

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Przypadek znacznej wielkości włókniaka tłuszczakowego. Przez D-ra F. Jawdyńskiego. Sprawozdanie roczne z działalności lekarskiej Zakładu Ginekologicznego. Podane przez współwłaścicieli-ordynatorów Zakładu.—**Kazuistyka.** Dwa przypadki ran wielkich naczyń. Podał Dr. A. Grünbaum.—**Streszczenia i przekłady.** 1. Zakrzep septyczny w bocznych zatokach mózgowych. 2. Przypadek raka twarzy. 3. O leczeniu gruźlicy kreozotem.—**Odczyty.** M. Flaum. O różnicy chemicznej pomiędzy białkiem właściwym, albumozą i peptonem. Przełożył Dr. A. Fruchtman.—**Wiadomości bieżące.**—**Ugłoszenia.**

## Przypadek znacznej wielkości włókniaka tłuszczakowego (fibro-lipoma) operowanego w szpitalu Praskim Przez D-ra F. Jawdyńskiego.

W dniu 21 Stycznia r. z. kol. DOBRZYCKI przedstawił na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. chorego ze znacznej wielkości guzem na szyi. Pod względem kazuistycznym przypadek ten nie był pozbawiony interessu, i z tego względu treściwy opis onego oraz rysunek tu podajemy.

Jan Bieliński lat 45 liczący, gajowy z lasów Sławuckich, obserwowany przez czas dłuższy przez d-ra PRZESMYCKIEGO, zauważył, mniej więcej przed laty dziesięciu, po nad więciem mostkowym guz wielkości orzecha włoskiego. Guz ten był nieco spłaszczony, dość twardy. Po upływie roku lub nieco więcej, guz doszedł wielkości jaja kurzego, a w trzy lata później, wielkości dużej pięści. Z postępem czasu guz przybierając coraz więcej na wadze opuszczał się ku dołowi i napręzał coraz silniej skórę, która wyłącznie, bez innych utworów stanowiła szypułę guza. Guz przy nacisku wcale nie był bolesny, a jedyną dolegliwością jaką choremu sprawiał, było uczucie palenia w dolnym odcinku guza, prawdopodobnie skutkiem silnego rozciągnięcia skóry. Gdy guz doszedł bardzo znacznych rozmiarów, swym ciężarem coraz więcej zaczął chorego niepokoić; operacya okazała się jedynym środkiem. Chory budowy ciała prawidłowej, średniego odżywiania, zdrów zupełnie, przedstawiał, w chwili przedoperacyjnego badania, opisany powyżej guz prawie na samym środku górnej części klatki piersiowej spoczywający, na skórze wiszący. Guz w całości skórą był pokryty, a która z szyi przechodzi na przednią jego powierzchnię, pokrywa go w całości, otacza całą jego powierzchnię tylną i na wysokości więcia mostkowego przechodzi w skórę pokrywającą klatkę piersiową. Tym sposobem utworzoną została fałda guz podtrzymująca, mająca w swej szerokości od 6-8 cemm., a w wymiarze przedniotylnym 3 cemm. Skóra, do utworzenia szypuły guza się przyczyniająca nie nieprawidłowego nie przedstawiała. Wśród szypuły tej można było wyczuć dość grube, tętniące pnie naczyniowe. Guz w ogólnej massie przypominał swym kształtem mózg prawie dorosłego człowieka, zewnętrznymi zaś obrysami olbrzymio zwiększony gruczoł tarczowy. Powierzchnia guza przedstawiała pewne falistości, a przy ugniataniu i obmacywaniu wyczuć w nim można było jużto twarde i sprężyste, już

też nieco miększe części. Konsystencya więc onego nie była jednostajną. Co do wielkości guza, to największy jego wymiar, mianowicie obwód w kierunku poprzecznym, wynosił 36 cemm.; obwód zaś podłużny cemm 32. Z załączonego rysunku oraz podanych wymiarów przekonać się można, iż guz przedstawiał znaczną wielkość, sięgając dolną swą częścią dołka serewego. Skóra guz pokrywająca nieco ścięczona, z przeświecającymi przez nią grubemi pniami żylnemi; w niektórych miejscach luźno, w innych mocniej z guzem spojona



Fig. 1.

i z trudnością tylko przesuwając się dająca. Przednia powierzchnia guza bardzo wydatna, falista, gdy tylna na klatce piersiowej, ściślej: na kości mostkowej spoczywająca, przedstawiała się gładko, bez żadnych wydatności. Guz cały jako w worku skórny zawarty, i na rozciągliwej skórze wiszący, był zupełnie ruchomym, tak, iż można go było nawet ku górze unieść i jego powierzchnię przednią ku twarzy zwrócić. Sposób powstania guza i jego konsystencya czyniły prawdopodobnem rozpoznanie, iż w danym razie ma się do czynienia z nowotworem, którego częściami składowymi są: zbita tkanka łączna, że więc

jestto przeważnie włókniak, oraz, że części miękkie prawdopodobnie tkance tłuszczowej odpowiadają czyli, że klinicznie jestto włókniako-tłuszczak szypułowy: *fibro-lipoma pendulum*. Bez względu na budowę histologiczną, guz kwalifikował się do operacji, którą w dniu następnym w szpitalu Praskim wykonano. Cięciem poprzecznym, mniej więcej na wysokości dolnego brzegu gruczołu tarczowego, guz został odjęty. Jak się to dało przewidzieć, zaszła potrzeba podwiązania licznych i rozwiniętych znacznie naczyń, wśród których siedm było większych. Zagojenie nastąpiło pod jedynym opatrunkiem t. j. doraźnie (*per primam*) i Bieliński po 6 dniach pobytu w szpitalu udał się do domu. Waga guza wynosiła przeszło dwa funty, a badanie drobnowidzowe potwierdziło w zupełności przedoperacyjne rozpoznanie: guz składał się przeważnie ze zbitej tkanki łącznej. Pod względem kazuistycznym zwraca uwagę w danym przypadku, pomijając już wielkość guza i jego umiejscowienie, nadzwyczajne rozciągnięcie skóry. Guz, z początku wcale nie mający szypuły, w miarę swego wzrostu i zwiększającego się ciężaru, tak znacznie skórę rozciągnął, iż powierzchnia guz pokrywająca, ułożona na płaszczyźnie, znaczną zajęłaby przestrzeń, co najmniej  $\frac{3}{4}$  łokcia kwadratowego. Co się tycze aetiologii guza, która tak jak wogóle wszelkich nowotworów jest ciemną, to chory twierdzi, iż rozwinięcie się w mowie będącego guza poprzedził silny, przez czas dłuższy trwający kaszel. Że zjawisko to było tylko przypadkowem i nie miało przyczynowego związku z powstaniem guza, dowodzić byłoby zbyt.

## SPRAWOZDANIE ROCZNE z działalności lekarskiej Zakładu Gynekologicznego w Warszawie, przy ulicy Hortensya.

Podane przez współwłaścicieli-ordynatorów Zakładu.

Po rocznej działalności Zakładu naszego, przeznaczonego wyłącznie dla leczenia cierpień właściwych płci niewieściej, a przeważnie tych które wymagają operacyjnej pomocy, uważamy za stosowne podzielić się z kolegami osiągniętym nabytkiem, tak pod względem praktycznym jako też i naukowym. Zanim jednak przystąpimy do właściwego sprawozdania, winniśmy je poprzedzić treściwym opisem: lokalu, w którym Zakład nasz się mieści, urządzeń lekarskich oraz metody postępowania, jaką posługujemy się przed i podczas dokonywania rozmaitych rękoczynów operacyjnych.

Pomimo że posiadamy koncesyę na 20 łózek ogólnych i 10 w oddzielnych pokojach, dla braku jednak odpowiedniego lokalu, zmuszeni byliśmy otworzyć tymczasowo Zakład przy ul. Hortensya pod Nr. 9, w którym się mieści 11-cie łózek na salkach ogólnych, oraz 6-sé w oddzielnych pokojach. Rozkład salek i pokojów zakładu jest korytarzowy:

I. Na parterze mieści się: 1) Gabinet ambulatoryjny, dla udzielania rady lekarskiej chorym niezamożnym, codziennie od godziny 1-ej do 3-ej. 2) Gabinet w którym odbywa się miesięcznie gynekologiczne, oraz stosuje się elektryczność w cierpieniach właściwych kobietom. 3) Salka ogólna dla 5-ciu chorych.

II. Na pierwszym piętrze znajduje się: 1) Mieszkanie felczyrki. 2) Pokoik o 2-eh łózkach. 3) Sala operacyjna. 4) Salka ogólna dla 3-eh chorych.

III. Całe drugie piętro zajmują 4 pokoje oddzielne.

IV. Na trzecim piętrze jest salka o 3-ch łózkach, dla chorych cierpiących na przetoki; pozostała zaś część tego piętra przeznaczoną jest na mieszkanie dla służby zakładowej, oraz na skład rzeczy chorych w salkach ogólnych przebywających.

V. W suterrenach mieszczą się: łazienka, kuchnia, pralnia i piwnice.

Każde piętro posiada wygódkę, z urządzeniem kubłowym; do odwietrzania służy proszek otwocki.

Sala operacyjna o 2-ch oknach, wraz z podłogą cała olejno malowana. Dla uniknięcia zalania podłogi drewnianej i dolnego ubrania lekarzy podczas operacji, urządzony jest pod blatem stołu operacyjnego ruchomy zlew rynienkowaty, dostępny dla dokładnego oczyszczania go po każdej operacji. Oprócz tego stołu w sali operacyjnej mieści się stolik ruchomy do narzędzi (żelazny z blatami szklannymi), stół żelazny z blatem marmurowym, na materiały opatrunkowe i podręczne narzędzia, trzymane w kloszach szklanych, 2 irygatory stałe, umywalnia z kranem wodociągowym i umywalnia porcelanowa z wodą sublimatową ( $\frac{1}{1000}$ ), do wyjaławiania rąk przed operacją. Przewietrzanie sali uskutecznia się zapomocą 2-ch wentylatorów i górnych lufek w oknach.

