chorób nosa, gardła, krtani i przelyku — ogłoszony przed 25 laty (1-y tom 1880 — 2-gi w 1884) przez jednego z najznakomitszych znawców laryngologii, nieżyjącego już M. Mackenzie'go z Londynu (tłumaczenia niemieckiego dokonał i uzupełnił był asystent Semon — obecnie jeden z najznakomitszych laryngologów w Londynie), którego nazwisko ściśle związane jest ze wszechświatową tragedią z przed laty 17, t. j. męczeńską chorobą i śmiercią szlachetnego cesarza niemieckiego Fryderyka III-go. Prócz tego na wyróżnienie zasługują jeszcze podręczniki Lennox Brown'a — również nieżyjącego już laryngologa londyńskiego; Mc. Bride'a z Edynburga etc.

W Austrii istnieje cały szereg doskonałych podręczników, przeważnie przez pionierów laryngologii napisanych, że wymienię tu tylko: Schrötter'a, słynnego profesora laryngologii w Wiedniu (choroby krtani, oraz choroby tchawicy), dalej Stoerk'a — nieżyjącego również profesora laryng. (choroby nosa, gardła i krtani) Rethi'ego, Kraus'a oraz Scheff'a, wszystkich trzech z Wiednia (nos, gardło, krtani oraz jama ustna i przelyk) etc.

Tu należy też atlas laryngologiczny przez nieżyjącego już prof. Schnitzler'a, znanego wiedeńskiego laryngologa, ogłoszony, oraz znakomite dzieło prof. Zuckerkandl'a z Wiednia p. t. normalna i patologiczna anatomia nosa i jego zatok.

We Francji istnieje stosunkowo nie wiele podręczników i stanowczo nie należą one do najznakomitszych, o wiele ustępując niemieckim, a po części i angielskim. Z lepszych wymienić mi należy: Lermoyez'a i Ruault'a oraz Casteaux'a, znanych laryngologów paryskich, dalej Moure'a — z Bordeaux, wreszcie najnowsze obecnie dzieło o anatomii i fizyologii

gardzieli i krtani — Chauveau'a. Tu należy też dobry atlas laryngorynologiczny Gouguencheim'a i Glover'a.

Jeden z pierwszych i lepszych podręczników laryngologii we Francyi wyszedł z pod pióra Fauvel'a, znanego specjalisty z Paryża.

Z włoskich podręczników przedewszystkiem na wyróżnienie zasługuje Massei'ego prof. laryngologii w Neapolu, (choroby gardła, nosa i krtani). W ostatnich czasach Nicolai wydał dobry atlas anatomiczny oto-ryno-laryngologiczny.

Wreszcie, po jednym podręczniku posiadają: Dania (Mygind'a z Kopenhagi), Hiszpania (de la Sota'y z Sewilli), Belgia (Michel i Calmette'a), wreszcie Rosya (Nikitin'a).

W naszej literaturze posiadamy niżej podpisanego: choroby nosa, jego zatok i jamy nosogardzielowej (r. 1897), oraz choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku (1900 r.), prof. Pieniżka z Krakowa „choroby krtani“ (1879), oraz świeżo „choroby górnych dróg oddechowych“ w zbiorowym wydawnictwie pod redakcją prof. Jaworskiego w Krakowie, wreszcie Sokółowskiego również świeżo wydane choroby tchawicy i oskrzeli, oraz diagnostyka chorób górnego odcinka dróg oddechowych w dyagnosyce chorób wewnętrznych Biegańskiego (1896).

I pod względem większych prac, oraz monografi zarówno ilościowo, jako też i jakościowo, Niemcy zajmują pierwsze miejsce.

Z prac tych przedewszystkiem na wyróżnienie zasługują prof: Killian'a z Freiburga (o zatokach bocznych nosa, oraz tracheoskopii i bronchoskopii), Friedrich'a (znaczenie laryngo-rynologii, oraz otiatrii dla ogólnej medycyny 1889), Prof. Gerhardt'a z Berlina (guzy krtani, oraz porażenie zupełne strun głosowych), Grünwald'a z Monachium (ropienia nosowe — 1896), Kuhnt'a ze Strasburga (zapalne stany zatok czołowych i ich następstwa r. 1895), Kuttner'a z Berlina (nerwice nosa, oraz obrzęk krtani), Trautman'a

również z Berlina (wyrośle adenoidalne), Berger'a i Tyrman'a z Bremy (o zatokach klinowych i sitowych), prof. Krause'go z Berlina (o kontrakturze strun głosowych), Tornwald'ta z Gdańska (bursa pharyngea), wreszcie Hack'a (z Freiburga), którego słynna praca z r. 1884 o nerwicach pochodzenia nosowego narobiła w swoim czasie wiele hałasu.

(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 5. O. Józef, 24 lat wieku liczący, kowal, z Garwolina, zapisany na klinikę w d. 12 maja 1904 r.

Chory przygnębiony niesłychanie, mówi z wielką trudnością, słów nie znajdując dla wypowiedzenia swych cierpień; narzeka na uczucie bezsilności, chwieje się na nogach, przypisuje obezwładnienie swe strasznyemu zawrotom głowy i upośledzeniu wzroku skutkiem urazu. Twarz i śluzówki zewnętrzne wybitnie blade. Gdy pacjent próbuje wypowiedzieć dręczące go cierpienia dokładniej, widać występujące na czole krople obfitego potu, przyczem zapada w stan blizki omdlenia. Siedzieć nie może, gdyż po próbie każdej odczuwa ciężar w głowie niezmierny i ta zwiesza się ku tyłowi.

O ile można było dowiedzieć się z otrzymanyh gwałtem niemal wywiadów, chory przed 5-ma tygodniami otrzymał szereg ciosów kamieniami w głowę. Poszkodowany zrazu

stracił przytomność, po jakimś jednak czasie przyszedł do siebie. W ciągu 4-ch tygodni chorego leczył lekarz z Garwolina. Na uwłosieniu głowy znaleziono 7 ran tłuczonych, z nich 6 zagoiło się, jedna, wszelako, dotąd nie uległa zabliznieniu. Siły chorego spadły do zera, a bóle w okolicy rany wzmogły się do maximum. Wówczas za radą lekarza, który stwierdził niebezpieczeństwo życia, chory przyjechał do Warszawy na kurację.

Osobnik wzrostu wysokiego i mocnej budowy ciała. Po usunięciu z głowy opaski brudnej w połowie lewej potylicy zauważa się niezagojoną ranę [tłuczoną, długą około 4 ctm., odległą na szerokość 4 palców od lewej muszli ucha ku tyłowi i na dół. Otwór, podobny do przetoki, prowadzi, oczywiście, w głąb jamy czaszki (rzecz prosta, nie badano zgłębnikiem) i okolony jest brudną, wybujalą i ropiejącą mocno ziarniną. W okolicy ciemieniowej widać blizny od zagojonych, powierzchownych, niewielkich ran tłuczonych.

Wobec istniejących wyraźnych objawów mózgowych (przygnębienie, chód zataczający się i t. p.) w d. 16 maja 1904 r. dokonano operacji. Rozpoznanie brzmiało: vulnus contusum capillitii, fractura cranii cum impressione, abscessus cerebelli. Zabieg wykonano pod chloroformem, jak następuje: cięciem w kształcie podkowy wykrajano płat w kształcie języka, w środku którego znajdował się wylot przetoki. Cięcie do kości, odseparowano płat z okostną i zesunięto na dół, naczynia podwiązano, z kolei doszło się do dziury okrągłej w czerepie, pokrytej ziarniną na przestrzeni nie większej od monety 20 kop.; z przodu od otworu przebiegała rozpadlina w czaszce oraz kilka mniejszych z tyłu od dziury głównej. Okostna nacieczona mocno i zgrubiała. Podczas badania zgłębnikiem stwierdzono, że odłamany, okrągły kawałek czaszki był wciśnięty w głąb tej ostatniej; podczas wykonywania prób podważenia trysnął z pod odłamu strumień ropy posokowatej. Dłutem i młotkiem odcięto wgłobione kawałki kości i wyciągnięto odłamy z tabulae vitreae. Wydłutowany ka-

walek kości uniesiono ku górze podważką i wyciągnięto w zupełności na zewnątrz pincetą. Wówczas zauważono przebiegającą na dnie w kierunku poziomym ku tyłowi rysę w oponie twardej, długą na 3 — 4 ctm., o brzegach nieprawiłowych, z której wydzielala się ropa. Mózg nie tętnił. Badając palcem, przedostano się przez szparę w dura mater do jamy ropnia, dużej, jak orzech włoski, umiejscowionej w mózdzku; w ścianach ropnia sterczał ostry kawałek, odłamany z blaszki wewnętrznej, i kilka teźże kawałków mniejszych. Wszystkie kawałki te, ostrożnie, pod ochroną palca, usunięto pincetą. Krwawienie umiarkowane. Naczynia opony twardej w pobliżu rozpadliny podwiązano. Już w końcu operacji można było stwierdzić lekkie tętnienie mózgu. Do jamy ropnia przez otwór w dura mater wprowadzono tampon z gazy, płat skórno-okostnawy dopasowano w miejscu właściwem i umocowano tamże szwem, otwór przetoki rozszerzono nożem i łyżką wyskrobano granulacye; przez otwór ów wyprowadzono na zewnątrz końce tamponu, zasadzonego do jamy ropnia w mózgu. U kąta rany tylnego pod okostną wprowadzono paski gazy. Opatrunek.

Przebieg okresu pooperacyjnego był nadspodziewanie dobry; wieczorem po zabiegu ciepłota nie przewyższała 37° , rankiem dnia następnego $37,3$. Podskok niewielki (do 38°C) w dniu 3-im, 5-ym i 8-ym występował wieczorami tylko. Od dnia 9-go ciepłota nie przekroczyła normy ani razu, a jednocześnie siły chorego zaczęły wzmacniać się szybko i stan ogólny polepszył się wielce. Na opatrunek drugi (20 maja) pacjent przyszedł sam i wszedł bez trudności na pierwsze piętro, na którem mieści się sala opatrunkowa. Z uwagi na pewne napięcie tkanek, piątego dnia po trepanacji zdjęto kilka szwów, skutkiem czego część rany zagoiła się drogą ropienia. 17 czerwca 1904 r. operowany, zdrów zupełnie, wypisał się z kliniki.

(C. d. n.)

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

67. A. Polenow. **W sprawie ostrej niedrożności jelit.** (Russk. chirurg. archiw. Księga V. 1904).

Źródło będącej w mowie sprawy chorobowej tkwi zwykle bądź w zaburzeniach sprawności ze strony umięsienia jelit (niedrożność dynamiczna), bądź w wytworzeniu się przeszkód rzeczowych w jakimkolwiek bądź miejscu na przebiegu jelit, co zwiemy też niedrożnością mechaniczną. Obraz kliniczny postaci obu jest jednakowy prawie. W pracy swej uwzględnia autor tylko odmianę drugą.

W większości przypadków rozpoznanie dokładne przed operacją bywa nader trudnem lub niemożliwem zupełnie. Zależy to przedewszystkiem od braku objawów swoistych, a dalej — od różnorodności przeszkód, wywołujących cierpienie. W szeregu czynników tych zauważano uwięźnięcie jednej lub kilku pętli jelita, ucisk, skręt pętli dokoła osi swej, wgłobienie, skręcenie się krezki, zagięcia, zależne od powstawania pasem rzekomych, i t. p. zбочenia. Tu przyjąć pod uwagę należy, że do operacyi zazwyczaj przystępuje się późno, gdy zapalenie otrzewny, bębniaca i zeszytwnienie mięśni brzusznych zaciemniają bardzo sprawę chorobową.

