

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 37.

Warszawa d. 14 Września 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O próbie desmoidalnej Sachli'ego. Badani sprawności żołądka bez pomocy zgłębnika żołądka. Podał dr W. Róbin. — Przypadek sectionis caesareae vaginalis (według Dührsena). Podał Józef Saks. — Wykład kliniczny. C. Goebel. Rak i mechaniczne podrażnienie. Streßelt H. Goldberg. (dok.). — Streszczenia i wyciągi Nr. 48. Straus. Znieczulenie rdzeniowe w świetle współczesnych badań klinicznych. — Międzynarodowy kongres psychiatryi, neurologii i opieki nad choremi umysłowemi w Amsterdamie. Podał W. Męczkowski. — O leinek. Wydział lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1817—1831). Zarys historyczny przez Józefa Bielińskiego. (Ciąg dalszy). — Ruch chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława za czas od 14 czerwca do 14 lipca i od 14 lipca do 14 sierpnia 1907 r. — Od Redakcyi. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr W. Róbin. — Sur la methode desmoidale de Sachli. 2) Dr J. Saks. — Un cas sectionis caesareae vaginalis par la methode de Dührsen.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr W. Róbin. — Ueber die Sachliche desmoidalprobe. 2) Dr J. Saks. — Ein Fall sectionis caesareae vaginalis nach Dührsen.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

O próbie desmoidalnej Sachli'ego. (BADANIE SPRAWNOŚCI ŻOŁĄDKA BEZ POMOCY ZGŁĘBNIKA ŻOŁĄDKA).

Podał

Dr W. Róbin.

Oddawna poszukujemy metody, któraby pozwoliła ocenić choć w ogólnych zarysach sprawność żołądka bez użycia zgłębnika żołąd-

kowego. Zgłębnik bowiem nie w każdym przypadku daje się zastosować. Pomijając dość liczną grupę osób, w których wprowadzenie zgłębnika jest stanowczo przeciwwskazane (wrzód żołądka, krwawienie płucne, wada serca, tętniak aorty i t. d.), w wielu przypadkach nie możemy posilkować się zgłębnikiem dla przyczyn mniej ważnych, np. wskutek obawy ze strony chorych, wskutek silnej wrażliwości lub znacznego osłabienia tychże. W tych razach zniewoleni jesteśmy opierać się wyłącz-

nie na objawach podmiotowych ze strony żołądka. Z wdzięcznością przeto witamy każdą próbę wynalezienia takiej metody. Ostatni SACHLI w r. 1905 podał następujący sposób, pozwalający, zdaniem jego, sądzić o chemizmie żołądka bez stosowania zgłębnika żołądkowego. Chory otrzymuje po jedzeniu pigułkę z błękitu metyl., owiniętą w woreczek gumowy i związaną nitką katgutową. Ponieważ według Ad. SCHMIDTA tkanka łączna (do której zalicza się i katgut) może być strawiona wyłącznie przez sok żołądkowy i nie ulega działaniu soków trzustkowego i kiszkowego, przeto, jeśli dany żołądek wydziela dostateczną ilość soku żołądkowego, to nitka katgutowa pod wpływem tego soku rozpuści się w żołądku, woreczek się otworzy, zawarty w nim błękit metylenowy przedostanie się do krwi, i zabarwi mocz na zielonawo. Tak więc zielonawe zabarwienie moczu będzie świadczyć o strawieniu nitki katgutowej, innemi słowy o zachowanej sprawności danego soku żołądkowego. Brak zaś zielonego zabarwienia moczu dowodzić będzie zniesionego wydzielania w żołądku. Zamiast błękitu metylenowego można użyć jodoformu i w moczu poszukiwać jodu.

Zaznaczamy zaraz na tem miejscu, że wartość próby desmoidalnej SACHLI'ego warunkuje się przedewszystkiem prawdziwością założenia że istotnie katgut nie może być strawiony przez żaden inny sok, jak tylko żołądkowy. Jeśli bowiem sok trzustkowy lub kiszkowy rozpuszczają katgut, nie będziemy już w stanie wyprawać wniosków o sprawności żołądka. Pomijamy przeto na razie wyniki praktyczne, osiągnięte przy stosowaniu tej próby przez SACHLI'ego i innych autorów, którzy naogół uznają zalety nowej próby i zgodnie ją polecają,—i zatrzymamy się na badaniach, mających na celu sprawdzenie słuszności twierdzenia, że katgut ulega strawieniu tylko w żołądku.

Otóż większość autorów (EICHLER¹⁾, KALISKI, HORWITZ i inni) na podstawie wykonanych doświadczeń w termostacie potwierdza słuszność powyższego poglądu, część jednakże zaprzecza temu i twierdzi, że katgut poddaje się działaniu soku trzustkowego. Do tych ostatnich należy EINHORN, który robił spostrzeżenia na zdrowych osobnikach i na 4 achyliakach. Dalej ALEXANDER i SCHLESINGER wykonali doświadczenia *in vitro* i *in vivo* i przekonali się, że katgut w kiskach nie ulega strawieniu, natomiast u 2 chorych z przetoką żołądkową i z brakiem HCl spostrzegali zniknięcie katgut. Ostatnio zabrał głos w tej sprawie LEWIŃSKI, który przeprowadził swoje badania na oddziale Ad. SCHMIDTA. Autor porównywał w termostacie działanie soku żołądkowego na katgut i na surową tkankę łączną (z mięsa) i przyszedł do wniosku, że katgut o wiele łatwiej ulega strawieniu, niż surowa tkanka łączna. Ten sam sok żołądkowy rozpuszczał katgut i nie działał na mięso. Autor wnioskuje z tego, że katgut wogóle nie jest odpowiednim przedstawicielem tkanki łącznej, gdyż fabryczne przygotowanie zmienia budowę jego włókien i wskutek tego staje się mniej odpornym na działanie soku trzustkowego, niż naturalna tkanka łączna.

Dalej LEWIŃSKI potwierdza wyniki badań SAITO, że katgut został strawiony w ciągu 6—27 godzin przez mieszaninę soku trzustkowego i kiszkowego. Dodaje jeszcze, że sam sok trzustkowy (*Pankreas pressaft*) zdolny jest strawić katgut w ciągu 2—24 godzin.

Wobec powyższego autor wnosi, że próba SACHLI'ego nie może służyć sprawdzianem siły trawiennej żołądka, dopóki musimy posilkować się katgutem. Z przychylnych zdań

¹⁾ Eichler naprz. trzymał katgut w ciągu pół godz. w roztworze HCl z pepsyną, poczem przenosił katgut do próbówki z sokiem trzustkowym z sodą i po upływie 24 godz. w termostacie katgut nie został rozpuszczony.

o próbie desmoidalnej zasługuje na wyróżnienie zdanie LEO, który omówiwszy zarzuty stawiane próbie desmoidalnej SAHLI'ego przez EINHORN'a i ALEKSANDR'a i SCHLESINGER'a, uważa ją p o m i m o to za cenny środek rozpoznawczy, który jakkolwiek nie może jeszcze zastąpić badania zgłębnikiem, jednakże może oddać znaczną usługę w rozpoznawaniu chorób żołądka. Takież zdanie wygłaszają HORWITZ, UHLICH, GOSSNER, ZUELZER.

Jak widzimy, zdania co do wartości próby desmoidalnej SAHLI'ego są podzielone. Jedni, opierając się głównie na wynikach praktycznych, osiągniętych metodą SAHLI'ego, ufają tej próbie, drudzy odmawiają jej wartości naukowej z powodu wadliwości, wykrytych w samem założeniu.

Wobec tego uważam za stosowne podać na tem miejscu wyniki własnych spostrzeżeń i badań porównawczych, prowadzonych od roku na dużym materiale chorych. Wychodzę przytem z założenia, że o praktycznej wartości próby SAHLI'ego rozstrzygać powinna nie sama tylko teoretyczna ocena większej lub mniejszej odporności danego katgutów względem soku trzustkowego, lecz głównie wyniki porównawczych badań, wykonywanych u tych samych chorych jednocześnie po zastosowaniu zgłębnika żołądkowego i metody SAHLI'ego. Zwracam także uwagę i na tę okoliczność, że dużą rolę odgrywa tu rodzaj katgutów, jego pochodzenie i sposób fabrycznego przygotowania. Rzecz prosta, że różne katgutów rozmaicie mogą reagować na działanie soku trzustkowego i im bardziej katgut odbiega od swojego pierwotnego, t. j. od naturalnej budowy tkanki łącznej z mięsa, im liczniejszym ulega reakcyom chemicznym przed wypuszczeniem na rynek handlowy, tem mniej staje się odpornym na działanie soku trzustkowego i łatwiej ulega strawieniu w kiskach. Stawiając kwestyę w ten sposób, zrozumiemy, dlaczego różni autorzy, pracując z różnymi katgutami (z różnych

fabryk) różnie zapatrują się na odporność tegoż względem soku trzustkowego.

