

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z KAZUISTYKI SZPITALA NA PRADZE.

## I. OMYŁKI DYAGNOSTYCZNE.

Podał

**J. HORNOWSKI**

lekarz miejscowy Szpitala.

(*Ciąg dalszy*).

### PRZYPADEK II.

#### **Lymphosarcoma peritonei et pulmonis, przebiegająca jako gruźlica płuc i otrzewny.**

Chora l. 18 M. R. przybyła na oddział d-ra Edw. Zielińskiego dn. 31-X 02.

Zachorowała rok temu na bóle w dolku podsercowym, nie ciągle, lecz napadowe i przytem niezbyt silne.

Od 4-ch miesięcy bóle zwiększyły się, stały się ciągłemi i szczególniej silnemi w prawem podżebrzu; zaraz po jedzeniu bóle zwiększały się, poczem następowały wymioty. Od tygodnia wymioty uspokoiły się zupełnie, gdyż chora je i pije bardzo mało. Wypróżnienie jest codziennie, prawidłowe, bez bólów i dęcia.

Menstrua od roku 11 życia według typu 4—5/IV bez bólów i dopiero od 4-ch miesięcy zjawiają się przy nich bóle.

Choroby poprzednie: odra, koklusz, blednica. 2 lata temu pokazał się soliter, który został wydalony wraz z główką. W ostatnich latach chora często chorowała na silny katar, miewała dreszcze, nie miała zupełnie prawie apetytu.

Matka zdrowa. Ojciec umarł młodo — „na zaziębienie.” Dziadek i babka żyją. W rodzinie chorób dziedzicznych nie ma. Warunki higieniczne dobre, odżywianie obfite.

Przy badaniu obiektywnem znalazłem:

Chora dobrze zbudowana, z obfitym podkładem tłuszczowym. Skóra blada, jakgdyby nieco obrzęknięta.

Chora leży apatycznie na łóżku.

Oddechów 36 na minutę. Puls 120 mięki. Błony śluzowe blade, język wilgotny obłożony.

Klatka piersiowa zbudowana prawidłowo.

Drżenie wzmożone i głos oskrzelowy w prawym wierzchołku; wierzchołek ten jest nieruchomy przy wdechu i wydechu; ton wypukowy nad nim tępy na nieznacznej przestrzeni; wdech nad wierzchołkiem tym silnie zaostrowany, szorstki; wydech znacznie wydłużony; nieliczne drobnobańkowe wilgotne rżenie.

Pozatem płuca nie przedstawiają nic anormalnego — jedynie tylko na całej ich przestrzeni konstatujemy wydłużony wydech.

Granice serca normalne, tony czyste, jasne.

Brzuch wzdęty. Wyczuwamy w nim duży guz, który zaczyna się w lewym podżebrzu na 2 palce niżej łuku żebrowego po lin. mamillaris sinistra, idzie ku stronie prawej i tu na 2 palce na prawo od pępka, zagina się pod kątem tępym i, odchodząc od pępka, kończy się na wysokości spina anterior ossis ilei na 4 palce od niej.

Guz ten przy palpacji jest bolesny, nieruchomy przy oddechu i szerokość jego w różnych miejscach waha się od  $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$  centymetrów. Powierzchnia guza nierówna.

Guz ten nie jest w żadnym związku ani z wątrobą, ani ze śledzioną; ani jedna, ani druga nie daje się wyczuć.

Mocz kwaśny, o ciężarze gatunkowym 1,018, zawiera ślady białka, ślady indykanu oraz obfity osad moczanów. Cukru nie zawiera, Bardzo wyraźna diazoreakcja.

Mikroskopowo — liczne złuszczenia z zewnętrznych organów płciowych, nieliczne białe ciała krwi oraz nader nieliczne wałki hyalinowe.

Kał o odczynie alkalicznym, sformowany, o barwie jasno-żółtej, zawiera nieznaczną domieszkę śluzu oraz nieliczne jajka trichocephalus dispar.

Plwociny przez cały czas pobytu chorej w szpitalu nie można było zebrać.

Sok żołądkowy ze względu na ciężki stan chorej oraz wzbranianie się jej przed badaniem nie mógł być zbadany.

Krew zawiera 50% Hb, 3,200,000 czerwonych ciałek krwi, 9,000 białych, w których eozynochłonnych 7%.

Chora leżała w szpitalu przez 10 dni.

Ciepłota w początku wzrastała, później gorączka stała — rano 38,8°, wieczorem 39,6°.

Bóle w brzuchu coraz silniejsze, wymiotów jednak nie było; wzdęcie brzucha znaczne, objętość guza widocznie nie zwiększyła się; powiększenia gruczołów chłonnych nie wyczuwało się.

Kaszel suchy, częsty, męczący, duszność coraz większa, osłabienie coraz bardziej postępujące, puls ciągle drobny, mały 120—130 uderzeń na minutę.

Wobec wysokiej gorączki, obecności wyraźnych zmian w wierzchołku prawym, bardzo wyraźnej diazoreakcji w moczu, częstych dreszczyków już od 2-ch lat oraz łatwego usposobienia do zaziębień, które chora zaznaczała, postawiłem rozpoznanie gruźlicy płuc, a w związku z nią gruźlicy gruczołów chłonnych jamy brzusznej oraz sieci, co dało nam objawy guza w brzuchu.

Chora 11-XI 02 zmarła.

Na sekcji znalazłem nowotwór wychodzący z gruczołów chłonnych zaotrzewnowych wraz z przerzutami i takiegoż cha-

rakteru nacieczeniem sieci oraz przerzut tegoż nowotworu do prawego wierzchołka płuc i gruczołów śródpiersia.

Przy badaniu mikroskopowym przekonałem się, że guz jest lymphosarcoma.

Omyłka w dyagnozie powstała głównie dla tego, iż za punkt wyjścia uważałem wierzchołek płuca.

Gdyby nie to—rozumowanie poszłoby w innym kierunku, tem bardziej, że zwiększona ilość komórek eozynochłonnych we krwi, która jest prawie stałym objawem przy sarcoma'tach, jak to już nieraz stwierdzić mogłem, powinna była dyagnozę skierować na właściwe tory. (d. c. n.).

## II. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISAE

D-r JAN SĘDZIAK

(Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na konkursie międzynarodowym Amerykańskiego Towarzystwa laryngologicznego w r. 1905).

(Dalszy ciąg).

Oprócz syfilisu—*xotxy* (scrophulosis) odgrywają również ważną rolę, jako moment usposabiający do tego cierpienia.

Tak np. Schaeffer na 119 przypadków zanikowego nieżytu nosa spostrzegł zolży 99 razy, Schroetter na 77—10, Gottstein na 12 przyp. 2 razy, wreszcie Jurasz na 170—7 razy.

Ja również względnie często notowałem w mojej praktyce

ten moment etyologiczny — mianowicie: na 1142 przypadki zanikowego nieżyty nosa 112 razy, t. j. prawie w 10%.

Wspominałem już, jak należy się zapatrywać na stosunek *gruźlicy* do zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny.

Mając mianowicie na uwadze częstość występowania jednocześnie obu tych spraw chorobowych (84 razy na 1142 przyp. w mojej statystyce, t. j. prawie 7½%), nie możemy odzierać związku przyczynowego między gruźlicą z jednej strony, a nieżytem zanikowym nosa wzgl. ozeny z drugiej strony.

Tegoż samego zdania są: Brindel, Pluder etc.

Wreszcie niektórzy autorowie (Stoerk, Schmidt, Krause, Bresgen i Watson) przypisują *tryprowi* (gonorrhoea) pewne znaczenie w etyologii zanikowego nieżyty nosa.

Do zwolenników *dziedzicznego* pochodzenia spraw zanikowych w nosie (rhinitis chr. atrophicans resp. ozaena), zależnego od anomalii w rozwoju — należą: przedewszystkiem Zaufal, który w r. 1874 po raz pierwszy zwrócił uwagę na szerokie jamy nosowe, jako wrodzoną przyczynę ozeny, następnie Hopmann (wrodzona skrócona przegroda nosa), Rosenfeld (wrodzony zanik muszel), wreszcie Kayser, Valentin, Hill, jakoteż Somers i Shirmunsky.

*Teorya mechaniczna.* Większość autorów (John Mackenzie, Gottstein, Schaeffer, Moure, Flesch, Williams, Hajek, Compaired, Cluze, Schech, M. Schmidt, Wilson, Watermann etc.) jest zdania, że zanikowy nieżyty nosa zawsze rozwija się z przerostowego.

Moje doświadczenie potwierdza również ten pogląd (na 1142 przyp. zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny notowałem przerosty muszel 60 razy, bardzo często jednocześnie z zanikiem tych ostatnich).

Pogląd ten jednakże ma swoich przeciwników, do których przedewszystkiem należy Mulhall, następnie zaś B. Fraenkel, Wyss, Hopmann i Roth. Walb tłumaczy zanik błony śluzowej nosa, jako następstwo ucisku przez strupy.

Zaufal, uważający ozenę, jak to już wspomnieliśmy, jako sprawę chorobową, wrodzoną, utrzymuje, że z powodu szerokich jam nosowych — prąd powietrzny traci swoje własności usuwania wydzieliny nosowej w ilościach odpowiednich, wskutek czego staje się ona gęstą i dzięki bakterjom wydziela nieprzyjemny zapach (foetor).

Tego samego poglądu trzymają się: Saenger, Barth, Brügelmann, Aysaguer, Calmettes, Campos, Salles, Tédénat, Rougé, wreszcie Demme, który zwraca uwagę na pionowo ustawione otwory nosa u chorych, dotkniętych zanikowym nieżytem nosa wzgl. ozeną.