W przypadkach względnie świeżych widzi się nieraz i wyczuwa poprzez powłoki brzucha wyosobnione, niby wałeczki, pętle jelitowe, pooddzielane wzajemnie niezbyt głębokimi brózdami; w wałeczkach owych uwydatnia się nieraz żwawy ruch robaczkowy. Objawy to i cechy dość częste, ale niestałe. Gdy obok zakłócenia drożności w danym jelita odcinku sprawa dochodzi do zaburzeń w krwiobiegu miejscowym, wówczas zmiany, dla życia groźne, następują nieraz w ciągu godzin kilku, prowadząc do wzdęcia brzucha tam właśnie, gdzie zawada usadowiła się. Mamy wtedy *bębniacę miejscową*, jeden ze *statych* objawów rozpoznawczych, najczęstszy w obec strangulacyi i skrętu. Ze względu tego racjonalnym i praktycznym byłby podział przypadków wszystkich na dwie odmiany: niedrożność, wikłająca się szybkim upo-

śledzeniem krwiobiegu, zagrażającym odżywianiu kiszki i przy-
padki, do czasu wolne od powyższych zaburzeń.

Za objaw drugi, również stały, słusznie uważa się *ruchy perystaltyczne w odcinku doprowadzającym pętli uwięźniętej*, t. j. skurcz potężnie wzdętej kiszki, widoczny z pod powłok zewnętrznych w tym razie, gdy przeszkoda istnieje nisko, w kątnicy esowatej np. Objaw ten, niesłyszanie ważny, z biegiem czasu traci na wartości. Reszta wskazówek ma znaczenie podrzędne. Widzimy ztąd, jak trudnem staje się w każdym przypadku pojedynczym określić nie tylko rodzaj przeszkody, lecz nawet postawić dyagnozę ogólną; dlatego też brać trzeba pod uwagę przede wszystkim sposób wystąpienia objawów i kolej, w jakiej te ostatnie występują po sobie, t. j. początek ostry, stopniowo wzmagające się wzdęcie brzucha, całkowite zatrzymanie wypróżnień i wiatrów i wymioty. Do zwykłych tych oznak niedrożności autor dodaje brak moczu i tępość wypukową w dolnej części brzucha.

W pracy swej dr. P. usiłuje skreślić obraz kliniczny trzech następujących odmian niedrożności: 1) *zaciśnięcie na skutek xrostów i pasem zwężających*. W wywiadach stwierdzamy tu głównie skargi na cierpienia, zależne od sprawy zapalnej w otrzewnie, na długotrwałą zaparcia i napady niedrożności przebytej przedtem. Choroba rozpoczyna się nagle, umiejscowienie bólu odpowiada zazwyczaj okolicy pępka, zaparcie i upadek sił występują odrazu, brzuch wzdyma się powoli, lecz wyraźnie. Odnośna własna obserwacja autora dotyczy 71 letniej kobiety, która od lat przeszło 30 chorowała na przepuklinę w smudze białej, będącej punktem wyjścia niedrożności przewlekłej. Stolec nastąpił po obfitych wlewaniach do odbytnicy, poczem staruszka owa wyzdrowiała. Niewątpliwie cierpienie zależało tu od przyrośnięcia sieci w worku przepuklinowym, która odgrywała też rolę pasma zaciskającego (ileus propter strangulationem). Dalej opisuje 2) *skret kątnicy esowatej*. Tu ból zauważa się też od początku, lecz bywa słabszy i ustaje chwilami. Bolesność brzucha na ucisk zwiększa się wraz z postępem choroby. Wymioty następują późno lub niema ich wcale; upadek sił, zaparcie oraz bębnić stwierdza się w okresie wczesnym. Sprawa trwać może od 6 dni do 10. W zamieszczonym przypadku odpowiednim opisano przebieg cierpienia, które przebyła pewna 40-letnia kobieta po dźwignięciu ciężaru. Operację wykonano z upły-

wem dni 5 od chwili wybuchu niedrożności. Pasmem zwężającym była tu krezka S romani, skręcona z prawej strony na lewo przeszło na 180° . Po rozwikłaniu wsadzono do rectum rurę gumową i po uciśnięciu lekkim jelit wzdętych wypuszczono na zewnątrz nieco kału płynnego i gazów. Ponieważ okrężnica poprzeczna była rozszerzona zbyt mocno, nadcięto ją w dwóch miejscach, skutkiem czego światło kiszki zapadło się znacznie i, po zaszcyciu cięć, udało się tę ostatnią wprowadzić do jamy brzusznej. Operowana wyzdrowiała zupełnie.

W przypadkach 3) *niedrożności na skutek skręcenia się całej krezki* otrzymujemy obraz kliniczny, różniący się od poprzednich dość wybitnie. Wymioty zauważa się bardzo wczesnie, niekiedy już po upływie godzin 8, bębnica względnie nie wielka, bóle mocne, po całym brzuchu szerzące się, tętno marne, upadek akcji serca wybitny. Objawy te, zależne od wstrząsu bardzo wczesnego, tłumaczą się tu wpływem odruchu. Rozlane zapalenie otrzewny powstaje bardzo szybko, drożność bowiem jelit dla drobnoustrojów jest ułatwioną bardzo w obec zaburzeń w krwiobiegu w ścianach jelit. Za objaw do pewnego stopnia swoisty uważać należy wyszczególniony już przedtem bezmocz oraz bezwzględną w części dolnej brzucha tępość wypukową w przeciwieństwie do innych niedrożności odmian, które dają w tem miejscu odgłos bębenkowy.

Własne spostrzeżenie odnośne dotyczyło 39-letniego mężczyzny, któremu wykonano operację nazajutrz po wystąpieniu objawów chorobowych. Cięcie, poprowadzone w smudze białej, nie krwawiło prawie wcale; mięśnie, kątnica esowata i zwiotczałe jelita cienkiego pętle zabarwione były w ciemnoniebieski odcień wyraźny. Po przedostaniu się do szypuły krezki wymacano rozszerzone i napięte jak struny naczynia tejże. W tym stanie rzeczy postanowiono rozszerzyć cięcie, wyłożono cały pęk jelit cienkich na serwety ku górze, poczem udało się stwierdzić skręt radicis z lewej strony na prawo całkowity i odcinek początkowy jelita biodrowego, przebiegający poprzecznie pod skręconą spiralnie krezką. Cały ów konglomerat kiszek cienkich odkręcono w kierunku odwrotnym, poczem krezka sama ułożyła się wachlarzowato, naczynia zaś w oczach niemal odzyskały barwę swą prawidłową i wymiar światła. Wobec szybkiego słabnięcia akcji serca zastosowano oddech sztuczny, wziewania tlenu; ułożono pa-

cyenta w pozycji Trendelenburg'a. Operowany zmarł nazajutrz pomimo przywrócenia drożności kiszkowej całkowicie.

Bezmocz objaśnia się tu działaniem wstrząsu, zależnem od uwięźnięcia jelit cienkich, w których odbywa się sprawa wessania i od nagłego obniżenia się ciśnienia krwi; tępość opuku — wypełnieniem cieczy przylegających do powłok brucha kiszek.

Przypadki, wyleczone zastrzykiwaniami podskórnymi atropiny, ezeryny lub wyciągu z belladonny, nie dotyczą zupełnie niedrożności mechanicznej; ileus dynamicus przebiega dość bardzo podobnie i nieraz niepodobna, bez wykonania operacji, odróżnić obu odmian powyższych. Wobec nieopracowanej dotąd dyagnostyki nie wolno zwlekać z podjęciem zabiegu operacyjnego, wyczekując na dodatnie działanie leków, gdy wyczerpanie i zapaść suną naprzód krokami olbrzyma. Zgodnie z poglądem lat ostatnich laparotomia, jako jedyny zabieg uzasadniony, wykonywaną być winna i w razach najcięższego wstrząsu, przyczem jak najwcześniej z racyi następującej: a) oczekiwanie, aż się dyagnoza wyjaśni, nie prowadzi do celu; rozpoznanie ustali się najlepiej sub operatione. b) Każdy przypadek, zrazu łagodny u osobnika z dobrą nawet działalnością serca, przejść może w przypadek ostry, w obec którego wyczekiwanie może być zgubnem. c) Operować należy bezzwłocznie nawet w przypadkach, powikłanych wyraźnymi objawami zapalenia otrzewny, nie zważając na możliwe zmiany głębsze w kiszках i krezce, tem więcej, iż d) bardzo wielu chorych dostaje się chirurgowi w tym już stanie, gdy niema co wdawać się w szczegóły rozpoznawcze, gdy należy usiłować ocalić chorego lub całkiem opuścić ręce w obec grozy i majestatu zbliżającej się śmierci.

W przebiegu tej arcyważnej i wyczerpującej chorego laparotomii nie należy dokonywać rękoczynów zbyt licznych, np. przeszukiwania, macania wszystkich po kolei pętli; cięcie powinno być dostatecznie rozległe, gdyż w razie przeciwnym reponowanie kiszek jest trudnem. Gdy te ostatnie są wzdęte bardzo, potrzeba nadciąć je (nie przekłówać) i wypuścić gazy oraz zawartość płynną. Warunek to niezbędny, wzdęte bowiem i porażone jelito bywa już samo przez się przyczyną niedrożności. Pętlę taką wydobywa się na zewnątrz w przyzwyczajonym od rany dystansie i otwiera nożem ponad naczyniem, dokąd spływa zawartość kiszki. Po odkażeniu staran-

nem i nałożeniu szwów jelito odprowadza się na miejsce właściwe.

K. Niedzielski.

68. Berard i Leriche. **Jak należy postąpić w przypadkach obcego ciała w przełyku u dzieci?** (Sem. méd. Nr. 7. 1905).

Autor jest zdania, że należy zastanowić się w podobnych przypadkach nad dwoma pytaniami: najpierw, gdzie się ciało obce zatrzymało? Potem—jak postąpić? Najpierw jednak zaznacza, że przełyk nie jest tak elastycznym, jak się niektórym zdaje, i nie tak łatwo toleruje obce ciała; to też lekarz, zawołany do małego pacjenta, powinien tego ostatniego nie opuścić, dopóki się nie upewni, że obce ciało zostało usunięte. Zważywszy, że przełyk dzieci do 7 — 8-u lat ma w przecięciu tylko 15 mil. szerokości, zrozumiemy, że rozszerzyć się może maximum do 25 mil., czasem do 30 mil.; to też każde ciało obce, którego średnica przewyższa tę szerokość, dzieli przełyk na 2 części: w pierwszej zatrzymują się pokarmy; jeżeli ciało mniejsze, to pozostaje maleńkie przejście. W każdym bądź razie, jeżeli nawet obce ciało nie przeszkadza połykaniu pokarmów, to i tak choremu zaszkodzić to może, gdyż obce ciało wywołać może oesophagitis ulcerosa, lub zwyczajną infectiosa (jeżeli przedmiot nie czysty), perforacya zaś pociąga za sobą skutki dość poważne, jak np. abscessus perioesophageus, przejście ropy do mediastinum, przetoki trachealne lub oskrzelowe, przedziurawienie naczyń krwionośnych sąsiednich, zapalenie nerwów położonych w bliskości (recurrens); to ostatnie dość rzadkie; jeszcze rzadszym jest ucisk krtani i oedema glottidis. Autorowie zwracają jednak uwagę na jedno z poważniejszych powikłań, mianowicie szybkie charłactwo (cachezie rapide), które następuje wskutek wygłodzenia i objawów wysysania w okolicy rany przełyku — często np. po dłuższym czasie, gdy o wypadku zapomniano, dziecko staje się smutnem, chudnie, blednie, traci apetyt, stan ogólny zdradza zatrucie organizmu. Dla tego też, o ile postawiono rozpoznanie obcego ciała w przełyku, należy natychmiast (po 3 — 4 dniach najpóźniej) przystąpić do usunięcia takowego, nie per os, gdyż najczęściej spycha się je trochę niżej; przy operacyi tej łatwo też jest uszkodzić błonę śluzową, w przeciwnym bowiem razie dziecku zagraża niebezpieczeństwo bądź to ze strony zaburzeń miejscowych, bądź objawów wtórnych.

