

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do kwestyi guzów przerzutowych o budowie gruczołu tarczowego. Podali H. Oderfeld i J. Steinhaus. — Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii. Podał d-r L. Bregman. (Ciąg dalszy). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 28 października r. b. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. D-r med. T. Heiman. Choroby narządu słuchowego. (Dokończenie). Z IV zjazdu międzynarodowego ginekologów w Rzymie. (Ciąg dalszy). — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. Oderfeld et D-r J. Steinhaus — Contribution à l'étude des tumeurs métastatiques présentant la structure du corps thyroïde. 2) D-r L. Bregman — Observations cliniques sur la syringomyelie

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r H. Oderfeld und J. Steinhaus — Ein Beitrag zur Frage von den metastatischen Geschwülsten mit Schilddrüsenaufbau. 2) D-r L. Bregman — Klinische Beobachtungen ueber Syringomyelie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

PRZYCZYNEK

DO KWESTYI GUZÓW PRZERZUTOWYCH O BUDOWIE GRUCZOŁU TARCZOWEGO.

Podali

H. Oderfeld i J. Steinhaus.

W Nr. 3 z roku 1901 pisma niniejszego ogłosiliśmy pod tytułem „Przyczynek do kazuistyki przerzutów normalnej tkanki gruczołu tarczowego” opis przypadku guza kości czołowej, który pod mikroskopem okazał typową budowę normalnego gruczołu tarczowego. Zaznaczyliśmy wówczas, że kliniczne badanie nie dało możności wykrycia guza ani w gruczole tarczowym, ani w okolicach, gdzie umiejscawiają się dodatkowe gruczoły tarczowe.

Nie wyłączając więc możności istnienia w gruczole tarczowym naszej pacjentki ograniczonego guzika przerostowego lub też podobnego guzika w jakimś dodatkowym gruczole, ukrytym w głębi tkanek, którego przerzutem mógł być guz kości czołowej, operowany przez kol. ODERFELDA, wypo-

widzieliśmy przypuszczenie możliwości przerzutu tkanek normalnego gruczołu i wskazaliśmy, dlaczego tego rodzaju przerzuty nie wydawały się nam nieprawdopodobnymi.

Przypadek nasz pozostał jednak wtedy ciemnym, ponieważ brakowało do jego wyświetlenia anatomicznego badania samego gruczołu i tych okolic, w których umiejscawiają się gruczoły tarczowe dodatkowe.

Pacjentka nasza została wypisana ze szpitala w kilka tygodni po operacji z zagojoną raną (w początkach maja 1900 r.) i po pół roku (w listopadzie) przekonaliśmy się, że jest zupełnie zdrowa, nie ma wola, ani przerzutów, ani nawrotu na miejscu wyluszczenia.

W czerwcu 1901 roku po dalszej półrocznej przerwie pacjentka znów się zgłosiła do szpitala. Wtedy stan jej był już inny zupełnie; kobieta schudła, osłabła, w ciągu ostatnich kilku miesięcy powstał na miejscu operacji w kości czołowej nawrót — masa nowotworowa wielkości jaja kurzego. Drugi guz wielkości jabłka wyrósł w tym samym czasie w kości ciemieniowej prawej pod niezmienną skórą.

Nadto badanie kliniczne wykazało w prawym płacie gruczołu tarczowego, w dolnej jego połowie, niewyczuwalne dawniej zwiększenie objętości, zgrubienie, łatwo wyczuwalne przy porównaniu z płatem lewym i nawet widoczne, a lewy staw mostkowo-obojczykowy i końce obu kości zajęte również były przez guz wielkości orzecha włoskiego.

Na prośbę chorej kol. ODERFELD zgodził się wyluszczyć nowy przerzut w kości ciemieniowej,

Operacja dokonana została 25 czerwca 1901 roku w ten sam sposób, co i poprzednia, lecz, niestety, przebieg pooperacyjny był tym razem zupełnie inny.

Śpiączka, utrata przytomności wystąpiły zaraz po operacji, i stan ten, do którego dołączyło się coraz znaczniejsze osłabienie działalności serca, przetrwał bez przerwy 12 dni, po których chora 6 lipca 1901 roku zmarła.

Całkowitej sekcji na zwłokach dokonać mi (STEINHAUS) nie dozwolono; udało mi się wszakże wyciąć górną część mostka wraz z lewym obojczykiem i tchawicę z gruczołem tarczowym i zbadać dokładnie całą okolicę, w której jednak gruczołów dodatkowych nie znalazłem. Nadto wyciąłem nawrót miejscowy w kości czołowej.

Po odpreparowaniu i rozcięciu gruczołu tarczowego przekonałem się, że wyczuwalne za życia powiększenie dolnej części prawego płata zależało od obecności w nim guzika kulistego, wielkości orzecha laskowego, otoczonego powłoką łącznotkankową. Tkanka guzika różniła się na przekroju od reszty tkanki gruczołu jedynie nieco bledszem żółtawem zabarwieniem.

Średnica guzika wynosiła 2 ctm. Długość prawego płata 6 ctm., grubość jego $2\frac{3}{4}$ ctm., szerokość 3 ctm.; długość lewego — $5\frac{1}{2}$ ctm., grubość — $2\frac{1}{2}$ ctm., szerokość — $2\frac{1}{2}$ ctm.

Płat środkowy mierzył 2 ctm. wzdłuż i wszerz przy grubości $\frac{1}{2}$ ctm.

Co się tyczy guza w stawie mostkowo obojczykowym, to w rozwoju swoim zniszczył on obydwa stawowe końce kości i zajął ich miejsce. Stanowił on masę kulistą o gładkiej powierzchni, na przekroju identyczną z gruczołem tarczowym.

Mikroskopowe badanie zarówno normalnych części gruczołu tarczowego, jak i guzika z prawego płata, przerzutu mostkowo-obojczykowego, ciemieniowego i czołowego wykazało wszędzie jednakową budowę — normalną

tkankę gruczołu tarczowego. Szczególną uwagę zwróciłem na nawrót w kości czołowej w przypuszczeniu, że tam przedewszystkiem oczekiwaćby można było zwyrodnienia rakowego. Przypuszczenie jednak nie sprawdziło się.

Zachodzi obecnie pytanie, w jakim stosunku do naszej hipotezy o przerzutach normalnych tkanek gruczołu tarczowego stoją wyniki pośmiertnego badania anatomicznego i histologicznego tego narządu u naszej pacjentki.

Zdaje nam się, że znalezienie guzika, wyodrębnionego od reszty gruczołu przez otoczkę, choć nie różniącego się histologicznie od reszty gruczołu, jakkolwiek guzik ten stał się wyczuwalnym dopiero w ostatnich miesiącach życia pacjentki, przeszło rok po wystąpieniu pierwszego przerzutu w kości czołowej, każe przypuszczać, że ten przerost ograniczony, gruczolak gruczołu był punktem wyjścia przerzutów od samego początku, że więc, jeśli mamy prawo mówić w naszym przypadku o przerzutach tkanki normalnej gruczołu tarczowego, to tylko w sensie histologicznym, gdyż anatomicznie mieliśmy już do czynienia z guzem i jego przerzutami.

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH D-RA BREGMANA W SZPITALU
STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE Z SYRINGOMYELII.

Podał

D-r med. LUDWIK BREGMAN.

Odczyt wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w dniu 19 lutego 1901 r.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 49).

Przypadek VII. M. Gorzkowski lat 24, szewc, zgłosił się do mnie w lutym 1899 r., skarżąc się na bóle w piszczelach, głównie przy zmianach pogody, oraz osłabienie kończyn lewych. Badając chorego, znalazłem wtedy rozszczepienie czucia na lewych kończynach, lewej połowie karku, prawej połowie karku, głowy i twarzy; brak odruchów gardzielowych i spojówkowego lewego, osłabienie spojówkowego prawego. Innych objawów przedmiotowych nie znalazłem i rozpoznałem historię z znakiem zapytania. Po kilkotygodniowej kuracji i podmiotowej poprawie straciłem chorego z oczu do marca 1901 r. Wówczas stwierdzić mogłem, co następuje:

Prawa ręka słabsza, dynamometr pokazuje w prawej ręce 75, w lewej 95. Ruchy palców nieco ograniczone, zwłaszcza rozciapryzanie ich, przeciwstawienie palucha. Prostowanie napięstka niedostateczne. Inne ruchy zachowane, ale siła w porównaniu z lewą stroną zmniejszona.

Obwód ramienia i przedramienia 1,0 — 1,5 ctm., mniejszy, niż po stronie lewej. Ostatnie przestrzenie międzykostne wpadnięte.

Łopatka prawa bardziej oddalona od kręgosłupa, niż lewa. Dolny kąt jej odstaje, tworząc lekkie zagłębienie; przy podnoszeniu ręki ku stronie prawej

i nieco ku tyłowi cały brzeg wewnętrzny łopatki oddala się od klatki piersiowej.

Zaburzenia czucia przedstawione są na Fig. XI, bóle i parestezye umiejscawiają się głównie w lewej kończynie dolnej, lewej połowie szyi, karku, głowy, lewym uchu oraz w prawej łopatce i prawej kończynie górnej.

Brak lewego odruchu kolanowego, prawy jest wzmożony; również wzmożone są odruchy ze ścięgien ACHILLES'a, na prawej nodze słaby *clonus*.

Odruchy podeszwowe słabe (przy ukluciu tylko), brzuszne zmienione, spojówkowe słabe, gardzielowe dosyć silne, lechtaczkowe (nosa, ucha) umiarkowane.

Pobudliwość naczynioruchowa bardzo zwiększona, po ukluciu pokrzywka. Prawa ręka i lewa noga bardziej się pocą.

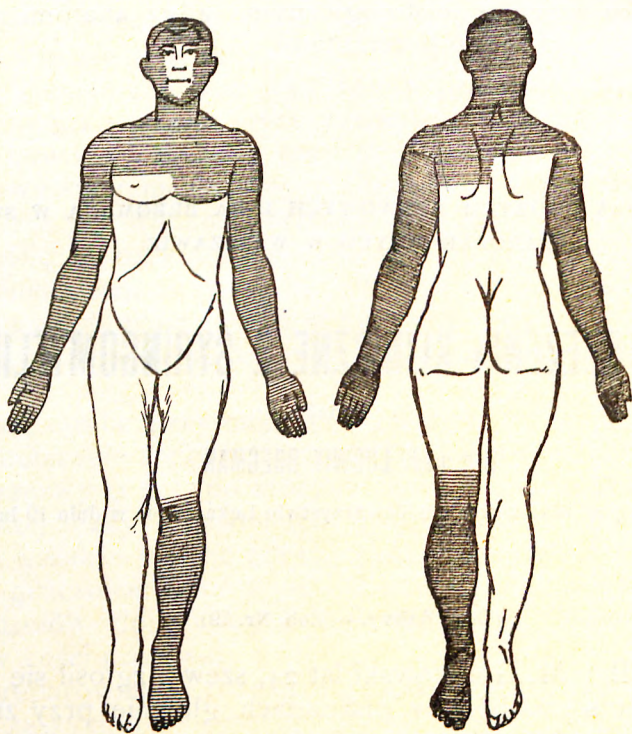


Fig. XI.

