

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 43.

Warszawa d. 26 Października 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 Administracja „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. Fistula uterovesicovaginalis profunda. Hysterokleisis vesicalls. Sanatio. Kilka słów w obronie tej operacji w niektórych wyjątkowych przypadkach przetok moczowych. Podał dr Fr. Neugebauer.—Przyczynek do sprawy powikłań przepuklin uwięzionych. Napisał Maryan Borsuk.—Przegląd bibliograficzny.—Doc. dr Chlumsky. Mięśnienie (masaż) i jego zastosowanie z 54 ilustracyami. Streścił H. D.—Odcinek. Wydział lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1817—1831). Zarys historyczny przez Józefa Bielińskiego. (Ciąg dalszy).—Wiadomości bieżące.—Od Administracji.—Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originanx: 1) Dr Fr. Neugebauer.—Fistule utérovesicovaginale profonde. Hysterokleisis vesicalls, guérison. Quelques mots en faveur de cette opération pour certains cas de fistule urinaire chez la femme. 2) Maryan Borsuk. — Contribution à la question de complications der hernies incarcerées.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr Fr. Neugebauer. Fistula uterovesicovaginalis profunda. Hysterokleisis vesicalls, sanatio. Einige Worte zur Verteidigung dieser Operation für einzelne Faelle von Harnfisteln des Weibes. 2) Maryan Borsuk.—Ein Beitrag zur Frage von den Complicationen der eingeklemmten Brüche.

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

PRACE ORYGINALNE.

FISTULA UTEROVESICOVAGINALIS PROFUNDA. HYSTEROKLEISIS VESICALIS. SANATIO.

Kilka słów w obronie tej operacji w niektórych wyjątkowych przypadkach przetok moczowych.

Podał

Dr Fr. Neugebauer.

(Przemówienie na posiedzeniu sekcyl ginekologicznej dnia 30 listopada 1906 połączone z przedstawieniem chorej w ten sposób z moczotoku wyleczonej).

Zanim podam opis spostrzeżenia, pozwalam sobie wkrótce streścić historię rozwoju operacyjnego leczenia przetok moczowych u

kobiet, wyłączając dziś operacje stosowane dla przetok moczowodów, ponieważ są to operacje zupełnie odmienne.

Pierwsze wzmianki o przetokach moczowych u kobiet znajdujemy w dziełach SEVERINI PINAEI (1597), następnie pisali o nich LUDOVICUS MERCATUS i FELIX PLATER, w XVIII wieku głównie MAURICEAU i LEVRET. MERCATUS leczył przetoki moczowe kauteryzacją brzo-
gów, później stosowano tamponację pochwy równocześnie z zakładaniem cewnika stałego: HILDANUS, MERCATUS, LEVRET, DESAULT, CHOPART, BLUNDELL. Po raz pierwszy zalecone było krwawe zeszywanie przetoki moczowej

przez HENDRIK'a van ROONHUYZEN 1663, mianowicie stosował on *suturam circumvolutam*, a do szwu używał łodygi z pióra łabędziego. 1687 r. VOELTER dokonał daremnych prób przy pomocy szwów węzłkowatych. Po raz pierwszy udało się krwawe zeszywanie przetoki szwajcarskiemu lekarzowi FATIO w roku 1752. Pomimo dodatniego wyniku operacji zeszywanie przetok poszło w zapomnienie, i dopiero NAEGELE w początkach XIX wieku przypomniał o tym sposobie leczenia przetok. Odtąd coraz częściej próbowano szczęścia na tej drodze. WUTZER na 35 operacji miał aż 11 wyników dodatnich. Gorsze miał wyniki DIEFFENBACH, o którego rozpaczliwym sceptycyzmie co do fistułów moczowych u kobiet wspomina każdy podręcznik chorób kobiecych. Stosowano najróżnorodniejsze sposoby szycia, najróżniejszy materiał do szwów (jedwab, nici, drut złoty i t. d.). Próbowano nawet wiązania szwów od strony pęcherza, wyprowadzając wolne końce nitek na zewnątrz przez cewkę moczową. Później kombinowano kauteryzację brzegów przetoki z następczem nakładaniem szwów. Nareszcie zamiast nakładania szwów utrzymywano brzegi przetoki *in contactu* przy pomocy przyrządów klamerkowatych w rodzaju *serres fines* i t. d. SANSON rozszerzał cewkę, wprowadzając palec do pęcherza, aby na palcu wytłoczyć okolicę przetoki moczowej *extra vulvam* lub niżej do pochwy zepchnąć, aby udostępnić pole operacyjne.

Nowa era dla operacji tych rozpoczęła się od JOBERT'a, który ogłosił swoją *méthode autoplastique par glissement*, polegającą na tem, aby ściągnąć kleszczykami MUZEUX szyję maciczną ku dołowi, okolicę zaś przetoki moczowej wypukłał na zewnątrz przy pomocy kateteru, do pęcherza wprowadzonego; dokonywał też on często cięć w sąsiedztwie przetoki w celu rozcięcia blizn i ułatwienia dostępu do samej przetoki.