Co się tycze badania, to autorowie stanowczo przeciwni są sondowaniu, sonda może uszkodzić tkanki przełyku, nie zawsze też daje badanie sondą dobre wyniki, końce jej mogą przejść z tyłu za ciałem obcym, tak, że się zdaje, iż go wcale niema. Najlepiej jest używać ezofagoskopu, ponieważ jednak nie każdy obeznany jest z techniką instrumentu i nie zawsze może sobie tak drogą rzecz kupić, przeto można instrument ten zastąpić w części prześwietlaniem promieniami Roentgena, co jednak, robione w kilka dni po połknięciu obcego ciała, nie może określić, gdzie się takowe znajduje: po 4-ch dniach np. może się znajdować już i w jelitach, uszkodziwszy przedtem błonę śluzową przełyku.

Co się tycze metody usuwania obcego ciała, to można 1) wyjmować je przez usta, 2) zrobić ezofagotomię 3) popchnąć do żołądka. Ostatni sposób może być tylko wtedy zastosowanym, jeżeli obce ciało jest miękkie (za duży kawał jedzenia), które samo przez się nie jest niebezpiecznym i, o ile znajduje się w części karkowej lub zatrzymało się u wpustu żołądka. W każdym innym razie jest sposób ten niebezpieczny. Nie należy też dawać na wymioty, wywołuje to tylko skurcze przełyku, co znów umacnia tylko ciało obce w jego położeniu. Można, ale to tylko zaraz po połknięciu, starać się (i to małe ciało) przepchnąć jedzeniem (kartoflami tłuczonymi np.), jeżeli jednak pozostaje, nie należy z wyjęciem dłużej, jak 48 godzin czekać. Wyjmowanie przez usta (za pomocą sondy Fergusson'a, haczyka Kirmisson' i koszyczka de Graefe; ten ostatni najniebezpieczniejszy) jest też niebezpiecznie, gdyż działa się tu na ślepo, o ile ciało obce nie zatrzymało się wysoko i nie można skontrolować palcem, inaczej można łatwo uszkodzić tkankę. Najlepiej usuwać ciała obce przy pomocy ezofagoskopu, gdyż wtedy widzi się, co się bierze (Hacker). Autorowie przytaczają cały szereg przypadków śmierci wskutek użycia koszyczka de Graefe, koszyczek z łatwością wchodzi, trudno z nim jednak wrócić (a nie zawsze znajduje obce ciało), gdyż zaczepia się o chrząstkę pierścieniową, dziurawi tkanki przełyku i wywołuje ropnie, zakażenie i t. p.; radzą już lepiej używać haczyka Kirmisson'a, najlepiej jednak w przypadkach, gdzie odrazu nie wydostaje się ciała obcego, przystąpić do oesophagotomia externa, operacja ta jest bardzo łatwa u dziecka, albo do pharyngotomia retrothyreoidalis (Quénu i Sebilleau); tę ostatnią można stosować i przy obcych ciałach

w gardzieli; najlepiej operować z lewej strony (o. lateralis lub o. mediana). Zgłębnika do przelyku kłaść nie trzeba podczas operacyi ani potem.

Pacjent powinien zachować zupełną dyetę w ciągu 48 godzin, potem może otrzymywać pokarmy per os (płynne). Po 10 dniach pozostaje tylko skórna blizna. Jedyne powikłaniem jest tu zapalenie oskrzelo-płucowe, to ostatnie jednak jest pochodzenia wewnętrzznego, infekcyja bywa przyniesiona przez krew; za wrota, przez które zarazek wchodzi, służy owrzodzeniu przelyku, wywołane przez obce ciało; może być, że działa tu także zajęcie miejsc, przez które przechodzi recurrens. Często jednak płuca zajęte są przed operacyą, jak to wykazały liczne sekcye (Broca, Reboul, Bourdinière i in.) W większej części przypadków śmierć samej operacyi trudno przypisać. Zabieg operacyjny, do którego zawsze zwrócić się należy w ciężkich przypadkach, zniża śmiertelność do 10% z 22%, według autorów.

Matylda Biehler.

69. Mintz. **Ślepotą pa parafinowej plastyce nosa dołkowego.** (Sattelnase). (Centralblatt für Chirurgie, Nr. 2 1905).

Autor opisuje trzeci przypadek ślepoty po parafinowej plastyce nosa siodlanego. 25 letniej chorej z powodu nosa dołkowego syfilitycznego zrobiono w 1903 roku zastrzyknięcie 43 procentowego roztworu parafiny. W rok potem chora znowu się zjawiała dla poprawki, gdyż na dolnym brzegu zastrzyknięcia parafiny zrobił się dołek. Autor zastrzyknął jej wszystkiego $\frac{1}{3}$ grama 43 procentowego roztworu parafiny $1\frac{1}{2}$ centymetra od końca nosa z lewej i prawej strony. W 3 minuty potem pojawiły się bóle w lewem oku i wkrótce potem chora zaniewidziała zupełnie, jednocześnie nastąpiły wymioty, tętno wynosiło 48. W następnych dniach rozwinęły się objawy postępującego zastoju żylnego (Pareza mięśni oka, zmętnienie rogówki, exophthalmus). Skóra na miejscu zastrzyknięcia zmartwiała na małej przestrzeni. Autor utrzymuje, że to był pierwotny skrzep w żyłach nosowych zewnętrznych, który się następnie rozprzestrzenił na żyły oczne dolne i na żyłę środkową siatkówki, a potem przeszedł na żyłę oczną główną i na plexus cavernosus. Autor zwraca uwagę na to, że, gdy się takie

uboczne zjawiska zdarzają bez naszego współdziałania, należy na tę ewentualność zwrócić uwagę chorego. *W. Biehler.*

70. A. Blaschko. **Przymiot jako choroba zawodowa lekarzy.** (Berl. Klin. Wochenschrift, Nr. 52, 1904).

Autor opiera się wyłącznie na swych własnych spostrzeżeniach w liczbie 12. W większości przypadków miejscami zakażenia są palce, wskutek czego rozpoznanie bywa często spóźnione, co znów powoduje cięższy przebieg choroby, błędnie przypisywany wszystkim infekcyom przymiotowym extra genitalia, jako takim. Przy różniczkowaniu trzeba brać pod uwagę prócz panaritium, w postaci którego początkowo często przejawia się przymiot, herpes na palcu, trupi gruźleń i miękki szankier (jeszcze krosty—Impffusteln) od szczepienia w dwóch wypadkach O. Rosenthal'a). Czasem pierwotna ranka nadzwyczaj mała, mało bolesna i prędko się goi bez blizny. Zakażenie następuje wskutek zranienia się przy operowaniu obarczonych przymiotem, zazwyczaj przy ekstirpacji bubonów; ukłucie igłą prawie nigdy nie powoduje infekcyi. Najczęściej jednak powstaje zakażenie przez niepostrzeżone lub niedostatecznie zabezpieczone ranki w okolicy paznogcia przy operacjach, poronieniach, porodach, a nawet przy zwykłym ginekologicznem badaniu. W jednym przypadku zachorował na przymiot anatomopatolog po sekcji dokonanej na trupie z niezawodnymi objawami przymiotu, co stoi w sprzeczności z dotychczasowemi przypuszczeniami. (Można się skaleczyć przy sekcji przymiotowego, a zaszczepić sobie przymiot w otrzymaną rankę jednak gdzieindziej). Dla zapobieżenia zarażaniu się należy przy operowaniu i badaniu chorych zawsze pomyśleć o przymiocie; odkażając ręce, nie trzeba je zbyt drażnić szczotkami, a więcej zwracać uwagę na pooperacyjne odkażanie rąk, niż na przedoperacyjne; częściej używać rękawiczki gumowe. Każda ranka na palcach powinna być zalapisowana 2 — 3% roztworem azotanu srebra, pokryta lepkiem i kolodjum; prócz tego trzeba na skaleczony palec włożyć palec gumowy. Każdą podejrzaną rankę lub ukłucie najpierw dobrze zmyć wodą, a potem zajądnować, wypalić termokauterem albo zapaścić elektrolityczną igłą. Przerwać swe zajęcia zawodowe musi tylko wtenczas lekarz chory na przymiot, kiedy objawy choroby w połączeniu ze specjalnością lekarza mogą zaszkodzić pacjentom.

Venulet.

71. Lejars. **Zabieg operacyjny w chronicznym szpecącym zapaleniu stawów** (arthritis chronica deformans). Sem. méd. Nr. 3, 1905.

Na wstępie zaznacza autor, że nie ma tu na myśli zapalenia stawów pochodzenia infekcyjnego lub zmian stawów zależnych od przyczyn nerwowych, myśli on o reumatyzmie szpecącym w znaczeniu klinicznym, którego anatomia patologiczna opisana była przez Adams'a już w 1857 r. Za typ takiego cierpienia można uważać np. malum coxae senile. Wogóle dzieli autor cierpienia te na 3 grupy; do pierwszej należą formy t. zw. młode lub które pozostały młodemi (formes jeunes), jak np. arthritis villosa, hydrarthrosis z obcemi ciałami bez większych zmian stawów ani ich dyzlokacyi; do drugiej należą formy bardziej posunięte w rozwoju (formes avancées ou complètes), gdzie wszystkie części stawu są zajęte przez proces zniszczenia i wegetacye; do 3-ej formy t. zw. polyarticulaires, gdzie już zajęte są wszystkie lub prawie wszystkie stawy.

W hydrarthrosis chronica z obcemi ciałami (najczęściej pojawia się w kolanie, chociaż bywa i w stawach łokcia, ramienia i t. p.) autor radzi artrotomię połączoną często z synowektomią, nie zawsze leczy to chorego, lecz stanowczą przynosi ulgę, usunięcie ciała obcego i często sporej ilości płynu pozwala choremu chodzić i poruszać się bez bólu.

Co się tyczy postaci bardziej zaawansowanych, to tu zazwyczaj robi się rezekcyę bez względu na to, jaki staw jest zajęty. Pierwszą rezekcyę stawu biodrowego robił Fock w 1859 roku, po nim robiono rezekcyi cały szereg bądź stawu biodrowego, kolanowego, bądź innych; we wszystkich prawie przypadkach można było zauważyć usunięcie bólu; co się tyczy ruchów, to wyniki były średnie i to tem gorsze, im dany osobnik był starszy. Polepszenie otrzymane po operacyi trwa zazwyczaj bardzo długo; recydywa, jeśli występuje, to po długim przeciagu czasu, zazwyczaj jednak ma miejsce bardzo rzadko. Odnosi się to, wszystko zarówno do dużych stawów, jak i do małych (np. przy hallux valgus). O ile chory dotknięty jest zapaleniem szpecącym wszystkich stawów (forme polyarticulaire), to, rozumie się, operacya nie ma wielkiej racyi bytu, chyba tylko w takim wypadku, w którym stawy przyjmują takie położenia, które uniemożliwiają chorym wszelkie ruchy. Autor opisuje np. przypadek z własnej praktyki,

w którym chora cierpiała na polyarthriti deformans, przy-
czem lewa kończyna była zupełnie pozbawiona ruchów (w sta-
wie), prawe kolano zgięte pod kątem 45°, rezekcyja tego
ostatniego pozwoliła chorej chodzić. Rezekcyę taką można
prędzej nazwać ortopedyczną, a miała ona tem więcej zna-
czenia dla chorej, że ankiloza obydwóch stawów ramion nie
pozwalała na użycie kuli. Zamiast rezekcyi można też robić
t. zw. wyprostowanie (redressement), które też często chorym
dużą ulgę przynieść może, o ile, rozumie się, dobrze jest zro-
biona, t. j. powoli i przez stopniowe przecinanie ścięgien.

Matylda Biehler.