Badanie wykonywałem w następujący sposób: chorzy otrzymywali odemnie osobiście pigułki desmoidalne, które sam wiązałem sposobem, wskazanym przez SAHLI'ego w jego pracy. Polecałem im połykać pigułkę w pół godz. po obiedzie lub po kolacyi, (najczęściej po obfitej kolacyi) i oglądać moczu w ciągu 36–48 godz. Nazajutrz otrzymywali naczeczó próbne śniadanie i zawartość żołądkowa była wydobywana za pomocą zgłębnika. W wielu razach badany był żołądek zgłębnikiem także naczeczó dla stwierdzenia czynności mechanicznej żołądka. W razach wątpliwych, gdy wynik próby desmoidalnej nie odpowiadał wynikom zgłębnikowania żołądka, badania były powtarzane.

Do przygotowywania woreczków czyli pigulek desmoidalnych używałem cienkiego papieru gumowego i katgutów Nr. 0 (Jodłowskiiego). W celu przekonania się, czy sok żołądkowy otworzy taki woreczek, kładłem jedną „pigulkę desmoidalną“ do próbówki z sokiem żołądkowym o normalnej kwasności, drugą do próbówki z roztworem kwasu solnego, trzecią wreszcie do próbówki z czystą wodą. Probówki te umieszczałem w termostacie i po pewnym czasie mogłem zauważyć, że w pierwszych dwóch próbówkach nitka katgutowa miękła, rozpadała się, podczas gdy w trzeciej zostawała nienaruszona. Po upływie dalszego czasu zawartość obu probówek zabarwiała się na niebiesko, woda zaś w trzeciej nie zabarwiała się nawet w przeciągu 48 godzin.

Doświadczenie powyższe przekonało mnie jednocześnie, że nasz katgut nie ulegał rozpułchnieniu pod wpływem samej wody, czyli że zielonawe zabarwienie moczu u chorego nie mogło być następstwem jedynie mechanicznego oddziaływania obojętnego płynu na katgut w przewodzie pokarmowym. Jasnem było, że do

strawienia nitki katgutowej niezbędny jest sok żołądkowy.

Czy i inny sok np. trzustkowy zdolny jest strawić katgut? W termostacie starałem się przekonać o tem, umieszczając „pigułkę desmoidalną” w probówce z roztworem pankreatycznym MERCK’a w odczynie słabozasadowym. Działanie użytej pankreatyny zostało uprzednio stwierdzone. Wynik doświadczenia był ujemny, t. j. nitka katgutowa nie rozpuszczała się i płyn nie zabarwiał się.

Wyniki badań porównawczych przedstawione są na tablicach. Ogółem wykonałem badań przeszło 100. Dla łatwiejszego zoryento-

wania się podzieliłem wszystkie przypadki według stopnia kwaśności zawartości żołądkowej, wydobytej za pomocą zgłębnika. I grupę stanowią zatem przypadki o prawidłowej kwaśności zawartości żołądkowej po śniadaniu próbnym (24), II grupę przypadki nadkwaśności trawiennej (*hyperaciditas*) (32), III — przypadki ze zmniejszoną ilością w HCl (21), czwarte z brakiem wolnego HCl, lecz z obecnością związanego HCl (18), piątą wreszcie — z zupełnie zniesionym wydzielaniem soku żołądkowego (*achylia gastrica*) (8). Dla krótkości podaję tylko po 10 przypadków z każdej grupy.

I. G R U P A

Po śniadaniu próbnym. Próba desmoidalna.

N	Nazwisko	L	A	Peps.	Po ilu godzinach	Rozpoznanie	U w a g i
1	Bl	25	56	—	+	20	dysp. nervosa
2	Mis.	22	56	—	+	26	
3	Bak.	32	60	—	+	37	
4	Wel.	28	64	32 ⁰ / ₀	+	7	
5	Ep.	22	60	—	+	18	
6	Fur.	20	60	—	+	18	Vom. nerv.
7	Szaj.	23	62	—	+	15	
8	Nir.	20	54	—	+	17	
9	Byb.	26	62	—	—	—	
10	Fib.	26	60	—	+	20	Dysp. nerv.

II. G R U P A

Po śniadaniu próbnem. Próba desmoidalna.

N	Nazwisko	L	A	Peps.		Po ilu godzinach	Rozpoznanie	U w a g i
1	Wor.	40	76	—	+	6	Gastr. chr.	
2	Hep.	64	90	—	+	40	Insuf. motorica	
3	Poz.	45	80	33%	+	12		
4	Fal.	42	84	—	+	25		
5	Ret.	60	90	—	+	20	gastronsucorrhoea	
6	Amb.	35	78	—	+	6		
7	Koz.	50	80	—	+	18		
8	Lw.	40	80	—	+	27		
9	Dob.	42	82	—	+	22		
10	Sal.	40	85	—	+	22	Infil. ap. tbc.	

III. G R U P A

Po śniadaniu próbnem. Próba desmoidalna.

N	Nazwisko	L	A	Peps.		Po ilu godzinach	Rozpoznanie	U w a g i
1	Cz.	9	42	25%	+	42	Ins. mot. gastr. chr.	
2	Cel.	12	42	—	+	18	gastr. chr.	
3	Gr.	12	42	—	+	3		guma prawd. naruszona
4	Doj.	6	40	—	+	11	gastr. chr.	
5	Ed.	5	42	—	+	16	„ „	
6	Kut.	10	48	—	+	17	„ „	
7	Pes.	13	50	—	+	15	„ „	
8	Lej.	10	42	—	+	19	„ „	
9	Baj.	4	42	—	+	17	„ „	
10	Gub.	8	42	—	+	12	„ „	

IV. G R U P A

Po śniadaniu próbnem. Próba desmoidalna.

N	Nazwisko	L	A	Pep.		Po ilu godzinach	Rozpoznanie	U w a g i
1	Gr.	0	25	35%	+	16	Ins. mot. chr. gastr.	Po samej pigułce nietylko bez woreczka zab. po 3 g.
2	Am.	0	18	—	+	18	gastr. chr.	
3	Gr.	0	25	25%	+	16	" "	
4	Mil.	0	32	12%	+	25	" "	
5	Pin.	0	10	—	+	20	" "	
6	Taj.	0	16	—	+	16	" "	
7	Kr.	0	15	—	+	12	" "	
8	Cym.	0	25	—	+	17	" "	
9	Sok.	0	34	—	+	26	" "	
10	Bor.	0	6	—	+	16	dysp nerr.	

V. G R U P A

Po śniadaniu próbnem. Próba desmoidalna.

N	Nazwisko	L	A	Pep.			Rozpoznanie	U w a g i
1	dr M.	0	0	0	—		achylia gastr.	{ oglądano moczu w cię- gu 2—3 dób.
2	Mil.	0	0	—	—		achylia gastr.	
3	Rud.	0	0	—	—		care. ventr.	
4	Bur.	0	0	—	—		" "	
5	Gaj.	0	0	—	—		" "	
6	Gor.	0	0	—	—		Ach. gastr.	
7	Waj.	0	0	—	—		care. ventr.	
8	Rab.	0	0	—	—		care. hepatitis	

Z oddziału położniczego szpitala im. małżonków
Poznańskich w Łodzi.

Przypadek sectionis caesareae vaginalis (według Dührssen'a).

Podał

Józef Saks.

Problemat szybkiego rozwiązywania kobiet ciężarnych oddawna zaprzętał umysły lekarzy i różne były i są zalecane sposoby, nie zadawalniające zresztą badaczy. Jednym z najdawniejszych i najradykałniejszych jest cięcie cesarskie, zalecane przez prawo u osoby ciężarnej świeżo zmarłej lub w agonii będącej (po 8 ym miesiącu). Jeżeli ciężkość zabiegu nie odgrywa roli wobec wskazań wyżej wspomnianych, wypada się bardzo zastanowić nad rezultatami zabiegu dla matki na przypadek wykazania szybkiego rozwiązania rodzącej z powodu np. rzucawki, wybitnej wady serca i t. d. — w tych razach cięcie cesarskie, o ile nie ma po temu wskazania ze strony kostnego układu miednicy, po dziś dzień nie należy do zabiegów, dobre rokowanie dających; przeciętny procent śmiertelności po tym zabiegu wynosi i dziś około 12%. Przykre skutki i po pomyślnie ubiegłej operacji w postaci zwykłych powikłań po operacji cięcia cesarskiego zniewalają nas do zastosowania tego zabiegu do przypadków, w których zachodzi niemożliwość zakończenia porodu na drodze pochwowej z powodu przeszkód ze strony kości miednicznej lub jakichś innych powikłań w rodzaju np. wybitnego zwężenia pochwy i t. d. i w innych przypadkach potrzeby szybkiego zakończenia porodu starano się stosować inne, mniej groźne dla życia pacjentki zabiegi.