Metoda ta ulepszona dostępu do przetoki

rozeszła się na świat pod nazwą sposobu francuskiego. O nowy krok dalej posunął kwestyę Marion SIMS w Nowym Jorku, powszechnie O j e e m o p e r a c y j n e j g i n e k o l o g i i zwany, stosując tak zwane amerykańskie czyli boczne ułożenie chorej oraz swoje podłużne łyżkowate *speculum* jednoramienne, tak zwaną rynnę SIMS'a. On też pierwszy stosował druty srebrne przy operacji, upatrując w używaniu właśnie szwu metalowego specyficzny postęp.

Marion SIMS zaczął zajmować się przetokami w r. 1845 i już po upływie czterech lat, w r. 1849, otrzymał szereg wyników operacyjnych dodatnich. Uczeń jego Nathan BOZEMAN, najsłynniejszy operator fistuły amerykański obok EMMET'a starszego zastosował do operacji położenie chorej *à la vache* na koziołku drewnianym, przypominającym koziołek gilotyny francuskiej. Na koziołku tym przywiązywał chorą paskami. Używał on również drutów srebrnych oraz płytek ołowianych, po środku przedziurawionych, przez które przeciągał wolne końce drutów, aby je na płycie ponownie skrócić. Płyta taka dawała poniekąd podporę ranie świeżo zaszytej.

BOZEMAN i słynny za owych czasów operator fistuły niemiecki, SIMON, operowali w roku 1874 w Heidelbergu równocześnie, rodzajem konkursu, dwie fistuły, aby zdemonstrować sobie wzajemnie sposób operowania. Wielką zasługą BOZEMAN'a było przedoperacyjne uprzednie rozszerzenie systematyczne pochwy, przez blizny zwężonej, przy pomocy kul kauczukowych różnej wielkości oraz jaj kauczukowych swego wynalazku, podobnych do jajowatych pesaryi LEWRET'a i późniejszych BREISKY'ego.

W roku 1862, podczas bytności mojej w New-Jorku zapoznałem się osobiście z BOZEMAN'em i oglądałem na miejscu te przyrządy, których sam używam dotychczas. SIMON udostępnił pole operacyjne swoimi wziernikami bardzo dobrze, operując w pozycji litotomijnej. Doszedł on do takiej perfekcyi w zaszywaniu przetok moczowych, że w dwóch przypadkach po

dokonaniu *kolpocleiseos* przez innego operatora, gdy palcem, do pęcherza wprowadzonym, przekonał się o dostępności przetoki dla zeszcicia bezpośredniego, rozłupał cięciem bliznę po *kolpokleisis*, a następnie z dobrym wynikiem zaszył samą przetokę, tak samo jak zaszył bezpośrednio przetokę ś. p. L. NEUGEBAUER w przypadku, gdzie poprzednio dokonał *kolpokleiseos* profesor KOSIŃSKI. SIMON pracując nad przetokami od roku 1853, wiele przyczynił się do rozpowszechnienia i ułatwienia tej operacji w Niemczech. Co SIMON zrobił dla szkoły niemieckiej, to zrobił dla szkoły naszej ś. p. Ojciec mój L. NEUGEBAUER, który poczynając od roku 1856 aż do śmierci swojej w roku 1890, dokonał około czterechset dwudziestu siedmiu operacji przetok moczowych. Schematy chorych oraz dla wielu drukowany opis operacji znajdują się w rękach moich.

Ś. p. Ludwik NEUGEBAUER operował jednak przeważnie (z małym tylko wyjątkiem) przetoki moczowe w położeniu *à la vache*, używając do szwów wyłącznie drutu miedzianego, poprzednio przepalonego lekko, aby się nie kręcił przy skręcaniu. Pole operacyjne L. NEUGEBAUER udostępniał sobie wziernikiem trójramiennym—*speculum trivalvum*—swego wynalazku, polegającym na kombinacji rynienki Sims'a z bocznymi hakami WUTZER'a. Dalej używał L. NEUGEBAUER pięciu długich nożyków różnej krzywizny swego wynalazku, imadła specjalnego oraz igieł odpowiednich, krótkich haczyków o jednym lub dwu zębach, na długich łańcuszkach umocowanych, oraz zaczepiał na łańcuszkach tych *extra vulvam* ciężarki żelazne, tak zwane kartacze, aby ciężarem odpowiednią część ścian pola operacyjnego ściągać stale ku dołowi w celu ułatwienia dostępu bez rąk asystenta.