72. Cheinisse. **Choroba Mikulicza.** (Sem. méd. Nr. 4.
1905 r.)

Pierwszy raz systematycznie opisaną została choroba Mi-
kulicza w 1892 r., chociaż znaną jest ona od 1888 r., wtedy
to bowiem po raz pierwszy na zebraniu lekarskiem w Kró-
lewcu sam Mikulicz mówił o niej, przedstawiając 42-letnie-
go człowieka, dotkniętego chorobą, którą autor nazwał swoim
nazwiskiem. W 1889 r. Haltenhof z Genewy, a w 1891
Fuchs opisali podobne cierpienie. Od tego czasu zaczęło
się pojawiać coraz więcej przypadków choroby, zwanych cho-
robą Mikulicza, Kümmeł oznacza ogólną ich liczbę w li-
teraturze 21, w tem 6 z własnej praktyki.

Charakterystycznymi objawami choroby Mikulicza są: po-
większenie i obrzmienie gruczołów łzowych, oraz jednocześnie
obrzemie gruczołów ślinowych wszystkich lub niektórych
(parotis, submaxil., sublingualis). Najpierw daje się zauważyć
obrzemie powiek i w długi czas potem dopiero gruczołów
ślinowych; te ostatnie mogą nie być zajęte, choroba może się
bowiem ograniczyć tylko do gruczołów łzowych, jak o tem
świadczą przypadki niektórych autorów (Panás). Trudniej
przypuścić (według Mikulicza), by te przypadki, w których
obrzemie są tylko gruczoły ślinowe, należało zaliczyć do gru-
py chorych dotkniętych chorobą Mikulicza.

Jednym z rysów tej choroby jest jej przebieg chronicz-
ny. Obrzmienie postępuje powoli, gruczoły zajęte są powoli
jeden za drugim. Otwór oczu zmniejsza się tak, że często
chory patrzy z trudnością. O ile zajęte są gruczoły przy-
uszne, chory wygląda jak gdyby miał świnkę. Choroba roz-
wija się bez bólu i bez gorączki, zaburzenia są tylko natury

mechanicznej, gdy opuchnięcie tych lub innych gruczołów tamuje ruchy. Chory skarży się na suchość języka i jamy ustnej wskutek niedostatecznej czynności gruczołów ślinowych. Stan ogólny chorego jest względnie niezły, pozostałe organy w zupełnym znajdują się porządku (wątroba, śledziona, nerki i t. p.); gruczoły limfatyczne i krew nie przedstawiają nic anormalnego.

Tu należy zaznaczyć, że w niektórych przypadkach leukemii i pseudoleukemii gruczoły łzowe i ślinowe też mogą być powiększone, jak o tem świadczy przypadek Gallasch'a opisany w 1874 i Höckel'a w 1903; przypadek taki obserwowany też był przez samego Mikulicza.

Pod względem histologicznym cierpienie to wyraża się głównie proliferacją tkanki — t. zw. lymphoide. Hirsch patrzy na chorobę tę, jako na marskość (cirrhosis) gruczołów łzowych i ślinowych.

Rokowanie jest zupełnie dobre, gdy tymczasem z leukemią rzecz się ma zupełnie inaczej.

Oprócz lymphadenia generalisata jeszcze w niektórych przypadkach daje się zauważyć obrzmienie gruczołów łzowych, mianowicie w gruczoły (Abadié, Mikulicz), a także w różnych ostrych infekcyjnych cierpieniach gruczoły łzowe mogą być powiększone, np. w parotitis. Hirschberg nazwał to Mumps der Thränenendrüsen; obrzmienie gruczołów łzowych poprzedza też często świnkę. Ostre zapalenie gruczołów łzowych. połączone niekiedy z zapaleniem gruczołów ślinowych (dacryoadenitis duplex apyretica) dobrze znane jest okulistom, nie ma ono jednak nic wspólnego z chorobą Mikulicza, która jest chroniczną, której nie towarzyszy żaden proces zapalny, podczas której żadne gruczoły limfatyczne nie są zajęte, krew jest normalna, przebieg tej choroby jest też nader lekki.

Co się tyczy pochodzenia tej choroby, to Mikulicz twierdzi, że przyczyną jej jest infekcja, drobnoustroje dostają się do gruczołów łzowych nie przez krew lub limfę, jak to się dzieje przypuszczalnie w leukemii, lecz przez błony śluzowe w szczególności przez łącznicę; fakt, że jednocześnie zachorowują i gruczoły ślinowe — tłumaczy autor blizkiem połączeniem anatomicznym łącznicy i błony śluzowej jamy ustnej, które, można powiedzieć, łączą się ze sobą przez drogi łzowe i błonę śluzową nosa i polyk (toż samo twierdzi na zasadzie embryologii, fizjologii i anatomii gruczołów łzowych i ślinowych

Tondeur w swojej rozprawie doktorskiej: Thèse de Lyon 1894 Contribution a l'étude des tumeurs de la glande lacrymale). Za hipotezą Mikulicza przemawia też fakt ogłoszony 1904 przez Cutler'a, gdzie symetryczna hipertrofia gruczołów łzowych połączona była z powiększeniem gruczołów ślinowych i iritis nodulosa.

Co do leczenia, to, o ile używanie arszeniku w wysokich dawkach, sirup. ferri jodati nie pomagają (często bardzo dają dobre wyniki) a także masaż gruczołów, należy takowe wyciąć.

Matylda Biehler.

73. Böckenhaimer. **O wycięciu łopatki, wznowieniu tkanki kostnej i o dalszych czynnościach** (osteomyelitis scapulae). (Z kliniki chirurgicznej prof. Bergmann'a). Archiv f. klinische Chirurgie, Tom 75, zeszyt 1).

W zapaleniu szpiku kostnego łopatki mamy dziwne stosunki, gdyż części szpikowe kości znajdują się na obwodzie łopatki. Z tego powodu następuje w większej części przypadków zupełne wyłuszczenie łopatki po długotrwałem ropieniu. Jak wiadomo, łopatka nie ma jednej jamy szpikowej, lecz składa się z wielu małych jamek, które się znajdują w wyrostkach i na brzegach kości. Z tego powodu zupełnie nie możebne jest wydłutowaniem jednej takiej jamki opanować całą chorobę, jeżeli się ona rozprzestrzeniła na większej części łopatki. Zupełne wycięcie łopatki w takich przypadkach jest daleko więcej racjonalnem, niż częściowe usunięcie kości, jeżeli proces chorobowy dzięki wczesnemu podaniu pomocy nie wstrzymał się. Jeżeli się choroba rozprzestrzeniła na większej części łopatki, jeżeli nastąpiło ogólne zakażenie, to zupełne wycięcie łopatki jest indicatio vitalis. Usunięcie całej łopatki jest wskazane i w daleko lżejszych przypadkach, gdyż pooperacyjne leczenie nie przedstawia żadnej trudności i trwa nie długo i dalsza czynność ręki jest zupełnie bez zarzutu.

Przy operacji należy na trzy rzeczy zwrócić główną uwagę: po 1) ściśle podokostne wyłuszczenie łopatki, po 2) utrzymanie w całości przyczepów mięśni i głównych nerwów i po 2) sumienne leczenie pooperacyjne.

Dalej autor opisuje ściśle sposób operowania i trzy przypadki zapalenia szpiku kostnego łopatki.

Dwa razy wykonano zupełne wycięcie łopatki ze świetnym wynikiem. Regeneracya kości była dobrze widoczną na kliszy Roentgenowskiej; jeden z tych chorych — akrobata dalej się zajmuje swoim rzemiosłem. *W. Biehler.*

II. Akuszerya i choroby kobiet.

74. Jayle et Nandrot. **Obustronna ciąża jajowodowa.** (La Presse médic. 1904, Nr. 41).

Wszystkich przypadków autorzy naliczyli w literaturze 29-c. Większość przypadków obustronnej ciąży jajowodowej dotyczyło wieloródek. Obecność obu płodów całkowitych stwierdzono tylko w 10-ciu przypadkach, w pozostałych znaleziono tylko części płodu. Przypadek autorów dotyczy 34 letniej kobiety, uprzednio zupełnie zdrowej i nigdy przedtem nie będącej w ciąży. Po trzymiesięcznem zatrzymaniu się miesiączki, nastąpił krwotok symulujący poronienie, lecz w odchodzącej krwi nie udało się odnaleźć części jaja płodowego. Następnie w ciągu trzech miesięcy miesiączkowanie odbywało się prawidłowo.

Po tym okresie ponowne zatrzymanie miesiączki w ciągu trzech miesięcy i krwotok. Przy badaniu znaleziono: macica powiększona, wielkość jej odpowiada dwumiesięcznej ciąży, około macicy wyczuć się dają dwa różnej wielkości guzy. Wobec tego rozpoznano ciążę zewnątrzmaciczną i krwotok wewnętrzny. Dokonano cięcia brzuszego. Z prawej strony usunięto haematosalpinx wraz z płodem, umieszczonym na fimbria, z lewej strony wycięto jajowód ciężarny. Płód strony prawej był długości 10-ciu cent, płód w lewym jajowodzie miał długość 2 cent. *J.*

75. Karz Reifferscheid. **Jednoczesna ciąża zewnątrz i wewnątrzmaciczna.** (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 12. 1903).

Zdrowa, silnej budowy, kobieta uważała, że jest w ciąży 3 miesiące. Pierwszy poród prawidłowy. W dwa miesiące po ostatnim peryodzie doznała silnych boleści z lewej strony podbrzusza; po trzech tygodniach znów bóle się ponowiły i nastąpiły powtarzające się omdlenia. Przy badaniu znaleziono macicę powiększoną, odpowiadającą trzeciemu miesią-

cowi ciąży, po lewej stronie macicy stwierdzono guz wielkości pięści, na dotyk bardzo bolesny. Rozpoznanie postawiono: ciąża zewnątrzmaciczna po lewej stronie i przypuszczenie co do ciąży wewnątrzmacicznej. Dokonano cięcia brzuszego, przyczem stwierdzono poronienie jajowodowe, ciąża wewnątrzmaciczna przebiegała prawidłowo. J.

76. Gcyz. **Jednoczesna ciąża zewnątrz i wewnątrzmaciczna.** (Zentralblatt f. Gynäkologie, Nr. 30, 1903).

35-cio letnia pierwiastka uważała, iż jest w 5-ym miesiącu ciąży. W ciągu tego czasu zjawiała się miesiączka co 3 i 5 tygodni, co pewien czas osoba ta doznawała bóleści w brzuchu i omdleń.

Autor wezwany został z powodu objawów incarcerationis uteri gravidi i przedewszystkiem stwierdził, że obwód brzucha odpowiada raczej 8-mu miesiącowi ciąży, niż 4-mu. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono: szyja macicy wysoko, bardzo blisko od symphysis. Ujście zewnętrzne trudno dostępne i zamknięte. W jamie brzusznej wyczuć się daje ciało kształtu gruszki, które wypadalo uważać za macicę ciężarną, od tyłu i z prawej strony od szyi znajduje się drugi guz elastyczny, który sięga i strony lewej, z szyją jednak związku nie posiada. Macica powiększona, rozpulchniona. Postawiono rozpoznanie ciąży zewnątrzmacicznej. Wobec złego stanu ogólnego chorej i braku bicia serca i ruchów płodu postanowiono operację. W przeddzień operacji chora niespodziewanie dostała silnych bóleści w kierunku ischiadicus, wymiotów, krwotoku macicznego, pojawiła się nadczołość brzucha. Następnie stan chorej się poprawił, lecz nazajutrz wystąpiły te same objawy, lecz w stopniu groźniejszym.

Wykonano cięcie brzuszne. Z jamy brzusznej wydobyto czteromiesięczny płód, już dawno zmarły. Chora pierwszy dzień po operacji przepędziła dobrze, w nocy nastąpiło poronienie. Jajo płodowe było wielkości małego jabłka. Pochwę zatamponowano.