Heymann objaśnia stan ten nieco inaczej: powietrze wdechane w przypadkach szerokich jam nosowych nie jest dostatecznie ogrzane i wilgotne, stąd zasychanie i zatrzymywanie się wydzieliny, warunkujące nieprzyjemny zapach z nosa.

Przeciwnie zaś Sauwage i Tillot uważają zbyt wąskie nozdrza za przyczynę ozeny.

Hopmann, opierając się na liczne wymiary długości przegrody nosa, wzgl. szerokości (objętości) jamy nosogardzielowej, przychodzi do wniosku, że w przypadkach ozeny samostnej (ozaena genuina) przegroda nosa w wymiarze przednio-tylnym jest o wiele krótsza.

Przyjmuje on więc, podobnie jak i Zaufal, wrodzone pochodzenie tego cierpienia, z którym to poglądem nie zgadza się Grünwald.

Wreszcie w ostatnich czasach Berliner utrzymuje, że główna przyczyna ozeny polega na przyleganiu przedniego końca muszli środkowej do przegrody nosa w przypadkach nienormalnie wązkich jam nosowych.

Stosunki te warunkują zatrzymywanie się wydzieliny w górnym odcinku jam nosowych ze wszystkimi następstwami (foetor etc.).

Teorya ta jednakże nie zdołała sobie zyskać zwolenników, przeciwnie nawet, fakt, podany przez Berliner'a, jest zakwestyonowany przez Kayser'a i Demme'go.

W niektórych z moich przypadków istniały tego rodzaju stosunki: t. j. przyleganie przedniego końca muszli średniej do przegrody nosa (zwykle w tych razach wygiętej), pomimo to jednakże objawy sprawy zanikowej wyrażone były o wiele silniej ze strony przeciwnej t. j. szerokiej jamy nosa, co przemawia przeciwko teorii Berliner'a.

Do powyżej przytoczonych teoryj należy zaliczyć do pewnego stopnia i *teoryę Bosworth'a* z Nowego Jorku (r. 1900), według której nieżyt zanikowy nosa wzgl. ozena jest następstwem nieżytku ropnego nosa u dzieci: „dzieci są bardzo usposobione do nieżytów zapalnych; pierwszym następstwem jest zwiększona wydzielina; sprawa rozszerza się powoli na tkankę gruczołową; wydzielina staje się gęściejsza i zasycha pod postacią strupów, które drogą ucisku wycieśniają przyływ krwi do błony śluzowej nosa; zaschnięte wydzieliny nie są wydalone, rozkładają się i wytwarzają znamieny zapach.”

Pogląd ten znajduje swoich zwolenników przedewszystkiem wśród amerykańskich i angielskich autorów (Richmond, Mac Kinney, L. Lack, Spencer i Bronner).

*Teorya ogniskowa.* Jak to już wspomniałem na wstępie—jeszcze w końcu XVII wieku — Vieussens, Reininger i Günz utrzymywali, że ozena nie jest sprawą chorobową samodzielną, lecz tylko objawem w cierpieniach (ropieniach) bocznych zatok nosa.

W najnowszych czasach pogląd ten zaczyna zyskiwać coraz bardziej zwolenników, do jakich między innymi należą: Michel i Schaeffer, który uzyskał wyleczenie ozeny po usunięciu ropienia zatoki klinowej. Najważniejszym jednakże propagatorem tej teoryi t. zw. ogniskowej, jest Grünwald z Monachium, który stanowczo utrzymuje, że t. zw. ozena jest zawsze wywoływana sprawami chorobowymi (ropieniem) zatok bocznych nosa, zwłaszcza sitowych, jakoteż klinowych.

(c. d. n.).

### III. ODCINEK.

## ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(*Ciąg dalszy*).

Łabuń (pow. zaślawnicki); szpital fundował i uposażenie dla 6 ubogich zapewnił w r. 1735 ks. Józef Lubomirski. W r. 1757 Gabryel Peretiatkiewicz, stolnik winnicki, zapisał szpitalowi 200 zł., w roku zaś 1774 Józef Stępkowski, wojewoda kijowski, dał nowe pomieszczenie dla ubogich, zabudowania bowiem szpitalne zgorzały.

Łask (gub. piotrkowska); szpital tutejszy powstał w roku 1498, fundował go kardynał Fryderyk Jagiellończyk.

Łaskarzewo (dek. garwoliński); był tu szpital jeszcze przy końcu XVI w.; później nowy szpital wznosił i uposażył Łukasz Opałiński, marszałek nadworny koronny.

Łęczycza; na początku XVI w. miała dwa szpitale: jeden za miastem, utrzymywany z jałmużny, przez urząd radziecki wydzielanej i drugi przy kaplicy św. Ducha, posiadający swoje ogrody. (O uposażeniu szpitala patrz *Zapis*. 76).

Łęgowo (wieś, pow. gdański); szpital powstał w roku 1749 za opata Józefa Rybińskiego; miał miejsca dla trzech ubogich.

Łęki Dolne (wieś, pow. pilźnieński); w r. 1638 Wojciech Romer przeznaczył fundusz na utrzymanie 13 ubogich, Michał i Katarzyna Łętowscy w r. 1795 fundusz ten powiększyli.

Łokacze (pow. włodzimierski); niewiadomej fundacyi szpital, bez uposażenia.

Łomża; istniały tu dwa szpitale: jeden założyli i uposażyli w XV w. książęta mazowieccy, o drugim szczegółów brak.

Łopienno (pow. wągrowiecki); szpital miał role, które obsiewał pleban, dając ubogim wzamian za to określoną miarę żyta, jęcz-



mienia i grochu. W r. 1780 pleban miejscowy zbudował nowy szpital drewniany w miejsce starego, zrujnowanego.

Łowicz; kościół św. Jana Chrzciciela ze szpitalem fundowany i uposażony przez arcybiskupa Wojciecha Jastrzębca (1422—1436), uposażenie powiększył arcybiskup Uchański w r. 1575, nadto na utrzymanie swoich ubogich szpital dostał od Zygmunta Augusta wójtostwo.—W r. 1626 fundował szpital św. Leonarda Cebrowski.—Kościół Bonifratrów z obszernym szpitalem założył arcybiskup Firlej.—Gawarecki (Pamiętniki historyczne Łowicza. 1844, str. 129—147, 166—167) wylicza sześć fundacyj pod zarządem i dozorem kapituły, szpitale zaś: św. Ducha, św. Jana, św. Leonarda, Bonifratrów.

Łuck; w XVI wieku znane tu są szpitale: św. Ducha i św. Łazarza. W pierwszej połowie XVII w. założył szpital i konwent Bonifratrów pod tyt. św. Maryi Magdaleny Baltazar Tyszka, kanonik łucki, (Konstytucya sejmowa 1647 r. aprobowala fundacyę); w r. 1793, gdy szpital z domem obłąkanych, klasztor i kościół stały się pastwą ognia, bonifratrzy zajęli opuszczoną cerkiew św. Jakuba i tu swoje zakłady przeniesli.—Archiw Jugo-zapadn. Rossii (Cz. I, str. 474, N-r CLXXXV) drukuje: „Gramota korola Sigizmunta III na osnowanje prawosławnago łuckago bratstwa miłosierdja s predostawieniem jemu prawa wozobnowit' s gorewszjy niezadołgo pered tiem ruszkij szpital, postroit' pri niem cerkow' i uczyliszcze i imiet' nawsegda eti uczreżdzenia w swoim rasporiażenii. 1619 goda, 20 fewrala.“

Łukoml (gub. mohilewska); szpital fundował i rolę mu nadał w r. 1646 Łukomski Eustachy.

Łuków; szpital przy kościele św. Leonarda (u Balin. i Lipińskiego—*świętej Leonardy*) spłonął podczas najścia kozaków za Jana Kazimierza. W XVIII w. powstały tu przy szkole pijarskiej dwa konwikty dla ubogich alumnów ze szlachty łukowskiej: konwikt Szaniawskich dla 10 alumnów w r. 1730 i konwikt Izdebskich dla 2 alumnów w 1787 roku.

Łysków (gub. grodzieńska); uposażenie swoje zawdzięcza szpital zapisowi Jana i Franciszki Bychowców w r. 1774; szpital powstał wcześniej.

Maciejów (pow. kowelski); w r. 1702 Atanazy Miączyński, wojewoda wołyński, wyznaczył uposażenie na 12 ubogich (6 mężczyzn i 6 kobiet) w ordynaryi, bieliznie co rok nowej i płaszczach co trzeci rok nowych, oraz co tydzień po jednym złotym na każdego ubożego.

Maława *vid.* Sędziszów.

Małogoszcz (wojew. sandomierskie); szpital założył w r. 1545 Gabryel Miroński. (*Zapis. 7<sup>8</sup>*).

Marcinkowo (dek. czarnkowski); wizyta Kierskiego z r. 1738 pisze: „Szpital w Marcinkowie o jednej izbie ogrzewanej i trzech komorach jest dobrze postawiony i dobrze pokryty. Mieszka w nim pięciu ubogich, którzy nie mając żadnego uposażenia utrzymywani są kosztem dworu.“

Margonin (dek. czarnkowski); w szpitalu tutejszym było w roku 1641 dziewięciu ubogich; uposażenie stanowił ogród o dziewięciu zagonach. Szpital spłonął i w r. 1738 odbudowany jeszcze nie był.

Markuszew; kościół i szpital św. Ducha wzniosła tu w r. 1608 dziedziczka Gertruda Firlejowa, żona podskarbiego w. koronnego.

Martynów (pow. owrucki); szpital przy cerkwi parafialnej grecko-katolickiej powstał w pierwszych latach XVII w.

Maryampol (dawn. Czortopol, nad Dniestrem); zakład Sióstr Miłosierdzia fundacyi Teresy Jabłonowskiej powstał w roku 1746.