W roku 1897 podczas pobytu chwilowego w Moskwie, na zaproszenie dra SAWOSTICKIEGO który przeszło 400 przetok moczowych operował, równocześnie z nim dokonałem operacji

przetoki moczowej. Operacji dokonano na dwóch stołach obok siebie w szpitalu Mariińskim. SAWOSTICKIJ wybrał sobie dużą przetokę — *fistula vesicovaginalis* szeroką ale bardzo dobrze dostępną i operował podług BOZEMAN'a, mnie zaś dał małą przetokę, ale w głębi leżącą, trudno dostępną — *fist. uterovesicovaginalis profunda*. Ja operowałem sposobem mego Ojca. Obie operacje miały wynik pożądaný: *prima reunio* i wyleczenie doszczętne. Na okrwawienie S. zużył znacznie więcej czasu ode mnie, na zaszcicie zaś mniej.

Nie mając wtedy pod ręką narzędzi Ojca mego prócz wziernika trójramiennego, musiałem posilkować się zwykłym imadłem, co było bardzo trudne. Zresztą każdy operator jest mniej więcej lepszy technik, gdy używa narzędzi, do których jest przyzwyczajony.

Podczas gdy wszyscy dotychczasowi operatorowie trzymali się okrwawiania brzegów przetoki, czy płytkiego, czy głębokiego i t. d., powstała nowa znów era od czasu proponowania przez SAENGER'a rozszczepiania każdego brzegu przetoki—*dédoublement*, tak, aby można było oddzielnie zaszywać dziurę w błonie śluzowej pęcherza a później defekt błony śluzowej pochwy. Podobnie jak SAENGER postępowali głównie WALCHER, DUEHRSEN, FENOMENOW i inni: był to system szycia przetok moczowych dwupłatowego. Sama myśl ta była, co prawda, stosowana już dawniej przez JOBERT'a, który rozdwarzaniem takim brzegów pragnął powiększyć powierzchnię rany, aby łatwiej osiągnąć rychłozrost, dalej zasadniczo operował tak dawniej już COLLIS (1861).

Znów krokiem naprzód było odseparowanie drogą krwawą pęcherza od szyi macicznej po nacięciu błony śluzowej pochwowej w przednim sklepieniu pochwy. Szczególnie stosowano sposób ten, gdy chodziło o tak zwaną przetokę pęcherzową, dotyczącą *cervicis uterinae*: *Fistula uterocervicovesicalis*. Później rozszerzono wskazania do tej operacji i na prze-

toki poniżej szyi macicznej leżące: przez separację pęcherza od szyi macicznej uruchomiono ścianę dolną pęcherza tak, że można było ściągnąć ją ku dołowi, aby teraz zaszyć dziurę w pęcherzu bez pożyczanych z sąsiedztwa płatów.

Sposobem tym operowali niejedną przetokę cerwikalną głównie FOLLET, WOELFFLER, DUEHRSEN, MACKENRODT i inni. 1890 r. TRENDLENBURG pierwszy zastosował *sectio alta*, aby po okrwawieniu brzegów przetoki od strony pęcherza przetokę zaszyć. Była to operacja trudna, a wyniki jej nie zawsze zachęcały do powtórzenia tej operacji w przypadku innym. Sposobem tym operował w 1890 r. z dobrym wynikiem Mc. GILL.

FRITSCH dokonał tak zwanej wentrowagiinalnej operacji przetoki moczowej. Gdy operacja okazuje się utrudnioną przez unieruchomienie resztek pęcherza przy kościach miednicy, dokonał on operacji brzuszno-pochwowej. Po poprzecznem nacięciu nadłonowem wprowadzał on palec do rany i na tępo odciskał, jak się wyraża, pęcherz od spojenia łonowego, przy czem jednak raz przedziurawił pęcherz palcem. Rana ta pęcherza zarosła, rana nadłonowa goiła się *per secundam*. Opis FRITSCH podaje nie bardzo zrozumiały. Jego postępowanie miało uruchomić pęcherz, aby dostatecznie ku dołowi go zepchnąć. Sam FRITSCH przyznaje, że lepiej postąpił SCHAUTA, który po otwarciu jamy brzusznej odseparował pęcherz od kości łonowych nie nożem, lecz raspatorium. Również posilkowali się cięciem nadłonowem FRANK i BARDENHEUER.

A. MARTIN i inni dla pokrycia wielkiego defektu *in septo vesicovaginali* używali płatów błony śluzowej pochwowej, pożyczanych z sąsiedztwa, bądź z górnej ściany pochwy, bądź z dolnych jej części—używali oni wtedy rodzaju transplantacji płatów błony śluzowej, częściowo od podłoża swego odseparowanych, in-

ni nawet pożyczali platy skórne z warg sromowych.