Wkrótce nastąpiło omdlenie oraz inne objawy krwotoku wewnętrznego i chora zmarła. Jajo płodowe okazało się 3-tygodniowem, a płód, zdaje się, już uprzednio, dawniej obumarł. J.

77. Stolz. **Zastrzykiwania podskórne parafiny metodą Gersuny'ego oraz ich znaczenie w ginekologii.** (Monats. f. Geburtsh. u. Gynaek. grudzień 1904).

Autor stosował powyższe zastrzykiwania w przypadkach incontinentia urinae. W pierwszym przypadku wywołaną ona była wskutek zgorzeli dolnej ścianki cewki (uretry) po trudnym porodzie; ponieważ wszelkie operacje plastyczne nie dały pożądaných wyników, zastrzyknięto naokoło szyjki pęcherza parafinę w płynie przy 45°. Chora w przeciągu 2 dni oddawała mocz zupełnie normalnie, na 3-ci dzień znów pojawiła się incontinentia; chorą zaczęto wtedy kateteryzować, co znów wywołało zapalenie pęcherza, które zostało wyleczone, nic jednak (masaż, rozszerzenie szyjki, zastrzyknięcie parafiny) nie zdołało usunąć zatrzymania (retentio) moczu, co miało miejsce z powodu założenia się w postaci klapy tkanki śluzowo-włóknistej. Drugiej operacji, która miała mieć na celu usunięcie tej klapy, nie można było zrobić, gdyż chora wypisała się ze szpitala.

Drugi przypadek był daleko szczęśliwszy. 21-letniej dziewczynie, która od dzieciństwa cierpiała na incontinentia urinae (dwukrotne skręcanie uretry nie pomogło), zastrzyknięto naokoło szyjki pęcherza 1 cc. parafiny w płynie 42°. Po 5-u dniach chora chwilami tylko nie mogła zatrzymać moczu, poczem jednak oddawała go w dzień co 4 — 6 godzin. W nocy zatrzymywała mocz w ciągu 8 godzin. Niewielką ilość parafiny doskonale w postaci węzélka można było wyczuć w sąsiedztwie szyjki pęcherza. Chcąc uniknąć zatoru, należy zastrzykiwać parafinę twardą specjalnym instrumentem. Wogóle sposób ten, jako niezupełnie pozbawiony niebezpieczeństwa, należy stosować tylko wtedy, jeżeli nie można wykonać żadnego zabiegu operacyjnego.

M. B.

Z zakresu ratownictwa.

2. Pogotowie Ratunkowe na morzu.

Początkowe okresy zimy są najniebezpieczniejszą dla okrętów porą roku. Nieprzejrzone mgły nie dają żeglarzowi możności zorientowania się co do kierunku, panujące w czasie tym burze czynią brzeg morski zradnym i niepewnym. Biada okrętowi, który przez nawałnicę zaskoczonym zostanie w pobliżu brzegów! Czycha nań zguba nieuchronna, o ile, co bywa wyjątkiem, nie wy-

dostanie się na pełną wód powierzchnię. Najczęściej огоłocony z masztów statek zostaje rzuconym na jakąś skałę podwodną, gdzie fale morskie i burza dokończą sprawy zniszczenia. Tu załogę wyratować może jedynie pomoc od strony lądu, pomoc, związana stale z niebezpieczeństwami bez liku, przyczem ratownicy śmieli nieraz padają ofiarą swego dla bliźnich poświęcenia się. Ze względów tych usiłowano przedewszystkiem zbudować statki takie, które dzięki osobliwej konstrukcyi swej, mogłyby z nawałnicą podjąć walke skuteczną.

Pierwsza „nietonąca“ łódź ratunkowa zbudowaną została w roku 1790 przez Lionela Lukin'a w Anglii; Greathead ulepszył ją niebawem, poczem na długie czasy sprawa nie posunęła się ani na krok naprzód; dopiero w r. 1850 W. Hallary połączył wszystkie, działające w pojedynkę stowarzyszenia w jeden związek ogólny „Royal National Lifeboor Institution,“ który w roku 1903 posiadał już 400 niemal łodzi ratunkowych i tyleż sygnałowych stacyi. Lista osób przez towarzystwo to wyratowanych od śmierci dosięgła już 40,000.

Zbudowany w r. 1850 statek specjalny (peakeboot) miał 10,3 metr. długości oraz 2,5 szerokości, sporządzony z drzewa ważył 2,5 tonn. Droga kombinacyi różnych wypełnionych powietrzem przedziałów i pasów korkowych od zewnątrz statek zabezpieczony był na dobre od zatonięcia. Łódź owa, w razie pochylenia się, powracała bez trudu do pozycyi pierwotnej.

Wyrabiane z walcowanej blachy żelaznej niemieckie łodzie ratunkowe, lżejsze od angielskich, lepiej nadają się do płytkich pruskich wybrzeży piaszczystych. Długość statku takiego nie przewyższa 9½ met., a waga 1,600 kilo. Łódź wyróżnia się tramem płaskim i ostro zakończonym przegubem, zagłębia się na 25—30 ctm. Łódki żaglowe posiadają cembrowinę z niezbędnym do utrzymania równowagi ładunkiem (balastem) wody; zbiornik ten, po otwarciu wentyla wypełnia się samoistnie i daje się opróżnić samoistnie w ciągu krótkiego okresu czasu. Zaopatrzona w ster łódka taka stoi na specjalnym wozie i ześlizguje się zeń łatwo po odczepieniu. Osada ma poddostatkiem kaftanów korkowych, które są w stanie utrzymać na wodzie bez zanurzenia głowy i ramion ubranego nawet człowieka conajmniej przez dobę.

W razie oznajmienia o rozbiciu się okrętu odpływa na morze łódka możliwie z prądem i szybko, choć ostrożnie, zbliża się do zagrożonego okrętu. Przeworność odpowiednia staje się tu niezbędną, nieraz już bowiem łódź uległa strzaskaniu, uderzywszy o bok

okrętu. Dla pokonania dystansów dalszych używa się też krytych statków żaglowych (Segelkutter), które urządzono w ten sposób, iż załoga przenocować może na nich spokojnie. Z powodzeniem korzysta się też w czasach ostatnich z parowców.

Drugi sposób ratowania tonących polega na dawaniu wystrzałów, przywracających łączność pomiędzy łodem i rozbitkami za pomocą rzucania lin. W tym celu używa się przyrządów i moździerzy, wyrzucających rakiety. Z żerdzi drewnianej wystrzelona pod 45° i sięgająca na 400 metrów rakietą niesie linę 9 mm. średnicy, która odwija się z gładkiego kołka stożkowatego i pada na pokład siedzącego na mieliźnie statku. Przymocowana do pocisku moździerzowego lina wyrzucaną zostaje siłą prochu. Jakkolwiek używanie moździerzy wypada taniej od raket, metoda ta bywa stosowaną mniej chętnie, nie brak bowiem wiążących się z nią usterek, jak brak dokładności kierunku, nocą zwłaszcza, zapłatanie się albo pęknięcie liny na skutek zbyt wielkiej szybkości początkowej pocisku. W Anglii popularnością dużą cieszą się obmyślane w tym celu przez kapitana d'Arcy-Yrvine'a armaty pneumatyczne.

Gdy za pomocą rakiety bądź działa wystrzelona lina wraz z klubą specjalną upadła na pokład okrętu, załoga przymocowywała ją doń na dobre; w klubie osadzoną jest zawsze druga lina, daleko grubsza, której oba końce pozostają na lądzie. W ten sposób wytworza się komunikację między okrętem i ziemią. Drogą manewrowania liną grubszą, zwaną w gwarze żeglarskiej yolltau, posyła się na pokład statku nową mocną linę o 5 ctm. średnicy, której jeden koniec przymocowywa się do masztu, gdy drugi napięty osadzonym pozostaje na lądzie i przywiązany do kotwicy. Po linie owej wciąga się na okręt wór z grubego płótna żaglowego (Hosenboje), dość krótki i zaopatrzony w pas korkowy; wór służy do przyjęcia jednego z ludzi, który po linie ześlizguje się na ląd stały, poczem worek posyła się znowu na okręt po drugiego człowieka. Drogą powyższą wyławia się stopniowo marynarzy wszystkich.

Na wielkich, krążących po oceanach, parowcach środków ratunkowych znajduje się pod dostatkiem; prócz zwykłej łodzi ratunkowej okręt taki posiada ilość większą łódek składanych, zajmujących miejsca niewiele. Łódki owe dają się składać, niby okrągłe lampiony papierowe, za pomocą zawias i są przechowywane w futerałach podwójnych z płótna żaglowego. Rozpięcie lub złożenie łódek daje się wykonać w ciągu sekund kilku, łódź pomieści do 60 osób; na parowcach znajdują się prócz tego lekko budowane

tratwy, przyrządy raketowe i liny do miotania, które, w razie potrzeby, zarzuca się z pokładu na ląd, co zawsze jest łatwiejszem niż manipulacya odwrotna. Dzięki zarządzeniom tym parowe są dość od nadbrzeżnych stacyi ratunkowych niezależne.

Prócz wyszczególnionego już stowarzyszenia angielskiego we Francyi otworzono na lądzie stałym société centrale de sauvetage des naufrages w roku 1866. W tymże mniej więcej czasie powstało i w Niemczech Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger; podobną instytucyę posiadają i Stany Zjednoczone United States Life-saving Service. Nie zawadzi pamiętać, że wszystko to są stowarzyszenia prywatne.

K. Niedzielski.

II. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

78. Z Towarzystwa Chirurgicznego (posiedzenie z 14 grudnia 1904).

Doyen. Bakteryologia i leczenie raka. Autor zaznacza, że znaleziony przez niego w nowotworze micrococcus neformans badany był przez Calmette'a w 1902 r.; C. orzekł, że jestto staphylococcus, posiadający specjalny charakter hodowli, dzięki czemu łatwo go można odróżnić od innych drobnoustrojów, należących do tej samej grupy. Z drugiej strony Miecznikow badał cały szereg nowotworów (raków) operowanych przez autora i innych i w większej części otrzymał czyste hodowle, zupełnie podobne do opisanego przez autora Micrococcus neformans; według Miecznikowa, podobny jest on do coccus polymorfens skóry, różnią się tylko hodowle. Obecnie jeszcze pracuje Miecznikow nad otrzymaniem surowicy. Nadmieniamy on jeszcze, że pacycenci dotknięci rakiem, leczeni zastrzykowaniami Doyen'a, robili wrażenie zdrowszych. Doyen podaje też następujące wyniki badań bakteriologicznych: na 121 próbówek zasianych 9-u nowotworami piersi, 1 rakiem gruczołów naokoło carotis, 1 rakiem jajnika, Miecznikow, Borrel i Burnet otrzymali 41 rany czyste hodowle Micrococcus neformans i 5 razy hodowle nieczyste, zawierające staphylococcus, paciorkowce lub laseczniki.

Poszukiwania te potwierdzają, co już i przedtem było wiadomem autorowi, że najwięcej hodowli dają najbardziej złośliwe no-

wotwory i że najbardziej płodnymi są niedawno zarażone gruczoły i t. zw. zones d'eurabissements każdego nowotworu.

Co się tycze wyników leczenia, to autor otrzymał za pomocą swoich zastrzykiwań znaczne polepszenie. Z 15 chorych (11 razy rak piersi, 4 razy rak macicy), które przed leczeniem nie mogły być operowane, gdyż recydywa dałaby skutki fatalne, wszystkie tak się poprawiły, że można je było operować. W dwóch zaś przypadkach raka piersi i epithelioma policzka polepszenie było tak znaczne, że operacja okazała się zbyteczną. Autor przedstawił jeszcze 8-u chorych, leczonych zastrzykiwaniami: u wszystkich zauważyć można znaczne polepszenie.

(Sem. méd. Nr. 51. 1904).

M. B.

79. **Betagh. Badania nad wpływem chloroformu podawanego w pokoju, w którym się pali płomień gazowy.** (Policlinico, część chir. XI. 12).