Przed każdą poważniejszą operacją, szczególnie połączoną z otwarciem jamy brzusznej, cała sala operacyjna, oraz sprzęty w niej znajdujące się, zmywane są wodą sublimatową ( $\frac{1}{1000}$ ); a narzędzia tępe podlegają wygotowaniu w wodzie przekroplonej. Podczas operacji bez otwarcia jamy brzusznej, używamy wody sublimatowej ( $\frac{1}{1000}$ ), oraz kulek z waty opatrunkowej, zwilżonej w wodzie sublimatowej ( $\frac{1}{2000}$ ). Do opatrunków w pochwie i we wnętrzu macicy stosujemy gazę jodoformową 20%, stale pozostającą w wodzie sublimatowej ( $\frac{1}{2000}$ ). Przy operacjach więc pochwowo macicznych posługujemy się metodą przeciwnilną (*antiseptica*).

Podczas operacji połączonych z otwarciem jamy brzusznej, używamy kulek z waty, powleczonych gazą odtłuszczoną; kulki te, materacyki Billroth'a oraz serwety, bezpośrednio przed operacją wygotowują się przez  $\frac{1}{2}$  godziny w wodzie przekroplonej, lub w 2% roztworze kwasu bornego. Zatem podczas operacji połączonych z otwarciem jamy brzusznej, stosujemy tylko metodę bezwzględnej czystości (*met. aseptica*).

Ranę po cięciu brzusznej zasypujemy proszkiem jodoformowym, przykrywamy gazą sublimatową, jodoformową, dalej watą opatrunkową i zwyczajną.

Gaza jodoformowa przed użyciem do opatrunku stykającego się z błoną brzusznią (*extirpatio uteri vaginalis*), wygotowuje się w małej ilości wody przekroplonej.

Nici jedwabne używane do szwów i podwiązania naczyń (ligatury), po wygotowaniu, stale są utrzymywane w wodzie sublimatowej ( $\frac{1}{2000}$ ).

Katgut preparujemy podług metody LANDERER'A i pozostawiamy w roztworze wysokowym sublimatu ( $\frac{1}{500}$ ).

Posługując się, w wyżej podanym stopniu, metodą przeciwnilną przy operacjach maciczno-pochwowych, nie zauważyliśmy ani jednego przypadku wzbudzającego podejrzenie o zatrucie sublimatowe lub jodoformowe.

Do znieczulania ogólnego używamy chloroformu oczyszczonego w Warszawie, podług metody prof. MENTIN'A. Godnem jest uwagi to, że  $\frac{1}{3}$  ogólnej liczby chorych znieczulonych zapomocą tego chloroformu, nie podległa wymiotom, pomimo że w tej liczbie są dwie chore na których wykonano operacje połączone z otwarciem jamy otrzewnej (*ovariotomia, extirpatio uteri*).

Podanie tych przedwstępnych wiadomości uważaliśmy za niezbędne w celu uniknięcia powtarzania, przy każdym dziale dokonanych operacyj, jaka metoda przeciwna była stosowana, oraz jakie środki opatrunkowe w danym przypadku były użyte. W tym samym celu pozostaje tu jeszcze do nadmienienia, że operacje były dokonywane wyłącznie przez członków założycieli Zakładu, stosownie do tego, do którego z nich chora udawa się o pomoc; pozostali zaś członkowie asystowali operatorom w liczbie potrzebnej w danym przypadku operacyjnym.

W ubiegłym roku, licząc od dnia otwarcia Zakładu w dniu 12 Października 1890 roku, do tegoż dnia i miesiąca 1891 roku, wstąpiło chorych do Zakładu 142.

a) Wyszło z Zakładu bez leczenia, z powodu niezgodzenia się na operację postanowioną (*fistula vesico-vaginalis*, *atresia uteri post endometr. dissecans*, i 2 przypadki *endometritidis granulosa*) 4.

Z pozostałych 138 chorych leczyło się:

b) Środkami wewnętrznymi i zewnętrznymi, przy ostrym przebiegu spraw zapalnych (*para-et perimetritis acuta*) 4.

c) Środkami wewnętrznymi i zewnętrznymi w połączeniu z przestrzykiwaniami pęcherza (*cistitis catarrhalis*) 1.

d) Stałymi natryskami pochwowymi, zapomocą przyrządu o podwójnym biegu wody, w połączeniu ze środkami wewnętrznymi, oraz zewnętrznymi, jako to: kąpielami, okładami etc. (*para et perimetritides chron. oophoritis chronica*) 6.

e) Mięśnieniem ginekologicznym, podług metody THURE-BRANDT'A, w połączeniu ze stałymi natryskami pochwowymi (*para-et perimetritides chronicae retroversiones uteri fixatae*) 4.

f) Mięśnieniem ginekologicznym, naprzemian z faradyzacją pochwową, przy jednoczesnym stosowaniu stałych natrysków pochwowych, z powodu wysięku zapalnego, w kształcie guza wielkości jaja kurzego, ściśle połączonego z tylną powierzchnią macicy, oraz zapalenia mięszonego jajnika prawego. (U tej chorej, w 4 miesiące po wyjściu z Zakładu, rozpoznano ciążę trzymiesięczną, po 8 letniej niepłodności, przyczem tylko ślady wysięków dały się wyczuć) 1.

g) Obserwacje przy charakterze rakowatym, gdzie złośliwy nowotwór przeszedł z macicy na pochwę, kışkę prostą oraz tkankę łączną otaczającą macicę 2<sup>1)</sup>.

Z tego pierwszego nieoperacyjnego działu, wszystkie chore (16), z wyjątkiem 2-eh ostatnich (g) i 4-eh pierwszych (a) wyszły z Zakładu uleczone, lub ze znaczną poprawą w stanie swego zdrowia.

Resztą 120 chorym uskuteczono w Zakładzie następujące rękożyny operacyjne:

1) Wyłuszczenie zropiałych gruczołów chłonnych z pachwiny lewej (*adenitis inguinalis supurativa*). Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, wypisaną została zdrową, po 13 dniach pobytu w Zakładzie.

2) Odjęcie prawej wargi sromnej małej, przy zwyrodnieniu jej rakowatym (drobnow. badanie dr. PRZEWÓSKI). Rychłozrost. Stan pooperacyjny bezgorączkowy. Wyszła zdrowa po 8 dniach pobytu w Zakładzie.

1) Antipiryna w dawkach 0.7, zadawana 2 do 3-eh razy na dzień, okazała się dzielnym środkiem, kojącym dokuczliwe bóle, w tym rozpaczliwym stanie chorych.

3) Odjęcie prawej wargi sromnej małej wraz z torbielą, wielkości cytryny, wypełnionej śluzową gęstą wydzieliną <sup>1)</sup>. Rychłozrost. Przebieg bezgorączkowy. Wyszła zdrowa po 4-ch dniach pobytu.

4) Wycięcie licznych ostrych łepieży (*condylomata accuminata*), umiejscowionych na powierzchniach warg sromnych, z jednoczesnym łyżeczkowaniem wnętrza macicy, przy nieżycie jej błony śluzowej. Przebieg bezgorączkowy. Wypis. zdr. po 27 dniach pobytu.

5) Doszczętnie wycięcie błony dziewiczej, wraz z jej nasadą i strzępami (*carunculae myrtiformes*), z obszyciem katgutowym, przy nadeżalności sromu (*vaginismus*), z jednoczesnym łyżeczkowaniem wnętrza macicy, przy nieżywym stanie jej błony wewnętrznej. Rychłozrost. Przebieg bezgorączkowy. Wyszła zdrowa po 14 dniach.

6) Odjęcie włókniaka (*fibroma molluscum*), wielkości jaja gołębiego, wystającego ze wzgórka łonowego, oraz wycięcie polipa będącego w rozpadzie, a pochodzącego z wnętrza macicy. Rychłozrost. Przebieg bezgorączkowy. Wypis. zdr. po 14 dniach.

7) Wyluszczenie zropiałego gruczołu BARTHOLIN'A, wielkości jaja kurzego, u kobiety ciężarnej w 5-ym miesiącu. Szew piętrowy z katgutem, powierzchowny jedwabny, węzełkowy. Cięża nie uległa przerwaniu. Gojenie się częściowe przez ziarninę (*per secundam*), gdyż z powodu zcieńzonej błony śluzowej nastąpiło częściowe jej obumarcie. Przebieg bezgorączkowy. Wypis. zdr. po 27 dniach pobytu.

8) Zeszyte zadawnionego pęknięcia krocza (*perineorrhophia secundaria*), podług sposobu LAWSON-TAIT'A, jednocześnie z łyżeczkowaniem wnętrza macicy, przy nieżycie jej błony śluzowej. Rychłozrost. Przebieg bezgorączkowy; zdrowa po 29 dniach.

9) Zeszyte zadawnionego pęknięcia krocza, przy którym płat był wycięty podług sposobu LAWSON-TAIT'A, lecz następnie przedłużony w kształcie trójkąta ku górze, do  $\frac{2}{3}$  części długości pochwy i całkowicie wycięty, w celu zwięzienia zbyt szerokiej i opadniętej tylnej ściany pochwy. Szew głęboki z katgutem, kuśnierski, powierzchowny (na błonę śluzową) z jedwabiu, węzełkowy. U tej samej chorej amputowano poprzednio przerosłą i wywiniętą wargę przednią macicy, podług metody piramidalnej. Wierzchołek trójkątnej piramidy zwrócony był ku sklepieniu przedniemu pochwy, podstawa ku wierzchołkowi części pochwowej. Rychłozrost części pochwowej i krocza. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Wypis. zdrowa po 17 dniach pobytu.