Dość często stosowano dawniej t. zw. MED. № 37.

accouchement forcé, polegające na głębokich nacięciach szyi macicznej, poczem dokonywano obrotu płodu na nóżkę i wydobywie go: zabieg ten, jako połączony z niebezpieczeństwem dla matki z powodu krwotoków, zależnych od rozdarcia szyi macicznej i dla płodu z powodu częstych trudności przy uwalnianiu główki wobec nieznaczej wielkości wewnętrznego otworu macicznego prawie zupełnie ze słuszością zarzucony został.

Jako niewątpliwy postępek na drodze sztucznego i względnie szybkiego rozszerzania miękkich dróg porodowych należy uważać zakładanie balonów kauczukowych do macicy, wypełnionych odpowiednią ilością płynu.

Przed laty kilku (w r. 1903) w pracy, umieszczonej w Gaz. lek. p. t. „O śródmacicznym stosowaniu balonów gumowych w położnictwie“, podałem do wiadomości ogółu rezultaty otrzymane z pomocą metody omawianej. Metoda ta (metreuryza) uzyskiwała zupełne prawo obywatelstwa w położnictwie, ma jednak tę wadę, że nie zawsze dość szybko udaje się osiągnąć rezultat pożądaný w sensie dostatecznego otwarcia macicznego: w przypadkach przeto, gdy zachodzi konieczność b. szybkiego rozwiązania rodzącej, przy zaburzeniach np. serca, silnie wyrażonej rzucawce—metoda ta nie jest bezwzględnie pewna.

Przed kilku laty wystąpił prof. Bossi z przyrządem, przez siebie wynalezionym, za pomocą którego w czasie względnie krótkim, bo w 20—30 minut, udaje się o tyle rozszerzać szyję maciczną, rozwartą już na palec (przy takim bowiem otworze udaje się dopiero wprowadzić dość gruby przyrząd—osiągnąć zaś to otwarcie udaje się za pomocą zwykłych dilatatorów), że udaje się dokonać obrotu lub założyć kleszcze. Przyrząd ten rozmaicie został modyfikowany i między innymi modyfikacya FROMMERA jest lepszą od pierwowzoru. Przyrząd wspomniany nie cieszy się jednak zbyt wielkim uznaniem akuszerów, a to z następujących względów: 1) przyrząd ów

nie wznieca bólów porodowych, jak to czynią balony gumowe, lecz mechanicznie tylko rozszerza szyję maciczną, po usunięciu przeto przyrządu światło szyi macicznej często zmniejsza się i napotykamy duże trudności przy uwolnieniu główki następcej; 2) przyrząd ten niejednokrotnie przyczyniał się do znacznych pęknięć szyi macicznej, które przy następczem wydobywaniu dziecka powiększały się, przypominając analogiczne uszkodzenia przy *accouchement forcé*.

Braki powyższych metod skłoniły DÜHRSE-N'a na wypadek konieczności szybkiego rozwiązania ciężarnej przy braku nawet zupełnym bólów porodowych do zalecenia zabiegu operacyjnego, technicznie niezbyt łatwego, umożliwiającego jednak w każdym czasie uwolnienie ciężarnej od zawartości macicznej. Operacja ta, którą autor nazwał *sectio caesarea vaginalis*, polega na następującem: robi się cięcie poprzeczne lub w postaci litery T w sklepieniu przedniem pochwy, po odseparowaniu na tępo pęcherza, dochodzi się do fałdy pęcherzowo-otrzewnowej, której się nie otwiera, lecz ku górze cokolwiek odsuwa, operacja zatem robiona bywa pozaotrzewnowo (extraperitonealnie); następnie dokonywa się cięcia podłużnego przedniej wargi macicznej aż poza ujście wewnętrzne macicy; w celu nienapotykania trudności przy uwalnianiu główki płodu dojrzałego jest bardzo pożądane cięcie tylnej wargi macicznej aż do ujścia wewnętrznego macicy (napotykaną otrzewną należy ku górze odsunąć). Po dokonaniu *hysterotomiae anterioris i resp. posterioris* łatwo założyć kleszcze lub dokonać wymóżdżenia płodu w odpowiednim przypadku lub nareszcie z łatwością udaje się wejść ręką do jamy macicy i dokonać obrotu wraz z następczem wydobyciem płodu; jest sprawą b. właściwą usunięcie ręczne płodu na wypadek przedłużającego się nieoddzielania się łożyska w celu szybszego zakończenia operacji całej. Cięcie macicy zaszywa się katgutem, oddzielony pęcherz kilkoma powierzchownymi szwami przyszywa się do szyi macicznej i zaszy-

wa się nareszcie otwór w pochwie; na wypadek krwawienia z macicy, należy wytamponować ją gazą jodoformową.

Operacja ta wymaga odpowiedniej asystencji i pewnego wyszkolenia w pochwowych operacjach ginekologicznych. Przy rozcinaniu szyi macicznej bywa zwykle b. obfite krwawienie, nie należy jednak zajmować się specjalnie tamowaniem krwawienia, co zresztą zwykle się nie udaje, lecz pyzystępować należy szybko do obrotu, a wówczas sprowadzona część płodu najlepiej krwawienie tamuje; po uwolnieniu się zaś macicy z jej zawartości macica kureczy się i krwawienie zmniejsza się, ustępując zresztą w zupełności od szwów, zakładanych na brzegi krwawiące. Zalecane też bywa zakładanie kulociągów na górne brzegi cięcia przedniego, dzięki czemu zabezpieczamy macicę od dalszego rozrywania się.

Operacja omawiana, oprócz wskazań wyżej wyliczonych, zastosowanie znaleźć może i często znajdowała przy raku macicy ciężarnej (*carcinoma portionis* lub *cervicis*); po wydobyciu płodu macica natychmiast wyluszczoną zostaje na drodze pochwowej. Operacja powyżej opisana zbyt często dokonywaną jeszcze nie była: wobec konieczności odpowiednich warunków dla operacji, odpowiedniej asystencji; zabieg omawiany jest i pozostanie operacją, dokonywaną li tylko w zakładach leczniczych, nie zaś w praktyce prywatnej.

W literaturze polskiej niema dotychczas opisanego żadnego przypadku t. zw. *sectionis caesareae vaginalis*.

W Nr. 24 i 25 „Przeglądu Lekarskiego“ za rok 1906 zamieścił co prawda dr Emanuel HERZ artykuł p. t. „O cięciu cesarskiem pochwowem i bocznem wysokiem rozcięciu szyjki (cztery przypadki z praktyki prywatnej)“, w którym autor twierdzi, że dokonał operacji typowej według DÜHRSE-N'a, bez podania szczegółów, wobec jednak opisu trzeciego przypadku, w którym, według słów autora „z powodu blisko-

ści pęcherza, którego dolny odcinek oddalony był o 2—3 ctm. od przedniego brzegu zgrubiałej szyjki zmuszony byłem wykonać nacięcie szyjki i dolnej części macicy nie ku przodowi i tyłowi, jak zwyczajnie, lecz po stronie prawej i lewej na 6—7 ctm.; w ten sposób uniknąłem otwarcia pęcherza¹⁾ i t. d., jest widoczne, że autor nie zdaje sobie sprawy z operacji DÜHRSEN'a, jeżeli obecność pęcherza uważał za przeszkodę dla operacji, jednym bowiem z koniecznych momentów operacji jest otwarcie sklepienia przedniego i odsunięcie pęcherza moczowego—wówczas cięcie przednie nie jest zgoła ryzykowne; autor zaś widocznie w innych przypadkach zadawał się nacięciami przedniej i tylnej wargi macicznej, czego przecież nie wolno nazywać cięciem cesarskim pochwowem.

Przypadek mój, pierwszy zatem w literaturze polskiej, jest następujący.