O tem, że chloroformowanie w pokoju, w którym się pali gaz, szkodzi na kanał oddechowy, wiadomo oddawna, obecnie autor dowiódł, że działa to źle i na nerki, wywołując zapalenie tych ostatnich. Dowiedział się o tem Betagh przypadkowo: z 2 chorych, operowanych w pokoju ogrzewanym gazem, jedna pacjentka zaraz po operacji dostała silnych wymiotów, nazajutrz stwierdzono obecność białka w moczu, wałków krwi i t. p., czego przed operacją nie było (chora przez dłuższy czas po operacji cierpiała jeszcze na nephritis); drugi chory zmarł w 12 godzin po operacji przy objawach upadku sił; sekcyja, prócz przewidywanych zaburzeń w śledzionie, wykazała krwotok brzuszny bez przerwania jakiej tętnicy, a także wielką ilość skrzepów. Lekarz, który chloroformował, i 2-ch asystentów dostało po operacji wymiotów oraz silnego bólu głowy. Autor robił w podobnych warunkach doświadczenia na zwierzętach (królikach, psach i t. p.). Otóż okazało się, że te, które były długo ($\frac{3}{4}$ — 1 godz.) chloroformowane, zdychały zaraz. Jeżeli doświadczenie trwało krótko, to znajdowano w moczu białko, wałki, często krew. Sekcyja tych, które zdychały bądź po jednym długim posiedzeniu lub kilku krótszych, wykazywała przekrwienie nerek, oraz zwyrodnienie mięszu wątroby, serca, nerek. Pod mikroskopem można było znaleźć krwotoki w tubuli, zniszczenie ich nabłonka i nabłonka kłębków. 4 króliki, poddane badaniom spektroskopowym, dały pasy absorbcyjne między D i E, co wykazuje ślady karboxyhemoglobiny. Chociaż autor nie wie, jaka to jest substancja, powstająca z połączenia gazu i chloroformu, radzi on

jednak ze względu na jej wielką szkodliwość na nerki i płuca, unikać operowania przy usypianiu chloroformem w salach, w których się pali gaz.

W. B.

80. **Lawatywy z odwaru z czarnych jagód, jako środek przeciw enterocolitis muco-membranosa.** (Sem. méd. Nr. 6. 1905).

Odwar z czarnych jagód (środek popularny przeciw bieguncce) dawany był z niezłymi wynikami przez Berstein'a w tyfusie (patrz Sem. méd. 1903 r., str. 68). Obecnie Heinrich, asystent Winternitz'a, radzi dawać odwar z jagód w enterocolitis muco-membranosa. 500 gr. suszonych jagód nalewa się litrem świeżej wody na 24 godzin, gotuje się następnie w ciągu kilku minut i cedzi. Przez lawatywę należy do odbytnicy wprowadzić 500 gr. wody gorącej (26°); po wypuszczeniu takowej powtarza się wprowadzanie i wypuszczanie wody (po 2 i 2½ litra na raz) tak długo, dopóki woda, która wypływa, nie jest zupełnie czystą, bez śluzu. Wtedy wprowadza się 1½ litra odwaru z jagód, który pozostaje w kiszce około 10 minut (można pozostawić nawet aż do pierwszego wypróżnienia). We wszystkich przypadkach leczonych tym sposobem następowało znaczne polepszenie, cera chorych się poprawiała, czynności kiszek stawały się normalnymi, śluz znikł. Tak np. jedna chora, która cierpiała na enterocolitis muco-membranosa przez lat 5, wyzdrowiała w przeciągu tygodnia, inna znów, która chorowała 10 lat, wyzdrowiała po 10 lawatywach (leczenie trwało 3 tygodnie).

M. B.

81. **Atropina w gorączcze popołożowej.** (Sem. méd. Nr. 7. 1905).

Wychodząc z założenia, że po patologicznym porodzie najważniejszą rzeczą jest dać odpocząć zakażonej macicy i że atropina dzięki swemu działaniu paraliżującemu na mięśnie spełnia to wskazanie, Drenkhahn używa tego środka przy porodach lub poronieniach, po których następuje podwyższenie temperatury. Atropina lepszą jest niż opium, gdyż nie wywołuje obstrukcyi, łatwo też znikają zaburzenia wzrokowe, parezie zaś pęcherza można pomóc przez katetyzację. Atropina działa tylko na macicę, nie działa zaś na zakażenie, które obejmuje naczynia limfatyczne. Autor otrzymał doskonale wyniki u chorej, u której zajęta była tylko macica, dając 0,06 atropini sulfur. w ciągu 9-u dni, u innej jednak, u której były objawy ogólnego zakażenia, atropina żadnego polepszenia nie dała.

M. B.

82. **Mann.** **Wyjaławianie katgutów za pomocą roztworu jodu w eterze.** (Sem. méd. Nr. 51. 1904).

Wyjaławianie za pomocą jodu znane już jest oddawna; sposób jednak, podany przez *Claudius'a* (roztwór wodny), okazał się niedogodnym, a to dlatego, iż katgut bardzo pęczniał, przez co stawał się mniej trwałym. *Salkindsohn* używał tylko słabej T-rae jodi. *Stone* używał formaliny (patrz Sem. Méd. 1904 r. str. 32 i 384). Dopiero *Mann* znalazł, że otrzymuje się katgut wyjałowiony doskonałej trwałości, o ile się go na 7 dni przed użyciem kładzie do 10% roztworu jodu w eterze, można go następnie wyjąć z powyższego płynu, wypłukać w czystym eterze, a następnie trzymać w suchym wyjałowionym flaconie, albo też w wyskoku. Autor chwali bardzo podobnie przygotowany katgut, jest on bowiem nietylko zupełnie jałowym, lecz i nader trwałym.

M. B.

83. **Schömann.** **Przyczynki do leczenia gruźliczej puchliny wodnej.** (Zentralblatt für Chirurgie, Nr. 48).

Już od trzech lat autor używa z dobrym wynikiem przekłucia i zastrzyknięcia emulsji jodoformowej. Wypuszcza on płyn niegrubą igłą, o ile ten sam wypływa, potem zastrzykuje do jamy brzusznej zawiesinę jodoformową wysterylizowaną 1,0 — 5,0 : 100,0 gliceryny. Zaczyna od 1-0 procentowego roztworu i podwyższa procent stopniowo do 5 w przerwach, trwających od 4 do 8 dni, stosownie do przypadku. Tym sposobem wyleczył 7 przypadków u dorosłych w przeciągu 3 do 10 tygodni, u dwojga dzieci już po drugim zastrzyknięciu wysięk się nie pojawił. W większej części przypadków wystarczało 3 — 4 razy zastrzyknąć. Autor radzi stosować ten sposób leczenia u osób wycieńczonych, u których nie można przystąpić do laparotomii z powodu usypiania i innych ubocznych objawów, jako to: ropienia, blizny i t. d. Tym sposobem możem leczyć i ambulatoryjnie.

W. Biehler.

84. **Leczenie raka wodnego (noma) za pomocą światła czerwonego.** (Sem. méd. Nr. 5. 1905).

5 lat temu prof. *Sokołow* stosował leczenie światłem czerwonym w noma po odrze z doskonałym wynikiem u 4-0 letniej dziewczynki. Obecnie zwrócił się do tego sposobu leczenia asystent jego *D-r Mocran*. Mały, 9-0 letni, pacjent jego chorował na szkarlatynę, odrę i obustronne zapalenie płuc, niezbyt kiszki i zapalenie ucha (choroby te występowały jedne po drugiej), na ostatku dostał zgorzeli policzka (na 27 dzień choroby); w ciągu 3-ch tygodni

nastąpiło przedziurawienie policzka i wargi. Raka tego leczył Mocraw za pomocą lampy z łukiem wolty o sile 16 świec, zaopatrzonej w czerwone szkło. Oczy były ochronione od promieni; światło znajdowało się na odległości 25 ctm. od rany w nocy i w dzień bez przerwy. 3-go dnia bóle ustąpiły, pojawiały się one, o ile usuwano na jakiś czas lampę. Przykry zapach, jaki rana wydzielala, znikł powoli. 10-go dnia na całej prawie powierzchni była obfita ziarnina. Po 15 dniach rana zupełnie się zagoiła, małego pacyenta można było uważać za zdrowego.

Ponieważ w przypadku tym żadnych leków choremu nie dawano, można więc śmiało powiedzieć, że wyleczenie nastąpiło dzięki czerwonemu światłu.

M. B.

85. Holz. **Usunięcie wyrosli adenoidalnych, jako leczenie choroby Basedowa.** (Sem. med. Nr. 4, 1905).

Autor twierdzi, że, o ile choremu, który ma jednocześnie wyrosłe adenoidalne i chorobę Basedowa, wyciąć te pierwsze, to następuje znaczne polepszenie w stanie zdrowia pacyenta, w niektórych zaś przypadkach leczy go zupełnie. Tak np. u dziecka 7-0 letniego, które miało wyrosłe adenoidalne i chorobę Basedowa (objawy Gräfe'go i Stellwaga'a, exoftalmus obustronny) zniknął exoftalmus w 10 dni po wycięciu wyrosli. Po 2-ch latach ponowiły się wyrosłe, a z nimi i objawy choroby Basedowa, wyrosłe powtórnie zostały usunięte, wraz z wycięciem wyrosli zniknęły i objawy choroby Basedowa.

U drugiego dziecka otrzymał autor również dobre wyniki. Zauważyć należy, że w obydwóch przypadkach chodziło o lekką postać choroby Basedowa, nie było bowiem ani wola, ani tachykardyi, autor jednak twierdzi, że objawów tych nie było dlatego, że osobniki cierpiące były bardzo małe, a choroba Basedowa w zarodku.

M. B.

86. Calzado. **Jodoform do wewnątrz przeciw bezwładnemu reumatyzmowi stawów.** (Sem. méd. Nr. 51, 1904).

Choremu, u którego wystąpiły bóle reumatyczne, bez gorączki poprzedniej, i któremu żadne leki nie pomagały (salicyl, kąpiele, małe dawki acidi carbol. i t. p.), zaordynował autor jodoform pod postacią pigułek: każda zawierała po 0,01, dawał autor 6 — 8 sztuk dziennie; po tygodniu kuracyi reumatyzm znikł zupełnie (pacyent chorował przedtem 4 miesiące). W 14-u podobnych przypadkach autor stosował pigułki jodoformowe, nie przekraczając dziennej

dawki 0,10, zawsze z doskonałym skutkiem, nawet w przypadkach zastarzałych, w których salicyl, china, jod, antypiryna i inne środki nie pomagały.

Ztąd wniosek, że w przypadkach reumatyzmu nie ostrego jodoform daje dobre wyniki, działanie jego przewyższa działanie salicylu.

M. B.

87. Page i Dardelin. **O leczeniu zapalenia nerek za pomocą Maceratio renalina porci.** (Presse médicale, Nr. 102. 1904).

Autorowie opisują 18 przypadków zapalenia nerek leczonych wymokiem nerek świń. W 16 przypadkach białkomocz ustąpił zupełnie, w jednym przypadku o połowę się zmniejszył, w jednym przypadku zaprzestano leczenia. Leczenie należy regularnie przeprowadzić przez 10 dni. Wymok należy robić codzień świeży wedle ścisłego przepisu, przez aptekarza. Należy wymok trzymać na lodzie i spożyć w trzech porcjach od 11 rano. Smak roztworu (woda czerwona) nie jest tak przykrym, jakby to przypuszczać można było, szczególnie, gdy się pomiesza z zimną zupą „julienne“; większa część chorych w przeciągu tych 10 dni zachowywała mleczną dyetę, chociaż można bez najmniejszego uszczerbku dla zdrowia zachowywać mieszaną jarską dyetę. Autorowie leczyli tym sposobem najrozmaitsze i najodporniejsze rodzaje zapalenia nerek, nawet takie, gdzie było zwapnienie tętnic. Wynik był zawsze świetny co się tyczy prędkości i trwałości wyleczenia. Jakim sposobem działa wymok, autorowie nie wiedzą, czy w nerce znajduje się toksyna, która się wydziela za mało lub wcale nie, gdy jej działalność jest zniszczoną, czy znajduje się jakaś inna przyczyna tego — w każdym bądź razie świeży wymok ze świńskich nerek jest najpewniejszym i najenergiczniejszym środkiem przeciwko zapaleniu nerek, jaki obecnie posiadamy.