Kończyny dolne pod względem ruchowym jednakowe. Podmiotowo lewa noga męczy się łatwiej; chory opowiada, że przez pewien czas powłóczył nią i „uderzał jakby z góry“.

Klatka piersiowa w wymiarze poprzecznym (czołowym) zwiększona, w strzałkowym płaska. Dolna część mostka wtłoczona.

Prawa źrenica nieco szersza, obie oddziaływają na światło.

W tym stanie rzeczy rozpoznanie syringomyelii jest niemal rzeczą pewną. Prócz zmian troficznych skóry i układu kostnego ²⁶⁾ mamy wszystkie najważniejsze objawy tej choroby. Zanik mięśni jest tu w pierwszym okre-

²⁶⁾ Nieprawidłowa budowa klatki piersiowej nie jest sprawą troficzną, lecz stoi w związku z zawodem chorego, u szewców zniekształcenie to spotyka się dość często.]

się rozwoju i nie przeszkadza jeszcze choremu zajmować się dalej swem rzemiosłem, do rozpoznania jest on zupełnie wystarczający. Zanik rozpoczął się, jak się zdaje, równocześnie w mięśniach międzykostnych i w łopatkowych, ale ramię i przedramię jest już cieńsze, niż w kończynie lewej.

Na szczególną uwagę zasługuje zajęcie lewej kończyny dolnej. Według opowiadania chorego tu był nawet punkt wyjścia sprawy. Przed 5 laty już poczuł on drętwienia palucha, potem innych palców, stopy i wzdłuż kończyny, do kolana. Jako moment przyczynowy podaje on, że $\frac{1}{2}$ roku przedtem spadł z huśtawki: nie stracił przytomności, ale dłużej, niż godzinę, „wił się w boleściach“; bóle były w całym ciele. Od tego urazu nie czuł się już nigdy zupełnie zdrowym.

Zaburzenia czucia nie zajmują całej kończyny: z przodu sięgają m. w. do kolana, z tyłu i z boku nieco wyżej. Na większej części uda i na kadłubie zmian przedmiotowych niema, podmiotowo cała lewa połowa wydaje się choremu drętwą. Możemy wnioskować, że w dolnej części rdzenia znajduje się drugie ognisko, które, zajmując istotę szarą rogu tylnego lewego, powoduje powyższe zaburzenia. Ognisko to albo nie ma wcale związku z ogniskiem wyższym w części szyjowej, albo też, co jest prawdopodobniejsze, sprawa chorobowa jest w części grzbietowej mało rozwinięta i nie daje objawów przedmiotowych, poniżej zaś na nowo się rozrasta. W przypadkach, które Sz. Panom przedstawiłem, parę razy coś podobnego spostrzegaliśmy. U chorej Szkarłat (przyp. I) zaburzenia czucia stawały się nieznaczne poniżej 3—4 żebra, a wzmagaly się znowu od linii pępkowej i do pachwinowej. Taki sam pas zwiększonej analgezyi widzieliśmy u chorego Funkensteina (przyp. III). U Steinberga (przyp. IV) znieczulenie większe zaczynało się wyżej jeszcze, na wysokości wyrostka mieczykowatego.

W danym przypadku drugie ognisko znajduje się w części lędźwiowej. Z tego, że na brzuchu i na przedniej powierzchni uda czucie było zachowane, możnaby wnioskować, że górne odcinki lędźwiowe pozostały nietknięte. Ale należy pamiętać o ogólnej zasadzie, że ognisko rdzeniowe sięga wyżej, aniżeli wynika z górnej granicy zaburzeń czucia. Z drugiej strony mamy u chorego naszego objaw, który dowodzi, że przynajmniej drugi lub trzeci odcinek lędźwiowy zmieniony być musi: jest nim brak lewego odruchu kolanowego. Wobec zupełnie prawidłowej czynności m. czterogłowego, objaw ten może być li tylko następstwem naruszenia torów czuciowych i odruchowych, które położone są w drugim i trzecim (być może i w czwartym) odcinku lędźwiowym.

Podawany przez chorego związek przyczynowy z urazem szczegółowo rozpatrzyć winniśmy. W piśmiennictwie lekarskiem z ostatniej doby kwestya ta jest obszernie traktowana. Z jednej strony MINOR, SCHULTZE i inni przypisują hematomyelii, powstałej wskutek urazu, ważną rolę w patogenezie jam rdzeniowych, z drugiej zaś, mamy szereg przypadków w których syringomyelia rozwinęła się w następstwie urazu jakiegokolwiek części ciała, niekiedy nawet bardzo nieznacznego.

Co się tyczy najpierw tych ostatnich, to sam fakt nie ulega zaprzeczeniu. Ciekawy przypadek tego rodzaju spostrzegłem przed paroma laty. U mężczyzny 45-letniego, urzędnika kolei, po przyciśnięciu paluszka przez nieostrożne zatrzaśnięcie drzwi wagonu, rozwinął się stopniowo zanik mięśni kończyn górnych i pasa barkowego z drzeniem włókienkowym, zaburzenia czucia, *incontinentia urinae*, wzmożenie odruchów — jednym słowem obraz

cierpienia rdzeniowego, zbliżonego w każdym razie do syringomyelii. Sam uraz był tak nieznaczny, że śladu żadnego nie pozostawił. Wystąpienie wspomnianych objawów poprzedzały bóle w kończynie górnej, rozpoznawane, jako *neuritis ascendens*.

Taką samą *neuritis*, jako ogniwo, łączące uraz z cierpieniem rdzeniowym, przyjmuje w jednym przypadku syringomyelii EULENBURG (kawalek cynku wszedł robotnikowi do palca). STEIN²⁷⁾ opisuje przypadek, w którym syringomyelia rozwinęła się po złamaniu kości łokciowej, po odjęciu ramienia nastąpiło polepszenie, przy badaniu odjętej kończyny znaleziono nerw łokciowy w stanie zapalnym, uciskany przez *callus*.

Należy jednak zauważyć, że nie zawsze, kiedy uraz miał miejsce, przypisać mu można rolę momentu etiologicznego. W wielu razach niewielki uraz powoduje złamanie lub zwichnięcie lub przewlekłe cierpienie osteoartropatyczne, które jest li tylko wczesnym objawem ukrytej przedtem syringomyelii. Dwa takie przypadki opisał Max LAEHR²⁸⁾: w jednym robotnik przy zwykłym swem zajęciu — mieszaniu gliny — złamał kość promieniową i od tej chwili datował swą syringomyelię; przy bliższych wywiadach okazało się, że chory już przedtem miał na ciele liczne wrzody, że złamanie nie spowodowało wcale bólu i nie zmusiło go nawet do przerwania pracy — dowód dostateczny na to, iż był już przedtem syringomyelią dotknięty. W drugim przypadku złe stąpienie spowodowało dystorsję stopy i zwichnięcie łokcia, ale przedtem już stwierdzono niebolesne oparzenia i skrzywienie kręgosłupa: w obu powstałe nagle cierpienie artropatyczne stało się przyczyną niezdolności do pracy, i dla tego przypisano mu mylnie winę choroby.

Podobne dwa przypadki opisał BRUNS: w pierwszym przed urazem były niewątpliwe objawy syringomyelii, uraz spowodował tylko pogorszenie, w drugim rozpoznanie wahało się między syringomyelią a wiałdem rdzenia, objawy wystąpiły po nieznacznym urazie, który wywołał artropatię; chory był зараżony przymiotem. Wreszcie przypadek BRASCH'a²⁹⁾ dowodzi, że nawet zapalenie nerwów w następstwie urazu (*Neuritis n. mediani et n. radialis*) nie jest jeszcze dowodem urazowego powstania syringomyelii, gdyż autor ten przekonał się, że chory jego przedtem już miał niektóre objawy tej choroby: tu, jak i w wielu innych przypadkach, uraz przyczynił się tylko do szybszego postępu sprawy, ewentualnie wpłynął na jej umiejscowienie.

Powracając po tem dłuższem zboczeniu do naszego przypadku, widzimy że tu uraz, prócz krótko trwających bólów, bezpośrednio żadnych następstw nie pociągnął, tem nie mniej mógł on spowodować drobne wylewy krwi lub nawet tylko zmiany molekularne w tkankach, które stały się bodźcem do dalszych zmian patologicznych. Zresztą w wywiadach naszego chorego znajdujemy jeszcze jeden poważny uraz: w 12-ym roku życia spadł on z drzewa i stracił przytomność; po $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny przytomność powróciła, innych objawów nie było: wobec długiego czasu, dzielącego uraz ten od pojawienia się objawów syringomyelii, związek między nimi wydaje się wątpliwym.

²⁷⁾ STEIN A. E. Syringomyelie mit totaler Hemianaesthesie nach peripherem Trauma. Deutsches Arch. f. Klin. Medizin, T. 60.

²⁸⁾ M. LAEHR. Beitrage zur forensischen Bedeutung der Syringomyelie. Charité Annalen. 1895. rocz. 20.

²⁹⁾ BRASCH M. Syringomyelie und Trauma. Aerztl. Sachverstaend. Zeitung 1897. str. 65.

Dla uzupełnienia wywiadów dodać muszę, że ojciec chorego miał 59 lat, kiedy chory na świat przyszedł, że matka i rodzeństwo mają usposobienie nerwowe: dwoje rodzeństwa zmarło na gruźlicę; chory od półtora roku miewa często krwioplucie, kaszle, przy opukiwaniu otrzymuje się stłumienie nad wierzchołkiem.