Bardzo oryginalny i zupełnie *sui generis* nowy sposób postępowania zastosował DUDLEY już 1886 r. Przy bardzo znacznym defekcie czyli braku *in septovesicovaginali* uchwycił on kleszczykami błonę śluzową samego pęcherza w górnej połowie jego jamy, znaczy to bezwarunkowo powyżej *trigonum* LIEUTAUDII, wyciął ze ściany pęcherza w kierunku frontalnym pasek błony śluzowej jego i obnażoną z błony śluzowej część ściany pęcherza tak zeszył z brzegiem przetoki, poprzednio okrwawionym, że rany się spoiły. Pęcherz oczywiście po takiej operacji był o połowę mniejszy, mniej pojemny, niż poprzednio, ale chora odzyskała *continentiam lotii*. Górna część przedniej ściany pęcherza stanowiła po tej operacji górną część przedniej ściany pochwy i błona śluzowa pęcherzowa co do wyglądu zrównała się szybko z wyglądem ścian pochwy.

DUDLEY ranę tak powstałą spoił aż 22 szwami: wynik operacji był jaknajlepszy. Oczywiście pomysł niebywały i śmiały, każdy albowiem operator obawiałby się przy takim postępowaniu albo otworzyć mimowoli jamę brzuszną albo też uchwycić otrzewną niechcący, nakładając szwy. DUDLEY tak ostrożnie i szczególnie dokonał operacji, że najmniejszej komplikacji nie miał. Wśród wszystkich dotychczasowych pomysłów operacyjnych w dziedzinie przetok moczowych jest to niezaprzeczenie najoryginalniejszy.

V. DITTEL (1893) zdecydował się na otwarcie jamy brzusznej, aby przecinając następnie cięciem poprzecznem otrzewną *in excavatione vesicouterina* i odłuszczając wgłąb ścianę pęcherza od przedniej ściany szyi macicznej zaszyć oddzielnie dziurę w błonie śluzowej pęcherza i następnie oddzielnie dziurę w ścianie szyi macicznej. Po ukończeniu tej operacji zasadniczej, zaszywał on ranę *excavationis vesicouterinae*, a następnie ranę ściany brzusznej. Tak samo

postępowali DOYEN, BARDESCU a w następstwie FORGUE, który trzy takie spostrzeżenia opisał 1906 r. w tak zwanej księdze (*Livre d'Or*), ofiarowanej niedawno Pozzi'emu *ex re* jubileuszu jego. Odpowiednie rysunki kolorowe z pracy FORGUE'a demonstrowałem na odczycie moim.

Zupełnie inną drogą poszedł FREUND starszy (1895), który zużytkował ciało macicy dla pokrycia defektu *in septo vesicovaginali*; otwierając wpoprzek tylne sklepienie pochwy, wyciągał on macicę retrofleksowaną do pochwy dnem ku dołowi, a następnie zeszywał obwód przetoki z tylną ścianą macicy, dodając, gdy kobieta miała jeszcze miesiączkę, sztuczny otwór w dnie macicy dla wydzielania się peryodu. Operacji takich dokonano cały szereg, jak piszą, z wynikiem pomyślnym, między innymi kolega ROMM w Wilnie operował trzykrotnie sposobem FREUND'a, lecz tylko raz wynik był zadawalający, raz wyleczenie z moczołotu było tylko częściowe, a raz wynik był zupełnie ujemny.

Osobiście tego sposobu dotychczas nie używałem, ponieważ wolalbym poprzednio raz przyjrzeć się takiej operacji, dalej ponieważ w zasadzie nie bardzo jej sprzyjam. W podobny sposób, jak FREUND, starał się zużytkować tylną ścianę macicy dla pokrycia defektu w przedniej ścianie pochwy, inni starali się zużytkować przednią ścianę macicy ściągając ją ku dołowi po otwarciu przedniego sklepienia pochwy. Oczywiście aseptyka dzisiejsza pozwalana pewną śmiałość rękoczynów chirurgów, lecz chodzi przecież i oto, jak chora zniesie rękoczyn operacyjny, czy następstwem nie będą zaburzenia we funkcyjach fizjologicznych odpowiednich organów i t. d.? Sam FREUND dla odpływu krwi menstrualnej proponował zrobienie sztucznego otworu *in fundo uteri* po użyciu ciała macicy dla pokrycia defektu, ROMM twierdzi, że zrobienie otworu takiego jest zbyt ciężkie.