W. B.

88. Penzoldt poleca do leczenia późniejszych okresów syfilisu zmieniony roztwór jodku rtęciowego i jodku potasowego Ricord'a, który to roztwór w niektórych przypadkach, zdaje się, lepiej działa niż sam jodek potasowy i sam jodek rtęciowy, szczególnie zaś w kilakach syfilitycznych skóry i błon śluzowych, jako też i w syfilitycznych zachorowaniach mózgu i mlecza pacierzowego, a także w władzie rdzenia pacierzowego. Jako na uboczne objawy należy zwrócić uwagę na niektóre zaburzenia żołądkowe i kiszkowe, które przy zachowaniu pewnej ostrożności i diety prędko znikają. Dalej zauważono w dwóch przypadkach białkomocz z wałkami

w przypadkach bardzo ciężkiego syfilisu skór nego. Używa autor następującego roztworu.

Rp. Hydrargyri bijodati 0,2

Kalii jodati 10,0

Ag. destillatae ad 300,0

MDS. trzy razy dziennie po łyżce stołowej;

przy tem pojedyncza dawka jodku rtęciowego wynosi 0,01, a jodku potasowego 0,5. Jeżeli trzeba, można zacząć dawkę jodku rtęciowego od 0,1 : 300,0 (Therapie der Gegenwart, 1905, Nr. 1). *W. B.*

5. Leczenie **ozaena** za pomocą nafty. Bobone w San Remo otrzymał doskonałe wyniki, lecząc cierpienie powyższe mieszaną Petrolu depurati 40,0, Strychn. nitr. 0,02, Ol. Eucalyp. odor. citri 0,50, której używał do masażu jaknajwiększej przestrzeni błony śluzowej nosa.

Twierdzi on, że nafta działa bakteryobójczo oraz wzmacnia błonę śluzową, w tem ostatniem pomaga jej też strychnina, co zaś do Ol. Eucalypti, to służy on tylko do zmniejszenia przykrego zapachu. Przed mieszeniem należy nos doskonale wyczyścić, dobrze też smarować błonę śluzową kokainą, to jednak tylko na początku leczenia. (Arch. internat. de laryng. 1904. Nr. 6. *W. B.*

68. **Picie świeżej wody, jako środek przeciw mogącym wystąpić wymiotom po operacyi** (Sem. méd. Nr. 52, 1904).

Twierdząc, że eter lub chloroform źle działają na błonę śluzową pustego żołądka (chorych usypia się zwykle naczczo), prof. Dorsett zapobiega temu, dając przed operacją choremu wodę po 300 cc. za każdym razem, co $\frac{1}{2}$ godziny — tak żeby chory otrzymał 1200 cc., przyczem ostatnią dawkę powinien chory wypić natychmiast przed operacją. Podobno autor tego sposobu nigdy nie zauważył wymiotów po operacyi — czasem tylko zwracali chorzy ostatnią porcyę wody — wymiotów jednak nie było. Sposób ten z równie dobrym wynikiem stosuje i Dr Denucé, z tą tylko różnicą, że daje on tylko 800 cc., też co $\frac{1}{2}$ godz. — t. j. za każdym razem 200 cc., czyli szklanke wody. Ani razu nie zauważył wymiotów po operacyi — obserwował 20 przypadków, przyczem prócz krótkotrwałych operacyi po 20 minut były i takie, które trwały przeszło godzinę; nie zauważył on też, by którykolwiek z jego pacjentów zrzucił ostatnią porcyę —wrazie gdyby miały nastąpić wymioty, nie uważa on za niebezpieczne dostanie się niewielkiej ilości czystej wody do dróg oddechowych, tak że ewentualność ta nie może przeciwwskazywać stosowania powyższej metody. *M. B.*

IV. ODCINEK.

W sprawie na dobie.

(S-s) Podczas odbywających się obecnie w Warszawie, i wogóle wkraju, strajków z różnych warstw społecznych pracowników, w szeregu żądań, wystosowanych do pracodawców, stale i zawsze znajdują się żądania bądź zaprowadzenia pomocy lekarskiej dla pracowników oraz ich rodzin, bądź zmiany, reformy, już istniejącej, pomocy lekarskiej. Zarówno robotnicy, rzemieślnicy warsztatowi i fabryczni, jak i oficjaliści wyrażali takie żądanie; za wprowadzeniem stałej pomocy lekarskiej i rozszerzeniem jej na rodziny wypowiedzieli się przedstawiciele niektórych cechów, a także urzędnicy różnych biur, kantorów, banków. Nie były to żądania jakiegoś nieokreślone, przeciwnie—strajkujący dołączali gotowe projekty organizacyi takiej pomocy lekarskiej, lub domagają się, wskazanych przez nich, zmian w obecnej organizacyi. Do tych ostatnich należeli pracownicy strajkujący na kolei Warsz. Wiedeńskiej i Bydgoskiej.

Już samo to zjawisko, że wszędzie massowo wystąpiono z żądaniami pod tym względem, świadczy, że pomoc lekarska w naszych fabrykach, w naszych instytucjach przemysłowych bądź jest niewystarczającą, bądź wadliwą. Zresztą, wadliwość pomocy tej i nam samym lekarzom dobrze jest znana. Nie mamy zamiaru w tej chwili bliżej zastanawiać się nad ujemnymi stronami pomocy lekarskiej w ogromnej większości fabryk tutejszych, nad jej brakami na kolejach. Ogólnie da się to powiedzieć, iż lekarz fabryczny najczęściej pozostaje w wielkiej zależności od właściciela fabryki, że zależność ta sprawia, że zmuszony bywa nieraz pomijać interes chorego, czy poszkodowanego, a nawet postępować nie zupełnie zgodnie z powołaniem lekarskiem.

Na kolejach żelaznych — bądźmy szczerzy — organizacja pomocy lekarskiej ma charakter biurokratyczny, a pomoc najczęściej bywa raczej formalną, niż istotną. Pomijamy już utrudnianie leczenia się pracownikom tych instytucyi, czynione przez odmawianie im poświadczania recept, odmawianie wydawania świadectw, nawet po stwierdzeniu choroby, gdy się leczą na mieście, a nie u lekarza swego i t. p. Leczą ostatnimi czasy zarządzono centralizację i w wydawaniu lekarstw przez skasowanie conta w aptekach publicznych.

W każdym razie — obecna organizacja pomocy w fabrykach tutejszych i na kolei Warsz. Wiedeńskiej posiada poważne wady i braki, które dałyby się usunąć przede wszystkim drogą „wolnego wyboru lekarzy.“ O ile wiemy, strajkujący pracownicy wzmiankowanych instytucji i przedsiębiorstw zażądali na takich zasadach reorganizacji pomocy lekarskiej.

Forma to nie nowa, jest ona dobrze znaną i wypróbowaną w Niemczech p. n. *Freiärztewahl* i wydaje tam dobre wyniki ku zadowoleniu zarówno chorych, jak i lekarzy. Zdaje się, iż na tej zasadzie wolnego wyboru lekarzy przez chorych tworzone będą nowopowstające kasy chorych w Warszawie.

Zyskają na tem chorzy, a godność stanu lekarskiego nic nie będzie tracić.

II. Wiadomości pomniejsze.

(Kn) Stowarzyszenia ratownicze w Japonii istnieją już od lat piętnastu, ruch w kierunku tym wzmagają się jednak nieustannie. Środki, którymi rozporządzają towarzystwa prywatne, są skromne, zasiłek zaś ze strony rządu niewielki. Pomimo to z małymi funduszami japończycy zdziałali bardzo wiele. W końcu 1902 r. posiadała Japonia już 23 stacyi ratunkowych morskich, które udzieliły pomocy 7,467 ludziom i ocaliły 1415 okrętów. Japończycy usiłują doprowadzić liczbę posterunków do stu, których zadaniem głównem byłoby ratować okręty od zagłady. Do urzeczywistnienia, wszelako, projektu tego dość jeszcze daleko, gdyż tymczasem brak gotówki trwa po dawnemu. (Erste Hilfe. Nr. 5. 1904).

(kn) W jednym przypadku teżca nader ciężkiego, leczonego bezskutecznie zastrzykiwaniami surowicy swoistej, lekarze Mc C r a n n i Allison postanowili poddać chorego działaniu temperatury zimnej. W tym celu przeniesiono pacyenta do lodowni pewnego browaru po uprzednim zaopatrzeniu w ciepłe kołdry. Już w końcu godziny drugiej można było zauważyć wyraźnie w stanie ogólnym polepszenie. Gdy jednak wyniesiono chorego z lodowni zbyt wcześnie, zatrważające objawy cierpienia powróciły znowu. W tym stanie rzeczy, po upływie godzin piętnastu, powtórzono zabieg omawiany, tym razem z wynikiem trwałym. Osobnik przeleżał, wprawdzie, w lodowni tydzień cały, postępująca jednak wybitnie poprawa zakończyła się ostatecznie wyzdrowieniem zupełnem. (La semaine méd. Nr. 49, 1904).

Kronika bieżąca.

(S-s) Służba szpitali warszawskich w tych dniach podała dozorcom szpitalnym dla przedstawienia Radzie Dobroczyńności Publicznej następujące żądania, które dosłownie przytaczamy:

My, służba szpitalna, praca której jest ciężka, związana z wieloma przykrościami i niebezpieczeństwem, byliśmy wynagradzani bardzo lichy, żyliśmy prawie bez odpoczynku, a pożywienie nasze było tak nędzne, że prawie całą pensję wydawać musieliśmy na kupno żywności. Wobec dzisiejszych ciężkich czasów, zwracamy się do naszej władzy z prośbą o zadosyćuczynienie naszym żądaniom:

1. Podwyższenie pensji w stosunku podwójnym do dawnej.
2. Wypłacanie nam pensji w dniu 1-y m. st. każdego miesiąca ze względu na zwyczaj godzenia służby w tym terminie w Królestwie Polskiem.
3. Dzień po nocnym dyżurze chcemy mieć wolny.
4. Zamiast dotychczasowych dni wychodnich, — raz w tygodniu pół dnia wolnego, oraz wolny dzień co drugie święto ewentualnie niedziele.
5. Raz na rok przynajmniej 2 tygodnie odpoczynku z zachowaniem pensji.
6. Pożywienie nasze winno być lepsze, dozór nad niem winien mieć jeden z miejscowych lekarzy szpitalnych.
7. Winniśmy mieć oznaczony czas i miejsce na wspólne śniadania, obiady i kolacje.
8. Winniśmy mieć odpowiednie pomieszczenie do spania i schowania zamykane dla rzeczy.
9. Raz na tydzień bezpłatna kąpiel.

Żądania te my, lekarze, uważać musimy za słuszne, a nawet bardzo umiarkowane. Polepszenie bytu służby szpitalnej, niewątpliwie, wpłynie dodatnio na porządek i bieg pracy w naszych szpitalach. W obecnych warunkach nieraz wydaje się wprost niepodobieństwem stawiać wymagania surowsze „tym pariasom,“ za jakich ze względu na upośledzenie uważać musimy służbę szpitalną.

(S-s) *Zabusow contra Kowalew.*

W z. m. Senat skasował wyrok w sprawie generała Kowalewa i polecił powtórne osądzenie sprawy innemu sądowi wojennemu. Z tego powodu „Rus. Med. Wiestnik“ pisze między innymi: W sprawie tej jest wszystko: i rozprawa zwierzęca, której przyczyny nie są wyjaśnione, lecz których podkład zoologiczny łatwo odgadnąć, i nacisk na sąd, graniczący z lekceważeniem jego, i w końcu, jako oaza na tem średnioazjatyckiem tle — niezależne postąpienie sądu, t. j. wydanie wyroku skazującego.