Pod względem rozpoznawczym przypadek ten jest bardzo ciekawy, ponieważ mogliśmy prześledzić rozwój choroby. W 1-yim okresie głównym i jedynym niemal objawem były zaburzenia czucia, ściśle rozpoznanie nie było możliwe. We dwa lata później, gdy przyłączył się szereg innych objawów, było ono już łatwe. Fakt ten ilustruje doskonale trudność rozpoznania między histeryą a syringomyelią. Obie występują zazwyczaj u osobników młodych, obie powstać mogą, jak w danym przypadku, na tle urazu. Rozpoznanie bywa najtrudniejsze, gdy syringomyelia występuje w postaci czuciowej, t. j. gdy zaburzenia czucia stanowią objaw główny, inne zaś objawy są nieznaczne lub nie znajdują się wcale. Postać ta nie jest bynajmniej rzadka. Wszak nawet pomiędzy przedstawionymi przypadkami mieliśmy jeszcze dwa (Szkarlát i Funkenstein), w których zaburzenia czucia były pierwszym objawem i o szereg lat wyprzedziły inne objawy.

Rozpatrując przypadek VI (Święcickiej), przytoczyłem już główne momenty, które posłużyć mogą do określenia znajdujących zaburzeń czucia. Bezwzględnej wartości żaden z nich nie posiada. Znieczulenie histeryczne nie zawsze uchodzi świadomości chorego; zdarza się często, że histerycy sami zwracają uwagę na znieczulenie pewnej części ciała. Znieczuleniu histerycznemu towarzyszą często bóle i parestezye, jak w syringomyelii. W tej ostatniej chorobie znowu analgezya umiejscawia się niekiedy w jednej połowie ciała i przechodzi na dziedzinę nerwu trójdzielnego, choć część środkowa twarzy pozostaje zwykle wolną. Najważniejsze znaczenie ma jeszcze rozszczepienie czucia, które w histeryi nie jest, bądź co bądź, nigdy tak zupełne, jak w syringomyelii, i samooparzenia, które w tej ostatniej spotykamy nadzwyczaj często, w histeryi bardzo wyjątkowo. W każdym bądź razie przypadek ten poucza, że, mając zupełne rozszczepienie czucia typu syringomyelicznego, należy w rozpoznawaniu histeryi wielką ostrożność zachować.
(C. d. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 28 października 1902 r.

TREŚĆ: 1) F. MALINOWSKI—przedstawienie dwóch chorych z owrzodzeniami gruźliczemi. 2) Cz. STANKIEWICZ—przedstawienie chorej po colopexis i przedstawienie guza zaotrzewnowego olbrzymich rozmiarów wraz z chorą, u której operacja została dokonana. 3) Inżynier Emil SOKAL: „O uzdrowieniu Pragi“.

1) Kol. MALINOWSKI przedstawił dwie chore z oddziału kol. KOZERSKIEGO w szpitalu św. Łazarza z owrzodzeniami gruźliczemi na nosie i w okolicy nosa. U drugiej chorej na palcach stóp oprócz tego był typowy *lupus vulgaris serpiginosus*.

2) Kol. Czesław STANKIEWICZ przedstawił a) chorą po operacji wszycia kiszki esowatej do powłok ściany brzusznej. Od chwili operacji upłynęło półtora roku, u chorej kiszka prosta już wcale nie wypada.

b) pacjentkę, u której drogą cięcia brzuszego usunął guz zaotrzewnowy wagi 30½ funta i jednocześnie dokonał wycięcia 37 ctm. okrężnicy.

Chora, 19-letnia panna, zauważyła guz, stopniowo się zwiększający, już od 9 roku życia. W ostatnich czasach sprawiała wrażenie ciężarnej w ostatnim miesiącu ciąży. Operacji dokonał mówca w szpitalu św. Ducha 19. VI. r. b. Guz leżał zaotrzewnowo, odsunął na prawo wszystkie jelita, zebrane w kłębek wielkości pięści. Ponieważ miejscami otrzewna nie dała się od guza oddzielić, i okrężnica została pozbawiona krezki, St. wyciął tę część na przestrzeni 37 ctm. Do jamy, powstałej po guzie, włożył worek MIKULICZA. Zdrowienie bez powikłań. Guz okazał się śluzakiem (*myxoma* — prof. PRZEWOSKI i d-r DMOCHOWSKI), ważył 30½ funta t. j. czwartą część wagi ciała pacjentki. Mówca przedstawił guz, preparaty mikroskopowe (M. STANKIEWICZOWA) i gorset brzuszny pomysłu d-ra WEJNHOLD'a z plastra lepkiego do zapobiegania rozciąganiu się blizny brzusznej.

3) Inż. Emil SOKAŁ wygłosił odczyt p. t. „O uzdrowotnieniu Pragi“. Najpierw mówca rozpatrzył znaczenie kanalizacji dla Warszawy, jej stronę finansową i stronę higieniczną i następnie przeszedł do projektowanej kanalizacji Pragi. Mówca rozpatruje krytycznie projekt Lindleya, uważa za niemożliwe urządzenie dla Pragi pól irygacyjnych. Wisła nadmiernie odpowiada wymaganiom co do samooczyszczania rzek. Mówca rozpatrzył inne sposoby oczyszczania ścieków kanałowych w rozmaitych miastach Europy (pola irygacyjne, oczyszczanie chemiczne, mechaniczne, filtry biologiczne). Dla Pragi urządzenie pól irygacyjnych kosztowałoby z górą milion rubli, a nawet znalezienie odpowiedniego terenu jest prawie niemożliwe. Filtry biologiczne nie są jeszcze wypróbowane, choć zdają się one posiadać duże zalety. W końcu mówca wraz z projektodawcą Lindleyem zaleca dla Pragi mechaniczne oczyszczanie ścieków przez wprowadzenie ich do Wisły.

W dyskusji kol. TCHÓRZNICKI zapytuje, czy nie byłoby lepiej odprowadzać ścieki z Pragi na drugi brzeg Wisły do wylotu za Bielanami.

Prelegent odpowiada, że połączone to by było z dużymi kosztami, a obawy zanieczyszczenia Wisły przy Pradze niema.

Kol. St. MARKIEWICZ przypomina o podobnem kwestyonowaniu kanalizacji Warszawy i o tem, że lekarze przyczynili się do poparcia sprawy. M. podziela w zupełności zdanie mówcy co do braku niebezpieczeństwa zanieczyszczenia rzeki Wisły przy wpuszczaniu do niej nieczystości. Koszta i specjalny teren uniemożliwiają urządzenie pól irygacyjnych dla Pragi. Doświadczenia lat ostatnich wykazują dobre strony filtrów biologicznych, i M. radzi sprawą tą się zająć.

Kol. H. DOBZYCKI zaзнача doniosłość wystąpienia Towarzystwa w tej sprawie i zapytuje, czy będzie kosztowne podniesienie terenu na Pradze.

Prelegent w odpowiedzi podnosi, że znaczenia filtrów biologicznych wogóle nie ignoruje, lecz wątpi, czy działałyby one dobrze, w specjalnych warunkach na Pradze. Teren na Pradze podniesie wywożona ziemia przy budowie domów.

W końcu kol. NENCKI donosi, że w sprawie filtrów biologicznych zapowiedział w Towarzystwie odczyt inżynier DZIERZGOWSKI.

St. Kopczyński.

BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.

D-r med. Teodor Heiman. Choroby narządu słuchowego.

Podręcznik dla studentów i lekarzy. Warszawa 1902 r. Ocenił D-r L. GURANOWSKI.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 49).

Opisując krwotoki do jamy bębenkowej — haematotympanum —, autor pomiędzy przyczynami, wywołującymi takie krwotoki, wylicza próchnienie, zgorzel i ziarninę w jamie bębenkowej. O haematotympanum można mówić tylko przy nienaruszonej błonie bębenkowej, a wątplić należy, czy może istnieć próchnienie, zgorzel i polipy jamy bębenkowej bez uprzedniego przedziurawienia błony bębenkowej. Najlepszym dowodem, że tak jest istotnie, jest zdanie, wypowiedziane przez autora na str. 309: „Krwotok jamy bębenkowej może spowodować przerwanie błony bębenkowej i t. d.“ O barwnikach krwistych nie można chyba mówić, mogą tylko być barwniki krwi.

Podział zapaleń jamy bębenkowej autor wzoruje na podziale, przyjętym przez POLITZER'a, i motywuje go tymi samymi względami, t. j. wygodą praktyczną. Że skleroza ucha środkowego ma zupełnie odrębny przebieg kliniczny, o tem chyba nikt z otyatrow dziś już nie wątpi. Chcąc jednak postać tę wyodrębnić zupełnie, jako oddzielną postać chorobową, jak ją autor nazywa czystą sklerozę, należy na poparcie swego zdania przytoczyć trochę więcej dowodów, niż gołosłowne twierdzenie, „podług mnie stanowi formę chorobową, nie mającą nic wspólnego z nieżytami jamy bębenkowej”. Nieżyt ostrej jamy bębenkowej ilustrują zbyt schematyczne rysunki, zapożyczone z tablic JAKOBSON'a. Nie zgodziłbym się z autorem co do wpędzania powietrza nawet pod słabem ciśnieniem przy sprawach zapalnych w jamie nosogardzielowej. W przypadkach tych należy czekać z przedmuchiwaniami, aż sprawa zapalna w nosie zupełnie zniknie. W jaki sposób autor może jednocześnie stosować przedmuchiwanie za pomocą metody POLITZER'a i cewnika, trudno zrozumieć i należałoby metodę tę szczegółowo opisać.

Przy opisie przecięcia zrostów dokoła łuków strzemięcia na str. 340 niezrozumiałe jest następujące zdanie: „wprowadzamy nożyk między łuk strzemięcia i dolną ścianę niszy i z prawa na lewo robimy coraz głębsze nacięcia, nie przekraczające nasadki noża“. Za dużo miejsca autor poświęcił wszystkim operacyom, mającym na celu przez usunięcie kosteczek słuchowych, a szczególnie strzemięcia, wpłynąć na poprawę słuchu przy nieżytach przewlekłych. Wszak podręcznik przeznaczony jest dla lekarzy-praktyków — czyż więc autor choć na chwilę przypuszcza, że z opisu takiego bez podania choćby schematycznego rysunku ktokolwiek z czytelników, dla których książka jest przeznaczona, zrozumie, jak operacje te wykonać, i czy ktokolwiek z nich pokusi się na nie?