Dnia 27 listopada 1906 roku została dostarczoną na mój oddział przez Pogot. Ratunkowe 33-letnia Marjanna Z. z fabrycznego szpitala tow. akcyjnego J. K. Poznańskiego, dokąd pacjentka się udała z powodu znacznych obrzęków dolnej części ciała. Chora rodziła normalnie 7 razy, ostatnio przed 2 laty, według obliczenia męża jest ona teraz na początku dziewiątego miesiąca ciąży. Dnia 28 listopada chora dostała w szpitalu fabrycznym kilkakrotnego napadu drgawek, podczas których traciła przytomność. Do nas dostarczona została w stanie niezupełnej przytomności; prawa połowa ciała sparaliżowana i silnie obrzmiała (paraliż wystąpił po drgawkach), obrzmienie istnieje i na lewej połowie ciała, ale znacznie mniej wyrażone; tętno na prawem ręku słabiej wyczuwalne, niż na lewej stronie. Tony serca czyste; tętno wolne, dość silne wynosi 68 uderzeń na minutę; w moczu 3‰ białka. Położenie płodu czaszkowe, tony płodu wyraźne. W kilka godzin po przybyciu do szpitala wystąpiły słabe bóle porodowe, które po kilku godzinach ustały. Dnia

30/VI r. b. *status idem*. Dnia 1/XII chora chwilaми zupełnie nieprzytomna, mocz oddaje pod siebie:

Dnia 2 grudnia dwa napady drgawek; wobec braku bólów porodowych, powtarzających się drgawek, ciężkiego stanu chorej i chęci ratowania dziecka, postanowiłem sztucznie rozwiązać chorą. Ze względu na niepewność szybkiego rezultatu metreuryzy zdecydowałem się na dokonanie cięcia cesarskiego pochwowego, które wykonałem dnia 3 grudnia 1906 r. *Narcosis chloroform + aether*.

Operacji dokonywałem w sposób powyżej opisany, ze względu na niedojrzałość płodu zadawałem się rozcięciem przedniej wargi szyi macicznej i dolnej części przedniej ściany macicy; gdy wyczułem pod palcami główkę, rozdarłem pęcherz kulociągami, wszedłem dwoma palcami do jamy macicy, chwyciłem nóżkę z łatwością dokonałem obrotu i ekstrakcji żywego płodu płci żeńskiej, łożysko usunąłem ręcznie, ze względu zaś na krwawienie wytamponowałem macicę gazą iodoformową i przystąpiłem do zaszywania macicy i pochwy katgutem; po usunięciu tamponu macicznego krwawienie trwało nadal, wytamponowałem przeto ponownie macicę i pochwę.

Już następnego dnia po operacji w moczu było mało białka $\frac{1}{2}\text{‰}$, a trzeciego dnia białka zupełny brak. Chora po operacji w dalszym ciągu mało przytomna, mocz oddaje pod siebie. Okres pooperacyjny był zgoła bezgorączkowy, obrzęki stopniowo zmniejszały się i w 6 dni po operacji prawie zupełnie zginęły. Przytomność wracała b. powoli i chora była b. niepokojna (lekkie napady maniakalne, częsty płacz), paraliż w nodze zlekka ustępował, w ręku nie udawało się stwierdzić żadnej zmiany ku lepszem.

Dziecko zmarło 7-go dnia przy objawach stopniowo posuwającego się sztywnienia ciała. Przy badaniu pochwowem w 2 tygodnie po operacji okazało się, że narządy płciowe w należy-

¹⁾ Przegl. Lek. Nr. 24 r 1906 str. 442.

tym porządku. Po 3 tygodniach chora przepisana została na oddział wewnętrzny, gdzie jednak stan kończyn paralitycznych się nie polepszał i w kilka tygodni później chora wypisana została ze szpitala z paraliżem ręki i wybitną arezją nogi.

W końcu chciałbym się zastrzedz, że nie

jestem zwolennikiem rozwiązywania *quand-même* podczas rzucawki, że operację omawianą uważam li tylko wyjątkowo wskazaną przy rzucawce; w wypadkach, gdy poród jest już w biegu, mेत्रeuryza jest zabiegiem równie dobrym a o wiele mniej niebezpiecznym.

WYKŁAD KLINICZNY.

C. GOEBEL.

RAK I MECHANICZNE PODRAŻNIENIE

Streścił

H. Goldberg.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 36).

Przewlekły mechaniczny tępy uraz znajduje również swych zwolenników i obrońców, gdy mowa o znaczeniu jego w powstaniu raka. W tym sensie przypisują wpływ uciskowi gorsetu w etiologii raka sutki, choć spostrzeżenia przeczą temu, gdyż rak umiejscawia się przeważnie w górnym zewnętrznym odcinku sutki, gdzie ucisku zupełnie nie ma. Przypisywano również znaczenie uciskowi źle dopasowanych okularów, wpływowi zepsutych zębów, wyrostom kostnym żeber etc. etc. Typowy przykład tępego urazu spotykamy w opisie raka jądra przy kryptorchizmie i skróceniu sznurka nasiennego. Wprawdzie daleko częściej występują tutaj mięsaki i dziwotwory; jeżeli jednak spotykamy i raka jądra, fakt ten bynajmniej nie dowodzi, że uraz mechaniczny może bezpośrednio wywołać raka. Wszak wiadomo, że organy szczątkowe często zaczynają bujać bez widocznych powodów, z drugiej zaś strony LANZ wykrył w takim jądrze zarodkowe zwoje tkanki chłonnej, pogrążane jakby w stanie letargu.

Znaczenie blizny, jako bodźca mechanicznego, uznaniem zostało przez wielu autorów; szczególnie uznaniem cieszy się teoria powstania raka na bliznie po wrzodzie okrągłym. FÜRTERER mniema że w bliznie powstają wpochwienia w dolnym i zewnętrznym odcinku, gdzie pokarm, zatrzymując się, drażni tkanki. Dane jednak cyfrowe o powstaniu raka na bliznie po wrzodzie okrągłym są tak niewielkie w porównaniu z częstością obu tych chorób, że trudno uznać przyczynowy ich związek. Należy nakonec rozróżniać blizny, powstałe przez rychłozrosty, od poprzedzonych długotrwałym ropieniem.

Raki macicy również starano się powiązać z urazami i bliznami. Zdaniem BALDY'ego jednak rak rozwija się częściej nie w samej szyjce, łatwiej podlegającej urazowi lub nadżarciu, ale w jej otoczeniu. BLUMENFELD z kliniki monachijskiej twierdzi, że $\frac{1}{3}$ rakowatych kobiet przechodziła ciężkie porody, w 25% zaś raka można było stwierdzić nadżarcia szyjki. Cyfry te jednak również nie mogą zmienić naszego przekonania, gdyż obrażenia szyjki macicznej są rzeczą nader zwykłą, kobiety zaś z takimi cierpieniami organów płciowych przechodziły chyba wszystkie chroniczne zapalenia; zapalenie to ma prawdopodobnie większe znaczenie przyczynowe, niż sam uraz.

Do tej że grupy urazów zaliczyć należy spowodowane ciałami obcymi, np. unośnikami, rak kiszki po połknięciu pestki (GOCKEL), rak sutki, wywołany igłą (de RUYTER) i t. d.

Inną grupę stanowią przypadki raków w organach, wystawionych na wpływ bodźców mechanicznych wskutek przemieszczenia. Wspomniemy tu przedewszystkiem o opuszczeniu macicy.

Jeżeli gdzie, to właśnie tutaj należałoby się spodziewać częstego powstania raka, gdyż nigdzie chyba nie mamy bardziej sprzyjających warunków dla podrażnień mechanicznych. Lecz wprost przeciwnie, KIWISCH odmawia w danym przypadku urazowi wszelkiego wpływu, FRITSCH twierdzi nawet, że opadnięta macica jest zupełnie zabezpieczoną od raka. Dane MEYER'a i STELTNER'a dowodzą, że jednoczesne opadnięcie macicy i rak jest rzeczą nad wyraz rzadką; ten ostatni autor znalazł w całej współczesnej literaturze tylko 34 przypadki takiego współistnienia, i to przeważnie u kobiet, które po 10 lat i dłużej wprost maltretowały swoją macicę i poddały się operacyi w silnym stopniu wyniszczenia.

W podobnyż sposób niektórzy autorzy chcieli objaśnić związek między niezałupkiem i rakiem prącia: naskórek żołędzia, bardzo delikatny przy niezałupku, łatwiej poddaje się wpływowi urazu mechanicznego, i ztąd częstość zbiegu tych dwóch chorób. Tak np. DEMARQUAY w 59 przypadkach raka prącia 49 razy zauważył poprzedzające zapalenie napletka. WILLIAMS jednak przeczy tym cyfrom, gdyż u negrów, gdzie niezałupki jest nader częstą chorobą, rak prącia jest rzadszym niż u białych. STICKER, który u 52 koni, wyłącznie wałachów, widział raka prącia, przypisuje znaczenie zbierającej się wydzielinie dzięki zniknięciu erekcyi; jest to jednak bodziec raczej chemiczny, niż mechaniczny.

Powróćmy jednak do raka szyjki macicznej przy opadnięciu tego organu, gdyż przypadki podobne naprowadzają na ciekawe myśli. STELTNER nigdy nie widział pierwotnego raka pochwy; przeciwnie, rak wychodził z szyjki, i rozprzestrzeniał się w pochwie, nie drążąc głęboko. A jednak prawie wszystkie opisane raki są płasko-nabłonkowe.