Oto obraz, na którego tle rozegrał się dramat pomiędzy d-rem Zabusowem, a generałem Kowalewem. Ten ostatni wobec sądu

powołuje się na niepoczytalność w chwili spełnienia przestępstwa. Tymczasem przygotowania do kary cielesnej, wymierzonej doktorowi były zarządzane bardzo rozmyślnie.

Dalej czytamy: wobec nas niema pojedynczej niepoczytalności podsądnego, a jest niepoczytalność stosunków na kresach, niepoczytalność sztucznie wytworzona, pobudzana przez pobbłażanie, które w ciągu dalszym nie powinno być tolerowane. Czas już zwyczajnie takie uważać za winę i położyć kres wszelkiemu pobbłażaniu. Jako przykład pobbłażliwego postępowania można wskazać i depesze generałów Kuropatkina i Suboticza, które dały podsądnemu jaknajlepsze świadectwo, list generała Usakowskiego, który prosi „o ulżenie podsądnemu.“

Jak wiadomo, Kowalew wyrokiem I-jej instancyi został usunięty ze służby bez pozbawienia rangi.

(kn) Wesoły kawalek z zakresu ratownictwa opowiadają sobie w miasteczku Simbach nad rzeką Ynn. Z okazji manewrów ochotniczej straży ogniowej wykonał szereg ćwiczeń miejscowy oddział ratunkowy. Działano według ułożonego z góry następującego programu: pożar zrębu dachu, jeden ze strażaków spada z wysokości drabiny, sanitaryusze nakładają opatrunek doraźny, poczem przewożą uszkodzowanego do szpitala. Wszystko odbyło się zgodnie z przepisem i nawet imitujący strażaka pewien malarz pokojowy odtworzył scenę spadania z drabiny. Sanitaryusze nałożyli mu opatrunki i śpiesznie odwieźli do szpitala. Tu czekał już z góry umówiony lekarz, który, chcąc przekonać się o sprawności personelu ratowniczego, zaczął opatrunki owe zdejmować własnoręcznie. Postawione przez ratowników rozpoznanie brzmiało: ciężka rana głowy oraz złamanie goleni. Dyagnoza była „trafną,“ tylko bandaż nie chciał zejść z głowy. Po pewnej chwili dopiero lekarz stwierdził, że w pośpiechu, zapinając opaski agrafka, wkłuto „ran-nemu“ tę ostatnią w ucho. „Czyś pan nie czuł?“ zapytał lekarz chorego. „G'spürt hob' is scho, aber i hob' g'moant, dös g'hört a mit zur Prob'.“ (Czuć, to ja czułem, sądziłem tylko, że to należy do programu).

(w) *Wileńskie Towarzystwo Lekarskie* obchodzi w r. b. jubileusz 100-lecia swego istnienia. Towarzystwo liczyło w roku ostatnim 129 członków czynnych, 61 członków honorowych i 93 członków korespondentów.

(w) W liczbie 152 nowowybranych radnych m. Moskwy znajduje się 5 lekarzy. Oprócz tego w skład rady wchodzi 2 profesorowie wydziału lekarskiego: Roth i Spiszarny.

(w) W sprawie *honoraryów lekarskich* Berliński klub lekarski postanowił, co następuje: rachunki lekarskie powinny być uregulowane bezwarunkowo bezpośrednio po ukończeniu kuracyi, najpóźniej po upływie kwartału; honorarya za wystawienie świadectw lekarskich mają być uiszczane bezzwłocznie; honorarya za wizyty nocne u pacjentów nieznanomych również bezzwłocznie powinny być uiszczane.

(w) Manuel Garcia, nauczyciel śpiewu w Londynie, obchodzić będzie dnia 17 Marca r. b. 100-ą rocznicę swoich urodzin i 50-lecie jako doktor medycyny honoris causa, który to tytuł udzielony mu został przez uniwersytet w Królewcu za wynalezienie lusterka (wziernika) krtaniowego.

(w) W Irkucku przebywa w obecnej chwili z górą 500 lekarzy.

(w) Dane statystyczne New-Yorku wykazały, że największą *długowiecznością* odznaczają się w tem mieście *żydzi*. pomimo, że stanowią oni biedniejszą klasę ludności.

(jw) *Lekarze na Daleki Wschód*. W d. c. powołani zostali następujący koledzy: Dawid Nissensohn (z Warszawy), Ludwik Bondy (z Łodzi), Ernest Beckmann (z Łodzi), Jurach (ze Szreńska, gub. Płockiej). Z Dalekiego Wschodu *powrócili*, zwolnieni wskutek choroby, kol.: Bronisław Dziurlikowski i Tadeusz Kurella.

(w) Wśród wziętych do niewoli po kapitulacji fortecy Port Artura znajdowało się 100 lekarzy („The Lancet“).

(w) Na placu boju w Mandżuryi raniony został Dr. Mikołaj Szestakow.

(w) Po przebyciu obleżenia w Porcie Artura powrócił do Warszawy za urlopem 2-miesięcznym kol. Aleksander Zamenhof.

Zmarli: D-r Michał Poletyka w Lutym r. b. w Mukdenie. D-r Władysław Białkowski w Krakowie w wieku lat 46.

Sprostowanie. W zeszycie 5-ym na str. 181 mylnie w rubryce **Zmarli** podano imię D-ra Stanisława Święteckiego.

Nadesłano do Redakcyi:

D-r Joseph v. Jaworski: Über die Bedeutung der subcutanen Injektionen von Serum artificiale bei der Puerperalintektion. (Odbitka z Centralblatt für Gynäkologie. Nr. 45. 1904).

D-r Joseph v. Jaworski. Der Gebrauch des galvanischen Stromes mit Kolpeuryse als Behandlungsmethode der chronischen Inversionen der Gebärmutter. (Odbitka z Centralblatt für Gynäkologie. Nr. 51. 1904).

D-r J. Polak. Najpierwsza sprawa w programie społecznym. (Odbitka ze Zdrowia, Z. I, 1905).

Sprawozdanie miejskiego Biura sanitarnego w Buczaczu za rok 1904.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Марта 1905 г.

PRAWDZIWE

Wody mineralne „Normalne“

Prof. D-ra W. Jaworskiego.



Stosując się do życzenia firmy „Motor“ stwierdzam niniejszym, że do wyrobu wód mineralnych normalnych mego pomysłu według oryginalnych przezemnie opracowanych przepisów, jako też według moich wskazówek fabrykacji, upoważniłem aktem rejentalnym przed Rejentem A. Wolskim za № 1504 Warszawskie Towarzystwo Akcyjne „Motor“ w Warszawie, na Królestwo Polskie i dziesięć guberni zachodnich Cesarstwa.

Wszystkie zatem ogłaszane przez inne firmy fabrykaty, pod nazwą Wód Normalnych D-ra W. Jaworskiego, wyrabiane są bez mego upoważnienia i kontroli; zechcą więc p. p. Lekarze, życzący w praktyce swojej stosować wody normalne mego pomysłu, zwracać się łaskawie, — oraz wskazywać jedyne ich źródło w Królestwie Polskiem Warsz. Tow. Akc. „Motor“, które przyjęło na siebie gwarancję ścisłego wykonywania wyrobów według moich przepisów i wskazówek.

W Krakowie dnia 1 Lutego 1905 r.

Prof. Dr. Jaworski.

APTEKA E. GESSNERA

w WARSZAWIE

poleca następujące preparaty własnego wyrobu

Dragées	Acidi arsenicosi	0,001
"	Arsycodile	0,025.
"	Blaudi minor	
"	"	" c. Arsen 0,001
"	Blaudi major	
"	Blaudi major	c. Arsen 0,001
"	Camphor bromat	0,05
"	Chinini muriat et sulfur	à 0,05
"	Extr. Cascar. Sagrad.	fl. 0,5
"	Extr. hydrast. Canad.	fl. 0,5
"	Ferri albuminat	0,05
"	Gujacol.	0,05
"	Gujacol.	0,05 c Arsen 0,001
"	Hydrastinin. hydrochlor	0,025
"	Kreosoti fagi	0,03—0,05—0,10—0,15
"	"	" 0,05 - 0,10 c. Arsen 0,001
"	Pepsini	0,05 (c. acid. muriat)

oraz wiele innych. Cenniki na żądanie gratis i franko.

Sapo rusci liquid Lassari, używane przez prof. Lassara do zmywania głowy.

Maście w cewkach szklanych z podziałem na grammy (*ad tubam graduatam*), wygodne do wydawania maści jak:

Ung. hydrarg. ciner. c. Resorbino pti 33%

" " " " " " " **50%**

Ung. hydrarg. ciner. Ph. Ross. III pti. 33% (c. adipi pti).

" " " " " " " **50%**

Każda cewka, zawartości 30₀ lub 15₀, zaopatrzoną jest w stempelek, za pomocą którego można wypchnąć wskazaną ilość maści.

Kefir. Czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzany na mleku niezbianem i przegotowanym. **Grzybki kefirowe** mokre i suche.

Praktyczne wskazówki (wydanie własne), przyrządzania kefiru.

Skład Narzędzi Chirurgicznych i Aparatów Leczniczych

J. Rosenberga,

Warszawa, Marszałkowska № 125. TELEFON 2837.

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

NOWY ŚRODEK DO WŁOSÓW „KASTOLIN”

L. S. BEJLINA

różni się od istniejących dotychczas tego rodzaju środków tem, że
usuwa rozpoczynając się SIWIZNĘ.

Środek ten niszczy *łupież*, zapobiega *wypadaniu włosów* i wywołuje nadzwyczajnie *szybki ich porost.*

Po kilkorazowym użyciu dają się zauważyć zjawienne skutki użycia „Kastolinu“.

Cena flakonu 2 rb. 60 kop.

Hurtownikom odpowiedni rabat.

Towar wysyła się za gotówkę lub za zaliczeniem.

Skład główny: L. S. BEJLIN

Warszawa, Marszałkowska 49.

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.

Magistra A. Bukowskiego

APTEKA i PRACOWNIA CHEMICZNA Marszałkowska 54. Poleca:

Jecorol. Syrop jodo-taninowy z fosforem. Przetwórc ten stosuje się dzieciom i dorosłym zamiast nieprzyjemnego w smaku i szybko jęlczejącego tranu. **Sprzedaż tylko w oryginalnych flakonaah z marką ochronną zatwierdzoną przez Ministra finansów za Nr. 16250.** Cena flakonu 75 kop.

Ferratol. Syrop żelazisty bez smaku żelaza, nie wpływa ujemnie na trawienie, zawiera 0,02 gm. żelaza w łyżeczce od herbaty. Zaleca się szczególnie dla dzieci, osłabionych i niedokrwistych. Cena flakonu 75 kop.

Sirupus Thymi compositus. Syrop tymiankowy stosuje się zamiast Pertusiny niemieckiej—przy wszelkich objawach kaszlu i w wypadkach utrudnionego wydzielenia się płwociny. Cena flakonu 60 kop.

Wszelkie przetwory firmy Parke, Davis et Co: Adrenalina, pastylki Cascara Sagrada, Cascara Evacuant, Euthymol i t. p.

Zakład-chirurgiczno-ortopedyczny,

i pracownia przyrządów-ortopedycznych

D-ra REICHSTEINA

Warszawa, Twarda 10, Telefonu 4217.

I Choroby nosa, jego zatok,

oraz jamy Nosogardzielowej.

II Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku

z licznymi rysunkami są do nabycia po rub. 2 i 3 (studenci za pół ceny) u autora-wydawcy

D-ra JANA SĘDZIĄKA—Erywańska 10.

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.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