Rozdział o sklerozie ucha środkowego na czytelniku, nie obeznanym z literaturą otyatryczną, zrobi wrażenie, że autor zajmuje zupełnie odrębne stanowisko odnośnie tej sprawy chorobowej, i że własne jego badania anatomo-patologiczne skłaniają go do takiego poglądu na istotę choroby, różniącego się od poglądów, ogólnie w otyatryi przyjętych. Jakże bowiem inaczej zrozumieć zdanie, wypowiedziane przez autora, a które brzmi, jak następuje: „opierając się na przebiegu klinicznym sklerozy, na zmianach anatomo-patologicznych i na wynikach

lecniczych, czystą sklerozę uważam za cierpienie swego rodzaju i t. d.“. Zapytałbym autora, czem różnią się opisy przebiegu klinicznego i zmian anatomo-patologicznych, przez niego podane, od opisów np. WALB'a w podręczniku SCHWARTZE'go (T. 2, str. 195 i nast.)? Czyż autor ten, tak samo, jak to czyni d-r H., nie przyjmuje pierwotnej sklerozy i drugiej postaci, jakoby przez d-ra H. wyodrębnionej, t. j. sklerozy starczej? Czyż opis zmian anatomopatologicznych, podany przez WALB'a, nie jest prawie identyczny z opisem, przez autora skreślonym?

Chwilowa poprawa, osiągnięta przez wstrzykiwania *per tubam* kokainy, nie okupuje przykrych, a czasem i groźnych następstw otrucia, i należałoby raczej ostrzegać przed stosowaniem, aniżeli chwalić dobre działanie takich wstrzykiwań. Za mały nacisk położony został przy leczeniu sklerozy na masaż elektryczny, który wprawdzie nie leczy głuchoty, lecz, bądź co bądź, zmniejsza szumy.

Autor zbyt mało przypisuje wagi zarazkom chorobotwórczym w powstawaniu ostrego zapalenia ucha środkowego, natomiast jest zwolennikiem teorii przeziębienia. Nie wiem, czy tak na pewno można twierdzić, jak to czyni autor, że drobnoustroje przechodzą do jamy bębnekowej od strony przewodu słuchowego przez nienaruszoną błonę bębenkową. Zakażenie zdrowej jamy bębnekowej przy stosowaniu przedmuchiwań metodą POLITZER'a lub za pomocą kateteru może wbrew twierdzeniu autora tak samo łatwo nastąpić, jak np. przy wprowadzeniu cewnika do pęcherza, i nie tylko zależy od czystości narzędzia, lecz i od drogi, którą narzędzie przejść musi, a wszak tą drogą jest jama nosogardzielowa bardzo bogata, jak wiadomo, w zarazki. Odnośnie etiologii ostrego ropnego zapalenia, to nie sądzę, aby bez udziału zakażenia drobnoustrojami zaziębienie i inne wpływy zewnętrzne zapalenie takie wywołać mogły. Tak samo i wysypki zakaźne, przymiot, cukrzyca i t. p. choroby nie mogą być uważane za bezpośrednią przyczynę, wywołującą ropne zapalenie. Że w tych chorobach zarazki chorobotwórcze znajdują odpowiedni grunt do rozwoju, na to się każdy zgodzi, lecz zarazki być muszą, bez udziału zarazków nie ma zapalenia i ropienia.

Twierdzenie autora, że zabliznienie błony bębenkowej ma miejsce zwykle zaraz po ustaniu ropienia—str. 368, nie odpowiada rzeczywistości i zależne jest od wielkości otworu, od umiejscowienia i t. p. warunków.

Wobec zastrzeżenia autora, iż po wykonaniu przekłucia błony bębenkowej w przypadkach ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego może przy następczem przedmuchiwaniu wystąpić wtórne zakażenia, należałoby zupełnie zaniechać tego rękoczynu. Jeżeli przekłucie błony bębenkowej wykonane zostało *lege artis*, i zrobiony został dostatecznie duży otwór, to przedmuchiwania są rzeczywiście zupełnie zbyteczne. W tych przypadkach daleko bezpieczniej i skuteczniej można posługiwać się aspiracją od strony przewodu słuchowego.

Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego opisane jest zbyt ogólnikowo. W podręczniku, przeznaczonym dla lekarzy niespecjalistów, leczenie tak częstego cierpienia powinno, o ile możności, być zwięźle opisane z uwzględnieniem ścisłych wskazań dla tego lub innego postępowania. Daleko większą w tych razach czytelność odniesie korzyść, jeżeli mu autor poda sposoby, przez siebie wypróbowane, aniżeli z cytowania autorów, tę lub inną metodę stosujących. Cały ustęp na str. 379 jest np. niezupełnie jasno sformułowany. Autor pisze: „skoro pomimo stosowania wszystkich środków ropienie z ucha nie ustaje, i sprawa chorobowa przedstawia skłonność do przejścia w stan przewlekły, należy starać się usunąć chorobę na drodze operacyjnej“. Jaką drogę operacyjną autor ma w tym razie na myśli? Wątpię bardzo, czy trepanację, gdyż możliwość przejścia stanu ostrego w stan przewlekły nie może przecież być uważane

za wskazanie do trepanacyi, a przyzna mi przecież autor, że sam może się znaleźć niekiedy w takim położeniu, jakie innym specjalistom imputuje, t. j. niewłaściwie leczyć dany przypadek, no, i może znaleźć się inny specjalista, który, posiłkując się wyrażeniem autora, „wprowadzi chorobę na tory naturalne”.

Leczenie przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego przedstawione jest tak chaotycznie, że czytelnik niedoświadczony nie będzie w możności wyrobienia sobie jasnego poglądu, kiedy i jak dany przypadek tą lub inną metodą leczyć. Dla czego np., według autora, środki odkażające są wskazane tylko przy małych lub wysoko położonych otworach na błonie bębenkowej? Proszki, jak jodoform, jodol, aristol, jako absolutnie szkodliwe, nie powinny być zupełnie zalecane, a przynajmniej powinna być zwrócona uwaga na niebezpieczeństwa, przy użyciu tych proszków wystąpić mogące. Metoda stosowania lapisu według SCHWARTZE'go nie jest ściśle podana: SCHWARTZE radzi przestrzykiwać następczo ucho roztworem soli kuchennej czyli neutralizować lapis nie tylko w razie zbyt wielkiego bólu, jak to autor podaje, lecz zawsze, gdyż przestrzykiwania te stanowią integralną część samej metody.

Dla czego leczenie suche ma być wskazane tylko wtedy, gdy po przestrzykiwaniu ucha wydzielina się powiększa, lub gdy przestrzykiwania wywołują systematyczne zawroty głowy? Wszak leczenie suche jest dziś metodą leczniczą, ogólnie przyjętą, a stawianie tak ograniczonego pola dla tej znakomitej metody leczniczej nie zgadza się z ogólnie przyjętymi zasadami nowoczesnej otyatrii. Na pogląd autora, że ropienia zachyłka nie dają się prawie nigdy wyleczyć inaczej, jak na drodze operacyjnej, trudno się zgodzić. Podając tłumaczenie powstawania próchnicy i zgorzeli według STEINBRUEGGE'go, autor pisze: „rodzą jadu wywołanego przez drobnoustroje, który powolniej lub szybciej niszczy komórki żyjące, śmierć większych odcinków kości, skutkiem zatkania przez drobnoustroje drobnych naczyń krwionośnych, i niejednakowa odporność tkanek” i t. d. Drobnoustroje mogą wytwarzać jady, w jaki sposób mogą zaś wywoływać jady, jest rzeczą niezrozumiałą. Opisując zgorzel błędnika, autor zaznacza, iż najczęściej wydziela się ślimak, rzadko cały błędnik, prawie nigdy same przewody łukowate.

Dobrze jeszcze, że autor wyraz nigdy opatrzył dodatkiem prawie i tym sposobem możliwości takiej zupełnie nie zaprzeczył. O przypadku, przez sprawozdawcę opisanym autor nie uważał za stosowne wspomnieć. O zmianach, obserwowanych na wyrostku sutkowym przy rozszerzaniu się ropienia przy próchnicy i zgorzeli, autor na str. 428 pisze: „wyrostek sutkowy jest nasiąknięty, obrzmiały, jego części miękkie są twarde” i t. d. Czyż części miękkie mogą być twarde? Zupełnie niezrozumiałe jest zdanie, objaśniające powstawanie bezwładu nerwu twarzowego przy sprawach ostrych ropnych i nieżytowych: „wywołuje go w podobnych razach przekrwienie okolicy, odżywianej przez tętnicę rylcosutkową, a zatem śluzówka jamy bębenkowej oraz nerw twarzowy”.

Powikłania spraw ropnych ze strony jamy czaszkowej opracowane są według najnowszych prac KOERNER'a, MACEWEN'a, af FORSELLES'a, HESSLER'a i innych. Wyliczywszy rozmaite przyczyny, które autor nazywa przypadkowemi, a które mogą wywołać powikłania ze strony jamy czaszkowej, kończy ustęp na str. 441 następującem zdaniem: „sposób działania rozmaitych tych czynników tłumaczymy sobie w ten sposób, że one sprowadzają przekrwienie i wysięk w jamie bębenkowej, co stanowi doskonałą glebę odżywczą dla różnych drobnoustrojów; a ponieważ miały już one przedtem grunt przygotowany w kości i w jamie czaszkowej, przeto pod wpływem przyczyny przypadkowej rozwija się

w nich nowe życie; to ułatwia szybkie przechodzenie ich do jamy czaszkowej lub też bezpośrednio do krwiobiegu⁴. Cały ten ustęp jest niejasny i niezrozumiały.

W ustępie, w którym mowa o umiejscowieniu spraw chorobowych w jamie czaszkowej, autor wylicza „mózg i jego części dodatkowe, mózdzek, opony mózgowe, zatoki żyłne i tętnice” — o jakich więc częściach dodatkowych mózgu może być mowa?

Niesłusznie autor uogólnia położenie przetoki przy wylewaniu się ropni zewnątrzoponowych, t. j. na wysokości 1—2 ctm. ku tyłowi i ku górze od przewodu słuchowego. Jeżeli w tem miejscu kilkakrotnie taka przetoka była spostrzeżona, to przecież nie jest to jedyne miejsce przebicia ropni zewnątrzoponowych. Na str. 446 autor, opisując zmiany opony twardej, między innymi zaznacza, „iż uległszy obumarciu na znacznej przestrzeni, wytwarza taki stosunek że opona pajęcza styka się bezpośrednio ze śluzówką jamy bębnekowej”. Czyż to jest możliwe? Odnośnie operacyi ropni zewnątrzoponowych, to wskazania do otwierania jamy czaszkowej nie są przez autora ściśle zrobione, objawy bowiem, przez niego wyszczególnione, nie mogą być uważane za dostateczne, aby nas w każdym przypadku skłaniały do otwierania jamy czaszkowej. Nawet tak doświadczony chirurg-otyatra, jak KOERNER, zgadza się z radą LANE’go tylko z pewnemi zastrzeżeniami i nie uważa rękoczynu tego za rzecz tak niewinną, jak to autor stara się czytelnikowi przedstawić. Ziarniny z opony twardej nie należy zupełnie zeskrobywać. Wprawdzie autor zastrzega się w tym względzie, radząc takie zeskrobywanie wykonywać ostrożnie i zaniechać wyskrobywania przy rozmiękłej oponie, gdzie jednak jest pewność, iż opona nie jest rozmiękła, a przytem przecież doświadczenie uczy, że ziarnina na oponie twardej bardzo prędko znika pod opatrunkiem jodoformowym.