10) Wydłużenie wrodzonej krótkiej pochwy, przy zarodkowej macicy (*uterus rudimentarius imperforatus*), zapomocą cięcia poprzecznego sklepień pochwy z następnym obszyciem brzegów. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Wypis. z poprawą po 15 dniach pobytu.

11) Zeszyte przedniej ściany pochwy po wycięciu owalnego płata (*colporrhaphia anterior*), przy jej opadnięciu i wypuklinie pęcherza moczowego (*cistocoele*). Szew piętrowy i powierzchowny z katgutem, kuśnierski. Rychłozrost na całej przestrzeni, z wyjątkiem 2 centim. przy cewce moczowej, gdzie brzegi rany rozeszły się i zagoiły przez ziarninę. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Wypis. zdrowa po 34 dniach pobytu.

<sup>1)</sup> Podług d-ra Przewońskiego, torbiel ta powstała z przemieszczonego do wargi małej gruczołu Bartholin'a, gdyż powierzchnia wewnętrzna worka była wysłana nabłonkiem słupkowatym.

12) Zeszycie przedniej i tylnej ściany pochwy, wraz z zeszcyciem krocza, amputacją siodełkową części pochwowej i łyżeczkowaniem wnętrza macicy, przy wypadnięciu przerosłej i wydłużonej szyi macicznej (*prolapsus colli uteri hypertrophici*), wypuklinie pęcherza i кишки prostej (*cistocele et rectocele*), pęknięciu krocza zaniedbanem, oraz nieczyście błony śluzowej macicy. Szew ciągły piętrowy na ściany pochwy i krocz z katgutem; szwy powierzchowne, łączące brzegi błony śluzowej pochwy i płaty części pochwowej z jedwabiu, węzłkowe. Rychłozrost. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Wyszła zdrowa po 28 dniach pobytu.

13) Zeszycie przetoki odbytnico-pochwowej (*operatio fistulae recto-vaginalis*). Szerokie okrwawienie brzegów przetoki. Głęboki szew katgutowy, powierzchowny jedwabny, węzłkowy. Rychłozrost. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Wypis. zdrowa po 17 dniach pobytu.

14) Zaszycie przetoki pęcherzo-pochwowej (*fistulorrhaphia vesico-vaginalis*). Przetoka ta zajmowała całe przednie sklepienie pochwy. Do operacji był użyty wziernik prof. NEUGEBAUER'A. Moczowód prawy, uwidoczony podczas okrwawiania brzegów przetoki, wyminęło przy zakładaniu szwów i skierowano do wnętrza pęcherza. Szew metalowy, zdjęty po 10-iu dniach. Rychłozrost. Stan pooperacyjny bezgorączkowy. Wyszła zdrowa po 25 dniach pobytu.

15) Zaszycie przetoki pęcherzo-maciczo-pochwowej (*fistula vesico-utero-vaginalis*). Przetoka znajdowała się w przednio-lewym sklepieniu pochwy; od strony macicy posiadała brzeg twardy bliznowy, utworzony ze strzępów części pochwowej, zniszczonej podczas porodu. Dwukrotne okrwawianie i łączenie, zapomocą szwów jedwabnych, zwyrodnionych szczątków szyi macicznej, nie osiągnęło celu, gdyż po upływie 4 do 5-ciu dni po operacji wytworzyła się przetoka, łącząca pęcherz z kanałem szyi macicznej. Ponieważ macica była w stanie zaniku (4 centim.) i nie dawała się zbliżyć do otworu sromnego, a miesiączkowanie odbywało się co 6 tygodni, w bardzo małej ilości, zaszyto przeto otwór maciczny, który się zagoił doraźnie. U tej samej chorej, po zagojeniu się przetoki, dokonano zeszcycia zadawnionego pęknięcia krocza, podług metody LAWSON-TAIT'A. Rychłozrost. Stan pooperacyjny bezgorączkowy. Wyszła zdrowa po 84 dniach pobytu w zakładzie. (d. c. u.)

## K A Z U I S T Y K A.

### Dwa przypadki ran wielkich naczyń.

PODAŁ DR. A. Grünbaum.

I. Stójkowy S. O., odprowadzając 30. VI. 1890 r. o godzinie 8 $\frac{1}{2}$  wieczorem szeregowca do aresztu w Cytadeli w Warszawie, został przez tego ostatniego już tam na miejscu, t. j. na ciemnym korytarzu napadnięty i ranny w trzech miejscach, mianowicie: w szyję, twarz i lewe ramię. Rany zadane były ostrzem seyczoryka. Krwawienie z rany szyi było tak silne, że pojawiający się w tej chwili na miejscu zbrodni dyżurny oficer zwątpił, czy służba zdąży ranionego żywym donieść do szpitala, który o kilkadziesiąt zaledwie oddalonym jest kroków. Przyjmujący go dyżurny kolega, widząc takie straszne krwawienie, zamknął od razu za pomocą palców brzegi rany, na które następnie znaczny stosował ucisk dopóty, dopóki nie przygotowano mu musli-  
nu jodoformowego, waty i bandaży w odpowiedniej ilości. Otrzymawszy wspomniane przedmioty opatrunkowe, zatamponował ranę tak mocno, o ile tylko

miejscowe na to pozwalały warunki i obandażował szyję, poczem natychmiast przysłał do mnie feleczera z zawiadomieniem o zaszłym wypadku, z prośbą o niezwłoczne przybycie w celu podwiązania krwawiących naczyń. Nieszczęście chciało, że tego wieczoru silnie zaniemogłem i mocno gorączkując, nie mogłem nawet myśleć o stosowaniu się do wyrażonego życzenia. Ranionego tedy, ponieważ krwawienie pod wpływem tamponu w zupełności ustało, pozostawiono na noc pod ścisłą tylko opieką zupełnie w spokoju. Gdy zaś o 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> rano wystąpiły u chorego krwawe wymioty, po których krew zaczęła znowu, aczkolwiek w niewielkiej ilości, ale bezustannie sączyć się z pod opatrunku; przysłano znowu do mnie z zawiadomieniem, że raniony jeszcze żyje i z prośbą o natychmiastowe przybycie. Czując się nieco lepiej, uczyniłem też niezwłocznie zadosyć słusznemu temu żądaniu i o godzinie 5 rano już byłem na miejscu, gdzie ranionego już na operacyjnym znalazłem stole. Przy pierwszym tedy obejrzeniu chorego, mogłem się przekonać, że mam przed sobą subiekta nader silnej budowy, lat około 28, który nadzwyczaj dużo krwi stracił. Tętno małe i słabo napięte, ilość uderzeń około 100 na minutę. Chory przytomny, nadzwyczaj błydy, bardzo osłabiony i niechętnie odpowiadał na pytanie. Ułożywszy ranionego zupełnie poziomo i uspiwszy go, przystąpiłem do zdejmowania opatrunku i oczyszczania rany ze skrzepów. Ponieważ zaraz po odwiązaniu szyi, zauważyłem, że rana zaczyna się tuż przy brzegu wewnętrznym mięśnia mostko-sutkowego prawej strony, na wysokości mniej więcej górniego rogu chrząstki tarczowej, i że najniezawodniej trzeba będzie szyjową wspólną podwiązać tętnicę (*carotis communis*), postanowiłem jeszcze przed całkowitem wydobyciem tamponu rozszerzyć znalezione cięcie na dwa centymetry ku dołowi w kierunku wewnętrznego brzegu wspomnianego mięśnia, co też zaraz uskuteczniłem. Odszukawszy tedy *tuberculum carotideum*, postawiłem jednego z asystujących mi kolegów dla wykonania odpowiedniego ucisku na tętnicę szyjową wspólną ranionej strony, a sam przystąpiłem do ostrożnego wydobywania pozostałego jeszcze w ranie tamponu. Otóż od razu muszę powiedzieć, że ku wielkiemu mojemu przestraszowi, po pierwszym zaraz rozluźnieniu tamponu, buchnęła z rany taka masa krwi tętnicznej i żyłnej, że byłem pewnym, iż oba te główne pnie szyjowe, t. j. *carotis* i *jugularis communis* są przecięte. Całkowite tedy wydobywanie reszty tamponu i zatamowanie krwawienia do pewnego chociaż stopnia zapomocą palców lewej ręki, wprowadzonych do głębi rany, było dziełem jednej chwili. Po rozjeźrzeniu się tedy w ranie, udało mi się od razu spostrzedz światło jednej z większych tętnic szyi. Tętnicą tą był, jak się potem okazało, odśrodkowy odcinek *art. thyroideae sup.* Na zasadzie więc tej wskazówki, jak również na zasadzie topograficznego położenia zadanej rany, musiałem przyjsć do wniosku, że prawdopodobnie i inne ranione naczynia pochodzą z tętnicy dotwarzowej. Bezpośrednie jednak odszukanie każdej ranionej tętnicy oddzielnie było po prostu zadaniem niemożliwym do spełnienia. Najmniejsze bowiem poruszenie palcami lewej ręki wywoływało takie gwałtowne krwawienie, że całe pole operacyjne natychmiast krwią się zalewało. Znajdując się więc w tak krytycznym położeniu i powodując się wyżej przytoczonymi topograficznymi stosunkami, postarałem się zapomocą tegoż narzędzia jak najdokładniej odseparować w górnym kącie rany wspomnianą tętnicę dotwarzową (*carotis externa*) i uchwycić ją za pomocą pincety tuż nad rozdwojeniem tętnicy szyjowej wspólnej. Ujawszy tedy tę ostatnią, w taki sposób uchwyconą, mogłem się przekonać: 1) że bezpośrednio nad pincetą widać światło przeciętej tętnicy tarczowej górnej, w odstępnie około 5 mm. od jej początku; 2) że krwawienie tętnicze prawie w zupełności ustało i 3) że po rozluźnieniu palców lewej ręki występuje jeszcze bardzo silne krwawienie, ale tylko żyłne. Podwiązanie więc *art. thyroid. sup.*, jak również jej odśrodkowego odcinka, niezwłocznie wykonaniem zostało. Pozostało tedy jeszcze załatwić się z krwawiącą żyłą. Że zapomocą palców uciskałem żyłę szyjową wewnętrzną i że rana w tej ostatniej nie miała kierunku poprzecznego lub ukośnego, lecz podłużny, t. j. równoległy do osi ciała, już mogłem się stanowczo przekonać. Odejmując z nadzwyczajną ostrożnością każdy palec z osobna, zaczynając od góry, natrafiłem na ranione miejsce, którego światło udało się