Przy raku skóry taka budowa nowotworu byłaby rzeczą zwykłą, ale zkad rakowce i raki płasko-komórkowe w organach wewnętrznych? A jednak takimi są właśnie w przeważającej liczbie raki pęcherza żółciowego, gdzie związek

ich z podrażnieniem mechanicznem, wywołaniem kamieniami, zdaje się nie ulegać kwestyi (ZENKIER notuje 84,5% kamicy przy raku, BIRSCH-HIRSCHFELD 91,7%, SHIBAYAMA, ZIEGERT, LIUNGGREN 78%). Tutaj musimy przypuścić zapalenie, któremu towarzyszyła przemiana nabłonka cylindrycznego, wyścielającego, drogi żółciowe, w nabłonek płaski. W pęcherzu moczowym przy *morbus stilharziae* przemianę taką objaśnić możemy hipotezą, RIBBERT'a: jajka pasożyta, zaopatrzone żądłem, przedziurawiają pęcherz i torują drogę nabłonkowi płaskiemu.

Tak więc, choć do dziś dnia większość autorów przypisuje wielkie znaczenie podrażnieniu i urazowi mechanicznemu, krytyczny jednak przegląd statystyki i literatury odmawia znaczenia tym czynnikom. Gdzie po jednorazowym urazie ustępuje wylew krwawy, zapalenie lub zmiany w krwioobiegu, tam możemy przypuścić istnienie przemieszczonej zarodzi. Bliżny same przez się nie są zdolne wywołać raka; jeżeli związek jakikolwiek istnieje, to przeważnie dzięki chronicznemu podrażnieniu. Tylko dzięki sprawom zapalnym, wrzodzącym lub metaplastycznym możemy pośrednio przypisać bliżnie udział w powstaniu raka.

Lecz i przewlekłe podrażnienie mechaniczne należy właściwie wyłączyć, gdyż wszędzie, gdzie ono istnieje, widzimy obok niego czynniki termiczne i chemiczne. Częstość bodźce te są tak powikłane, że trudno je rozgraniczyć. Wiadomo np. że rak przelyku sadowi się szczególnie chętnie na miejscach przewężonych; objaśniano to zjawisko mechanicznem tarcie pokarmów lub skurczami warstw mięśniowych. Wpływ skurczów należy chyba wyłączyć co się zaś tyczy pokarmu, to dla czegoż przypuścić wpływ bodźca mechanicznego, a nie chemicznego? Na korzyść ostatniego przypuszczenia przemawia ogromny procent rakowatych alkoholków (podług PETRI np. 91%).

Niektórzy autorzy, np. KATZ i FÜTTERER zachodzą pod tym względem tak daleko, że w celach profilaktyki raka radzą przeżuwać dokładnie pokarmy i zapijać je wielką ilością płynów, aby zmniejszyć podrażnienie mechaniczne. Ale zkad wiemy, że właśnie mechaniczny uraz gra rolę, a jeżeli tak, to dla czego tak mało spotykamy rakowatych? Wszak każdy człowiek ze względu na jednaką budowę anatomiczną prze-

łyku, jednakowo jest wystawiony na uraz mechaniczny. STICKIER słusznie zwraca uwagę, że wśród zwierząt, bez względu na sposób odżywiania się, nie spotykamy raka żołądka ani przełyku. Czyżby więc w człowieku rak ten był wywołany odbiegającym od natury składem pokarmów? Jeżeli nawet zgodzić się z tem twierdzeniem, będzie to wpływ podniet chemicznych. Spostrzeżenie FÜRTERER'a o rakach na obwodzie blizny po wrzodach również można objaśnić chemicznie. To samo tyczy się palaczy. Nie ulega kwestyi, że rak języka i wargi dolnej jest częstszym u mężczyzn; tak np. podług TILLMANN'S'a na 245 przypadków raka języka na mężczyzn przypada 230; podług WARREN'a na 77 raka wargi dolnej 73 u mężczyzn. Rak przewodu pokarmowego również ma upodobanie do sadowienia się na przegięciach i przewężeniach kiszek, ale i tutaj możemy zważyć winę na bodźce chemiczne.

Słowem, jeżeli istnieje związek między bodźcami mechanicznymi i rakiem, to w każdym razie bardzo luźny; gdzie oczywiście musimy przyznać podobne pochodzenie raka, tam jednocześnie mamy do czynienia z długotrwałym stanem zapalnym lub podrażnieniem chemicznem. Statystyką chcieli zwolennicy poglądu mechanicznego pochodzenia raka utorować mu drogę, statystyka jednak zawiodła ich oczekiwania,

Dla bodźców czysto chemicznych mamy przykłady wprost nieskazitelne, mianowicie raki pęcherza i nerek u robotników pracujących w fabrykach przetworów anilinowych (REHN), i przypadki raków soczewki przy karmieniu zwierząt naftaliną (HESS, KLINGMANN). Lecz i bodźcom czysto chemicznym poszczęści się nie lepiej, niż mechanicznym, i kto zechce zbijać twierdzenia powyższych autorów, będzie miał łatwe zadanie, gdyż prawdopodobnie i tu nie może się chyć bez długotrwałego zapalenia.

Teraz ostatnie pytanie. Czy rak jest chorobą zakaźną? O ile uraz mechaniczny stoi czasami w bezpośrednim związku z chorobami zakaźnymi, jak np. gruźlicą lub zapaleniem szpiku kostnego, to przeciwnie, jakieśmy widzieli,

nigdy nie notowano powstania raka bezpośrednio po urazie. Z tego więc porównania wynika, że albo pasożyt raka biologicznie jest zupełnie odrębnym od gruźliczego lub gronkowców i paciorkowców, lub też rak nie jest chorobą zakaźną. My skłaniamy się do ostatniego przypuszczenia.

Praktyczne znaczenie wnioski nasze mają w nieszczęśliwych wypadkach przy określeniu wpływu urazu na późniejsze powstanie raka. Zrozumiałą jest rzeczą, że lekarze często wierzą poszwankowanemu, ale z naukowego punktu widzenia nie należy lekarzowi przejawiać swych sympatyj społecznych. MACHAL kończy swe sprawozdanie w ten sposób:

„Niema danych do twierdzenia, że nieszczęśliwy wypadek może być bezpośrednio przyczyną raka. Trudno również sądzić, że wywołane nieszczęśliwym wypadkiem wyniszczenie organizmu może przyczynić się do powstania raka. Prawdopodobnie jednak zaburzenia organów wewnętrznych wskutek wstrząsu, urazu lub neurozy traumatycznej powodują przewlekłe podrażnienia i zapalenie, które mogą sprzyjać powstaniu nowotworu“. Jeżeli porównać w tym względzie poglądy doświadczonego chirurga ze zdaniem nie mniej doświadczonego internisty, to dojdziemy do wprost przeciwnych wniosków, gdyż FÜRBRINGER mówi że obserwując rocznie do 50 chorych na raka żołądka i kiszek, w ciągu 10 lat jednak nie widział nigdy urazu, jako przyczyny choroby. Na jakimkolwiek stanowisku w kwestyi pochodzenia raka, musimy wymagać odpowiedniości między przyczyną i skutkiem pod względem czasu i przestrzeni; musimy również wyłączyć istniejącego już raka, który dzięki urazowi wyszedł z ukrycia i zaczął się odtąd silniej rozwijać. O tem ostatniem należy ciągle pamiętać przy wszelkim zabiegu chirurgicznym, gdyż operacya, nie usuwająca doszczętnie nowotworu, może przyczynić się do bardziej, niż dotychczas, złośliwego bujania. Nie zapominajmy o tem również przy próbnym operacyach!

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

48. Strauss. Znieczulenie rdzeniowe w świetle współczesnych badań klinicznych.

Zaznaczywszy w krótkości, że entuzjazm wywołany na razie metodą BIER'a, ustąpił miejsca trzeźwemu sądowi, i że znieczulenie rdzeniowe zastępuje z powodzeniem narkozę ogólną tam, gdzie ta ostatnia stanowi niebezpieczeństwo dla ustroju, autor na podstawie spostrzeżeń własnych, jak i danych zaczerpniętych z piśmiennictwa, kreśli bardzo szczegółowy, krytycznie opracowany obraz tego, co nam dzisiaj dać może znieczulenie rdzeniowe. Praca rozpada się na działy następujące: technika wstrzykiwań, przebieg znieczulenia, objawy poboczne, dodatnie i ujemne strony metody, wskazania i przeciwwskazania, wreszcie statystyka. Wszystkie działy powyższe opracowane zostały bardzo sumiennie i, jako zawierające rzeczy przeważnie znane szczegółowego streszczenia nie wymagają. Wnioski do których autor dochodzi na podstawie doświadczenia osobistego i krytycznego przeglądu literatury są następujące.