Przy opisie objawów rozlanego zapalenia opon mózgowych, autor na str. 454 z naciskiem zaznacza: „prawie bez wyjątku istnieje sztywność karku jeszcze przed wszystkimi innymi objawami”. Nie zgadza się to bynajmniej ze spostrzeżeniami klinicznymi innych autorów, gdyż znane są przypadki rozlanego zapalenia opon mózgowych, szczególnie na sklepieniu mózgu, w których sztywności karku zupełnie nie było, a z drugiej strony sztywność karku może istnieć przy ropniu zewnątrzoponowym tylnej jamy czaszkowej i przy ropniu mózgu. Mówiąc o możliwości wyleczenia rozlanego zapalenia opon mózgowych, autor wspomina, iż sam spostrzegał taki przypadek. Wobec niezwyklej rzadkości podobnych wyleczeń (ostatnio i przypadek MACEWEN’a został przez KOERNER’a zakwestyonowany) należałoby podać choć krótką historję takiego wyjątkowego przypadku. Przekłucie lędźwiowe, mające ogromne znaczenie przy rozpoznawaniu rozlanego zapalenia opon mózgowych, należałoby obszerniej omówić, uwzględnić możliwe błędy rozpoznawcze, na zasadzie takiego przekłucia popełniane, i podać choć krótki opis techniki tej operacyi.

Ropień mózgu opracowany został według najnowszych prac BERGMANN’a, KOERNER’a, MACEWEN’a i innych i stanowi jeden z najlepszych rozdziałów całej książki. Autor skrzętnie notował spostrzegane przez siebie objawy tego cierpienia. Afazyja ruchowa (WERNICKE) nie była dotąd spostrzegana przy niepowikłanych ropniach mózgowych. Do objawów, acz nie zawsze spostrzeganych, należą również porażenia nerwu okoruchowego, a szczególnie gałęzi źrenicznej i unoszącej powiekę górną (*mydrriasis* i *ptosis*), o czem należałoby wspomnieć. Odnośnie ropnicy bez zakrzepu, to i twórca tej postaci chorobowej KOER-

NER w ostatniem wydaniu „Die otitischen Erkrankungen des Hirns“ etc. 1902 r. nie wyraża się tak stanowczo, jak to czyni d-r H., gdyż dokładne badanie postmortalne kilkunastu przypadków, przebiegających pod postacią ropnicy osteoflebitycznej, wykazało jednak zapalenie zatok mózgowych. Jest więc nadzieja, że dalsze badania w tym kierunku wyjaśnią sporną dotąd kwestyę i prawdopodobnie przechylą szalę zwycięstwa na stronę tych autorów, którzy twierdzą, że nie ma ropnicy bez zakrzepów.

Co do posocznicy, to autor za słabo wyróżnił czystą postać od postaci mieszanej. W czystej postaci, którą KOERNER słusznie nazywa *toxinaemia*, nie ma przerzutów. Przy różniczkowej dyagnozie między ropnicą a tyfusem należałoby wspomnieć o próbie WIDAL'a.

Opisując operacye na zatoce poprzecznej i żyły szyjowej, autor za mało uwzględnił oddzielne akty operacji i zamało krytycznie rozebrał metody operacyjne. Dla łatwiejszego zrozumienia metod operacyjnych, przydałby się bardzo rysunek, operacyę tą objaśniający. Najlepszem i najbezpieczniejszem narzędziem przy obnażaniu zatoki i opuszki żyły szyjowej są kleszcze LUER-JANSEN'a, i te powinny być w podręczniku przedewszystkiem zalecane. Wobec niepewnych wyników, jakie daje przekłucie zatoki, należałoby z większym naciskiem zalecać przecięcie zatoki, a możliwym przytem krwotokom można z łatwością zapobiedz, stosując metodę, zaleconą przez Edgara MEIER'a i WHITING'a. Autor zbyt optymistycznie zapatruje się na następstwa przypadkowego zranienia zatoki poprzecznej przy operacji. Operacye na wyrostku robimy przy sprawach ropnych i łatwo też przy zranieniu zatoki może nastąpić zakażenie.

W rozdziale XVII, zatytułowanym nowotwory i nerwice jamy bębenkowej, autor opisuje szczegółowo polipy uszne. Na str. 505, przytaczając objawy, d-r H. cytuje następujące bardzo ciekawe własne spostrzeżenia, a mianowicie: „w jednym przypadku spostrzegalem po wyjęciu wielkiego polipa nagły wybuch skrytej gruźlicy płucnej, zakończony w niespełna rok śmiercią, w innym zapalenie opon mózgowych, zaś dwa razy całkowity obszerny bezwład niewyleczalny nerwu twarzowego“. Przypadki takie, wielce pouczające, należałoby obszerniej opisać i umotywować przyczynowy związek z wyjęciem polipów. Niejasna i niezrozumiała jest cytata, zaczerpnięta u SCHWARTZE'go: „polipy mogą też wywołać nerwice zwrotne skutkiem drażnienia nerwu błędnego, a zatem kaszel, częste kichanie, opadnięcie powieki, niedowład i porażenie nerwu twarzowego“. Chyba tylko pierwszą część cytaty można odnieść do drażnienia nerwu błędnego, gdyż opadnięcie powieki, niedowład i porażenie nerwu twarzowego z takim podrażnieniem nerwu błędnego nie może przecież mieć nic wspólnego. Zdanie, na str. 507 wypowiedziane: „zamiana polipów prawdziwych z polipami ziarninowymi nie ma znaczenia praktycznego dla leczenia“ jest zupełnie niezrozumiałe. Na str. 522, opisując rozszerzanie się ropni opadowych z wyrostka sutkowego, autor wyraża się w ten sposób: „ropnie opadowe i przetoki w okolicy bocznej i tylnej szyi, rzadziej dochodzące do warg“. O jakich wargach jest mowa?

Operacye na wyrostku sutkowym, a więc operacye SCHWARTZE'go i t. zw. operacya doszczętna są w podręczniku opisane treściwie i przystępnie. Zbyt dużo miejsca autor poświęca różnym modyfikacyom, wprowadzonym do operacji SCHWARTZE'go, a już zupełnie zbyteczne jest rozpatrywanie w książce, przeznaczonej dla lekarzy praktyków, pierwotnej operacji KUESTER'a, która przecież dziś ma już tylko znaczenie historyczne.

Mówiąc o krwotokach żylnych—str. 548—przy trepanacyi, autor twierdzi, że „krwotoki żyłne dają się łatwo zatrzymać przez tamponowanie gazą jodoformo-

wą lub przez przyciśnięcie brzegu kostnego do miejsca krwawiącego za pomocą tępej skrobaczki“. Brzegu kostnego chyba przycisnąć do miejsca krwawiącego się nie uda, prędzej manipulacya odwrotna da się wykonać.

Autor jest zdania, „że przy zranieniach zatoki poprzecznej zawsze wystarcza zatamponowanie gazą jodoformową, którą można odjąć zwykle już po 5—10 minutach, tak, że to dalszemu operowaniu nie przeszkadza“. Że tamponowanie zawsze wystarcza, na to się każdy zgodzi, lecz żeby zawsze już po 5—10 minutach można było tampon odjąć i dalej operować, to chyba tylko w razach wyjątkowych się udaje. Zwykle zmuszeni jesteśmy operacyę przerwać i możemy powrotnie dopiero do niej przystąpić po upływie kilku dni.

Czy zranienie zatoki poprzecznej jest tak niewinną rzeczą, jak to utrzymuje autor, śmiałybym wątpić, no, i następczą ropnicę, wbrew jego zapewnieniom, uważałbym raczej za zakażenie ustroju, tą drogą powstałe, aniżeli za następstwo choroby zasadniczej. Przy opisie operacyi doszczętnej odluszczenie okostny ku tyłowi chyba powinno być zrobione aż do brzegu zewnętrznego wyrostka sutkowego, a nie aż do „powierzchni zewnętrznej“ str. 552. Rysunki, objaśniać mające operacyę doszczętną, wypadły bardzo niefortunnie, nawet gorzej, niż w oryginale. Wątpić należy, czy operacye plastyczne czytelnik będzie w stanie wykonać podług opisu, bez podania choćby schematycznych rysunków.

W rozdziale 19 autor omawia choroby ucha wewnętrznego, opierając się przeważnie na pracach POLITZER'a i GRADENIGO i innych.

Rozdział 20 poświęcony jest głuchoniemocie. Nie wspomina w tym rozdziale autor zupełnie o badaniu szeregiem kamertonów metodą BEZOLD'a.

W rozdziale 21 autor opisuje powikłania uszne przy różnych cierpieniach ustroju, a więc przy wysypkach zakaźnych, przy influenzy, tyfusie, gruźlicy etc. Na str. 631 i 632 autor pisze: „przekonałem się i t. d., że zajęcie ucha przy szkarlatynie, we właściwym czasie (uwzględnione i należyście leczone, prawie zawsze kończy się całkowitem wyzdrowieniem i powrotem prawidłowej czynności narządu“. Jestto pogląd zbyt optymistyczny i jednostronny. Nie wszystko w tych przypadkach można kłaść na karb niewłaściwego leczenia, a wiele zależy w znacznej mierze od ciężkości epidemii i od jadowitości zarazków *resp.* od silniejszego lub słabszego zajęcia jamy nosogardzielowej. Niezrozumiałe jest zdanie na str. 635: „Przy zapaleniu zwyczajnem ucha środkowego stosujemy leczenie takie same, jak przy zapaleniu ucha środkowego nie zakaźnem“. Wskazania do trepanacyi w zapaleniu ropnem ucha środkowego, występującem w przebiegu szkarlatyny, nie są dość ściśle umotywowane. Przy błonicy pierwotnej nie powinno być „można stosować surowicę przeciwbłonicową“, lecz należy ją stosować. Powikłania uszne przy influenzy, odrze, tyfusie brzuszny i płamistym i gruźlicy są zaledwie krótko naszkicowane.