zapomocą dwóch hemostatycznych pincet, jak najszczelniej zamknąć i ostatecznie przerwać w zupełności krwawienie. Otwór ten miał, jak już wspominałem, kierunek podłużny, długości około 3—4 mm. Wobec więc nieznacznej wielkości tej rany i, że tak powiem, luźności ranionej ściany żyły, postanowiłem — nie decydując się na podwójną ligaturę z wycięciem ranionej części, t. j. na rękoczyn, który w następstwie musi być co bądź nader poważne wywołać zakłócenia w mózgowym krwiobiegu — ścienną nałożyć ligaturę. Na podwiązanie *carotidis comm.*, lub na pozostawienie w ranie pincet hemostatycznych, jak niektórzy chirurdzy w podobnych postąpili przypadkach, w żaden sposób zgodzić się nie mogłem.

Pierwszy bowiem sposób, mimo, że nader poważnym jest rękoczynem, bardzo mało lub wcale nie zabezpiecza od następowego krwawienia. Drugi zaś sposób, t. j. *forápressura* wcale, jak mi się przynajmniej zdaje, na mało sposobu nie zasługuje, i tylko w ostatecznie rozpaczliwych przypadkach można z niego korzystać. Nałożenie ścienniej ligatury w danym przypadku udało mi się zresztą w nader łatwy przeprowadzić sposób. Nachyliwszy nieznacznie głowę chorego w stronę ranioną, uniosłem obie pincety, zamykające otwór rany, tak, że w tem miejscu dosyć znaczna utworzyła się wyniosłość, którą z łatwością podwiązałem. Muszę jeszcze dodać, że tętnica językowa i żyła odtwarzowa były w jednym miejscu dosyć dobrze odpreparowane, ale nigdzie nieuszkodzone.

Zalotwiwszy się z krwawieniem, wypadło zbadać dokładnie samą ranę. Rana, jak już miałem możność poprzednio przekonać się, miała postać litery T; kierunek stykających się z sobą ciętych ran był następujący: mniejsza znajdowała się tuż przy wewnętrznym brzegu mięśnia mostkowo-łukowego, miała kierunek równoległy z tym ostatnim, długości około dwóch pół centymetrów i znajdowała się na takiej wysokości szyi, że górny róg prząstki tarczowej dzielił ją prawie na dwie równe części; druga, większa, miała kierunek ukośno-poprzączny, t. j. zaczynała się prawie od środka tylko opisanego podłużnego cięcia, podnosiła się w górę w okolice nadgnykowej, kończyła się na środku żuchwy dolnej po lewej stronie. Prawy wielki róg koźnykowej odcięty był od jej ciała. Rozmaitość brzegów obydwóch tych była nader znaczna. Dolny brzeg przedstawiał się w postaci szerokiego wołu ku dołowi wywracającego się płata; górny zaś brzeg był ukośnie ścięto-połączony ze znajdującymi się pod nim nienaruszonymi warstwami skóry, jakie znajdowały się w dolnym tym oddzielnym płacie, były następujące: posrodku ciała i lewy wielki róg kości gnykowej; pod nią, łącząc brzośko od tyłu ku przodowi, *ligam. thyreo-hyoideum med. et later. sin.*; mięśnie: mostko- i mostko-gnykowe, górne brzuszce mięśni łopatkowo-gnykowych, *platysma myoid.* i skóra; nad nią: brzuszce przedni prawego mięśnia mostkowo-łukowego, skośnie przecięte *m. myo-et genio-hyoid.*, prawej i lewej stroń, więzidła i t. d. Jama gardzieliowa zasłonięta była tylko więzidłem tarczowym. Odcięty prawy róg kości gnykowej był odciągnięty nieznacznie w górę i nazewnątrz. Głębokość rany była w rozmaitych miejscach najgłębszą w trójkącie *carotidis communis*, a najbardziej powierzchwną na środku żuchwy dolnej lewej strony. Rany przelyku lub gardzieli, która krew przedostawała się do żołądka, w żaden sposób odszukać nie mogłem. Ponieważ powierzchnie rany były zarówno zaraz po ranieniu, jak i po operacji mocno turbowane, przeto też o zeszyciu brzegów nie mogłem myśleć. Żeby dać mogącej się zebrać pod *m. sterno-cleido-mastoid.* wydzielony odpływ, przeprowadziłem wzdłuż jego zewnętrznego brzegu cięcie, długości około 3 ctm. Nałożenie opatrunku i obandażowanie rany miałem z nadzwyczajną przeprowadzić ostrożnością. Chory bowiem w skutek silnej krwi utraty, jaka miała miejsce zaraz po zranieniu go i podczas operacji, znajdował się w tak beznadziejnym stanie — tętno było tak drobnem, że w pierwszej chwili miałem zamiar zastrzyknąć mu do żył 0.6% roztworu soli kuchennej. Nie chcąc jednak od razu podnosić, szczególnie w obecności matnich, bocznego ciśnienia, postanowiłem, po ułożeniu go poziomo, ograniczyć się na enteroklyzach i na podawaniu wewnątrznie analeptyków.

kilku dni skóra twarzy i błona śluzowa warg stały się mniej blademi, fala tętna była prawie prawidłową i chory przy podnoszeniu głowy nie doznawał zawrotów. Pierwsze stolce, które nastąpiły 3 dnia po zranieniu, zawierały w sobie dosyć sporą ilość skrzepłej krwi. 8. VII. pierwsza zmiana opatrunku. Ranione powierzchownie zdrową pokryły się ziarniną. Najmniejszego śladu krwawienia. Wydzielina prawie żadna. Gojenie się rany w następstwie szło powoli, ale pewnym krokiem naprzód, tak, że ku końcowi Lipca cała prawie rana była już zabliźnioną. 16. VIII. chory wypisał się ze szpitala i do swojego pierwotnego wrócił zajęcia. O innych ranach, jakie u tego chorego spostrzegłem, ponieważ nie szczególnego nie przedstawiały mówić tu nie będę.

Nie wątpię, że opisany przypadek jest przynajmniej, jak mi się zdaje, w całej literaturze ran szyi unikatem. W tym bowiem przypadku widziemy: a) że, pomimo istnienia ran dwóch wielkich naczyń, zapomocą szybkiej i szczęśliwie przeprowadzonej tamponady udało się, aczkolwiek nie w zupełności, ale zawsze skutecznie, przerwać śmiertelne zazwyczaj krwawienie. Mówię: „nie w zupełności“, gdyż zbieranie się krwi w żołądku, która następnie wydzieloną została nazewnątrz zapomocą wymiotów i przez kiszkę stołcową, pokazując, że ta ostatnia sączyła się z ranionych naczyń, lecz nie mogąc się wydostać na zewnątrz, przeciekała przez ranę — prawdopodobnie w przelyku—do żołądka. Określić jednak ilość krwi, jaką chory przez ten czas w taki sposób utracił i jakie naczynie krwawiło, było dla mnie przynajmniej rzecz niemożliwą. Mogę tylko powiedzieć, że utrata ta była nader znaczną, gdyż anemija, jaką przy pierwszym zaraz obejrzeniu chorego spostrzegłem, w nader groźny przedstawiła mi się sposób; b) że przy nie dużych kłutych ranach żyły szyjowej wspólnej, jeżeli tylko dosyć swobodny mamy do niej przystęp, jak to w naszym przypadku miało miejsce, należy raczej ścienną stosować ligaturę, niżeli podwójne jej podwiązanie z wycięciem ranionej części. Takie bowiem podwiązanie najmniejszego nie wywołuje w następstwie zakłócenia w krążeniu krwi mózgowia.

**Przypadek II.** Artylerzysta - S. Ch., znalazłszy 4 Września z. r. na Rembertowskim polu rakietę, rzucił ją dla zabawy do pieca, w którym tlił się ogień. W kilka chwil potem silna nastąpiła eksplozja i wspomniany artylerzysta ranionym został w prawe udo. Znajdujący się na miejscu pułkowy lekarz zatamponował krwawiącą ranę zapomocą muslinu jodoformowego i unieruchomiwszy uszkodzoną nogę za pomocą deszczulek, odesłał go do szpitala w Cytadeli w Warszawie. Ponieważ uszkodzona noga była dobrze obandażowana, t. j. unieruchomiona, przeto pozostawiono chorego bez wszelkiej zmiany do następnego dnia rano.