Za najniebezpieczniejszy środek do znieczulenia rdzeniowego uważać należy tropakoinę, aczkolwiek i ona wywołuje niekiedy przykre objawy poboczne i wtórne a nawet stać się może powodem śmierci chorego.

Dawkę środka znieczulającego powinna być raczej zbyt małą, niż za wielką; ilość tropakokainy, wystarczająca do znieczulenia wynosi we wszystkich przypadkach 0,06.

Znieczulenie górnych odcinków brzucha i tułowia osiągamy najlepiej i najbezpieczniej przy pomocy położenia TRENDLENBURG'a.

Domieszkę adrenaliny uważać należy za szkodliwą i unikać jej.

Różnym niepożądanym powikłaniom w znacznym stopniu zapobiega pedantyzm w technice wstrzykiwań; on też najskuteczniej chroni od niepowodzenia.

Przeciętny czas trwania znieczulenia wynosi 1 godzinę.

Znieczulenie krocza, kończyn dolnych i podbrzusza nie zawodzi prawie nigdy.

Dokładna technika i dobór przypadków do pewnego stopnia zapobiegają objawom wtórnym i pobocznym, nie chronią wszakże od nich całkowicie. Do objawów powyższych autor zalicza niepokój, mdłości, wymioty, zapaś, zaburzenia oddechowe, bóle głowy i krzyża, zatrzymanie moczu, gorączkę, porażenie nerwów obwodowych.

Dla znieczulenia rdzeniowego istnieją określone wskazania i przeciwwskazania, mianowicie: wskazaną jest metoda BIER'a u osób starych, wyniszczonych, których na niebezpieczeństwo wypływające z narkozy ogólnej narażać nie można, dalej u starych alkoholików, w przypadkach chorób płuc pochodzenia nie gruźliczego i w cukrzycy.

Przeciwwskazania zaś stanowią: wiek młodociany, nieprzekraczający 15 lat, stany histeryczne i neuropatyczne choroby mózgowia i rdzenia, posocznica, wreszcie wszystkie przypadki, w których operacji dokonać można w znieczuleniu miejscowym. Dalej pewnej ostrożności wymagają sprawy gruźlicze, przymiot, choroby nerek i rozwinięta miażdżycza tętnic, zwłaszcza goleni.

Zastosowane w przypadkach odpowiednich ze znajomością rzeczy, znieczulenie rdzeniowe posiada wiele stron dodatnich, aczkolwiek kryje w sobie i pewne niebezpieczeństwo.

Co się tyczy odsetki śmiertelności to wynosi ona na podstawie statystyki obejmującej 22717 znieczuleń, opisanych przez rozmaitych autorów—1:2524.

W każdym bądź razie metoda BIER'a uważaną być musi za cenny bardzo nabytek; pomimo tego niepodobna podzielić bezkrytycznego optymizmu niektórych autorów upatrujących w niej sposób znieczulania „κατ'ἐξοχήν“, albowiem zdanie wygłoszone np. przez CADOL'a:

„elle ne présente ni accidents, ni contreindications, elle est simple, facile, prompte et sans dangers”— w żadnym razie nie odpowiada rzeczywistości i dla tego znieczulenie rdzeniowe nie zastąpi

nigdy całkowicie narkozy ogólnej i znieczulenia miejscowego.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 89, Z. 1—4).

Aleksander Wertheim.

Międzynarodowy kongres psychiatrii, neurologii i opieki nad choremi umysłowymi w Amsterdamie.

(Sprawozdanie własne „Medycyny”).

Podał

W. Męczkowski.

W dniu 2—7 września r. b. odbył się w Amsterdamie I międzynarodowy Zjazd neurologów i psychiatrów. Debatom naukowym poświęcono 4 dni (3—6 IX. 1907), resztę zajęły zwykle w tych razach uroczystości. Liczny zjazd członków kongresu, w tej liczbie wielu znanych imion (prof. RAMONY CAJAL, OPPENHEIM, ZIEHEN, BECHTEREW, PICK, K. EWALD, WINKLER, S. LANGE, SIERRE JANET, MONAKOW, JODL, VAN GEHUCHTEN, SOLLIER, WERTHEIM SALOMONSON, BINSWANGER, LIEPMAN i t. d.) był zapowiedzią powodzeń.

Prace zjazdu zostały podzielone na trzy sekcje: 1) psychiatryczno - neurologiczna; 2) sekcji psychologii i psycho-fizyki i 3) sekcji opieki nad chorem umysłowym (*Assistance des aliénés*). Oprócz posiedzeń sekcyjnych odbyły się trzy posiedzenia plenarne połączonych trzech sekcji. Na posiedzeniach sekcyjnych przedstawiono referaty ogólne oraz poszczególne komunikaty. Z referatów ogólnych sekcji pierwszej wymienić należy naprzód: *Tonus* (napięcie mięśniowe) zależny od błędnika (prof. fizjol. w Strasburgu EWALD i prof. WINKLER z Amsterdamu) oraz *tonus* zależny od mózdzku (von RIJNBEEK z Rzymu). Według EWALD'a podział czynnościowy błędnika jako narządu

słuchu oraz jako dynamicznego i statystycznego narządu zmysłowego nie wystarcza do objaśnienia licznych zaburzeń, jakie powstają po operacjach nad błędnikiem. Mianowicie zauważono, że w tych razach następuje uszkodzenie mięśni krtani, gardzieli i wielu innych, jakkolwiek niema tu związku ze słuchem i ruchami głowy. Należy przeto przypuścić, że błędnik wywiera stały wpływ na mięśnie dowolne. Bodźce, wychodzące z błędnika, nie powodują same przez się ruchu, lecz jedynie usposobienie do ruchu. Dlatego też brak tych bodźców nie wywołuje porażenia, lecz brak dokładności w mechanizmie mięśniowym.

Prof. WINKLER rozpatruje drogi wzdłuż których przechodzą bodźce błędnikowe, tonizujące mięśnie tej samej połowy ciała. Obecny stan anatomii pozwala na rozdział dróg czuciowych n. słuchowego od dróg ruchowych (*octavo-motorische Bahnen*, prowadzące bodźce błędnikowe). Na podstawie badań na królikach W. kreśli dość złożony przebieg tych włókien.

Następny referat ogólny dotyczył przewlekłych cierpień umysłowych na tle alkoholizmu (MOTT—Londyn, SCHROEDER—Wrocław) oraz różniczkowanie pomiędzy *Dementia paralytica* i innymi formami. *Dementie* (DUPRÉ—Paryż).

(C. d. n.).

O D C I N E K.

WYDZIAŁ LEKARSKI
Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego
(1817 — 1831).

ZARYS HISTORYCZNY

przez
Józefa Bielińskiego.

A. Organizacya wydziału.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr 36).

Co do trzeciej przyczyny, szukać ulgi należy w skróceniu i podziale czasu dla egzaminowanych uczniów; lecz bez uszczerbku z innej strony dokonać tego nie można, dlatego wydział proponuje:

1. Egzamin dotychczasowy całokursowy rozdziela się dwuletnim przeciągiem czasu, na dwie połowy; na pierwszy egzamen z nauk początkowych i drugi z nauk ukończających kurs.

2. Pierwszy z tych przypada w końcu 3-go roku; drugi w końcu 5-go roku.

3. Do egzaminu wydziału lekarskiego należą tylko przedmioty w nim wykładane (jak dotąd). Postęp dostateczny z przedmiotów wydziału filozoficznego w całorocznych egzaminach uzyskany, będzie przyjęty w egzaminie całokursowym.

4. Pierwszy egzamin będzie poprzedzony kursem anatomicznym; kurs zaś chirurgiczny i kliniczne nastąpią po drugim egzaminie.

5. Do pierwszego egzaminu będzie należało 17 przedmiotów, to jest aż po formularz *exclusive*; czyli nauki pierwszych trzech lat z

wyjątkiem formularza i chirurgii teoretycznej ¹⁵⁾. Na drugi egzamin przypada reszta nauk.

¹⁵⁾. Ostateczny, bo po reformie grudniowej 1825 roku, plan całokursowy dla uczniów nauk lekarskich.

Rok pierwszy.

1. Religia.
2. Antropotomia teoretyczna.
3. Fizyka.
4. Chemia.
5. Botanika.
6. Zoologia.
7. Mineralogia.

Rok drugi.

8. Antropotomia praktyczna.
9. Anatomia porównawcza, o ile dla lekarza jest potrzebna.
10. Fیزیologia.
11. Farmacya.
12. Farmakologia.
13. Dietetyka.
14. Filozofia.

Rok trzeci.

15. Patologia ogólna.
16. Chemia prawna i policyjna.
17. Materya lekarska.
18. Toksykologia.
19. Formularz.
20. Chirurgia teoretyczna.

Rok czwarty.