Mączniki (dek. śródzki); szpital tutejszy szwedzi spalili, w r. 1727 nowy jeszcze nie był wystawiony.

Mądre (wieś, dek. śródzki); szpital istniał tu niegdyś, wszakże już wizyta z r. 1696 znalazła dom szpitalny obrócony na szynkownię.

Mchy (wieś, dek. nowomiejski); w r. 1684 szpital tutejszy chylił się ku upadkowi.

Miechów; w XVI w. istniał tu szpital przy kościele św. Barbary.

Międzybórz (wojew. podolskie); szpital tutejszy miał sześć izb na 12 ubogich: sześciu mężczyzn i tyleż kobiet.

Międzychód (mtko, dek. lwówecki; w połowie XVIII w. wystawił szpital i 1200 zł. uposażył Unrug, ówczesny dziedzic Międzychoda.

Międzyrzec; szpital tutejszy założył i uposażył w r. 1536 Franciszek Stanisław Kurski, dziedzic pobliskiej wsi Kurska; w 1620 roku szpital spłonął, w roku zaś 1636 odbudowany przez ks. Mikołaja Nochowicza, proboszcza miejscowego. (*d. c. n.*).

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

144. D-r W. Danielsen. **O wartości metody Bier'a w przypadkach ostrych spraw zapalnych.** (München. medicin. Wochenschr. N-r 48, 1905).

Żadna chyba z ostatnich prac w zakresie chirurgii tyle nie wzbudziła zajęcia, co spostrzeżenia Bier'a na temat leczenia spraw zapalnych za pomocą przekrwienia biernego. Gdy przedtem za dogmat niemal uważano szerokie ropni gorących, ropówki i zastrzału otwarcie, autor, w mowie będący, widzi w klinicznych objawach zapalenia nie zło, które zwalczać należy metodą antyflagistyczną, lecz, przeciwnie, — lecznicze działanie przyrody, broniącej się przed infekcją najpotężniejszym orężem swym — przekrwieniem. Nie można więc w stanach tych zwalczać hyperemii i obrzęku, lecz — zwiększać je drogą wywoływania zastoju. Zapatrywania te, proste i logiczne, wydają się jednak niektórym tak dziwnymi, że wielu nie ufa im. Celem zwalczenia przesądu autor przytacza dane z kliniki prof. Küttner'a w Marburgu, dotyczące 105 przypadków, w których teoria Bier'a znalazła swe zastosowanie praktyczne.

W obec czyraków, wąglików, ran zakażonych i małych ropni stosowano, wprowadzone przez Klapp'a, bańki różnej postaci i wymiarów. Bańki te sprzedaje firma F. Eschbaum'a w Bonn. Posmarowaną tłuszczem u brzegu dolnego bańkę nasadza się drogą umiarkowanego ściskania baloniku - smoczka i dokonywa wypompowania powietrza stopniowo. Bezpośrednio pod bańką wpukła się odpowiednie miejsce skóry, nabierając mocnej barwy czerwonej skutkiem przekrwienia. Naciskaniem i puszczeniem wolno baloniku reguluje się stopień rozrzedzenia powietrza i zastoju, który, przeholowany ponad miarę, doprowadzić może do powierzchownej zgorzeli miejscowo.

Przystawianie bańki nie powinno wywoływać w ogóle bólu żadnego; normując od czasu do czasu stopień przekrwienia, trzymamy bańkę 3 kwadransy, poczem uległe zapalenie na-

puszcza się lekko tłustością i pokrywa okładem wilgotnym. Nazajutrz powtarza się kurację taką samą. W przypadkach czyraków z rdzeniem należy zdjąć pincetą cienką powłokę zewnętrzną i dokonać pod chlorkiem etylu nakłucia, wreszcie, przystawić bańkę. Pod pompką wylewa się natychmiast krew i ropa, niekiedy wydziela się bardzo prędko czop zgorzelinowy. Dla leczenia zastrzałów i ropówki ręki używano specjalnej ssawki na dłoń i palce oraz mankietu gumowego, obciążającego nasadę chorego palca lub przedramię; mankieta taki naciska mocno na baloniki do ssania, w których, za pomocą pompki, jak w rowerach, rozcieńcza się powietrze. W pierwszym okresie akcji palec przez chwil kilka pozostaje bladym, poczem krew wpędzoną doń zostaje nagle, dając zaczerwienienie wyraźne. I tu unikać trzeba próżni zbyt wybitnej, co daje znać o sobie bólem dotkliwym; uregulowanie przekrwienia jest również konieczne. Ropówkę i ropne zapalenie dróg chłonnych leczy się nakładaniem długiej na 1,5 metra i bardzo cienkiej opaski gumowej, do której przymocowanym bywa na końcu bandaż płócienny. Opaskę taką nakłada się bez podściółki z waty lub gazy wprost na udo lub ramię, lecz nie zamocno. Tętno na obwodzie, czerwonosć i ciepło, zależne od zastoju na zewnątrz od części zapalnych, występujące wyraźnie w porównaniu z kończyną drugą i brak sinicy są dowodem prawidłowego zastosowania opaski. Tę ostatnią pozostawić można na 20—22 godzin i po 2—4-godzinnej przerwie nakłada się ją znowu i wtedy nawet raz lub dwa razy, gdy ustąpią objawy zapalne.

Ze szczególnym zaznacza autor naciskiem, że wszystkie zabiegi te wykonywać należy dokładnie, pod kontrolą arcysumienną. Rozumie się, nie powierza się ich nigdy choremu, lub źle wyszkolonej obsłudze. Pacjent, leczony metodą tą ambulatoryjnie, powinien stawić się u lekarza tegoż dnia po południu dla obejrzenia opatrunku i stopnia zastoju. Jeśli oględziny powtórne dla różnych względów nie są możliwe, należy przed wyjściem chorego z oddziału bandaż zdjąć, od starannej kontroli bowiem zależą wyniki dobre, które z rękoczynu Bier'a dotąd osiągnano bez przerwy.

W kazuistyce d-ra D. znajdujemy spostrzeżenia następujące:

a) 43 przypadki czyraka; z tych w 25 przeszkodzone zebraniu się ropy. Jeden z przypadków dotyczył autora sa-

mego, który zakłuł się w ramię w przebiegu operacyi ropnej. Nazajutrz wytworzył się tamże czyrak mały, lecz nader bolesny: po przystawieniu bańki bóle ustąpiły w tej chwili. Bańkę trzymano przez godzinę, ognisko zapalne zbladło wyraźnie i niebawem rozeszło się bez śladu. W przypadkach kategorii pierwszej czyraki ginęły po 3 lub 4 seansach, niekiedy po 2 już lub jednym nawet. W kategorii drugiej otrzymano wyzdrowienie po 5 posiedzeniach, licząc średnio. Już pierwsza bańka wyciągała ilość znaczną krwi i ropy. Za cenną stronę zabiegu uważać należy brak blizn następczych.

b) 5 przypadków wąglika; kuracya trwała tu od 8 do 21 dni. Przebieg najdłuższy zauważono u chorego z wąglikiem zmarszczki odbytu. Bańka opróżniła ognisko w ciągu dni 5, gojenie jednak ciągnęło się 16 dni. Ciepłota nie przekroczyła nigdy 38°.

c) 19 przypadków zastrzału; w 12 wyzdrowienie bez cięcia. W terapii pomagano sobie nakładaniem opaski zastoinowej na godzin 20. Okres wyzdrowienia nie przewyższał dni 5.

d) 19 przypadków ropówki, leczonej poliklinicznie, lubo sprawy, powikłane ropieniem pochewek ścięgowych, lepiej leczyć w szpitalu. Autor nie wykonywał cięć wielkich, ani rozległego wypełniania ran gazą, nie używał szyn, nie ścisnął bandażem, ułatwiał, wedle możności, ruchy bierne i czynne palców. Dzięki postępowaniu temu zapewniano ropie odpływ obfity i zapobiegano skutecznie zesztynieniu palców. W 11 przypadkach cięższych wystarczyły nakłucia niewielkie. Ogniska goiły się najdalej po upływie dni 10. Jednego z chorych przyjęto do szpitala z posuniętą daleko sprawą ropną pochew ścięgowych, wikłającą jedną z najgorszych odmian—Vphlegmone. Dokonano tu dwóch małych cięć i na 22 godzin nakładano kilkakrotnie opaskę. Objawy ropówki ustąpiły szybko; pacjent niebawem zaczął leczyć się ambulatoryjnie i po upływie 3-ch tygodni władał już ręką dobrze. W tym niepożądanym przebiegu ropówki leczenie na modłę dawniejszą (rozległe cięcia, tamponowanie z uciskiem, unieruchomienie) doprowadziłyby napewno do zgorzeli ścięgien i ciężkich zaburzeń czynnościowych.

e) 3 przypadki zapalenia dróg chłonnych. Wyniki świetne notowano po upływie 1—2 dni.

Nadto z pomyślnym dla chorego skutkiem wypróbowano

leczenie, w mowie będące, w przypadkach ran zakażonych, w bąblach z ropą, w obec jęczmienia i ropnia dna jamy ustnej.

*K. Niedzielski.*

145. D-r Oskar Prym. **O leczeniu zapalenia migdałów za pomocą przyrządów ssących.** (München. medizin. Woch. N-r 48, 1905).