Gdy ś. p. kol. MATLAKOWSKI w ośmdzie-

siątych latach zeszłego stulecia ogłosił w Gazecie Lekarskiej pracę o swojej kazuistyce operacyjnej przetok moczowych u kobiet, na wstępie przeproszał za to, że ośmiela się pisać o przetokach takich, ponieważ kwestya jest wyczerpana i nie nowego o przetokach nie ma do powiedzenia. Otóż, gdy porównać słowa tak wybitnego, niestety, w młodych latach zgasłego postępowca, tak wybitnego działacza w chirurgii naszej z wiązką podanych powyżej przeze mnie nowych projektów i operacji, podług nich dokonanych i t. d., cóż na to powiedzieć? Możemy tylko powinszować zarówno nam lekarzom, jak i cierpiącej ludzkości, stałych, niczem nie powstrzymanych postępów wiedzy naszej i sztuki lekarskiej. Oto postępy w dziedzinie leczenia przetok moczowych u kobiet w czasach nowszych pokrótce zaznaczone. Wypada teraz na chwilę cofnąć się wstecz aż do czasów JOBERT'a, aby wspomnieć o operacji odmiennej, której celem było zwolnienie chorej od moczołotu pomimo, że okazało się niemożliwym zeszywanie samej przetoki moczowej. Najdawniejszą odmianą tej operacji było zaszywanie ust macicznych *hystero-kleisis* w przypadkach przetok pęcherzowych, komunikujących ze szyją maciczną, czyli tak zwanych fistuł cerwikalnych. Następnie stosowano zaszywanie światła pochwy poniżej przetok pochwowopęcherzowych szczególnie w tych przypadkach, gdzie już *sponte* poniżej przetoki wytworzyło się silne zwężenie pochwy, jakby proszące się o to, aby chirurg dokończył samowyleczenia z moczołotu, rozpoczętego przez samą przyrodę. Operacją tą była tak zwana *kolpokleisis cruenta*, którą Niemcy nazywali: „*quere Obliteration der Scheide*“. Bezpośredni następstwem operacji takiej było oczywiście zaprzestanie moczołotu przez pochwę oraz wydzielanie się krwi miesięczkowej razem z moczem przez cewkę moczową. Zamknięcia światła pochwy dokonywano bądź wyżej, bądź niżej. Zależnie od miejsca, w którym

dokonano *kolpokleiseos*, to znaczy, czy o ile można jaknajwyżej, czy też błędnie w samym ujściu pochwy, wyniki tej operacji były bardzo różne. SIMON, HEGAR i KALTENBACH, JOBERT, L. NEUGEBAUER, Fr. NEUGEBAUER, a w ostatnich czasach PLESZKOW byli z wyniku zadowoleni, inni zaś, jak BOZEMAN upatrywali w operacji tej źródło zaburzeń w drogach moczowych, prowadzące do zapaleń nerek, ropni w nerkach, a nieraz do śmierci; głównie przeciw operacji tej występuje FRITSCH, pomimo, że osobiście ma kilka pacjentek, które po dokonaniu *kolpokleiseos* przez długie lata czuły się zupełnie dobrze. Rzeczywiście, jeśli dokonać *kolpokleiseos* bardzo nisko, wytwarza się jama w pochwie, poniżej pęcherza leżąca, w której moc z konieczności będzie stagnował. Pęcherz opróżnia się dzięki działaniu *detrusoris urinae*, *detrusor* zaś na mocz, stagnujący w dolnej części pochwy, działać nie może, a opróżnienie tego rezerwuaru może być tylko dzięki mięśniom prasy brzusznej i nigdy zupełne nie będzie. Następstwem stagnacji moczu będzie oczywiście rozkład moczu, wytwarzanie się osadów, moczowych kamieni i t. d. *pyelonephritis ascendens*, *nephritis interstitialis*, ropnie w nerkach, a koniec końców *pyem ia i ś m i e r ć*. Drugim następstwem ujemnem, dotyczącem pożycia małżeńskiego, jest uniemożliwienie spółkowania. Rzeczywiście też często zdarzało się, że w kilka lat po operacji niskiej *kolpokleisis* na żądanie męża trzeba było rozpruć bliznę pooperacyjną. Jeśli wytworzył się kamień w owym uchyłku pochwowym, to albo sam przedziurawiał on z czasem bliznę po *kolpokleisis*, albo też operator bliznę przecinał, aby kamień wydobyć, a następnie ponownie dokonał *kolpokleiseos*. Otóż FRITSCH, który jaknajostrzej krytykuje operację taką, poprostu pisze, że ponowne dokonanie takiej *kolpokleisis* w takim przypadku po prostu równa się ponownemu wytworzeniu stanu niebezpiecznego dla życia „*eine unverant-*