Obejrawszy 5. IX. o godzinie 9 rano wspomnianego chorego, po zdjęciu, rozumiem się, opatrunku, zauważyłem odrazu, że mamy do czynienia ze skomplikowanym złamaniem prawego uda. Wziąwszy tedy chorego na stół operacyjny i uspiwszy go, przekonałem się, po wyjęciu siedzącego w ranie tamponu: 1) że kość udowa mniej więcej w środku swojej długości złamaną została, 2) że na miejscu złamania kilka swobodnych znajduje się odszczepów kostnych rozmaitej postaci i wielkości (*fractura comminativa*) i 3) że rana w miękkich częściach stożkowatą ma postać z wierzchołkiem skierowanym na zewnątrz, t. j. ku kości udowej, podstawę zaś odwróconą na wewnątrz, t. j. do powierzchni skóry. Brak miękkich części był tak znaczny, że z wszelką łatwością można było tam wprowadzić piętę małą. Rana nie krwawiła. Brzegi jej przez całą głębokość były nadzwyczaj poszarpane i niejednakowo zmiążdżone. Skóra na znacznej przestrzeni na okolo rany sine miała zabarwienie. Postanowiłem tedy wydalic sterzące odszczepy kostne, wyrównać ostre końce odłamków uda, powycinać wiszące strzępy i zmiążdżone tkanki, żeby módz następnie odpowiedni nałożyć opatrunek i opaskę gipsową z okienkiem w miejscu rany, i przystąpiłem natychmiast do przeprowadzenia wylizanych rękoczynów podług wskazanego porządku. Otóż, przy wydobywaniu jednego, dosyć ostro zakonieczonego, odszczepu kostnego, pojawiło się nagle nadzwyczaj silne krwawienie tętnicze, które od razu wskazało, że raniona jest *art. femoralis*. Zalecając tedy jednemu z asystujących kolegów naciskać

na nią za pomocą palca w zwykłym miejscu, przystąpiłem do podwiązania jej powyżej rany. W tym celu przeprowadziłem cięcie wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia krwawieckiego w górę rany i odnalazszy tętnicę tę, podwiązałem ją podwójnie, t. j. nad i pod raną, a następnie wyciąłem cały ten kawał, długości niespełna  $1\frac{1}{2}$  ctm. Rana w tętnicy była nierównomierniej postaci i niewielkich rozmiarów; największy bowiem jej wymiar wynosił około 4 mm. Brzegi były nierówne, a tkanki na około nich znacznie zmienione. Żyła udowa pozostała nietkniętą. Czy żyła zaskórna goleniu-udowa wewnętrzna (*vena saphena magna s. interna*) pozostała zupełnie w całości, lub też zranioną w taki sposób, że kurcząc się, zamknęła swoje światło i żadnego nie dała krwawienia, nie stanowczego powiedzieć nie mogę, gdyż jej ani w ranie, ani w miejscu cięcia odszukać nie mogłem. Ponieważ przy przeprowadzeniu reszty wyżej wspomnianych rękoczynów, jako też przy następowem leczeniu, nie szczególnego nie zaszło; przeto też o tem wszystkiem tu mówić nie będę. W obecnej chwili wspomniany chory, pomimo skrócenia ranionej kończyny na całe 2 ctm., korzysta z niej w zupełności.

## STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

1. **Zakrzep septyczny w bocznych zatokach mózgowych** (*Cases of septic thrombosis of the lateral sinus*). C. F. PICKERING, professor w *Bristol Medical School* podaje opis dwóch przypadków zakrzepu bocznych zatok mózgowych (*sinus lateralis*), które to przypadki, jako pouczające, w streszczeniu przytaczamy.

I. Mężczyzna 38 lat wieku mający, podlegał od 2—3 lat wyciekom z ucha lewego i ślepieniu słuchu. Przed rokiem został uduszony w lewą stronę głowy. Przed miesiącem, narażony na zimno i wilgoć, prawie nagle uczuł bóle w głowie i wymiotował. Odtąd cierpienie stawało się coraz dotkliwszem, bóle wzmagaly się, wymioty coraz częściej się powtarzały; w ciągu ostatnich dwóch tygodni bywał stan gorączkowy. W ostatnich dniach dreszcze 2 do 3-ch razy dziennie, i bóle w karku. Znalazszy się w szpitalu, był bardzo niespokojny i rozdrażniony. Badanie wykazało: blizna pod lewem uchem, głowa pochylona ku stronie lewej; wzdłuż całego przebiegu żyły szyjowej wewnętrznej twardość w postaci sznurka, sięgająca prawie do okolicy stawu mostko-obojęczkowego. Nie ma bolesności wyrostka sutkowego, ani też obrzmienia w tej okolicy. Błony bębenkowe po obu stronach przedziurawione, znacznie po stronie lewej. *Neuritis optica* obustronna. Inne narządy ciała były prawidłowe; nie znaleziono pyemicznych ropni, a także żadnych bezładów niestwierdzono. Chory, przyjęty do oddziału szpitalnego d. 29 Grudnia 1890 r., zmarł d. 3 Stycznia wśród wzmagającego się bezustannie wyczerpania. W poprzednich dniach bywały kilkakrotne dreszcze, temperatura wysoka, *deliria*, wymioty ustaly. W przypadku tym stosowano kalomel, chininę, okłady rozmięczające na kark. Autor tłumaczy, dla czego w tym przypadku nie podwiązał wewnętrznej żyły szyjowej, nie wykonał trepanacyi, nie zmył septycznych zawartości zatoki—tak, jak to wykonywali w podobnych przypadkach z pomyslnym skutkiem LANE i BELLANCE. Twierdzi, że nie było miejsca na założenie ligatury poniżej *phlebitis*, a także, że podejrzewał ropień w mózgu, którego istnienie stwierdziło potem pośmiertne badanie. Wykazało ono co następuje: wewnętrzna żyła szyjowa lewa, począwszy od *foveam jugularem* aż do połączenia z podobojczykową, zmieniona, wypełniona płynem posokowatym i z powodu *periphlebitis*, zlepiona z częściami otaczającymi. Zatoka podłużna (*sinus longitudinalis*) zawiera strzępów niewiele, lewa boczna, nieco więcej. Zatoka krwista dolna i boczna, mają ściany zgrubiałe, zawartość purpurowo-szarą.

Przy wydobywaniu mózgu wyciekła ropa z dolnej powierzchni lewego zrazu skroniowo-klinowego, jakoby skutkiem rozzerwania zrostów, łączących ten zraz z oponą twardą w miejscu, odpowiadającym kości skalistej, tuż po nad jamą bębenkową. Na górnej powierzchni kości skalistej opona twarda była od kości oddzielona przez małą ilość półpłynnej zawartości w miejscu, odpowiadającym kości próchniejącej, prowadzącej ku dołowi do jamy bębenkowej (*cavum tympani*). Wyrostek sutkowy w stanie sklerozy, *antrum* wypeł-

nione było serowatą ropą. *Tympanum* i *antrum* były oddzielone od zatoki grubą i zdrową kością, przeto zakażenie zatoki nastąpić musiało przez septyczne części owej próchniejącej kości na górnej powierzchni kości skalistej. Na podstawie mózgu oznaki nieznacznej *meningitis*, wyłącznie w obrębie *circulus Willisii*.

W zrazie skroniowo-klinowym lewym był ropień, dawnego pochodzenia, objętości małej tangerskiej pomarańczy. Ściany ropnia zgrubiałe, włókniste, zawartość stanowiła ropa. Jama ropnia była ściśle odgraniczona grubemi ścianami od otaczającej tkanki mózgowej, zupełnie zdrowej. Ropień zajmował środkową część zrazu od przodu ku tyłowi i dochodził blisko do jego powierzchni dolnej. Inne części mózgu zmian uwagi godnych nie przedstawiały.

Jamy opłucne obustronne przedstawiały mocne zrosty prawie na całej przestrzeni. Płuca nie zawierały ognisk zatorowych; obrzmienie obu płuc, przeważnie zrazu dolnego prawego. Serce duże i wiotkie, mięsień sercowy blady. Nie więcej uwagi godnego nie znaleziono.

Następnie autor opisuje pokrótce metodę operacyjną, stosowaną przez LANE'A i BALLANCE'A, i wypowiada zdanie, że ma ona rację bytu tylko w przypadkach zkaźnów beznadziejnych. Przytacza także zdanie NEWTON'A PITTA (*Goulstonian Lectures*) jakoby zakrzep boczných zatok, niekiedy bez operacji miał pomyślnie zejście, jakkolwiek po pewnym czasie przychodzi do cierpień następczych, jakoto: ropień mózgowy etc.

Drugi przypadek dotyczy chłopca 19-letniego. Cierpiał on na wycieki z uszu od czasu przebycia płonicy t. j. od lat 7-u. Przed 4-tygodniami (przyjęty do oddziału 17 Stycznia r. b.) dookliwne bóle w głowie, umiejscowione przeważnie w tyłogłowi po stronie prawej i prawem uchu. Wkrótce po tem, gdy ból się pojawił, ustał wyciek z prawego ucha. Po 14 dniach na nowo się pojawił, co wszelako, na zmniejszenie bólów wcale nie wpłynęło. Po dwóch tygodniach prawa strona szyi stała się bardzo bolesną i sztywną, najlżejszy ruch głowy stawał się bardzo dotkliwym, a stan taki codziennie się pogarszał. Temp. 102,4 F. Ucho prawe bardziej, aniżeli lewe, od głowy odstaje. Lekkie obrzmienie w okolicy wyrostka sutkowego prawego. Nad górną częścią mięśnia mostko-sutkowego prawego bolesność, a poniżej niewyraźnie wyczuwa się zgrubienie w postaci sznurka. Ta część szyi pełniejszą jest, aniżeli po stronie drugiej. Mięśnie prawej połowy twarzy nieco osłabione. Wpływ żółtawy z prawego przewodu słuchowego. Może wykonać próbę Valsalvy. Nie słyszy zegarka prawem uchem. Akumetr słyszy w oddaleniu około 2½ cala od ucha, oraz przez wyrostek sutkowy, (przez przewodnictwo kostne). Początki *neuritis optica*, mniej znaczne po stronie lewej.

18 Stycznia wykonano operację: usunąwszy za pomocą dłuta wyrostek sutkowy, znaleziono w *antrum* około pół drachmy ropy. Następnego dnia po operacji bóle ustąpiły, lecz bezład twarzowy uwydatnił się dokładniej. Dnia 20 Stycznia. Dreszcz, wymioty kilkakrotne. 21 Stycz. Czerwone plamy na powierzchni wyprostnej przedramienia lewego. Następnego dnia należało wykonać przecięcie z powodu wyraźnej fluktuacji w tem miejscu; wypuszczono pół uncji ropy. Temperatura bywała wysoka. Dnia 2 Marca opuścił oddział, jako zupełnie uleczonej.