Zastosowanie metody Bier'a w leczeniu cierpień zapalnych nasunęło autorowi myśl wypróbowania jej w przypadkach zapalenia migdałów. Obawa, że użycie bańki ssącej wywołać może tu objawy krztuszenia się i dławienia, okazała się płonną z chwilą, gdy obmyślony został przyrząd odpowiedni. Za taki uważać trzeba bańkę, zaopatrzoną w rurkę, koniec której, po wprowadzeniu do jamy ustnej, wyziera na zewnątrz. Naciskając lekko na balonik gumowy, rozrzedzamy za pośrednictwem rurki powietrze w bańce; tę ostatnią ustawia się na płask, by nie dotykała języczka (uvula) oraz podniebienia miękkiego, przyczem wolny brzeg bańki musi być gładki, lecz nie ostry. W aparacie, zresztą, posiadać należy bańki różnej wielkości i starać się, by takowe chwytaly migdał dookoła. Ssawka, tak ustawiona, nie wywołuje bólów wcale; ślinotok usuwa się w ten sposób, że pacjent, leżąc w łóżku na brzuchu, trzyma głowę zwieszoną ponad brzegiem tegoż. Chorzy, leczeni ambulatoryjnie, siedzą z głową i częścią górną tułowia pochylonemi nieco. Małą bańkę wprowadza się nawet bez pomocy łopatki, uciskającej język.

Ssawki nie trzyma się dłużej nad 5 minut; w razie obustronnego zajęcia ustawiamy takowe na przemian. Każdy z migdałów poddać należy omawianej terapii kilkakrotnie i, jeśli można, tegoż dnia jeszcze posiedzenie powtarza się raz jeszcze. Bańki wyjaławiamy za każdym razem, rurki gumowe i balonik przemywamy roztworem lyzolu lub sublimatu.

Już po pierwszym zaaplikowaniu chory doznaje znacznej ulgi w łykaniu; z wyciśniętego, jak gąbka, migdału wycieka do zbiornika bańki niebawem płyn mętny. Chorzy, co przedtem nie mogli jeść prawie zupełnie, polykają bez trudu, czując się doskonale po seansie każdym przynajmniej przez godzin kilka. W jednym przypadku, dotyczącym 16-letniego młodzieńca z mocnym obrzękiem obu migdałów i rdzeniami w tychże, osiągnięto wyzdrowienie zupełne w ciągu 3 dni po półgodzinnem zastosowaniu metody Bier'a z przerwami. Po-

myślny wynik również stwierdzono u chorej na przewlekły nieżyt gardzieli. Gdy w wolnym od cierpień okresie przystawiono bańkę do zdrowego na pozór migdała lewego, ta ostatnia wyssała zeń czopek biały i cuchnący mocno, pełen drobnoustrojów i rozpadu. Pacjentka wyzdrowiała na dobre.

W odmianach głębszych sprawy zapalnej (angina lacunaris) i wobec przerostu migdałów wyniki dotąd otrzymane nie upoważniają jeszcze do wyprowadzania wniosków ostatecznych.

*K. Niedzielski.*

146. Kock. **Wartość kryoskopii krwi w chirurgii nerek.** (Arch. f. klin. Chir. Tom 78. Zeszyt 3).

W tomie 76 tegoż archiwum wystąpił Rumpel w obronie kryoskopii krwi i oceniania z tejże wydatności nerek, przeciw której oświadczył się szef autora, Rovsing.

Z polecenia ostatniego zajął się szczegółowo tą sprawą autor, by odeprzeć zarzuty, czynione przez Rumpel'a i Kümml'a. Jak wiemy, w kryoskopii krwi chciano znaleźć metodę, któraby wskazywała na wydatność nerek i to w ten sposób, że:

- 1) Przy nerkach normalnych molekularne zagęszczenie krwi ma być ilością stałą i odpowiadać punktowi krzepliwości 0,56.
- 2) Przy zmianach obustronnych w nerkach podnosić się ma zagęszczenie krwi.
- 3) Zmiany jednostronne nerkowe nie wpływają na zagęszczenie krwi.
- 4) Przy wybitnych zmianach w zagęszczeniu krwi wycięcie nerki jest przeciwwskazane, podczas gdy przy zagęszczeniu prawidłowem nerkę spokojnie usunąć można.

W odpowiedzi, a raczej celem wykazania niesłuszności tych zdań, przytacza autor historje chorób, które dzieli na dwie części, t. j. przypadki, w których  $\delta$  była niższa jak  $-0,60^{\circ}$ , a drugie, w których była wyższa od  $-0,60^{\circ}$ . Z powyższej grupy wspomina najpierw o 2 przypadkach mięsaka nerki lewej gdzie  $\delta = -0,605^{\circ}$  i gdzie mimo to usunięto nerkę chorą, a to na mocy tego, że cewnikowanie moczowodów wykazało zupełnie stosunki normalne po stronie prawej, nie wahało się też z operacją, choć, według Rumpel'a,  $\delta$  nakazywała zabiegu zaniechać. W trzecim przypadku gruźlicy nerki

prawej i białkomoczu nerki lewej  $\delta = -0,610^0$ . Mimo to, usunięto nerkę chorą, uważając białkomocz nerki lewej jako zawisły od trującego działania jadu gruźliczego nerki prawej. Zupełne wyzdrowienie—białko znikło. Idąc za radą Rumpel-Kümmel'a, skazanoby i tę chorą na śmierć niechybną. Podobnież i w 3 dalej przytoczonych przypadkach  $\delta$  była powyżej — 0,60. Wynika z tego zatem, że *zwiększone zagęszczenie krwi nie jest bynajmniej zawsze wyrazem obustronnych zmian nerkowych*, nie może też być zasadniczym przeciwwskazaniem do wycięcia nerki. Przypadków podobnych, jak przytoczone wyżej, znamy więcej, i tak: Koranyi przytacza przypadek roponercza, gdzie  $\delta = -0,68$ —wycięcie nerki—wyzdrowienie, Thumin  $\delta = -0,60^0$ , zapalenie ropne miedniczki z kamicy—wycięcie nerki—wyzdrowienie; podobny zupełnie przypadek opisał Barth  $\delta = -0,62^0$ , dalej Wertheim, gruźlica nerki  $\delta = -0,63^0$ —usunięcie nerki chorej—wyzdrowienie. W ostatnim przypadku po operacji  $\delta = -0,89$ , mimo to chora jest obecnie 4 lata po operacji i cieszy się zupełnym zdrowiem.

Zachodzi pytanie, czem motywują sobie Rumpel i Kümmell obawę przed wycięciem nerki u chorych z niską  $\delta$  i jakim zabiegiem chcą oni to wycięcie wtedy zastąpić. Obawę przed wycięciem nerki Rumpel i Kümmell uzasadniają doświadczeniem swoim. Zdanie to nie ma racji bytu, bo, n. p. doświadczenie Rovsing'a uczy inaczej. Co zaś do zastępowania wycięcia nerki innym zabiegiem, to wspomniani autorzy zadowolili się chcą cięciem nerki, wyciągnięciem kamieni i t. d., ewentualnie, gdy dopiero po tym zabiegu  $\delta$  podniesie się do normy, wycinają nerkę. Postępują więc niekonsekwentnie, bo wycinają narząd, któremu właśnie zawdzięczają polepszenie się  $\delta$ , czyli wydatności nerek. A jak postąpić w gruźlicy i nowotworach nerki, czy też czekać? W drugiej seryi omawia autor przypadki, gdzie  $\delta$  była wyższa od — 0,60<sup>0</sup>, a mimo to zmiany w nerkach były napewno obustronne. Wynika z tego, że zdanie Rumpel'a i Kümmel'a jest z gruntu mylne, bo z jednej strony nie dozwala operować tam, gdzie często operować można, a z drugiej zachęca często do operacji tam, gdzie zabieg tylko zaszkodzić może.

By sprawę tę rozświetlić lepiej, przeprowadził autor kryoskopię u ludzi zdrowych i przekonał się, że zagęszczenie krwi u ludzi zdrowych przy tej samej dyecie nie jest zupełnie



ilością stałą, lecz waha się w granicach od  $-0,52^{\circ}$  do  $-0,585^{\circ}$ . Podobne wartości znaleźli i inni, a Bousquet nawet twierdzi, że zagęszczenie krwi nawet u jednego i tego samego osobnika nie jest ilością stałą. Koeppe granice normalne  $\delta$  kładzie od  $-0,508$  do  $-0,635$ . W końcu wziąć trzeba pod uwagę liczne błędy, jakie przy badaniu się wydarzają, jeżeli się nie robi kryoskopii bardzo dokładnie, a także dokładne badanie jednego przypadku wymaga około 3 godzin czasu. Powinno się bowiem uważać, by temperatura mieszanki zimnej nie różniła się od punktu krzepliwości krwi więcej jak o  $1^{\circ}$ , a najwięcej  $2^{\circ}$ , dalej, by termometr był idealny, by przed i po badaniu kontrolować termometr kryoskopią 1% roztworu soli i t. d. Jeżeli się weźmie te wszystkie zebrane uwagi pod rozwagę, to każdy przyjąć musi do przekonania, że wobec skomplikowania i niedokładności kryoskopii z jednej strony, a wobec bardzo nikłych rozpoznawczych danych z drugiej strony, jak dotąd, metoda ta polecenia godną być nie może.

*A. E. Klęsk.*

147. Brunn. **W spawie gruźlicy jądra i przyjądrza.** (Deutsche Zeift. f. Chir. Bd. 77).

Zdania co do leczenia gruźlicy jądra i przyjądrza są jeszcze podzielone. Jedni radzą leczenie konserwatywne, inni, jak Bardenheuer wycięcie przyjądra z dodaniem połączenia vas deferens z ciałem Highmora podług Razumowski'ego, a to celem pozostawienia funkcji gruczołu nasiennego. Autor badał mikroskopowo jądra rzadko zupełnie zdrowe przy wybitnych zmianach gruźliczych przyjądrza i we wszystkich znalazł gruźlicę. Wynika z tego, że postępowanie więcej zachowawcze jak wycięcie samego przyjądrza, nie ma racji bytu, zostawia się bowiem ogniska w samym jądrze, a przez połączenie z vas deferens pozwala się im rozsiewać dalej.