Powikłaniom usznym przy ospie autor poświęcił wszystkiego 11 wierszy.

Niewielka odsetka chorych na uszy przy ospie chyba stosować się może do tych krajów, w których ospa należy do rzadkości. U nas rzecz się ma cokolwiek inaczej. To też daleko częściej, niż np. w Niemczech, widzujemy ciężkie powikłania uszne przy ospie. Na okoliczność tę w podręczniku polskim należałoby zwrócić szczególną uwagę.

Za śmiałe jest twierdzenie autora, na str. 654 wyrażone: „zaniedbane lub nieodpowiednio leczone wycieki ropne z uszów u dzieci mogą stać się powodem całego szeregu objawów, znanych jako zołzy, czyli że u dzieci konstytucjonalnie najzdrowszych można w ten sposób wywołać zołzy“.

W rozdziale 22 autor omawia obszernie znaczenie chorób narządu słuchowego dla służby wojskowej, pod względem sądowo-lekarskim (z uwzględnieniem prawodawstwa rosyjskiego), dla ubezpieczenia na życie i dla służby na kolejach żelaznych.

O ile w stosunku do chorób narządu słuchowego pod względem służby wojskowej autor dał nam wyczerpujący opis, o tyle po macoszemu traktowane są choroby ucha pod względem ubezpieczenia na życie. Co do ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków, nie znajdujemy w książce d-ra H. żadnej wzmianki, a wszak dziś nerwice urazowe i objawy tychże ze strony narządu słuchowego często podlegają ekspertyzie otyatrycznej. Krótki opis chorób nosa i jamy nosogardzielowej stanowi treść 23 i ostatniego rozdziału.

Jak w każdym dziele, tak i w podręczniku otyatrii d-ra H. są rozdziały lepiej, inne słabiej opracowane. Do lepiej opracowanych zaliczam rozdziały o chorobach ucha zewnętrznego, rozdziały o chorobach wyrostka sutkowego i o operacjach na wyrostku sutkowym, rozdziały o powikłaniach wewnętrzczaskowych i o znaczeniu chorób narządu słuchowego dla służby wojskowej.

Z IV Zjazdu międzynarodowego ginekologów w Rzymie.

Rozprawy o wskazaniach do sztucznego przerwania ciąży.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 49).

Co do wymiotów nadmiernych u ciężarnych, Z. więcej mówić nie będzie.

Panowie referenci uznali histeryę jako przyczynę wymiotów ciężarnych w niewielkiej liczbie przypadków. Zdanie to zgadza się z jego własnym doświadczeniem. W dwóch ostatnich przypadkach wymiotów ciężarnych, nie poddających się leczeniu, Z. nie mógł wykryć ani jednego objawu histeryi.

Pomimo dokładności referatów Z. pozwala sobie zwrócić uwagę na dane przedmiotowego badania, wskazujące widoczne niebezpieczeństwo albo upewnające co do braku wszelkiego niebezpieczeństwa: chodzi, mianowicie, o zachowanie się ciężaru ciała.

W tych przypadkach, w których ważenie w równomiernych odstępach czasu wskazuje spadek ciężaru ciała, występuje wskazanie do zabiegu, albowiem spadek ciężaru ciała jest pewną oznaką zbliżającego się niebezpieczeństwa dla chorej.

Inaczej się dzieje, gdy chorej na wadze przybywa, a wtedy lekarz może uspokoić ciężarną i jej otoczenie i zapewnić, że żadne niebezpieczeństwo nie grozi chorej.

Z. nie jest skłonny pośpiesznie i bez dostatecznej rozważki dokonywać zabiegów, zmierzających do przerwania ciąży, i dowodem tego jest ta okoliczność, że na ogólną liczbę swych przypadków Z. sztucznie przerywał ciążę zaledwie 3 — 4 razy z powodu wymiotów ciężarnych i wyczekiwał nawet tam, gdzie ciężarne wymiotowały całymi miesiącami, prawie po każdym obiedzie.

W ten sam sposób, t. j. za pomocą ważenia chorych, Z. określa stan ciężarnych, dotkniętych gruźlicą, u których wszakże jeszcze nigdy nie wzbudzał porodu przedwczesnego. Mając jednak na względzie jeden przypadek gruźlicy w ciąży, zakończony śmiercią w połogu, Z. nie mógłby zasadniczo odrzucać stosowa-

nia przerywania ciąży u ciężarnych, dotkniętych gruźlicą. Takie chore w ciąży czują się znacznie lepiej tak, że same pragną zachowania ciąży.

Co do płasawicy, Z. uważa chorobę tę jako nadzwyczaj niebezpieczne powikłanie ciąży. Płasawica u ciężarnych ulega niezmiernemu pogorszeniu i łatwo prowadzi do śmierci, z tego powodu choroba ta daje ściśle wskazanie do przerywania ciąży.

Stosunek cierpień nerek do drgawek został w referacie HOFMEIER'a określony zgodnie z zapatrywaniami Z., a mianowicie, że zapalenie nerek przewlekłe (choroba BRIGHT'a) rzadko sprzyja rozwojowi drgawek, a drgawki częściej wybuchają z powodu t. zw. nerki ciężarnych.

Przerywanie ciąży nasuwa Z. myśl o krwotokach macicznych, które stanowią wskazanie do porodu przedwczesnego w ostatnich dwóch miesiącach ciąży w każdym przypadku, gdzie mamy do czynienia z krwotokami wielkimi, doświadczenie bowiem poucza, że, jeżeli pierwszy krwotok sam przez się ustaje, następny — drugi powtarza się zwykle w krótkim czasie, a chore wtedy są zbyt wyczerpane przez pierwszy upływ krwi, aby mogły przenieść nowe straty krwi nawet przy właściwym leczeniu.

KÖNIG (Lipsk) sądzi, że stosunki socyalne chorej powinny być zawsze brane pod uwagę; u kobiet pracujących pogorszenie gruźlicy występuje często gwałtownie po rozwiązaniu.

D. DRAGHIESCO (Bukareszt) nadmienia, że w Bukareszcie w ciągu 9-ciu lat ciąża została przerwana sztucznie 17 razy na 18132 przypadki porodów, a mianowicie, 13 razy z powodu drgawek porodowych, 3 razy z powodu wady serca i raz z powodu padaczki.

II. Rozprawy o leczeniu zakażenia połogowego za pomocą wyluszczenia macicy.

H. FEHLING rozesłał listy z zapytaniami do 140 ginekologów w Niemczech Austrii i Szwajcaryi w kwestyi leczenia zakażenia połogowego za pomocą wyluszczenia macicy i otrzymał 94 odpowiedzi.

Z odpowiedzi tych wynika, że operowano 61 razy przy zakażeniu posoczniczem z odsetką śmiertelności, wynoszącą 55,7%, przyczem w 19 przypadkach doszczętnego wycięcia macicy drogą brzuszną śmiertelność wynosiła 31,5%, w 33 przypadkach wyluszczenia macicy drogą pochwową — 69,6%, w 4 przypadkach wycięcia macicy nadpochwowego — 50% i w 4 przypadkach doszczętnego wyluszczenia macicy przy poronieniu 75%.

Na podstawie tego materiału godnem jest zaznaczenia, że wyluszczenie macicy drogą brzuszną dało lepsze wyniki, aniżeli drogą pochwową, pomimo że w nowszych czasach utarło się przekonanie o bezpieczeństwie operacji pochwowych.

Niezależnie od pomyślnego zejścia zakażenia posoczniczego przy stosowaniu leczenia operacyjnego doświadczony akuszer stale twierdzić może, że pewna liczba przypadków, i to znaczna, mogła być zakończyć się pomyślnie nawet bez stosowania leczenia operacyjnego.

Rokowanie w gorączce połogowej pozostanie na długie czasy wątpliwe, a przypadki ciężkie i stracone na pewno będą w nieznaczonej tylko liczbie podlegały operacji.

Jeżeli zastanowimy się nad tą okolicznością, że śmiertelność w gorączce połogowej posocznicznej wynosi według jednych statystyk 18⁰/₀, według zaś in-

nych 50% w przypadkach nieoperowanych, wtedy musi powstać pytanie, czy pewna część przypadków nie zawdzięcza swego niepomysłnego zejścia jedynie operacji.

W stosowaniu więc operacji główny punkt ciężkości opierać się będzie zawsze na wskazaniach lekarskich.

Ostateczne wnioski F. są następujące: Najwłaściwszem jest dzielić choroby położowe narządów rodnych na toksyczne i zakaźne. Przy zatruciach (*sapaemia*) zmiany chorobowe dotyczą macicy, po większej części zaś chodzi o ogólne zakażenie macicy. Wyłuszczenie macicy w położu przy posocznicy ogólnej jest zabiegiem bezskutecznym i powinno być zarzucone. Wyłuszczenie macicy może być zaletane słusznie tylko wtedy, jeżeli intoksykacja i zakażenie ogranicza się na macicy, a więc przy rozpadzie po pozostałego łożyska lub resztek jego, przy gniciu mięśniaków w położu, przy gniciu resztek jaja płodowego po poronieniu i nie możliwości usunięcia tych ostatnich w inny sposób. Wskazanie więc do operacji będzie w tych przypadkach bardzo rzadkie.

W niektórych przypadkach *metrophlebitis puerperalis* (ropnicy) wyłuszczenie macicy może stać się niezbędnym, a zarazem przewiązanie i wyłuszczenie żył węzadeł szerokich i nasiennych, zamkniętych przez skrzepy.

LEOPOLD (Drezno), W ciężkich przypadkach zakażenia położowego wyłuszczenie macicy jest wtedy uzasadnione, jeżeli wszystkie objawy wskazują, że macica jest miejscem i źródłem rozprzestrzenienia zakażenia, a wszystkie zabiegi, dążące do zniesienia tego źródła, są bezskuteczne.

Tutaj należą przypadki, w których mamy do czynienia z zatrzymaniem łożyska, nie dającego się usunąć i uległego rozkładowi.

Jeżeli jednak zakażenie przeszło już po za macicę, a więc przy objawach ciężkiego zapalenia otrzewny, zakrzepu posoczniczego, ropnia macicy lub przy objawach obustronnego zapalenia przydatków, wtedy wyłuszczenie macicy jest zabiegiem bezcelowym.

Jeżeli choroba postępuje i przerwać się nie daje, wtedy zależnie od stanu sprawy chorobowej należy zastosować leczenie chirurgiczne, lecz takie, które ma na celu wyszukanie ogniska ropnego i opróżnienie ropnia.