Oba te przypadki przedstawiają pełny obraz kliniczny „*phlebitis septica*”: 1) wpływ chroniczny z ucha; 2) bóle głowy; 3) wymioty; 4) *neuritis optica*; 5) *oedema*, za uchem w drugim przypadku; 6) ból i sztywność karku; 7) twardość powrózkowata, odpowiadająca przebiegowi *jugularis int.*; 8) dreszcze i wysoka temperatura.

Są to przypadki, wykazujące poważne następstwa chronicznego wpływu ropnego z ucha. Następuje się pytanie: co czynić należy, aby zapobiedz lub wyleczyć chroniczny wpływ z ucha. Częstokroć *otitis media acuta* nie bywa wyleczoną, a wpływ staje się septycznym. Polipy, massy serowate, wrzeszcz zapalenia, następujące po przeziębieniu lub uderzeniu, tamują odpływ z jamy bębenkowej lub *antrum* i stanowią ważne powikłanie choroby. Autor sądzi, że operacja, we właściwym czasie wykonana, częstokroć zdoła życie choremu uratować i nadmienić, że w jednym przypadku, rozpoznanym jako *meningitis*, osiągnął pomyślny wynik operacji u chorego w stanie pół-komatycznym; również i w innych ciężkich przypadkach wyniki operacyjne były pomyślne.

2. Prof. dr. ADAMKIEWICZ. **Przypadek raka (epithelioma) twarzy.** Dzienniki nie-lekarskie już dawno przyniosły nam wiadomość, iż prof. ADAMKIEWICZ z Krakowa udał się do Wiednia dla studyów nad rakiem w klinice chirurgicznej prof. ALBERT'A. Otóż prof. ADAMKIEWICZ chorego, leczonego swoim środkiem, który nazwał „kankroiną“, przedstawił na ostatniem posiedzeniu Wiedeńskiego Tow. lek., dla zademonstrowania zmian, zaszłych pod wpływem nowo wynalezionego leku.

Niestety jednak, takie powagi naukowe, jak prof. BILLROTH, ALBERT, nie skonstatowali bynajmniej owej dążności do gojenia się w raku skórny u chorego prof. ADAMKIEWICZA, miejscowe zaś zabliznianie się odpowiada naturalnemu przebiegowi tego cierpienia.

W ostatnim swym artykule prof. ADAMKIEWICZ objaśnia swe dotychczasowe badania nad rakiem, zastrzegając, iż nie wynalazł bynajmniej nieomylnego środka na raka, naruszającego w pewnym stopniu rozwoju wszystkie funkcje organizmu, ale że, na zasadzie swych poszukiwań nad naturą raka, udało mu się wprowadzić terapię tego straszego cierpienia na drogę racjonalną.

Chory autora, 34-letni mężczyzna, wskutek obrażenia małej brodawki na nosie, dostał owrzodzenia złośliwego. W otoczeniu tego owrzodzenia wytwarzały się coraz to nowe guziki, które rozpadały się, ustępując miejsca nowym, by w ten sposób powiększyć rozmiary owrzodzenia. Wskutek tego chory udał się o radę do jednej z powag wiedeńskich, prof. uniwersytetu; ten rozpoznał cierpienie chorego, jako rakowicę i wyskrobał go ostrą łyżeczką. Po tym rękoczynnie owrzodzenie, wprawdzie zagoiło się, po niejakiem jednak czasie otworzyło się znowu i przybrało dawny wygląd. Dla tego to chory szukał znowu innej rady i był następnie leczony maścią arsenikową i pyrogallusową bez żadnego pożytku. Owrzodzenie rozszerzało się coraz więcej, przeszło na powieki i zaczęło je nadgryzać, tak, iż pytany o radę chirurga, w obec tak szybkiego postępu choroby, radził usunąć całe ognisko chorobne, a nawet i oko zajęte. Chory nie mógł się jednak zdecydować na tę operację i poddał się leczeniu kankroiną prof. ADAMKIEWICZA. Środek ten zastrzykiwano na szyi pod skórę; owrzodzenia samego nie dotykano wcale. By uniknąć rozkładu jego wydzielin, obmywano go codzieln roztworem sublimatu i pokrywano watą, co zresztą chory i przedtem stosował. Pierwsze zmiany, zaszłe pod wpływem kankroiny, dotyczyły gruczołów. Gruczoły obrzmiały pod szczęką dolną zniknęły w przeciągu dwóch dni, inne zaś zmniejszyły się znacznie, nie znikając zupełnie.

Samo owrzodzenie z początku nie przedstawiało żadnych zmian, wkrótce jednak i w niem nastąpił gwałtowny odczyn (*reactio*). Czwartego dnia wystąpiło żywe zaczerwienienie, zwłaszcza na brzegu owrzodzenia, który podniósł się i wyglądał jakby obrzmiały. W środku zaś owrzodzenia pokazał się biały nalot. Na piąty dzień pokazała się obfita wydzielin. Była ona koloru żółto-zielonego, sklejała powieki i napoiła obficie watę, pokrywającą owrzodzenie. Jednocześnie zaczerwienienie na brzegu wrzodu zaczęło się zmniejszać i zaczęła się zacierać granica między niem a zdrową skórą. Dziesiątego dnia zastrzyknięcia można już było wyraźnie widzieć, że na brzegu owrzodzenia wytworzyła się blizna, rozpoczął się więc prawidłowy proces gojenia w raku. Blizna ta odróżnia się od blizn powstających samowolnie tem, że te blizny samowolne powstają w środku raka, przyczem ten nie przestaje szerzyć się na obwodzie; gdy pod wpływem kankroiny wytwarza się właśnie blizna na obwodzie, która dalszemu szerzeniu się raka kładzie tamę.

Blizna ta z nadzwyczajną szybkością rozszerzyła się na całe owrzodzenie, tak, iż w kilka tygodni nie było i śladu raka. Przyszłość rozstrzygnąć musi, czy skutek ten będzie przemijającym, czy też trwałym i czy okaże się potrzeba nowych zastrzykiwań. W każdym razie ta okolicość zasługuje na uwagę, iż zmiany opisane w raku nie zaszły pod wpływem działania miejscowego, ale przez krew.

Dla tego też uważamy, iż przytoczone fakty mają wielkie znaczenie i wyglądamy z ogromną ciekawością przyszłych badań prof. ADAMKIEWICZA, które oby potwierdziły wpływ „kankroiny“ na raka, tego największego, zaiste, wroga ludzkości.

(Wiener med. Presse. Nr. 50. W. Chodecki).

3. Prof. SOMMERBRODT. **O leczeniu gruźlicy kreozotem.** SOMMERBRODT, zajmując się już od wielu lat kwestyą wyleczalności suchot płucnych za pomocą kreozotu, znowu wygłasza swe przekonanie, że duże dawki kreozotu (1 — 2 grm. *pro die*) w stanie są nie tylko początkowe, ale również długotrwałe i ciężkie postaci zupełnie i stale wyleczyć, co najmniej zaś w daleko posuniętych przypadkach mogą duże oddać usługi chorym. W pracy niniejszej podaje autor sposób zastosowania dużych dawek; zdaniem S., przekroczenie dawki najwyższej czyni z kreozotu rzeczywisty środek leczniczy przeciw suchotom. Chorym więc nie więcej niż 10 lat mającym zaleca autor początkowo dawać 1 grm. *pro die*, następnie zaś znacznie zwiększać dawkę dzienną (do 4 grm.). Zdania powyższe popiera autor 12-ma historyjami chorób. Kreozot najodpowiedniej podawać w kapsułkach po 0,1 z dodatkiem jakiegoś łatwo wyciągającego tłuszczu, jak tranu lub oliwy. Z balsamem tolujańskim nie radzi S. przepisywać kreozotu. Jeżeli dla chorego kapsułki rzeczone są za drogie (10 kapsulek po 0,1 kosztują 17—20 fenigów), wówczas można zalecić mieszaninę Hopmann'a (*Kreozol 1, Tinct. gentianae 2*) 3 razy dziennie po 20 do 80 kropel, rozcieńczonych wodą. Sommerbrodt odpiera również zarzuty, jakoby kreozot niekorzystny wywierał wpływ na żołądek. Odbijanie, zjawiające się niekiedy w początkach kuracji kreozotowej, znika zazwyczaj samo przez się. Ścisłe naukowe badania, przeprowadzone przez Klemperer'a, wykazały, iż kreozot jest dla żołądka zupełnie nieszkodliwym. (Berlin, *Klin. Wochenschr.* N. 43—1891). A. F.

## ODCZYTY.

M. FLAUM. **O różnicy chemicznej pomiędzy białkiem właściwym, albumozą i peptonem**

(Odczyt, wygłoszony w Towarzystwie chemicznem w Bernie d. 20 Sierp. 1891).

(Odbicie oddzielne z *Schweiz. Wochenschr. f. Pharmacie.* Nr. 43—1891).

Nauka o ciałach białkowych oraz o tych najbliższych ich odmianach, które nie utraciły jeszcze w zupełności charakteru substancji białkowych, z chwilą pojawienia się prac KÜHNE'GO, CHITTENDEN'A, NEUMEISTER'A i in. wstąpiła w nową fazę. Zaczęto odróżniać „albumozę“ i „pepton“, ścisłej określać związki pomiędzy oddzielnymi odmianami, dokładniej zbadano stopniowe przechodzenie jednej odmiany w drugą. Załować tylko wypada, iż nowsze podręczniki tak mało poświęcają miejsca omawianym produktom, pomimo że przy każdej niemal pracy nad ciałami białkowymi stykamy się z nimi nieodzwrotnie.