*D-r A. Klęsk.*

148. Sick. **Ropówka deskowata.** (Deutsche Zeift. f. Chir. 77 Bd.).

Autor opisuje przypadek ropówki (phlegmone) na szyi u 42-letniej kobiety, przebiegający chronicznie bez gorączki i innych objawów, deskowato twardy, niebolesny (zupełnie podług opisu Reclus'a, który na to cierpienie zwrócił pierw-

szy uwagę). Cierpienie ustąpiło pod okładami zwolna. Promienicę wykluczono. Według autora, ropówka taka jest wyrażona zapaleniem, spowodowanym drobnoustrojami ropnymi o małej żywotności. Spotykano w niej prątek okrężnicowy, dwoinki rzeżączkowe, a nawet zwykłe pleśnie.

*D-r A. Klęsk.*

149. Wölfler. **Zeszycie nerwu podjęzykowego.** (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 45).

Autor publikuje pierwszy dotąd przypadek skutecznego zeszywania nerwu podjęzykowego u chorego, który w stanie pomieszania zadał sobie kilka ran ciętych na szyi. Objawami były: utrudnienie mowy i jedzenia. Język zbaczał bardzo na prawo i po prawej stronie był zanikły. W pół roku po operacji wynik bardzo dobry, drażliwość: faradyczna i galwaniczna wróciła zupełnie. W literaturze opisanych jest 6 podobnych przypadków, szwu nie stosowano jednak dotąd.

*D-r A. Klęsk.*

150. Perthes. **O regeneracji nerwów po wyrwaniu tychże przy nerwobólu nerwu trójdzielnego.** (Deutsche Zeift. f. Chir. Bd. 77).

U chorego, któremu 7 razy wrywano z powodu nawrotów nerwobólu różne gałązki nerwu trójdzielnego, znaleziono w końcu przy sekcji, w 3 miesiące po ostatniej operacji wcale dobrze zregenerowane znowu nerwy, co tłumaczy często zdarzające się nawroty.

*D-r Klęsk.*

151. Neumann. **Nieoperacyjne leczenie naczynek.** (Deutsche med. Wochtt. 20, 1905).

Lapis, sublimat, kwas azotowy i t. p. niszczą naczyniaki tylko powierzchownie, a nieraz pobudzają je wprost do dalszego wzrostu.

Najlepsze wyniki (w 700 przypadkach) widział autor po chlorku cynku z pomocą ewentualnie arsenu, kwasu chromowego lub gorącego żelaza. Postępowanie jest następujące: robi się mieszanekę z 5—10 gramów suchego chlorku cynku i collodium 100 gramów i naczyniak smaruje się tą mieszaniną pędzlem, ochroniwszy zdrowe części skóry naokoło pla-

strem. Collodium zasycha i miejsce nasmarowane zakrywa się gazą. Po 2 dniach opatrunek się zmienia. Zwykle już siódmego dnia naczytniak znika, a, jeżeli zostają resztki, to usuwa się je za pomocą pasty arsenikowej (acid. arsenic. Sulph. depur. ana 4,0, Ungt. cerat. ad 100,0). Chlorek cynku nie działa trująco, nie wywołuje krwotoków i wielkiej bolesności, a działa pewnie.

*D-r A. Klęsk.*

152. Spitzky. **Z dziedziny chirurgii i neurologii.** (Zeitschf. f. orthopäd. Chir. Bd. XIV).

Wykazano, że można porażony nerw przez przyszycie go do zdrowego pobudzić do działania. Autor starał się zastosować ten sposób przy pojedynczym porażeniu nerwu udowego i strzałkowego w poliomyelitis, a mianowicie cięciem 6 cm. długości od więzu Poupert'a odsłonił sobie nerw udowy. Następnie drugim cięciem od guza łonowego nieco nawewnątrz wszedł między adductor longus i pectineus, aż do rozgałęzienia nerwu zasłonowego (obturatorius). Po odcięciu gałązki powierzchownej tego nerwu tuż przy mięśniu, przeniósł ją podskórną za pomocą rurki szklanej i wszył w nerw udowy. Po zeszytciu rany opatrunek gipsowy, obejmujący miednicę i udo. 2 operowane w ten sposób przypadki dały wynik bardzo, co do funkcji, dobry.

*D-r A. Klęsk.*

153. Dahlgren. **Leczenie pooperacyjnego porażenia jelit.** (Zentblt. f. Chir. 15, 1905).

Prócz zakładania przetoki, przemywania i środków przeczyszczających przy porażeniu pooperacyjnym jelit stosuje autor z dobrym skutkiem zaraz przy operacji, gdy jelita są wzdęte, przesuwanie treści od dwunastnicy palcami aż do założonej przetoki, ewentualnie czyni to specjalnie do tego sporządzonym instrumentem, składającym się z dwóch walców metalowych, połączonych ze sobą elastyczną pelotą. W ten sposób ocalił z 15 chorych na rozległe zapalenie otrzewny 8.

Jeżeli niema mechanicznej przyczyny niedrożności, można próbować wstrzykiwać atropiny, która daje dobre wyniki, ale w dawkach 0,007, w 15 godzinach wstrzykniętych.

*D-r A. Klęsk.*

154. Brenner. **Połączenie żołądka z jelitem, czy wycięcie przy wrzodzie modzelowatym żołądka?** (Arch. t. klin. Chir. Tom 78. Zeszyt 3).

Na zjeździe lekarzy i przyrodników w Karlsbadzie w r. 1902 polecił autor wycinanie, jako racjonalny zabieg przy wrzodach modzelowatych żołądka, zaś połączenie żołądka z jelitem uważał za wystarczające tylko przy wrzodach małej krzywizny i odźwiernika, nie zrosniętych z trzustką. Obecnie jednak zmienił nieco zdanie, przekonawszy się z doświadczenia, że i po prostym połączeniu żołądka z jelitem wrzody modzelowate znikają, chociaż niektórzy, n. p. Jedlicka, nie chcą temu wierzyć. Autor opisuje trzy przypadki podobne—wyleczenie prostym połączeniem żołądkowo-jelitowym. W dalszej części swej pracy wspomina autor o losach operowanych przez siebie chorych i widzimy z tego, że przy wycięciu (21 przypadków) umarło sześciu, co daje 28,6% śmiertelności, zaś przy połączeniu (30 przypadków) umarło 4, t. j. 13,3% śmiertelności. Wyniki, co do funkcji żołądka, są prawie jednakie, a skoro śmiertelność przy łączeniu jest o tyle mniejsza, nie dziwnego, że autor staje się zwolennikiem ostatniej, podobnie jak i większość operatorów na międzynarodowym zjeździe chirurgów w Brukselli.

*A. E. Klęsk.*

---

## Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

---

155. Dieulafoy. **Ślepotą histeryczną.** (Sem. méd. N-r 50, 1905).

Autor opisuje dwa przypadki ślepoty natury histerycznej, przytacza sporo przypadków z literatury i dochodzi do wniosków następujących. Jednym z charakterów tej ślepoty jest to, iż zjawia się nagle, bez wszelkiego okresu zwiastunów; ślepotą ta jest zupełna, chory zachowuje odruch źrenicy, siatkówka i wogóle tkanki oka pozostają zupełnie bez zmian.

Jedynym może objawem, który poprzedza ślepotę histeryczną, jest, często powtarzający się, ból głowy i skurcz mięśni, kierujących

ruchami oka. Ból głowy nie ma określonego miejsca (najczęściej są bolesne regiones frontal., tempor. i occipit.).

Ślepotą histeryczną może trwać bardzo krótko, kilkanaście godzin np., lub bardzo długo: kilka tygodni, miesięcy, a nawet i dłużej.

Rokowanie jest zawsze dobre — wcześniej, czy później chory wzrok odzyskuje. Rozpoznanie różniczkowe można postawić pomiędzy ślepotą wskutek zatrucia alkoholem, ołowiem, uremii i t. p. Otóż, we wszystkich przypadkach innych ślepoty, nie spowodowanych histeryą, zajęte jest dno oka, prócz tego mamy jeszcze objawy ze strony nerek; możemy się dowiedzieć, czym się chory zajmował (ślepotą wskutek zatrucia ołowiem), wreszcie nie jest to ślepotą nagłą, jak to zauważył autor na wstępie, poprzedzając ją jeszcze objawy specjalne dla tej choroby, która wywołuje ślepotę. I jeszcze jedno—o ile ślepotą histeryczną zginie, znajdujemy zawsze zwężenie pola widzenia (za pomocą kampimetru) nawet u takich chorych, którzy nie przedstawiają żadnych objawów histeryi.

Na zakończenie autor zwraca uwagę, że istnieje jeszcze ślepotą histero-traumatycznego pochodzenia, która bywa niekiedy bardzo uporczywa; należy ona głównie do dziedziny medycyny sądowej — i gra ważną rolę w ubezpieczeniach robotników od wypadków w fabrykach.