W jakim zaś zakresie i w jakim stopniu leczenie wewnętrzne za pomocą wstrzykiwania surowicy przeciwpaciorkowcowej i innych metod jest skuteczne, kliniczne spostrzeżenia mogą rozstrzygnąć tylko w przyszłości.

W każdym razie największy nacisk należy kłaść na możliwie wczesne i staranne wyszukanie ogniska ropnego. Wspaniałe wyniki, otrzymane w ostatnich czasach przez usuwanie zropiałych sieci żylnych, winny być uwzględnione.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= KALISKI, na zasadzie doświadczeń, zwraca uwagę, że dla rozstrzygnięcia pytania, z czym mamy do czynienia — z dekstrozą czy pentozą w moczu — należy obok próby z drożdżami zastosować floroglucynę z kwasem solnym lub orcyne (Deut. med. Woch. N. 15. 1902). W przypadku pentozury próba TROM-

MER'a (Cu, SO₄ + KHO) wypada dodać przy nagraniu przed zagotowaniem, polarymetr oraz próba z drożdżami — ujemnie, floroglucyna z kwasem solnym (próba TOLLEN'a) — mocno czerwone zabarwienie. (Deut. med. Woch. N. 41. 1902). J. L.

Wiadomości bieżące.

— Komitet polski dla XIV międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Madrycie podaje w dalszym ciągu do wiadomości publicznej, co następuje:

Termin zjazdu. W następstwie ankiety, przeprowadzonej za pośrednictwem Komitetów narodowych, postanowiono trzymać się terminu pierwotnego, t. j. wiosny, a nie, jak proponowano, m. lipca. Zjazd odbędzie się więc w czasie od 23 do 30 kwietnia 1903 r.

Uczestnicy. Wobec często przedkładanych nam pytań zaznaczamy powtórnie, że członkami Zjazdu mogą być lekarze, dentyści, farmaceuci, weterynarze i wogóle osoby, nie należące do stanu lekarskiego, ale posiadające jakiś tytuł zawodowy lub naukowy, wreszcie reprezentanci prasy. Zgłaszający się na uczestnika Zjazdu winien oznaczyć sekcję, w której lub w których uczestniczyć pragnie. W tym ostatnim razie wymienić ma główną, bo tylko z tej głównej sekcji otrzymać może bezpłatne sprawozdanie (compte rendu), z innych zaś tylko o tyle, o ile w nich wygłosił przyjęte do sprawozdania odczyty.

Sekcje. Sekcji będzie 16, a mianowicie: 1) Anatomia. 2) Fiziologia, fizyka i chemia biologiczna. 3) Patologia ogólna, anatomia patologiczna i bakteriologia. 4) Terapia i farmacja. 5) Patologia wewnętrzna. 6) Neurologia, psychiatria i antropologia kryminalna. 7) Pedyatria. 8) Dermatologia i syfilografia. 9) Chirurgia ogólna. 10) Okulistyka. 11) Oto-ryno-laryngologia. 12) Odontologia i stomatologia. 13) Położnictwo i ginekologia. 14) Medycyna i higiena wojskowa oraz marynarka. 15) Higiena, epidemiologia i technika sanitarno-lekarska. 16) Medycyna sądowa i toksykologia.

Językami urzędowymi Zjazdu madryckiego mają być: język francuski, angielski i niemiecki, jak to z reguły dla międzynarodowych zjazdów postanowiono; a nadto język hiszpański, włoski, a dowiadujemy się, że i Rosya dla siebie uznania języka rosyjskiego domaga się.

Zgłoszenia uczestnictwa, referatów i odczytów. Komitet polski pośredni-

czy w przyjmowaniu zgłoszeń, odczytów (o ile możności przed 1 stycznia 1903 r.) i w zbieraniu wpisowego, wynoszącego 30 pezetów, czyli mniej więcej 25 franków = 24 korony = 20 marek, lub = 10 rubli. Pieniądze przesyłać należy na ręce skarbnika Komitetu polskiego, prof. d-ra Władysława REISS'a (Kraków, ul. Basztowa L. 25). Zgłoszenia odczytów i referatów przyjmuje prezes komitetu (Wolska 11). Formularzy do zgłoszeń uczestnictwa, formularzy do zamawiania albumu (patrz niżej), tymczasowych programów zjazdu w języku francuskim udziela na żądanie sekretarz komitetu, p. d-r BUZDYGAN (Kraków, ulica Wiślna 8).

Dotychczas zgłosili przez Komitet polski następujący panowie odczyty, względnie referaty: d-r PRĘGOWSKI z Heidelbergu jeden, d-r REICHMAN i d-r KUCHARZEWSKI z Warszawy i prof. WICHERKIEWICZ z Krakowa — po dwa.

Uprasza się kolegów o podawanie dokładnych adresów, a przy zapisywaniu się na członka trzeba przesłać kartę wizytową dla jeneralnego sekretaryatu, który, odebrawszy od naszego skarbnika uzbierane kwoty wpisowe, prześle już wprost przyszłym członkom Zjazdu, wedle ich własnych adresów, karty uczestnictwa. Z tego powodu podawanie dokładnych adresów jest niezbędne dla uniknięcia późniejszych reklamacji. Panie, towarzyszące członkom zjazdu, otrzymają karty udziałowe w cenie 12 pezetów od osoby, uprawniające do korzystania z uroczystości kongresowych, a także do zniżek, przyznanych członkom na kolejach i statkach.

Album pamiątkowe artystyczne. Wspomnieliśmy już swego czasu, iż Komitet wykonawczy przygotowuje wspaniałe album, mające pomieścić reprodukcje fotografii najwybitniejszych członków zjazdu. Komitet ten rozesłał, porozumiawszy się z komitetami narodowymi, prośbę do najwybitniejszych osobistości świata lekarskiego o przysłanie w tym celu fotografii formatu gabinetowego. Chcąc odpowiedzieć przy tej sposobności na często jeszcze powtarzające się zapytania, nadmieniamy, że tylko osoby, zaproszone do tego przez Komitet wykonawczy, będą

mogły w albumie figurować, i to jeżeli zapisały się na członków Zjazdu, a przesyłając fotografię, dołączyły zarazem 35 franków na ręce jeneralnego sekretarza (Excmo Sr. Dr. ANGEL FERNANDEZ-CARO, Madrid. Facultad de Medicina), jako pierwszą ratę ceny albumu, która dopiero później będzie unormowana, ale nie przekroczy 65 franków. Drugą, dopełniającą ratę, złoży się przy odbiorze albumu w Madrycie. Osoby, któreby nie odebrały albumu w przeciągu dwóch miesięcy po zamknięciu Zjazdu, tracą prawo do wpłaconej raty pierwszej.

Delegaci. Pożądaną byłoby rzeczą, aby korporacje naukowe już dziś wybrały swoich delegatów na Zjazd, a to w tym celu, aby jeneralny sekretaryat mógł dowiedzieć się o ich nazwiskach i wczas przestać im zaproszenie do przesłania fotografii dla albumu pamiątkowego.

Ułatwienia podróży. Pod względem zniżek cen przejazdu, to Francya, Hiszpania, Włochy przyznały po 50%; Kompania transatlantycka 33% zniżki za okazaniem karty uczestnictwa; natomiast Austria, Niemcy i Rosya odmówiły zniżki wogóle, a Szwajcarya nie udzieliła jeszcze odpowiedzi Komitetowi wykonawczemu.

Pomieszkania zamawiać już można teraz (w Bureau des logements, faculté de Médecine, Madrid) i to wedle formularzy, których Komitet nasz dostarcza. Ceny oznaczono, jak następuje: W hotelach od 15—50 pezetów, czyli 15—40 franków; w domach prywatnych 10—30 pezetów, czyli 9—25 franków za pokój, trzykrotne posiłki dziennie od osoby. Ceną objęta jest należność za przewie-

zienie gościa z bagażem do domu i z powrotem na kolej.

Wycieczki. Planu wycieczek organizowanych Komitet centralny dotychczas nie ogłosił, a niezawodnie i nie ogłosi, natomiast polecił zająć się tą sprawą firmie „Bureau Central des Voyages Pratiques á Paris 9, rue de Rome“ (Gare St. Lazere), które, jak to ogłasza w piśmie, do nas wystosowanem, dyrektor tegoż biura, p. Junot, udziela chętnie bezpłatnie wszelkich wskazówek tak co do sposobu udawania się do Hiszpanii, jakoteż co do podróżowania po Hiszpanii, wskazuje nadto stosowne hotele, organizuje wspólne podróże do głównych miast Hiszpanii i to dla pojedynczych grup stosownie do życzeń komitetów narodowych. Odnosne grupy narodowe mogą mieć tłumacza i przewodnika. Skoroby koledzy objawili Komitetowi naszemu życzenia co do wspólnych wycieczek po Hiszpanii, to Komitet, o ileby życzenia te dały się ująć w jeden wspólny odpowiedni plan, chętnie później porozumiałby się z „biurem praktycznych podróży“.

Skład Komitetu polskiego o tyle doznał zmiany, iż ś. p. d-r FLORKIEWICZ złożył z przyczyn podupadłego zdrowia już w czerwcu urząd wiceprezesa; w jego miejsce wybrano wiceprezesem profesora KRYŃSKIEGO w Warszawie.

Prof. D-r Bol. Wicherkiewicz,
prezes Komitetu polskiego.

— Nagrody konkursowe imienia d-ra Leona KONITZA Towarzystwo lekarskie Warszawskie przyznało kolegom Włodzimierzowi POPIEŁOWI i Czesławowi STANKIEWICZOWI, pierwszemu za pracę p. t. Miednica polek, drugiemu — za pracę p. t. W sprawie operacyjnego leczenia tyłopochylenia—zgięcia macicy.

OD ADMINISTRACYI.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1903 i o uregulowanie zaległych rachunków.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski

Доволено Цензурою Варшава, 28 Ноября 1902 г. Druk K. Kowalewski²⁰, Warszawa, Mazowiecka 8



Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie Józef Warszawski, Warszawa, Orla 5.

Aspirin

Antirheumaticum i Analgeticum. Najlepiej zastępuje salicylaty. Smak przyjemny kwaskowaty; prawie zupełnie pozbawiony działania ubocznego. Daw. 1 gr. 3-5 dziennie

Salochinin

(Ester salicylowy chininy). Antipyreticum i Analgeticum zupełnie bez smaku. Wskaz.: Stany gorączkowo szereg. gorączki tyfusowe, malaria, nerwice. (Neuralgie, Ischias).