21. Chirurgia praktyczna i klinika chirurgiczna.
22. Terapia i klinika terapeutyczna.
23. Sztuka położnicza i klinika położnicza.
24. Choroby epizootologiczne.
25. Medycyna prawna.
26. Policya lekarska.

Rok piąty.

27. Chirurgia praktyczna i klinika chirurgiczna.
 28. Terapia i klinika terapeutyczna.
 29. Choroby ciężarnych, położnic i nowonarodzonych.
 30. Historia medycyny.
- Plan nauk całokursowy dla sposobających się na magistrów farmacyi.

6. Na każdy z egzaminów dla dwóch uczniów jedno popołudnie około 4 godzin się przeznacza. Czas kursów zostaje jak dotąd.

7. Cztery stopnie mniejsze od dostatecz-

nego (żaden, mały średni, niedostateczny), pociągają za sobą stratę roku i przedmioty muszą być poprawiane przez bywanie na nich i powtórny egzamin.

Rok pierwszy.

1. Religia.
2. Farmakologia, w półroczu zimowym i letniem
3. Chemia, w półroczu zimowym i letniem.
4. Zoologia w półroczu zimowym i letniem
5. Botanika w półroczu zimowym i letniem.
6. Mineralogia w półroczu zimowym i letniem.

Rok drugi.

1. Farmacya w półroczu zimowym.
2. Farmakologia, powtarzanie w półroczu letniem.
3. Fizyka w półroczu zimowym i letniem.
4. Botaniczne ekskursje w półroczu letniem.
5. Chemia policyjna i prawna w półroczu letniem.

(C. d. n.)

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 czerwca do 14 lipca 1907 r.

Epidemia gorączki powrotnej w porównaniu z miesiącem ubiegłym znacznie osłabła, jeśli sądzić z liczby chorych przybywających z przytułków i więzień Warszawy; którzy stanowili przeważną liczbę zachorowujących na gorączkę powrotną, natomiast z prywatnych mieszkań wzmogła się. Chorzy przybywali nie tylko z ulic kresowych Warszawy, jak Bednarska, Belwederska, Młynarska, Miła i t. d., lecz i ze środka miasta, jako to: z Elektoralnej, Królewskiej, Pańskiej, Wielkiej i t. d.

O g ó ł e m w miesiącu sprawozdawczym przybyło 105 (55 m. 50 k.) chorych, z ubiegłego miesiąca pozostało 141 (83 m. 58 k.) chorych, wyzdrowiało 138 (76 m. 62 k.), zmarło 14 (7 m. 7 k.), na miesiąc następny pozostało 94 (55 m. 39 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 3624, czyli na jednego chorego przypada 14,73 dni.

Stosownie do rodzaju choroby było chorych na:

G o r a c z k ę p o w r o t n ą: z ubiegłego miesiąca pozostało 97 (58 m. 39 k.), przybyło w miesiącu sprawozdawczym 63 (31 m. 32 k.), wyzdrowiało 99 (55 m., 44 k.) zmarło 3 k., a mianowicie jedna 70 lat, wyrobница, katoliczka skutkiem słabości serca, druga 40 lat skutkiem długiego trwania drugiego napadu gorączki powrotnej i powikłania zapaleniem włóknikowym płuca prawego, wyrobница kato-

liczka, 3 c ia obok kamicy wątrobowej i ograniczonego zapalenia otrzewnej i zapalenia włóknikowego płuca prawego, ewangeliczka, żona dorożkarza.

Na miesiąc następny pozostało 58 (34 m. 24 k.).

Dni szpitalnych przebyli chorzy na gorączkę powrotną 2416, czyli na każdego chorego przypada przeciętnie 15,1 dni.

Chorzy na gorączkę powrotną przybywali z aresztu w Ratuszu, z przytułków przy ulicy Bonifraterskiej, Placu Broni i Petersburskiej, dalej z mieszkań prywatnych przy ulicy: Bednarskiej 10, Browarnej 21, Brzeskiej 11 (2 przypadki), Bugaj 5, 11, Brudnowska 6, Belwederska 24, Czysta 4, Dzielna 65, Dobra 1, Dzika 26, Elektoralna 1, Freta 30, Górczewska 8, Grzybowska 57, Kamienne Schodki 1, Karolkowa 2, Krochmalna 8, Królewska 41, Miła 43, Mokotowska 65, Młynarska 9, Nalewki 3, Nowolipie 65, Nowożytnia 4, Przebieg 1, Plac Grzybowski 7, Pańska 36, Piekarska 11, Rozbrat 4, Szczęśliwa 5, Stawki 39, Wołowa 27, Widok 51, Wolska 20 i ze wsi Budy, Czyste, Wola.

O s p a. Z ubiegłego miesiąca pozostało 38 (22 m. 16 k.), przybyło nowych 21 (11 m. 10 k.), w tym nieszczepionych od urodzenia 6 (4 m. 2 k.), w tym jedna służąca, katoliczka l. 19 zaszczepiła sama sobie jako ospę, ropę

jakiegoś wrzodu od dziecka małego, szczepienie było bezskuteczne, przybyła do naszego szpitala, jako chora na ospę naturalną; wyzdrowiała chorych ospowych 28 (15 m. 13 k.), zmarło 6. Zejścia śmiertelne w poszczególnych przypadkach następowały: w 1-ym skutkiem ciężkiej formy ospy u 7 lat chłopca nieszczepionego od urodzenia, syna handlarza wyznania mojżeszowego, w 2-im u 4-o miesięcznej córki szewca katolika, nieszczepionej od urodzenia, w 3-im u 13-letniego syna ślusarza katolika, nieszczepionego od urodzenia, w 4-ym u 19-o letniego chłopca nieszczepionego, skutkiem powikłania ciężkiej formy ospy ropnym zapaleniem średniego ucha prawego i zapaleniem rogówek, w 5-ym u 1½ rocznego katolika nieszczepionego od urodzenia i nakoniec w 6-ym u 54 letniego katolika, rachmistrza kolei Wiedeńskiej, nieszczepionego od urodzenia. Na miesiąc następny chorych ospowych pozostało 26 (14 m. 12 k.) Dni szpitalnych przebyli chorzy ospowi 971, czyli na jednego chorego przypada 16,45 dni.

Chorzy ospowi przybyli z następujących ulic i domów: Chmielna 13, Folwarczna 1, Gęsia 9, Leszno 97a, Nowogrodzka 43, Okopowa 28, Ostrowska 4, Plac Krasińskiego 2, Powązkowska 8, Plac Witkowskiego 7, Rybaki 9, Smocza 31, Strzelecka 29, Wołyńska 16, Wilcza 87, Żytnia 28 i ze wsi Budziszewo, Powązki Zaborów, Wola i z miasta Tomaszowa.

Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym przebywali chorzy na gryppę, 1 k. wyzdrowiała; na tyfus brzuszny 3 (1 m. 2 k.), 1 k. zmarła skutkiem powikłania zapaleniem płuc, 1 m. i 1 k. pozostali na miesiąc następny, — na tyfus wysypkowy 6 (1 m. pozostał z ubiegłego miesiąca, 1 wyzdrowiał, 1 m. zmarł skutkiem powikłania zapaleniem płuc, 4 m. pozostało na miesiąc następny, 2 (1 m. 1 k.) na gościec stawowy wyzdrowieli, 1 m. dorożkarz l. 50 na nosaiczną zmarł; 5 (3 m. 2 k.) na ogniskowe zapalenie płuc wyzdrowieli, 1 k. na gruźlicę zmarła, 1 m. na gruźlicę (wstępny okres względnie zdrowy, 1 m. na malarię pozostał na miesiąc następny, i 3 matki przy dzieciach chorych na ospę wyszły zdrowe. Zamiejscowych chorych przybyło 18 (12 m. 6 k.), biletów odmownych

wydano z braku miejsc 19, niekwalifikującym się chorym 2.

Badań pośmiertnych dokonano 2.

Śmiertelność miesięczna 5,69%.

Ruch chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława za czas od 14 lipca do 14 sierpnia r. b.

Epidemia gorączki powrotnej, jakby zupełnie przycichła, już w obecnym miesiącu sprawozdawczym chorzy nie przybywali z przytułków noclegowych, domów aresztu i więzień — tych ognisk zarazy, wykazanych w poprzednich miesiącach sprawozdawczych. Również nieliczne są przypadki gorączki powrotnej, zapisane z prywatnych mieszkań na krańcowych ulicach miasta Warszawy.

Natomiast pierwsze przypadki biegunki krwawej o przebiegu gorączkowym pojawiły się w początkach miesiąca sprawozdawczego. Przypadki ospy przybywają do szpitala, jak i w poprzedzających miesiącach bieżącego roku, w pokaźnej liczbie.