M. B.

156. Herescu. **O kamicy nerkowej.** (Spitalul. N-r 21, 1905).

Wyniki nacięcia nerki są na tyle dobrymi, że autor przy kamicy nerkowej tylko wtedy usuwa zupełnie nerkę, gdy nie można usunąć wszystkich kamieni, lub gdy tkanka na tyle się skurczyła i zanikła, że o jakimkolwiek bądź działaniu i mowy być nie może. Nawet i w takich przypadkach nie należy usuwać nerki, dopóki się nie przekonano, jak dalece dobrze działa druga nerka. Dlatego należy, o ile można, zgłębnikiem zbadać moczowody, lub też za pomocą separatora Cathelin'a lub Luys'a zebrać mocz z każdej nerki oddzielnie. Określenie wydzielonego mocznika, próba z metylenblau, lub też ewentualne zbadanie moczu na drobnoustroje grzyzicy, dają ważne wskazówki co do sprawności obydwóch nerek. Nie należy przystępować do żadnego wycięcia kamieni nerkowych, póki się nie zrobiło wyżej wymienionej próby. O istnieniu kamicy może dać wskazówki badanie promieniami Roentgen'a, bezpośrednio macanie nerki według sposobu Guyon'a i, na koniec, ogólny stan chorego i przebieg najrozmaitszych ubocznych objawów. Kamienie nerkowe mogą przez dziesiątki lat istnieć i często spotyka się przypadki, w których istnieje choroba od lat dziecięcych. Szczególniej bóle

w okolicy nerek, przeważnie z jednej strony, zwracają uwagę na tę chorobę; czasowe parcie na mocz, połączone czasami z krwią w moczu i później ropa w moczu z biegiem czasu przyłączają się do ogólnych objawów. Bardzo często pojawiają się objawy pod postacią zapalenia pęcherza moczowego, lecz za pomocą określenia pojemności pęcherza moczowego łatwo postawić rozpoznanie różniczkowe, gdyż, jak wiadomo, zapalenie nerek znacznie zmniejsza normalną pojemność pęcherza moczowego, która wynosi przeciętnie 250,0 gr.

*W. B.*

157. Fischer i Mering. **Proponal.** (Medic. Klinik. 1905, N-r 52).

Jako nowy środek nasenny polecają autorowie Proponal, środek jednoznaczny z weronalem. Proponal działa tak samo silnie, jeżeli nie silniej niż weronal, już w dawce o połowę mniejszej niż weronal. Kilkakrotnie udało się proponalem uśmierzyć bóle, tak że środek ten działa i przy bezsenności wywołanej przez bóle, gdzie weronal i w podwójnej dawce nic nie pomaga. Jednym słowem, proponal świetnie działa we wszystkich przypadkach, gdzie inne środki nasenne już nic nie pomagają, szczególnie zaś w tych przypadkach, w których trzeba znacznie podwyższyć dawkowanie weronalu. Stosuje się proponal najlepiej w postaci proszku w wodzie, herbacie, piwie, winie i t. d. Jako dawka dostatecznie 0,15 do 0,5 (!) Sen zjawia się po upływie 15—40 minut i trwa 6—9 godzin. Ubocznych objawów nie zauważono.

*W. B.*

158. Edlefsen. **Jodan sodu i zapalenie opon mózgowordzeniowych.** (Berliner. klinische Wochenschrift. N-r 5, 1906).

Przed kilkoma laty autor robił doświadczenia z tym sposobem leczenia. Według otrzymanych wyników jodan sodu działa znacznie lepiej niż jodek sodu lub też jodek potasu. Podskórne zastrzyknięcie działa lepiej niż per os. Według mniemania autora, pożytek ze stosowania jodanu sodu leży głównie w tem, że zatrzymuje lub uśmierza znacznie te, tak ciężkie, skutki zapalenia opon mózgowordzeniowych. Oprócz jodanu sodu radzi autor stosować pęcherz z lodem nie tylko na głowę, ale też i na kark i bromek potasowy przeciwko kurczom, a szczególnie przeciwko skłonności do wymiotów, i to w dużych dawkach. Oprócz tego leczenia można jeszcze stosować nakłucie łądźwiowe i nacierania maścią Credé. Jodan sodu,

jak widać z przytoczonych historii chorób, okazał też świetne usługi autorowi i w przypadkach przewlekłego obrzmienia gruczołów.

*W. B.*

159. **W 2 przypadkach róży** stosował Teutschländer z Will czysty **formol**. Chorzy, leczeni w ten sposób, już kilkakrotnie cierpieli na różę i żaden środek nie był w stanie zapobiedz rozprzestrzenieniu się choroby na sąsiednie miejsca. Otóż, zaraz po drugim posmarowaniu zapalenie skóry zostało powstrzymane. Ciepłota z 40 spadła do 38; w 4 dni nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

(Sem. méd. N-r 4, 1906).

*M. B.*

160. **Leczenie trądziku za pomocą przekrwienia zastoinowego** stosuje Moszkowicz z Nowego Jorku. Autor używa do tego bańki opatrzonej w gruszkę kauczukową, rozmiary bańki są wielkości, odpowiedniej do miejsca, na którym ma być postawiona (od 2—4 ctm. średnicy). Należy po postawieniu bańki na oznaczonym miejscu wypompowywać powietrze bardzo powoli, gdyż w przeciwnym razie można tylko pogorszyć stan chorego. W ciągu godziny stawia się na 2 minuty (lub jedną minutę) bańkę, zdejmuje następnie i znów stawiając. Bańki stawia się raz dziennie i powtarza przez tyle dni stawianie, póki ta część twarzy nie będzie zupełnie zdrową, poczem przechodzi się do następnej części i t. d. Najczęściej leczona część przychodzi do zdrowia po 2—5 dniach. Można przyspieszyć leczenie, stawiając jednocześnie 2 bańki na 2-ch różnych miejscach twarzy. Autor stosował powyższe leczenie, i to zawsze z dobrym wynikiem, w 8-iu przypadkach.

*M. B.*

(Sem. méd. N-r 4, 1906).

161. **Przypadek śmierci wskutek iniekcji adrenaliny** opisuje Maragliano. Choremu na ząb wyrwano takowy pod znieczuleniem (do dziąsła zastrzyknięto 1 cc. roztworu, zawierającego 0,5% kokainy i 1<sup>00</sup>/<sub>00</sub> adrenaliny. Nazajutrz po wyrwaniu zęba chory dostał gorączki — na miejscu zastrzyknięcia utworzyło się zmartwienie, wystąpiły też objawy infekcji. Chory, 50-letni mężczyzna, zmarł w ciągu 8 dni. Autor twierdzi, że śmierci nie mogło wywołać wyrwanie zęba, lecz tylko zastrzyknięcie adrenaliny, należy więc nawet przy minimalnych dawkach (0,0001) adrenaliny, jeśli chodzi o zastrzyknięcie leku tego, pamiętać, że może on wywołać, jak zresztą widzimy to z literatury, miejscową infekcję — ropienie lub gangrenę.

Chcąc uniknąć wszelkich powikłań, autor zadzi zastrzykiwać adrenalinę tylko do zdrowych tkanek.

*M. B.*

(Sem. méd. N-r 3, 1906).

162. D-r East **leczy wole za pomocą okładów z kamfory i jodyny**, ponieważ podawanie jodu zbyt jest utrudnione w Birmanii, gdzie autor praktykuje. Używa autor stężonego roztworu alkoholowego jodu, do którego dodaje się, aż do nasycenia, kamfory. W 300 przypadkach leczonych otrzymał autor zupełne wyzdrowienie, przyczem nie zauważył żadnych objawów ze strony skóry (nie bardzo delikatnej u tego plemienia), tak, że dla Europejczyków radzi autor używać zwyczajnej nalewki jodu (*Tra jodi officinalis*).

*M. B.*

(Sem. méd. N-r 1, 1906).

163. **Leczenie gruźlicy stawu za pomocą mięsienia** lekkiego, bez zbyt silnych ruchów, dało nadspodziewanie dobre wyniki d-rowsi Saquet; leczenie to stosuje autor od 12-tu lat—ostatnio wyleczył 42-letnią kobietę, która od 6-iu lat cierpiała na gruźlicę stawu—mimo ignipunktury, iniekcji emulsji jodoformowej, unieruchomienia i innych zabiegów. Chora chodzić mogła tylko przy pomocy kuli. Już po 2-ch miesiącach leczenia masażem chora zaczęła chodzić, po  $\frac{1}{2}$  roku odbywała kursy po 7 kilometrów, po 18-tu miesiącach recydywy nie było—chora ma się obecnie zupełnie dobrze. Autor wierzy w działanie mięsienia tylko u takich chorych, których stan ogólny jest dobry.

(Sem. méd. N-r 2, 1906).

*M. B.*

164. Z racji, tak omawianej dziś wszędzie, metody zastoinowej A. Bier'a, prof. E. Payer (Hradec) przypomina sposób Wölfler'a w przypadkach róży. Stary sposób ten polega, jak wiadomo, na wyosobnieniu zwyrodniałego przez różę terenu od części zdrowych, przez pokrycie tegoż kawałkami plastra lepkiego w kierunku kolistym. Otóż całą niezaprzeczoną skuteczność metody tej P. tłumaczy powstaniem zastoju pod plastrem i popiera twierdzenie swe następującą, przed laty obserwacją z kliniki prof. Nicoladoni'ego.

Przyjętemu na oddział chłopcu z różą dłoni lekarz początkujący nakleił na ramię paski utrzymującego opatrunek plastra bardzo mocno. Ponieważ po upływie godzin kilku kończyła zsiniała wyraźnie i stała się chłodną, P. zdjął opatrunek czempredzej, nie szczędcząc przytem asystentowi wymówek ostrych. Tymczasem wynik



„niefortunnego“ opatrywania tego był wprost świetnym. Gorączka spadła odrazu i objawy zapalne przeminęły szybko.

Używane wówczas sposoby izolowania róży były różne: iniekcye karbolu, przyżeganie rozpalonem żelazem, pograniczne nacięcia skóry z odkażaniem następczem za pomocą sublimatu i opatrunków jodoformowych i t. p., żaden jednak z zabiegów powyższych nie mógł, co do skuteczności swej, równać się z postępowaniem Wölfler'a, znanem od r. 1888. W 4 lata potem Schneider i Niehans proponowali smarowanie kolodyonem stykających się z chorem na różę części skóry, Kroell, wreszcie, zalecał jednocześnie odgraniczanie miejsc chorych przymocowaniem do skóry paszków gumy. Wyniki były dobre, nikt jednak nie tłumaczył sobie właściwie mechanizmu sprawy. Zdaniem prof. P., czynnem tu było wyłącznie przekrwienie zastoinowe, które twórcy metod, wyszczególnionych powyżej, wywoływali pomimo wiedzy swej i chęci.