Hedonal

Nowy Hypnoticum, zupełnie nieszkodliwe, wolne od działania ubocznego. Spec. wskaz.: bezsenność nerwowa szereg. w stanach depresyjnych i t. d. Daw. 1,5-2 gr. po proszku w opłatkach lub w lewatywie.

Heroin hydrochl.

Wyśmienite sedativum przy wszelkich cierpieniach dróg oddechowych, zastępuje morfinę i kokainę, łatwo rozpuszczalne w wodzie, nie drażni. Daw. dla dorosł. 0,003-0,005 gr. 3-4 razy dziennie, dla dzieci 0,0005-0,0025 gr. 3-4 razy dziennie.

Agurin

Octan Theobromin-natrium. Nowe Diureticum, bardzo skuteczne i bardzo dobrze znoszone, daw. 0,5-1 gr. pro die 3 gr.

Salophen

Specyfik przy bólu głowy, infekcy, ostrym reumatyzmie stawów. Dawka 1 gr. co 2-3 godziny.

Protargol

Organiczny preparat srebra do leczenia trypra i ran, jak również w chorobach oczu. Wybitne bakterycydyczne własności przy najmniejszym podrażnieniu.

Somatoza

Wybitny środek wzmacniający dla chorych gorączkujących, osłabionych, rekonwalescentów. W wysokim stopniu pobudza apetyt. Dorosłym 6-12 gr. dziennie, dzieciom 3-6 gr. dziennie.

Europen

Specj. wskaz.: mała chirurgia Uleus molle, Papulmad. Zastępuje jodoform, posiada zapach przyjemny. Stosow.: czysty lub z caob. pulv. aa p. mieszany lub jak masę 5-10%

Tannigen

Nieszkodliwy derywat taniny. Działa skutecznie przy rozwolnieniu i katarach żołądkowo-kiszczkowych, specjalnie u dzieci. Dawka 0,25-0,5 gr. 6 razy dziennie.

Żelazo-Somatoza

Skuteczny środek wzmacniający przy Chlorozie i Anemii. Zawiera żelazo w połączeniu organicznym i w postaci łatwo wysysającej się. Bez smaku, łatwo rozpuszczalne. Pobudza apetyt, nie działa zamykająco.

Aristol

Wybitny środek zablizniający a szereg. przy ranach po oparzeniu z Acid Boric. pulv. aa ppt mieszany lub jako 5% masę.

Trional

Pewny środek nasenny, zawsze należy używać z większą ilością ciepłego płynu (herbata, mleko). Początkowa dawka 1,5 potem wystarcza 1 gr.

Mleko-Somatoza

Zawiera 5% taniny w organicznym połączeniu. Wskaz.: Dyspepsja, Neurastenia, Anemia, Gruźlica, Tyfus i Krzywica. Dla dorosłych 5-15 gr. dziennie, Dla dzieci 3-10 dziennie.

Creosotal-Duotal

Preparaty kreozotu wolne od żrącego i trującego działania przeciw gruźlicy. Bronchitis, Tyfus

Phenacetyna, Piperazyna, Lycetol, Jodothyryna, Salol.

Pierwsze Przedsiębiorstwo DEZYNFEKCJI MIESZKAŃ I RZECZY

z bakteriologicznym badaniem prowizora farmacyi

Jana Zawadzkiego

— 33 Mokotowska 33 — 2100 Telefon 2100 —

Dezynfekcyja mieszkań trwa 5 godzin. Za każde 80 metrów sześciennych przestrzeni liczy się rb. 5

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych

oraz Fabryka Pastylek ogrystująca od 1855 r.

EDWARDA TREUTLERA

w Warszawie, Nowy-Świat Nr. 60.

Tabulettae Extr. Cascar. sagr. fl. ā 1,0
" Colae ā 0,3
" Ferratini ā 0,5
" Haematogeni ā 0,5
" Haemoglobini ā 0,3
" Haemogalloli ā 0,25

poleca

Tabulettae Haemoli ā 0,25
" Nitroglicerini ā $\frac{1}{100}$ grm.
" Ovarini ā 0,3 i 0,5
" Saccharini ā 0,05
" Stypticini ā 0,05
" Thyreoidini ā 0,06-0,1 i 0,50
" Extr. Cascar. Sagr. sicc. ā 0,5
" Gtt. i Obduc. cacao

Tabulettae Chinosoli ā 1,0, Hydrarg. corrosiv. ā 0,5 i 1,0. Johimbini hydr. Spiegel ā 0,005. Obduc. cacao Ferratini 0,1 c. Sol Fovleri

Sanatorium, dla chorych piersiowych W ZAKOPANEM

pod kierunkiem D-ra Kazimierza Dłuskiego

1050 m. nad poziom. morza. Wszystkie pokoje i obszerna leżalnia zwrócone na południe. Oświetlenie elektryczne. Ogrzewanie centralne. Kanalizacya. Windy. Kąpiele. Natryski. Pralnia parowa i dezynfekcyja. Poczta, telegraf i telefon w Zakładzie. Własne powozy na zamówienie.

Prospekty na żądanie franko.

Przyjmuje się chorych od 1 Listopada 1902 r.

Adres: Dr Kazimierz Dłuski. Zakopane.

Skład Wyrobów Gumowych, Cerat, Środków Opatrunkowych i Nowość

G. EHLERT.

Warszawa Senatorska № 19 1-e piętro

Poleca: Watę i gazę opatrunkową w najlepszych gatunkach. Termometry maksymalne, pokojowe i kąpielowe. Inhalatory. Irrygatory. Wszelkie przyrządy chirurgiczne z kauczuku i gumy.

Narzędzia metalowe ostre, doktorskie i t. p.

Urządzenie Ambulatoryów, Aptek i szpitalików.

Cenniki na żądanie wysyła się bezpłatnie. Pp. Lekarze i studenci korzystają z odpow. rabatu.

Telefonu Nr. 934.

S. JARUNTOWSKI

Warszawa, Senatorska 28. Telefonu № 2058.

Specjalny Skład Aparatów i Przyborów dla Chemii—Farmacyi i Medycyny

Poleca.

Inhalatory suche i parowe-termometry doktorskie i kąpielowe, waty-środki opatrunkowe i t. d.

Urządza ambulatoryja i szpitale—p. p. Lekarzom odpowiedni rabat.

Cenniki gratis.

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

Własność rządu francuska



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użyte Wód.

VICHY CÉLESTINS Stabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Stabości wątroby i organów żółć wydzielających.

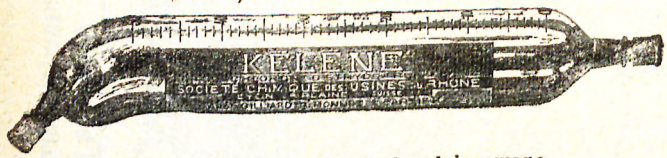
VICHY HOPITAL Stabości żołądka i kiszki.

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Giliard, P. Monnet & Martier.
Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon 8 Quai de Retz.
KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY



do USYPIANIA i znieczulania miejscowego

Produkty farmaceutyczne

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy Salol. Salicylaty: sodu, metylu. Pyrazolina Metylen-Blau med. Rezoeryna med. Hydrochinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach z podziatka. (Liter. na żądanie gratis i franco)

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne „MOTOR“
Warszawa, Marszałkowska 23.
poleca

KAPIELE Z KWASU WĘGLOWEGO

otrzymywanego z soli rozpuszczonych w wannie. — Mogą być z łatwością przyrządzane tak dobrze w mieszkaniach prywatnych, jak również w Zakładach kąpielowych. Sposób użycia dołącza się do każdej kapsli.
Dostać można w aptekach i składach aptecznych. Cena kop. 80. Gotowe kapsle wydają się w Łazienkach Akcyjnych na Zjeździe.

„ZDROWIE”

Organ Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego
POŚWIĘCONY HYGIENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w zeszytach objętości 5 — 6 arkuszy druku i zawiera:
1) Artykuły oryginalne z dziedziny postępów higieny publicznej w kraju. 2) Streszczenia zbiorowe.
3) Referaty. 4) Sprawozdania z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa i oddziałów prowincjonalnych. 5) Meteorologię, prowadzoną stale przez p. G. Tolwińskiego. 6) Bibliografię. 7) Wiadomości bieżące.
WARUNKI PRZEDPŁATY: W Warszawie rocznie rub. 4, półrocznie rub. 2. Na prowincyi i w Cesarstwie rocznie rub. 2 kop. 50. Za granicą: rocznie Kor. 12, Fr. 14 M 10, półrocznie Kor. 6, Fr. 7, M. 5. Cena zeszytu pojedynczego kop. 50. Członkowie rzeczywisci Towarzystwa Hygienicznego otrzymują „Zdrowie“ bezpłatnie, zwyczajni opłacają w Warszawie rub. 2, na prowincyi rub. 3 rocznie.

Redaktor Dr. Med. Wł. Janowski

Nowogrodzka Nr. 46.

Adres Administracji: Krakowskie Przedmieście 66, w Kancelaryi Towarzystwa Hygienicznego.

OPUŚCIŁ PRASĘ

Kalendarz lekarski na r. 1903

wydawnictwo

D-ra J. POLAKA

Treść: Kalendarz ogólny (wraz z imionami słowiańskimi), Lista lekarzy Warszawskich. Skład osobisty Warszawskiego urzędu lekarskiego, szpitali, klinik i wydziału lekarskiego wogóle; przytulki dla rodzących, lecznice prywatne, instytuty szczepienia ospy, apteki (według ulic), składy materiałów aptecznych, izby felezerskie, akuszerki, praktykujące w Warszawie. Lekarze i apteki we wszystkich guberniach Królestwa. Najwyższe dawki środków mocno działających wstrzykiwań i t. p. Rozpuszczalność leków, ilość kropeł różnych płynów w skrupule i gramie. Ratowanie pozornie zmarłych. Otrucia. Podręcznik terapeutyczny (z receptami). Metrologia. — Podział środków lekarskich najbardziej używanych pod względem działania. Przepisy diety przy różnych chorobach. Niewłaściwe zestawienia środków lekarskich. Notatki hygieniczne odnośnie do wody. Zasady budowy i tablice wymiarów ławek szkolnych.

Kalendarz oprawny w sztuczną skórę angielską z kwartalnymi notatnikami.
Nabywać można u wydawcy (29 Świętokrzyska, w Warszawie i we wszystkich księgarniach. Cena 1 r. 50 kop., z przesyłką pocztową 1 r. 60 kop. za zaliczeniem 1 r. 70 kop.