Albumozy i peptony są to produkty właściwych ciał białkowych; tworzą się one zarówno przy trawieniu pepsynowem i pankreatycznym, jak i przy działaniu kwasów rozcieńczonych. Pierwszy tworzący się przytem produkt — acidalbuminat (*resp.* alkalialbuminat), znany jest już od dawna. Przy długotrwałem trawieniu przechodzi on w albumozę, przedstawiającą nazwę zbiorową i obejmującą kilka odmian. Wreszcie albumozy pod wpływem bardziej długotrwałego działania enzymów lub rozcieńczonych kwasów przechodzą w rozmaitego rodzaju peptony.

Najprostsze badania nad trawieniem białka, tak często dokonywane w pracowniach fizyologiczno-chemicznych, już same przez się wymagają znajomości własności albumozy i peptonu. Chcąc np. dla badań nad trawieniem otrzymać sztuczny sok żołądkowy, wystarcza wytrawiać błonę śluzową żołądka odpowiednio rozcieńczonym kwasem solnym (2—4‰); po 2—3 dniach otrzymamy zupełnie dobrze działający sok. Niekiedy jednak zachodzi potrzeba soku, zupełnie wolnego od produktów białkowych, niezawierającego ani właściwych ciał białkowych, ani też albumozy lub peptonu. Dla tych celów najlepiej nadaje się przepis CHITTENDEN'A i HART'A <sup>1)</sup>, zmieniony nieco pod względem zastosowanych w nim ilości. Należy odpreparowaną błonę śluzową żołądka z 8 świń dobrze posiekać, dodać do tego 7 litrów 4‰ kw. solnego

<sup>1)</sup> Zeitschrift f. Biologie, XXV, str. 379.

i wszystko to postawić do termostatu na 15 dni przy ciepłocie 40°. Następnie należy za pomocą filtrowania oddzielić pozostałą nieznaczną część nierozpuszczoną, przesącz zaś osadzić za pomocą siarczanu ammonu. Po upływie 2-eh dni powstały osad należy znów przesączyc, przemyć nasyconym roztworem siarczanu ammonu i następnie rozpuścić w 1½ litrze 3%<sub>00</sub> HCl. Roztwór rzezonny przepuszczamy przez dializator aż do zupełnego usunięcia siarczanu ammonu. Wreszcie pozostały w dializatorze sok podkwaszamy kwasem solnym, dopóki zawartość w nim HCl nie wyniesie 4%<sub>00</sub>. Sama czynność powyższa pozwala już wnioskować o obecności charakterystycznej różnicy pomiędzy właściwym białkiem, a albumozą i peptonem. Gdy bowiem właściwe ciała białkowe w roztworach są nieprzebiegalnymi zupełnie, to tymczasem w miarę wzrastającego trawienia, własność rzezona stopniowo znika. Wytworzone z początku albumozy nie przesiąkają jeszcze prawie wcale lub też z wielką trudnością, natomiast roztwory peptonów przenikają przez błonę zwierzęcą łatwo. Trawienie musi trwać bardzo długo, by substancje białkowe (błony słuzowej żołądka) zostały w całości przekształcone w peptony, a te znów wydzielone za pomocą dializy z roztworu pepsyny w kwasie solnym.

Z licznych odczynników, podanych dla wykrycia substancyj białkowych, można wybrać kilka, pozwalających odróżnić z łatwością właściwe białko od albumozy i peptonu. Próba wrzenia, jeżeli chodzi tylko o roztwory pomienionych substancyj, pozwala zarówno odróżnić właściwe białko od albumozy i peptonu, jak i oddzielić je od siebie. Charakterystyczne osady, tworzące się za dodaniem kwasu saletranowego, kwasu octowego i soli kuchennej oraz kwasu octowego i żelazocyanku potasu, nie znikają pod wpływem ogrzewania, jeżeli zależą od białka właściwego; natomiast odpowiednie osady albumozy rozpuszczają się przy ogrzewaniu i występują znów przy ostudzeniu roztworu. Jak wiadomo, tą drogą osadu z peptonu otrzymać nie można. Środkami rozpoznawczymi są tu: reakcja ksantoproteinowa i biuretowa. Co się tyczy tej ostatniej, to, jak wiadomo, zabarwienie czerwone wskazuje obecność peptonu. Natomiast reakcji Milon'a za rozstrzygającą uważać nie można, powoduje ona bowiem zabarwienie czerwone z wszelkimi substancjami, zawierającymi hydroksylowane związki aromatyczne. Znakomitym środkiem, pozwalającym odróżnić albumozę od peptonu i oddzielić je od siebie, jest siarczan ammonu, osadzający albumozy i pozostawiający w roztworze pepton. Tu jednak należy zachować niektóre środki ostrożności, a mianowicie: siarczan ammonu powinien być dobrze sproszkowany i dodawany w takim stanie aż do nasycenia roztworu. Przesycenia należy w ogóle unikać. Zupelne strącenie albumozy następuje dopiero po upływie 24-eh godzin, a niekiedy nawet i później. Najstosowniej roztwory pomieszczać w szerokich naczyniach (dla małych ilości nadają się kolbki Erlenmeyer'a).

Reakcje wspomniane dowodzą już same przez się, o ile dzisiejsze pojęcie „peptonu“ różni się od dawniejszego. W istocie, badania, przeprowadzone niedawno przez POLITZERA <sup>1)</sup> i GERLACHA <sup>2)</sup> wskazują, że pepton w znaczeniu Kühne'go nie posiada dziś już żadnej wartości odżywczej, że nie jest on w stanie pokryć strat białkowych, poniesionych przez ustrój. Natomiast albumozy zostają w całości przekształcone w białko wielone (*organeiweiss*) i odżywiają ustrój, tak samo, jak białko właściwe. Z tego samego punktu należy oceniać analizy, jakie posiadamy o najbardziej rozpowszechnionych w handlu peptonach. Nie należy zapominać, że obecność właściwego peptonu w pomienionych przetworach nie jest wcale pożądaną, że raczej chodzi tu głównie o właściwą albumozę. Ocena wartości odżywczej rzezonych przetworów zawsze powinna się opierać na ściśle przeprowadzonych rozbiórach. Wogóle przyrządzanie przetworów według wymagań nauki żadnych zgół nie przedstawia trudności.

A. F.

<sup>1)</sup> Pflüger's Archiv XXXVII.

<sup>2)</sup> Gerlach. Die Peptone in ihrer wissenschaftlichen und praktischen Bedeutung. Hamburg 1891.

## Wiadomości bieżące.

**Krajowe.** W połowie roku bieżącego ukaże się w polskim przekładzie pierwszy tom dzieła p. t. *Traité de médecine, publié sous la direction de MM. Charcot, Bouchard, Brissaud par MM. Ciagłiński, Ballet, Brault etc.* Wydawcą jest kol. St. MARKIEWICZ. Przekładu dokonają koll. CIĄGLIŃSKI, St. MARKIEWICZ i PRUSZYŃSKI. Pierwszy tom rzeczoznaczony dzieła po francuzku ukazał się w Sierpniu r. 1891. Przekład objęmie przeszło 43 arkusze druku. Tłumacze podejmują bardzo pożyteczną i na czasie będącą pracę; wnosząc bowiem z tego co dotąd w oryginale ogłoszonym zostało, będzie to dzieło znakomite, ściśle odpowiadające najnowszym zdobycjom wiedzy, i wykazujące dotykalnie, iż nowe prądy naukowe, bynajmniej nie są dla celów medycyny praktycznej bezpłodnemi.

**Zagraniczne.** „Piszą do nas z Wörishofen: wiadomo, iż przed niedawnym czasem, mniemany „doktor“ Zapf, pierwszy lekarz kąpielowy i mający wielki wpływ powiernik JMksiędza proboszcza Kneipp'a, za nieporządki kassowe został uwięziony, i że przy tej sposobności, w osobie jego poznano dawnego stangreta, niemającego pojęcia o medycynie. Tę dla „kneippistów“ arcy niemiłą wiadomość usiłowały przedewszystkiem zatrzeć a następnie nawet jej zaprzeczyć dzienniki, które z okazji kneippowskich wędrówek osiągały pewne korzyści. Wszelako fakt ów, którego niepodobna jest schować do kieszeni, nabrał jeszcze większego znaczenia skutkiem tego, iż mniemany „doktor“, robiąc przed sądem zeznania pod przysięgą jako taki, t. j. jako „lekarz“ rzeczoznawca, zabrnął jeszcze dalej. Po tem co zaszło pytamy: w jaki sposób się to stać mogło, iż tak liczni niestety asystenci proboszcza Kneippa z obcowania ze swym „lekarzem naczelnym“ nigdy w nim byłego pogromcy rumaków odgadnąć nie mogli? Jak więc w kołach owych wogóle skromne musiały być wymagania naukowe! Prawda, że w jednym z Wiedeńskich szpitali razu pewnego jakiś kupiec weisnął się jako lekarz; wszelako już przy pierwszym badaniu powierzonego mu chorego poznano, kim on jest i wydalono go. Atoli w tym razie kupiec był w charakterze woluntariusza, którego nikt o zdanie nie pytał. Inaczej rzecz się miała w danym przypadku: tu bowiem mowa jest o „pierwszym lekarzu kąpielowym“, który nie tylko przez lekarzy i pacyentów, lecz przez władze jako taki był uznawany. Gdzie się podziwiał naówczas królewski urząd powiatowy, u którego ów pan „lekarz naczelnym“, jak tego prawo wymaga, powinien się być zameldować, i swe kwalifikacye wykazać? O ile łatwo jest zrozumiałem tolerowanie przez władzę działalności proboszcza Kneippa, aby go nie pasować na „męczennika“, o tyle trudną do pojęcia jest rzeczą, gdy podobny pogląd stosowany jest do lekarzy lub takich osób, które się za lekarzy podają. Co się tycze znanej skargi przeciw proboszczowi Kneippowi o zaniedbanie obrażeń cielesnych, to ta cofnięta została. Byłoby wreszcie trudną rzeczą, w takim miejscu którego mieszkańcy z „knajppizmu“ żyją, znaleźć świadków, albo ich, gdyby się osobom interessowanym „niedogodnymi“ okazali, od nieprzyjemności uchronić“. (*Aerztliche Rundschau, Nr. 1—1891*).