(München. med. Wochenschr. N-r 38, 1905).

K. N.

165. Gdy rana skórna, po laparotomii np., nie goi się drogą rychłozrostu, stosujemy zazwyczaj leczenie przeciwwakażne. Otóż, jak uczą wyniki d-ra J. Eversmann'a z Bonn, wyzdrowienie otrzymać można wcześniej i bliźną mocniejszą **po zastosowaniu przekrwienia biernego wzorem Bier'a**.

Rozsunąwszy zlekka brzegi rany operacyjnej, przystawia się doń pokrywając ją zupełnie bańką, zastosowaną do postaci rany i wymiarów tejże; próżnię w ssawce wykonywa się bądź za pomocą gruszki kauczukowej, bądź — przymocowanej do przyrządu pompy. Rana i okolica jej nabiera barwy ciemno-różowej, do bańki wpukła się, wydzielając ropę i surowicę do aparatu bezzwłocznie. Po upływie 5 minut bańkę odstawia się po wypoczynku chwilowym — aplikuje znowu i tak przez pół godziny. Dwóch posiedzeń dziennie wystarcza; po dokonaniu aspiracyi nie należy rany tamponować, gdyż w ten sposób podtrzymuje się ropienie.

W kilku przypadkach E. przekonał się o całej wyższości metody powyższej nad wszelkimi sposobami innymi; wynik ów autor czyni zależnym od wypompowania dokładniejszego wydzielin chorobowych, zalegających w ranie, niż uczynić to może tampon. Niewątpliwie i zastój sam oddziaływa tu na tkanki dodatnio.

(La sem. méd. N-r 6, 1906).

K. N.

166. D-r Hamilton Wright robił spostrzeżenia nad cho-

robą beri-beri w pewnym więzieniu indyjskim. Spostrzegane przez niego przypadki rozpoczynały się od ostrego gastro-enterytu, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego. Objawy zapalenia nerwów, które potem występowały, stawia H. Wright w zależności od zarazka, który powstał w przewodzie pokarmowym; zarazek ów wytwarza jad, który w czasie choroby ulega wchłanianiu. Objawy neuropatyczne na obwodowych pniach nerwowych oraz nerwowym aparacie serca powstają w ten sam sposób, jak bezwładny podyferytyczne.

D-r B. Nocht, lekarz chorób podzwrotnikowych w Hamburgu, utrzymuje, że przypadki beri-beri, spotykane podczas długotrwałych podróży żaglowców, stoją zawsze w związku przyczynowym z nieodpowiedniemi i jednostronnem odżywianiem się i że wielu ludzi, dotkniętych beri-beri — żaglowców, przedstawia jednocześnie objawy skorbutu. D-r N. przyjmuje beri-beri żaglowców, jako odmianę skorbutu.

H. K.

(Verhandl. der Gesellsch. Deut. Naturfor. u. Aerzte. 1906).

167. Noguera. **Nowy sposób leczenia róży.** (Gac. méd. Catal. N-r 16—18, 1905).

Do leczenia róży autor radzi stosowanie miejscowe kwasu salicylowego. Zapisuje on następujący roztwór: Acidi salicyl. 10,0, Glycerini, Aq. Rosarum ana 50,0 i każe co 3—4 godzin smarować tym roztworem chore miejsce (przedtem należy dobrze pomieszać lekarstwo) i jego okolice. Już po kilkakrotnem stosowaniu tego roztworu przestaje róża się rozprzestrzeniać, na drugi dzień ustępuje gorączka, czerwony kolor róży przyjmuje odcień fioletowy i powoli zupełnie znika; po upływie 3—6 dni chory jest wyleczony od róży. Autor leczył tym sposobem 82 przypadki, z tych 67 na głowie i twarzy, a 15 na goleniach. Ani jeden z tych chorych nie zmarł, nigdy nie trwała róża dłużej nad 6 dni, licząc od początku choroby. Autor radzi wypróbować ten sposób na większej ilości chorych.

W. B.

168. Soriano. **O leczeniu choroby Basedow'a.** (Rev. de Méd. et Chir. Práct. 7-XI, 1906).

Autor radzi stosować w celu leczenia choroby Basedow'a prąd galwaniczny, a mianowicie przykładając go do samego gruczołu. Biegun dodatni stawia się z tyłu na szyję, a ujemny na

miejsce największego obrzęknięcia gruczołu. Posiedzenie trwa 5—8 minut, siła prądu powinna wynosić 5—10 MA; elektroda ujemna powinna mieć w średnicy 5 cm. Najpierw codzień się aplikuje prąd galwaniczny, a potem, gdy następuje pewne polepszenie, co drugi dzień. Przy bardzo dużych wolach radzi autor kilka razy dziennie elektryzować i przykładą ujemny biegun w różnych miejscach. Bardzo często daje się zauważyć w tych miejscach, gdzie się przykładą elektrodę, małe zadrażnienia skóry, które mogą być bardzo bolesne; w takich przypadkach należy często zmieniać miejsce i bacznie zwracać na to uwagę, aby cały biegun przylegał do skóry. Leczenie bardzo prędko usuwa bezsenność i wszelkie inne nerwowe dolegliwości, pragnienie i uczucie gorąca. Bardzo prędko potem zmniejsza się drżenie i niepewność w ruchach, a także bicie serca. Daje się zauważyć zmniejszenie ilości tętna, chociaż częstość tętna niezupełnie wraca do normy. Oczy się zmniejszają, chociaż też nie wracają zupełnie do normy, ruchy oczne przez to stają się swobodniejszymi. Wole może zupełnie zginać, chociaż przedstawia ono najodporniejszy objaw, który najdłużej nie chce ustępować leczeniu. Autor leczył tym, już dawno znanym, sposobem 10 chorych—u wszystkich z dobrym wynikiem; pierwszy chory jest już trzy lata zdrowy zupełnie, a drugi już dwa i pół lat. Dalej autor podaje szczegółową historię choroby każdego z tych 10 przypadków.

*W. B.*

169. Stegmann. **Przyczynek do leczenia choroby Basedowa promieniami Roentgen'a.** (Wiener klin. Wochenschrift. N-r 3, 1906).

Najpierw autor donosi, że chorzy, których leczył dwa lata temu, są zupełnie zdrowi, to jest czują się znacznie lepiej, potem opisuje on dalszy świetny wynik, który otrzymał, lecząc chłopczyka 14-letniego, cierpiącego na chorobę Basedow'a, promieniami Roentgen'a. Oświetlanie trwało 12 minut ze średnio miękkimi rurami, oświetlał on co 4—7 dni. Leczenie wola promieniami Roentgen'a powinno być zupełnie indywidualne i stopniowo przeprowadzone, a nie jednorazowymi dwiema dawkami. Wola mięszone najlepiej nadają się do takiego leczenia.

*W. B.*

170. Gersuny. **Przeciwu podnieceniu przy uśpieniu.** (Wiener klin. Wochenschrift. N-r 3, 1906).

Aby uniknąć tak przeszkadzających ruchów górnymi kończy-

nami u chorych w okresie podniecenia przy uśpieniu, nakłada autor na obie górne kończyny rękawy sztywne z celuloиду długości od pachy do stawu napięstkowego, związuje te rękawy za pomocą wstążki na szyi chorego. Tym sposobem chory nie jest w stanie zginać rąk w stawach łokciowych i nie potrzeba używać do tego siły, która, jako taka, rozdrażnia jeszcze więcej chorego. Aby uniknąć siadania chorego, należy nogi umieścić trochę wyżej, tak aby pięty były w powietrzu i nie mogły się opierać. Zachowując wyżej wymienione otryżności, można z łatwością walczyć z podnieceniem chorego przy uśpieniu.

*Wacław B.*

171. Lewin. **Leczenie gruźlicy za pomocą surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.** (Berlin. klin. Wochenschr. N-r 4, 1906).

Autor podaje wyniki, które otrzymywał, lecząc gruźlicę za pomocą surowicy Marmorka. Opisuje on detalicznie 156 przypadków, z których 26 należy do chirurgicznych. Według mniemania autora, w większej części przypadków zakrótko leczono i zakrótko obserwowano już polepszone przypadki. Znaczne polepszenie skonstatowano w większej połowie przypadków, przy czem chorzy czuli się subiektywnie znacznie lepiej i obiektywnie można było zauważyć znaczne zmiany ku lepszemu. Najrozmaitsze objawy uboczne aż do kollapsu tu zauważono. Polepszały się: stan sił cielesnych, apetyt; duszność zmniejszała się, stłumienia wyjaśniały się. Więcej niż jedna trzecia część obserwowanych przypadków miała gruźlicę już w trzecim stopniu. Przypadki chirurgiczne gruźlicy też się polepszyły.

*W. B.*

172. Stadelmann i Benfey. **O leczeniu gruźlicy płuc surowicą Marmorka.** (Berlin. klin. Wochenschr. N-r 4, 1906).

Autorowie stosowali surowicę w 5 przypadkach gruźlicy płuc. Wyniki we wszystkich kierunkach były niezadowolniające, przeciwnie, zauważono znaczne objawy uboczne prawie we wszystkich przypadkach. Nawet subiektywnie chorzy się wcale nie czuli lepiej. Dalej autorowie opisują w kilku słowach przebieg obserwowanych przez nich 5 przypadków, leczonych surowicą Marmorka.