wortliche Schädigung der Patientin, eigentlich ein fahrlässiger Mord! FRITSCH zgadza się, co najwyżej wyjątkowo na *kolpokleisis*, jeśli operacja dokonana będzie jaknajwyżej w pochwie. Wynikiem dążenia, zaszyć światło pochwy jaknajwyżej, było to, że zeszywano pomiędzy sobą tylną wargę ust macicznych i dolny brzeg przetoki pęcherzowopochwowej: operację taką nazywam *hystero kolposynthesis cruenta*, inni nazywają ją *hystero kleisis vesicalis*. Wobec tego że przy znacznem zniszczeniu przedniej wargi ust macicznych, podczas gdy macica puerperalna leży in *retroversione*, *orificium uteri* skierowane jest ku przodowi, a szyja maciczna sterczy już w świetle pęcherza. Stan taki nazywam *intussusceptio uteri vesicovaginalis*. Otóż w tych przypadkach osobiście nawet bardzo chętnie, o ile *restitutio ad integrum* okazuje się z powodu zbyt wielkiego braku substancji, zbyt daleko posuniętego zniszczenia tkanek, niemożliwą, decyduję się na ową *hystero kolposynthesis*, a to tem bardziej, że kobieta, w taki sposób operowana, raz na zawsze unika niebezpieczeństwa ponownej ciąży *resp.* porodu. Właśnie argument ten dla mnie ma znaczenie wielkie, o ile następstwa takiej *kolpometrosynthesis* okażą się nie zdradliwymi dla operowanej. Operowałem przeszło 280 przetok moczowych, a prócz tego widziałem przez lat 6 sporo takich operacji u ś. p. Ojca mego. W tym materiale bogatym widziałem bardzo wiele przypadków rozpaczliwych i kilka kobiet po prostu nieuleczalnych,—były niemi głównie te, u których caluteńka cewka była zniszczona aż do *collum vesicae*, gdzie mowy nie mogło być o bezpośrednim zaszcyciu przetoki. W tych ostatnich przypadkach, aby zaoszczędzić chorej stałego noszenia rezerwuaru dla spływającego między uda moczu, zdecydowałem się na tak zwaną *kolpokleisis rectalis* podług sposobu ROSER'a. Po zrobieniu sztucznej przetoki dosyć dżej z pochwy do światła odbytnicy i zaszcyciu błony śluzowej odbytnicy z błoną śluzową pochwy, aby, o ile mo-

zna, zapobiedz ponownemu zwężeniu tej sztucznej przetoki, zaszywa się światło pochwy *resp. vulvae* na ślepo, drenując w taki sposób i krew miesiączkową i mocz do odbytnicy, gdzie powstaje rodzaj kloaki (co do funkcji). Jeśli FRITSCH dla wielu przypadków *kolpokleiseos* ma słuszość co do swoich zarzutów, to tem bardziej mógłby je skierować przeciw tej *kolpokleisis* oraz *episiokleisis rectalis*. Ponieważ zarówno doświadczenie kliniczne, jak i badania eksperymentalne wszywania moczowodów do odbytnicy dowodzą, że skutki takich operacji dla nerek, *ergo* w krótkim czasie dla operowanej, są jaknajgorsze dotychczas nie decydowałem się na operację FREUND'a, a wołałem zastosować zeszywanie tylnej wargi ust macicznych z górnym brzegiem przetoki pochwowopęcherzowej, a ponieważ wyniki moje bynajmniej nie są takie, o jakich pisze FRITSCH, dla wyjątkowych przypadków ośmielałem się postępowanie takie kolegom polecić. Wspominam jeszcze o drobiazgu: Jak wiadomo, BOZEMAN w przypadkach rozległego bliznowatego zwężenia pochwy w celu udostępnienia pola operacyjnego przed operacją stara się udostępnić pole operacyjne przez powolne rozszerzanie pochwy przy pomocy pessaryi kulistych, jajowatych i t. d. FRITSCH zasadniczo potępia postępowanie takie,wołając *sub operatione ipsa* rozcinać blizny sąsiednie i t. d. Otóż i w tym punkcie z FRITSCH'em się nie zgadzam i, opierając się na doświadczeniu własnem, zalecam właśnie owo leczenie przygotowawcze BOZEMAN'a, nie wyłączając przy tem wcale dyscyzi, robionych, gdy zajdzie po temu potrzeba. Koniec końców, opierając się na doświadczeniu własnem, staram się utrzymać prawo obywatelstwa dla tak zwanej *hysterokleisis vesicalis* w przypadkach wyjątkowych.

Po raz ostatni stosowałem *hysterokleisis vesicalis* nie dawno w przypadku następującym: 32 letnia włościanka, od 6 lat zamężna, dotychczas czworo dzieci rodziła, ostatnie 2 lata temu.

Każdy poród trwał 4 dni. Pierwsze dziecko, żywo urodzone, zmarło po 8 godzinach, drugie w czwartym tygodniu, trzecie nieżywo urodzone, przy czwartym porodzie przy skośnem położeniu wypadła rączka. Babka dokonała obrotu i wydobyła dziecko nieżywe. Pierwsze dziecko płci żeńskiej, następne męskiej. Dzieci duże. Chora nie pamięta, czy moczociek wystąpił zaraz po porodzie, czy dopiero w kilka dni później. Miednica ogólnie zwężona nie rachityczna. Po ostatnim porodzie chora przeleżała 2 miesiące w łóżku bez gorączki i przez całe 2 lata do chwili obecnej peryodu jeszcze nie miała. 1½ roku po porodzie zeszywania przetoki moczowej dokonał jeden z kolegów prowincjonalnych po raz pierwszy, a gdy się nie udało, po miesiącu drugi raz. Ponieważ i ta operacja nie doprowadziła do wyleczenia, skierował on chorą w lipcu r. b. do mnie. Ponieważ nie byłem wtedy w Warszawie, chora dopiero zapisała się do szpitala dnia 13. XI. Po przygotowawczem rozszerzeniu bliznowatego zwężonej pochwy kulami i jajkami BOZEMAN'a operowałem przetokę w położeniu w rączka (*à la vache*) z nałożeniem 8 szwów węzełkowych ze srebrnego drutu. Już dnia 2. XI czyli w 11 dni przed operacją zjawił się peryod, który ponownie wystąpił przedwcześnie wkrótce po operacji. Dokonałem *hysterokolposyntheseos cruentae*, zeszywając tylną wargę maciczną z dolnym brzegiem przetoki. Na 7 dzień zdjąłem szwy: *Prima reunio vulneris completa*. Zaznaczyć wypada, że, gdy chora przybyła do szpitala, znalazłem w pochwie i w pęcherzu mnogie złogi moczowe wapienne, a po wprowadzeniu palca przez przetokę do pęcherza wymacałem w pęcherzu cały szereg kamienistych tworów, jakby na dolnym brzegu przetoki wiszących. Okazało się, że były to złogi wapienne na szwach, po dawniejszej operacji pozostawionych. Usunąłem 8 takich szwów dawniejszych węzełkowych jedwabnych, na każdej pętli wytworzył się kamień. Przez kilka dni dawano