— Pod koniec 1889 r. było w Japonii 41405 lekarzy (1 na 968,61 mieszkańców), 32111 akuszerek, 3817 aptekarzy, 8956 składów materyałów aptecznych oraz 573 szpitale.

— W Stanach Zjednoczonych ukazał się pierwszy numer nowego pisma, poświęconego akuszeryi i ginekologii p. t. „*The New-York Journal of Gynaecology and Obstetrics*“.

— Dr. Siedler badał wodę przekroploną oraz niektóre roztwory soli pod względem wartości w nich laseczników. W roztworze fosforanu sody, zawierającym w chwili przyrządzania go 340 bakteryi w 1 ct. sześć, w końcu 5 dnia znaleziono już 438000 drobnoustrojów. W roztworze azotanu sody pierwszego dnia znaleziono 91 bakteryi, po 10 dniach 1400, po 36-ciu zaś 72000. W roztworze chlorku sodu pierwszego dnia wykryto 280, po 10 zaś dniach 113000 bakteryi, w w dzie przekroplonej znaleziono 1-go dnia 54, po 10 zaś dniach 267000 drobnoustrojów. Wyniki rzeczzone wskazują potrzebę należytego wyjaławiania płynów, zastrzykiwanych lub też wlewanych do ustroju.

— Ludność Stanów Zjednoczonych wydaje rocznie na porody 250,000,000 dolarów, na śluby 300,000,000 i na pogrzeby 75,000,000.

— Do dezynfekcyi skóry przed operacyą używa dr. Langdon benzyny, znakomicie rozpuszczającej tłuszcze skóry. Zastosowane wówczas dopiero rzeczywiste środki przeciwnie wnikają przez pory skórne i wywierają należyty wpływ dezynfekcyjny.

Za REDAKTORA, WYDAWCĄ DR. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi Obożna: Nr. 5.

Дозволено Цензурою. Варшава 18 Декабря 1891 г.—Друк Марыи Зiemkiewiczowej  
Kraak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.



Powszechnie znany, lat kilkanaście istniejący  
przy ulicy Marszałkowskiej 122

HANDEL WIN,  
TOWARÓW KOLONIALNYCH,

oraz

**DELIKATESÓW i HERBATY**

po pewnej przerwie z powodu zamknięcia, obecnie na nowo otwarty został przez

**WŁADYSŁAWA NOWICKIEGO**

**SYNA**

i dostatecznie zaopatrzonej w odnośne artykuły przedmiot handlu  
stanowiące, niewyłączając Herbaty, poleca się łaskawemu uznaniu  
tak nowych jakoteż i dawniejszych odbiorców. (99)—16—16

Medal srebrny na wystawie Muzeum Przemysłu i Handlu 1891 roku  
za udoskonaloną produkcję koniaku **wyłącznie z wina**

Koniak jako czysty wytwór z wina poleca się na cele medyczne.



**Specjalna fabryka „Impérial”**

**w Warszawie, Sliska Nr. 35.**

Sprzedaż hurtowa od 1½ wiadra (24 butelek) w kantorze fabrycznym.  
Sprzedaż detaliczna we wszystkich Składach Win w Warszawie, w sklepach stowarzyszenia „Merkury” i w większych składach prowincjonalnych.

(38)—26—21

SKŁAD APTECZNY  
**A. RECZYŃSKIEGO**

Dzika Nr. 30, w Warszawie

Poleca: materyały apteczne, środki opatrunkowe, oliwy i trany. (10)—52—49

Kantor zdrojowy Wiesbadenski rozsyła na żądanie bezpłatnie wskazówki używania oraz dokładne opisy działania.



VI

WIESBADENER

KOCHBRUNNEN-QUELL-SALZ

SÓL WIESBADAŃSKA

czysty produkt natury

przygotowany pod kontrolą rządową przez pp. Lekarzy zalecany jako środek przeciw zaburzeniom trawienia i odżywiania, jako też przeciw wszelkim cierpieniom żołądka i kiszki. Równie zbawiennie działający w niezbytach przewodu oddechowego i płuc: w kaszlu, chrypcie, wobec trudnej expectoracyi etc. a w skutek obecności znacznego procentu LITYNY w chorobach podagrycznych i reumatycznych. Flaszka tej soli zawiera tyle soli ile 35—40 pudełek pastylek innych źródeł.

Cena za flaszkę rs. 1 kop. 50.

(prawdziwy tylko we flaszkach jak obok przedstawiona).

SKŁAD GŁÓWNY

w aptekach D-ra T. Heinricha oraz Lilpopa i Treutlera w Warszawie. (441)—26—2

Próbki rozsyłają się gratis i franco Panom Lekarzom na żądanie.

**HERMAN JACOBSEN**

DENTYSTA

przyjmuje od 10—6 Solna Nr. 7. (54)—52—39

Skład Materiałów Aptecznych, Farb i środków opatrunkowych

**FELIKSA WARĘSKIEGO**

Tłomackie Nr. 13, vis a vis Przejazd w Warszawie. (86)—52—36

**KASPROWICZ** Lekarz Dentysta

Królewska 6. (37)—52—41

**! WW. PP. Doktorów !**

Mam honor zawiadomić, że wypożyczam maszyny elektryczne najświeższej konstrukcyi o prądzie stałym lub przerywanym, przyjmuje obstalunki co do zakładania dzwonki elektrycznych i telefonów, przyczem zakład mój obficie zaopatrzyłem w różne narzędzia medyka chirurgiczne i środki opatrunkowe (termometry maksymalne, irygatory, inhalatory, bandaże rupturów i t. d.) po cenach nader umiarkowanych, specjalnie zaś polecam okulary i binokle dobieranych według przepisów WW. PP. Doktorów. Biednym według uznania WW. PP. po cenie kosztu. Przyjmuje wszelkie reperacye Julian Dreher, właściciel zakładu optyczno-elektrotechnicznego Szpitalna Nr. 6. (143) 12—7

**APTEKA, FABRYKA PASTYLEK**

**KAROLA LILPOPA**

22 Sołec, Warszawa.

(94)—26—19

# SANTAL MIDY

Aptekarza I-ej klasy w Paryżu. (Dozwolony w Rossyi).

Santal Midy zastępuje w terapii Kopajwę i Kubeby, gdyż nie wywołuje podrażnienia żołądka, ani rozwolnienia, ogranicza bardzo prędko wycieki rzerzączkowe.

Każda kapsułka Santalu Midy zawiera 20 centigramów esencji Santalowej cytrynowej, zupełnie czystej. Dawka wynosi 6—12 kapsulek dziennie, którą to ilość zmniejszać należy w miarę jak i wyciek się zmniejsza. Skład w Paryżu. 8, ul. Vivienne, oraz we wszystkich Aptekach. 7—1

## A P T E K A

### I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

## M. BARCZA

w Warszawie, Marszałkowska 94

Jest stale zaopatrzoną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone. (55)—26—19

## Dr. E. BRÜHL

ordynuje od 16-go Września do 10 Maja w Meranie, Marktgasse 5;  
od 15 Maja do 15 Września w Gleichenbergu, Villa Max. (44)—12—9

## Dr. Leonard Leszczyński

ordynator kliniki chirurgicznej. Czysta Nr. 6, przyjmuje z chorobami szerek i zębów od 11 do 5 Gabinet dentystyczny, plombowanie, zęby sztuczne, obturatory i replantaeya. (20)—26—23

Wyszedł z druku:

## Krótki Podręcznik do Badania Mocz

(Dawniejsze i nowsze próby moczu)

Prof. F. Penzoldta

w przekładzie polskim

D-ra A. Fruchtmana

i jest do nabycia w Redakcyi „Medycyny“ oraz u tłumacza (Freta Nr. 25) za cenę 30 kop. za egzemplarz (z przesyłką 40 kop.). 3—2

## ZAKŁAD LECZNICZY DLA KOBIET

D-RA J. ROGOWICZA

w WARSZAWIE

ulica Nowogrodzka Nr. 26.

Przyjmuje ciężarne, rodzące i położnice, oraz osoby dotknięte wszelkimi chorobami kobiecymi oprócz rakowatych nieuleczalnych. W razie potrzeby, zachowanie zupełne tajemnicy ustawa Zakładu zapewnia. O warunkach przyjęcia i opłaty za mieszkanie, całkowite utrzymanie, leczenie chorej i t. p. dowiedzieć się można u właściciela Zakładu na miejscu lub listownie.

DOMOWE KĄPIELE BOROWINOWE

**MATTONIEGO**  
**WYCIĄGI BOROWINOWE**  
**SÓL BOROWINOWA.**  
**ŻUG BOROWINOWY.**

DOGODNY ŚRODEK DO PRZYGOTOWYWANIA

Kąpieli borowinowych mineralnych i żelazistych  
w domu

we wszelkiej porze roku

**od wielu lat wypróbowane przy:**

zapaleniu macicy, zapaleniu wnętrza macicy, zapaleniu jaj-  
ników, zapaleniu około i pozamacicznym, zapaleniu otrze-  
wnej, bladacze, małokrwistości, żoźlach, krzywicy, wysię-  
kach, upławach, usposobieniu do poronień, częściowych  
porażeniach, goścu, artrytyzmie, pedogrze, nerwobólu  
kulszowym i hemoroidach.

**HEINRICH MATTONI**

FRANCENSBAD,—KARLSBAD,—WIEDEN,—BUDAPEST.

Dostać można we wszystkich Aptekach i składach materyjałów aptecznych.