*W. B.*

173. Klingmüller. **O Tumenolammonium.** (Medic. Klinik. N-r 36, 1905).

Nowy preparat Tumenolu, mianowicie Tumenolammonium usuwa wszelkie niedogodności, które spotykamy przy stosowaniu Tumenolu. Środek w słabym roztworze dobrze oddziałuje (wywołując wysychanie) na wszelkie powierzchowne zapalenia skóry, jakoto: ostry wyprysk, zapalenie skóry, erosiones i t. p. W silniejszym roztworze stosowane, wywołuje Tumenolammonium lekkie podrażnienie i dla tego świetnie nadaje się do usunięcia starych, nie głębokich nacieczeń. Przy bardzo swędzącym wyprysku prurigo i pruritus usuwa Tumenolammonium swędzenie, jeno w słabym roztworze stosowane, jako maść do wcierania albo pendzlowania. Autor poleca następujące formułki:

### I Tumenolinctura

Rp. Tumenolammonii 10,0—20,0  
 Aether. sulfur.  
 Spir. vini rectific.  
 Aq. destillatae ana ad 100,0.

### II Tumenolpasta

Rp. Tumenolammonii 5,0—20,0  
 Zinci oxydati  
 Amyli pur. ana 25,0  
 Vaselini flavi 50,0

Zamiast wody można dać gliceryny.

### III Arning'a pendzlowanie do leczenia furunkulów:

Rp. Tumenolammonii 8,0  
 Tinct. Benzoës 30,0  
 Anthrarobini 2,0  
 Aether. sulfur. 20,0.

*W. B.*

174. (hk) Fabryki chemiczne wypuściły do handlu nowy preparat fosforu p. n. *Phytina*. Jest to naturalny, otrzymany z nasion roślin, nieszkodliwy preparat fosforu (kwaśna sól anhydrooxymethylenoduri fosforanu magnezu i wapnia). Zawiera 22,8% związanego organicznie fosforu w nieszkodliwej i łatwo przyswajającej się formie. Preparat ten stosować można we wszystkich przypadkach, gdzie jest wskazane użycie fosforu. W handlu znajduje się phytina pod postacią pastylek (tabletek) à 0,25 lub też w proszku w żelatynowych kapsułkach również po 0,25. Dawki wynoszą 2 razy dziennie po 2 kapsułki przed jedzeniem, dzieciom  $\frac{1}{2}$  lub  $\frac{1}{4}$  tej daw-

ki. Ssawcom i dzieciom do 2 lat podaje się fytynę w postaci neutralnego, rozpuszczalnego preparatu p. n. *fortossan* (połączenie phytiny z cukrem mlecznym).

## Kronika bieżąca.

(Kn) Z pracy d-ra Albrecht'a, ogłoszonej niedawno w czasopiśmie niemieckim „Deutsche Zeitung;“ dowiadujemy się ciekawych szczegółów co do postępowania leczniczego przed stu laty z chorymi na umyśle. Z długiej seryi barbarzyńskich środków, jakie figurują w podręczniku z r. 1803, autor przytacza ważniejsze. Tu należą: głód i pragnienie, któremi „oblaskawić można szybko;“ dalej — pozbawienie snu, czem „da się ułagodzić sokołów nawet;“ środki wykrztuśne, wymiotne, przyszczydła i przez skórę przeciągane zawłoki; manipulacye te, wywołując i podtrzymując ropienie, są skutecznym ku odciążeniu „złych soków“ warunkiem. Do środków drastycznych zaliczono: spalenie na skórze kulek z bawełny, kapanie lakiem palącym się, przyżeganie głowy i kręgow szyi gorącym żelazem, smaganie pokrzywami i t. p. Zabiegi tego rodzaju odczują „znieczuleni nawet zupełnie i najzuchwalszych zmuszą do skarg i płaczu.“ Mocne znów tarcie podeszew szcotkami, obsypywanie rojem pluskiew, mrówek lub gąsienic miało zmuszać milczących uparcie do mówienia. Nader skutecznym, według zapewnień uczonego z przed wieku, miał być szafel potężnych rozmiarów z żywymi węgorzami w środku; do beczki tej wsadzano nieświadomego rzeczy klienta, który „teraz mógł sobie puszczać wodze fantazy.“ Do ulubionych środków należało również szczepienie świerzby. Nie cofano się wcale przed łagodniejszymi odmianami tortur, jak: puszczanie wody kropla po kropli na głowę wygoloną, przystawianie do brzucha myszy lub owadów dużych, uwieczonych w wywróconej do góry dnem szklance, smarowanie podeszew rozczyntem soli, którą kozy zlizywały potem. Biczowania dokonywali kaci specyjalni, smagając różgami lub bykowcem. Jak widać z powyższego, psychoterapia ówczesna nie była dla obłąkanych zbyt względną i przyjemną.

(Kn) Zarząd kolei pruskich w Altonie zabronił personelowi całemu używania wódki w godzinach służby. Za przynoszenie ze sobą i przechowywanie wódki oraz napojów wysokokowych wyznaczono kary. Rozporządzenie odnośnie brzmi, jak następuje: „O ile w pewnych wypadkach może być dopuszczonym wyjątek z nowego prawa z różnych względów, inspekcyje o okolicznościach takich zdają raport osobny. Prócz wyjątków tych z góry zabrania się używanie wyskoku w postaciach wszelkich na służbie i w pracy. Prawo obowiązuje w pierwszym rzędzie tych oficyalistów i robotników kolei,

którzy w hołdowaniu Bachusowi zauważeni byli kilkakrotnie, nadto urzędy odnośnie czuwać winny nad zachowywaniem się w tym względzie utrzymujących bufety na stacyach. Pijaństwo podczas pełnienia obowiązków, zależna od tegoż, niesprawność służbowa karane są, w danym razie, bezzwłocznem wymówieniem miejsca. Podczas zawierania umów, przed daniem awansu należy stwierdzić, czy w mowie będący osobnik nie nadużywa wysokości; ludzi takich wykluczać bezwarunkowo z kadencji. Co do zaopatrzenia bufetów w zapas odpowiedni wolnych od alkoholu trunków, jak kawa, herbata, wody mineralne i t. p., rozporządzenia właściwe wydane zostaną oddzielnie.“

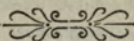
Jak wykazały najnowsze obliczenia statystyczne, ogłoszone za rok 1904 przez urząd handlowy w Waszyngtonie, na punkcie konsumpcji piwa Niemcy zajmują miejsce drugie (Anglia) we wszechświecie (30,77 galonów na głowę), co do wódki, koniaków i likierów — trzecie (Austria) — 2,11 galonów na głowę. Rozporządzenie zatem Rady Altońskiej jest bardzo na czasie. Żałować należy tylko, że te, jak dotąd, obowiązują koleją niemiecką wyłącznie.

Wyszły z druku:

Czaplicki. Zarys bakterjologii krwi. Łódź, 1906.

S. Orłowski. Choroby nerwów obwodowych, choroby rdzenia kręgowego. Warszawa, 1906.

— Redakcyja *Biblioteki lekarskiej* prosi nas o zaznaczenie, że z przyczyn od redakcyi niezależnych Z. 1, 2 i 3 z r. b., zawierające T. II-gi Comby *Podręcznik chorób dzieci* wyjdzie dopiero w końcu tego miesiąca.



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

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

Rok. IV.

# Biblioteka Lekarska

MIESIĘCZNIK,

poświęcony wydawnictwu podręczników z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych  
pod redakcją D-ra Józefa Zawadzkiego.

Cena roczna rb. 8 w Warszawie, - rb. 10 z przesyłką pocztową, półrocznie rb. 4 w Warszawie, i 5 na prowincyi. Cena ogłoszeń za stronę rb. 10.	Cena wraz z <i>Kroniką Lekarską</i> : (tylko rocznie) W Warszawie rb. 14 rocznie. Na prowincyi rb. 16 „
Warszawa, Szkolna 8.	

Wyszły z druku i są do nabycia:

- 1) Prof. G. DIEULAFOY. *Podręcznik chorób wewnętrznych*. Tom I (*Choroby narządów oddechania i krążenia*), Cena rb. 4, w oprawie 4.50. II (*Choroby narządów trawienia, wątroby i trzustki*). Cena rb. 4. w oprawie 4.50. III (*Choroby nerek i układu nerwowego*). Cena rb. 4 w oprawie 4.50. IV (*Choroby zakaźne*) Cena rb. 3.
- 2) Prof. LANDERER. *Dyagnostyka chirurgiczna*. Część I-sza ogólna z 36 rysunkami. Cena rb. 1. kop. 20. Cz. II *Dyagnostyka chirurgiczna szczegółowa* z 66 rysunkami (Cena 1.20.).
- 3) Prof. RUNGE. *Położnictwo*. Część I. *Fizjologia ciąży, porodu i położu Operacje akuszerskie*, z 73 rysunkami w tekście. Cena rb. 2 kop. 50. Cz. II *Patologia i terapia ciąży położu i porodu* (z 34 rysunkami). Cena rb. 2 kop. 50.
- 4) Dr. W. MORACZEWSKI. (ze Lwowa) *Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych* (badania moczu, kału, treści żołądkowej, śliny, krwi etc.) C. rb. 1 k. 25
- 5) J. COMBY. *Podręcznik chorób dzieci*. T. Iszy Cena rb. 2.
- 6) Prof. JESSNER *Krótki podręcznik chorób skóry*. Cena rb. 2 kop. 75.
- 7) Dr. W. OLTUSZEWSKI. *O mowie i jej zloczeniach*. Cena rb. 2 kop. 50.

Wkrótce rozpoczęty zostanie  
druk dzieł następujących:

- 1) Prof. SAMUEL POZZI, *Choroby kobiece*. (Ginekologia kliniczna i operacyjna z licznymi rysunkami).
- 2) J. BRUNER. *Technika bakteryologiczna w zastosowaniu do badań klinicznych*.
- 3) Pr. SONNEBURG i dr. R. MÜHSAM. *Technika operacji i opatrunków* (z licznymi rysunkami).
- 4) Dr. W. MORACZEWSKI. *Dyetetyka*.