chorej podług przepisu EMMET'a rozczyń *acid. benzoici* i *boracis* z wodą, aby wytworzyć kwaśną reakcją moczu. Co do samej przetoki, była ona spora, przepuszczała dwa palce do pęcherza, górny brzeg przetoki stanowiły resztki rozerwanej tylnej wargi macicznej, sama przetoka otoczona była twardą bliznowatą obrączką, a kąt przetoki lewostronny (w pozycji *à la vache*) nie widoczny, skryty w głębi. Przy pomocy wziernika ś. p. NEUGEBAUERA udało się udostępnić przetoki po rozszerzeniu pochwy. Okrwawienie szczególnie lewego rogu było bardzo trudne, a jeszcze trudniejsze szycie igłą *à deux temps* przez brzegi przetoki przeprowadzoną.

Wynik operacji na razie okazał się jak najlepszym. Wątpię, aby sprawdziły się w tym przypadku obawy FRITSCH'a. *Fistula uteroviscovaginalis profunda* ze zniszczeniem doszczętnem przedniej wargi ust macicznych i pomiędzy *orificium canalis cervicalis uteri* a światłem pęcherza odstęp wynosił zaledwie 4 milimetry.

Wobec danych warunków miałem wybór albo naciąć przednie sklepienie, odłuszczyć natępo pęcherz, o ile się potrzebnem okaże, od szyi macicznej, ściągnąć górny brzeg pęcherzowy przetoki ku dołowi i wtedy zaszyć przetokę bezpośrednio, albo też spoić tylną wargę ust macicznych z dolnym brzegiem przetoki. Wybrałem zaś *hystorokleisis vesicalis* dlatego, aby nie narażać pacjentki na ponowne poczęcie i ponowny poród.

Przy korekcie dodaję, że w tych dniach skierował do mnie dr FLEISCHMANN z Wiednia Warszawską pacjentkę, u której tak samo operował, jak ja, co prawda, operował trzykrotnie, pozostała jeszcze mała przetoka w bliźnie, którą mam zaszyć, aby kuracyi dokończyć.

Ze szpitala Wolskiego w Warszawie.

PRZYCZYNEK DO SPRAWY POWIKŁAŃ PRZEPUKLIN UWIĘZIĘTYCH.

Napisał

Maryan Borsuk.

Ordynator tegoż szpitala.

Uwięzione przepukliny należą do bardzo częstych przypadków chirurgicznych, każdy chirurg ma bardzo dużo tych chorych w swej opiece, a przytem wie, jak często przy operacji tych chorych spotykane są niespodzianki. Literatura też chirurgiczna i wogóle lekarska w tej sprawie jest bardzo bogata i nie tylko nowa, ale i dawna. W nowszej jednak nieco rzadziej spotkać można odnośne artykuły. Zdałoby się, że nie niema do dodania do tego, co w tej sprawie jest zrobione. Pomimo to wszystko jednak sądzę, że każdy powikłany przypadek uwięzionej przepukliny powinien być skrętnie zebrany i ogłoszony, raz jako ostrzeżenie a także w celu, być może, wyrobienia z czasem innych zasad leczniczych, gdyż obecne przyjęte, nie zawsze są bezpieczne. Niżej opisany przeze mnie przypadek dosadnie ilustruje to twierdzenie.