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym przybyło 109 (44 m. 65 k.) chorych, z ubiegłego miesiąca pozostało 94 (55 m. 39 k.), opuściło szpital po wyzdrowieniu 95 (51 m. 44 k.), 1 k. z polepszeniem, 3 m. stosownie do rodzaju choroby przeprowadzono do innych szpitali, zmarło 7 (3 m. 4 k.), na miesiąc następny pozostało 96 (42 m. 54 k.).

Dni szpitalnych przebyli wszyscy chorzy 2891 (99 m. 1447 dni, 104 k. 1444 dni).

Stosownie do rodzaju infekcyi było chorych poszczególnie na:

G o r a c z k ę p o w r o t n ą. Pozostało z ubiegłego miesiąca 57 (33 m. 24 k.), przybyło nowych 14 (5 m. 9 k.), wypisano zdrowych 54 (30 m. 24 k.), pozostało na miesiąc następny 17 (8 m. 9 k.).

Dni szpitalnych przebyli chorzy na gorączkę powrotną 1136 (591 dni 38 m. 540 dni 33 k.).

Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Górczewska 11, Krochmalna 6, Miła 34, Nowolipie 28, 65, Obozowa 190, Przebieg 1 (5 przyp.), Wielka 23, Wolska 35, posługaczka szpitalna.

O s p a. Z poprzedniego miesiąca pozo-

stało 26 (14 m. 12 k.), przybyło nowych 37 (16 m. 21 k.), w tym 15 (7 m. 8 k.) wcale nieszczepionych od urodzenia, wypisano zdrowych 23 (11 m. 12 k.), zmarło 6 (2 m. 4 k.). Zajścia śmiertelne następowały: w 1-ym przypadku skutkiem formy krwotocznej u k. l. 28 wyznania mojęszowego, w 2-im u 9-o miesięcznej córki wyrobnika skutkiem koklusu i zapalenia oskrzelików płucnych obok ospy; w 3-im u 2-eh lat córki wyrobnika wyznania mojęszowego nieszczepionej od urodzenia skutkiem powikłania zapaleniem płuc; w 4-ym u 2-eh letniej córki szmuklerza wyznania mojęszowego nieszczepionej od urodzenia skutkiem powikłania odleżyną i zapaleniem płuc; w 5-ym skutkiem powikłania zapaleniem płuc u 3-eh lat syna szewca katolika; w 6-ym u 11-to miesięcznego syna stróża katolika nieszczepionego od urodzenia.

Dni szpitalnych przebyli chorzy ospowi 946 (30 m. 519 dni, 33 k. 427 dni).

Przybyli chorzy na ospę z następujących ulic i domów: Chłodna 24, Chmielna 106, Dzielną 16, Górczewska 18, Grzybowska 22, Gocławska 10, Kacza 12, Kolejowa 5, Leszno 100, Łazienki 9, Łucka 10, Młynarska 4 (3 przypadki), Marjańska 9, Nowolipie 55 (2 przypadki), Nizka 17, 55, 57, Pańska 6, Pawia 71, 98, Piekarska 4, Rybaki 2, Smocza 31, Szczęśliwa 7, Ś-to Jerska 24, Stalowa 34, Teodora 17, Widok 22, Wolska 10, Żelazna 89, Żytnia 34 i ze wsi Wola.

R ó ż a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 2 m., przybyło nowych 24 (8 m. 16 k.), wyzdrowiało 5 (3 m. 2 k.) 1 m. zmarł skutkiem róży szyi obok mięsaka złośliwego na szyi, na miesiąc następny pozostało 20.

Dni szpitalnych przebyli chorzy na różę 238.

B i e g u n k a k r w a w a. Przybyło w miesiącu sprawozdawczym 9 (6 m. 3 k.), wyzdrowiało 2 (1 m. 1 k.), pozostało na miesiąc następny 7 (5 m. 2 k.).

Dni szpitalnych przebyli chorzy na biegunkę krwawą 75 (6 m. 43 dni, 3 k. 32 dni).

Przebieg biegunki krwawej był z niewysoką gorączką. Zapisani chorzy z następujących ulic i domów: Aleksandrowska 6 (2 przypadki), Belwederska 21, Krochmalna 6, Sienna 11, Strzelecka 46, Twarda 60, Wolska 35 posługaczka szpitalna, Wronia 43.

Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym byli chorzy na: 1 tyfus brzuszny, 2 (1 m. 1 k.) z poprzedniego miesiąca, 13 (5 m. 8 k.) przybyło w obecnym miesiącu, 1 m. wyzdrowiał, 1 k. opuściła szpital z polepszeniem, 13 (5 m. 8 k.) pozostało na miesiąc następny; 2) tyfus wysypkowy: 4 m. pozostało z ubiegłego miesiąca, 4 (1 m. 3 k.) przybyło w miesiącu sprawozdawczym, 5 (4 m. 1 k.) wyzdrowieli, 3 (1 m. 2 k.) pozostali na miesiąc następny; następnie, jako podejrzani o cholerynę przybyło 3 (2 m. z niezżytem przewlekłym żołądka i kiszek przeprowadzono do szpitala Dzieciątka Jezus, 1 k. z niezżytem kiszek pozostała na miesiąc następny, na ostry gościec stawowy 1 k. wyzdrowiała, na włóknikowe zapalenie płuc 1 k. wyzdrowiała, na zimnicę 1 m. wyzdrowiał, na uwiad starczy 1 k. pozostała na miesiąc następny, z obłędem opileczym 1 m. przeprowadzony do szpitala Jana Bożego, 3 matki przy dzieciach.

Zamiejscowych chorych przybyło 6 (3 m. 3 k.).

Biletów odmownych wydano z braku miejsc 5.

Śmiertelność miesięczna 3,94%.

Od Redakcyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1907 i o uregulowanie zaległych rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie dra OLECHNOWICZA o „Domu Zdrowia” w Czerwonym Dworze.

Salit

Płynny związek salicylowy. Tani i szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach. Nawet rozcieńczony dobrze przez skórę znoszony. Bez ubocznego działania na narządy wewnętrzne.

Duotal

Duotal „Heyden'a, nietrujący preparat guajakolu, bezwonny i bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym niezłym dróg oddechowych.

Omorol

Zupełnie niedrażniący proteinat srebra do leczenia zapalnych i zakażonych błon śluzowych gardzieli (angina, dyfteryt).

Blenal

Ester kwasu węglowego olejku santalowego wewnętrzny środek na trypra, zupełnie pozbawiony działania drażniącego, zapachu i smaku olejku santalowego. Może być przyjmowany czysty.

Bismutum bitannicum

Najtańszy adstringens dla kiszek o wybitnym działaniu w przypadkach ostrych i najpoważniejszych chronicznych; przyjmuje się łatwo.

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Drezno;

lub przedstawiciel Ludwik Freider, Leszno 60.

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum



Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Surowica antydifterytyczna — Merck'a
Surowica streptokokowa — Menzer'a
Surowica pneumokokowa — Römer'a
Tifusdiagnosticum — Ficker'a
Jequiritol-Jequiritolserum.

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służą do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiężowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnieprzyrostowy w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieprzyrostowymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. uboc. morfiny i innych pochodn. też

Bromlein 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladaczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Jodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy emphysem i. Nie ma ubocznego działania KI.

Jodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięśniowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphysema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromallin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieprzyrostowy, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obłitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz. krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej miedzi, obfite miesiączkowe krwotoki

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.



Opatentowany.

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

Niezawodny.

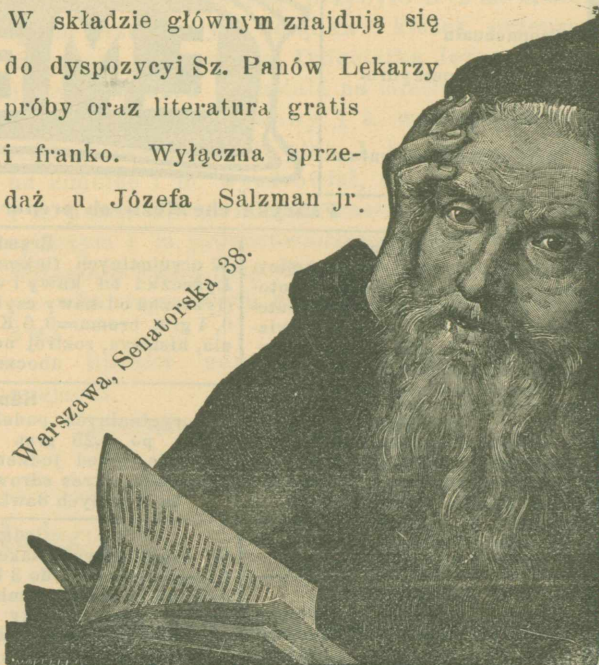
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“ stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr.

Warszawa, Senatorska 38.



U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie „Purgen'em“ i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgoła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu.

D-r Antonio Maggiorani