W czerwcu b. r. 22 dnia przywieziona została do szpitala Wolskiego, skierowana przez dra A. MANDUKA, Apolonia Reszke wieku 65 l. z objawami niewyraźnej niedrożności kiszkowej

Chora opowiada, że oddawna uwydatnia się u niej w lewej pachwinie mały guziczek, na który ona nie zwracała uwagi, gdyż on jej nie dolegał i nie robił żadnej różnicy. Przed paru dniami ten guziczek nieco się powiększył, ale ona sama roztarła go lekko palcami, jak sama opowiada. Było potem lepiej czas jakiś,

ale od wczoraj nastąpiło pogorszenie: wymioty, ale nieczęste, czkawka; stolec i gazy odchodzą podobno. Wygląd twarzy zły, oczy zapadłe, wyraz twarzy osoby ciężko chorej. Niewielka żółtaczka. Z trudnością siedzi, chodzić nie może — przewraca się. Od wczoraj silne bóle brzucha. Puls 100. Stan bezgorączkowy. Zalecono łód na brzuch a także i do łykania, morfinę pod skórę, niedużą lawatywę i postanowiono czekać do jutra. Nazajutrz chora powiada, że jej jest lepiej, bo spała, czuje się wypoczętą, bóle ustały, gazy po lawatywie odeszły, ale stolca nie było. Przy badaniu jednak okazało się, że brzuch jest znacznie większy, bolesny na dotyk. Puls około 120, uryny mało, a wygląd twarzy bardzo niedobry. W genitaliach nie szczególnego nie wykryto.

Wobec tego wszystkiego zdecydowałem się na interwencyę operacyjną.

Przy badaniu znalazłem, że guziczek w pachwinie jest mały, wielkości orzecha laskowego, nieco bolesny, nieco ruchomy, bardzo miękki, jakby łatwo opróżniający się. Palcem ani przez kanał pachwinowy, ani biodrowy przejść nie mogłem.

Guziczek ten leży tuż nad więzłem POUPART'a. Bolesność zaś i wzdęcie, chociaż obejmuje cały brzuch, jednak wydawało mi się, że to jest wszystko większe z lewej strony, szczególnie nad więzłem POUPART'a.

Wobec tak niejasnych faktów wahałem się, czy rozpocząć wprost laparotomię po *linea alba*, czy operować — poczynając od otwarcia tego guziczka w pachwinie. Ostatni projekt przeważył, i otworzyłem ten guzik pod znieczuleniem miejscowem sposobem SECHLEICH'a.

Okazało się, że ten guziczek jest wypełniony posokowatym płynem, łączy się bardzo wąskim kanałem — (żłobkowata sonda z trudnością przechodzi) z jamą brzuszną, skąd płynnie nieco posoki. Wtedy chorą zaraz zachloroformowałem i cięciem ku górze otworzyłem jamę brzuszną. Tam znalazłem zaczer-

wienione kiszki, pokryte obficie włóknikiem, pozlepiane między sobą. Rozdzielając, je natrafiłem na pętlę cienkiej kiszki, zmartwiałej do połowy swej objętości na stronie przeciwległej przyczepowi krezki, na przestrzeni rubla srebrnego, i tam znalazłem otwór, skąd wylewała się zawartość kiszki. Zaraz dokonałem zwykłym sposobem rezekcyi tej zgangrenowanej pętli z natychmiastowem zeszcyciem, możliwie oczyściłem kiszki od wylanej zawartości kiszkowej i posoki, od włóknika i porozdzielałem zrosty i zlepy kiszki, założyłem 2 worki MIKULICZA, jeden do dołu DOUGLAS'a, drugi do dołu biodrowego (*fossa iliaca sin.*), wyciąłem cały worek przepuklinowy i częściowo ranę brzuszną zaszyłem, a w całości pachwinową.

Operacyi dokonałem przy pomocy kol. KOZICKIEGO, JARZYŃSKIEGO i FEDEROWICZA. Po operacyi zaraz wlałem pod skórę 1000 gramów fizyologicznego roztworu soli, co powtarzałem 2 razy dziennie przez pierwsze 4 dni po operacyi.

Przebieg pooperacyjny pierwszych dni był bardzo wątpliwy, chociaż wymioty ustały, ale czkawka nie, i ogólny stan był bardzo ciężki, puls się wahał od 90—100 przy niskiej temperaturze ciała; powoli jednak poprawa następowała, a od 7 dnia poprawa szła znacznie prędzej. Worki MIKULICZA usunąłem w drugim tygodniu, a zagojenie ran zupełne nastąpiło w 4 tygodnie po operacyi. Chora wkrótce wyszła ze szpitala zupełnie zdrową.

Przypadek ten ze względów następujących jest pouczający: wiadomem jest, że uwięźnięte przepukliny staramy się przede wszystkim leczyć przez odprowadzenie (*taxis*), co bywa skuteczniejsze nieraz z mniejszą lub większą siłą; często to leczenie daje dobre rezultaty, uwięźnięte kiszki są reponowane do jamy brzusznej, ale czasami przytrafiają się bardzo ciężkie powikłania, gdyż ten zabieg zwykle się na ślepo wykonywa, i nigdy nie jest

domem ściśle, co, gdzie i w jakim stanie podlega odprowadzeniu.

Ztąd bywają przypadki tak zwanego *ta-xis en masse*, kiedy cały worek z całą zawartością i z pozostawieniem wadliwego układu tej zawartości bywał wpychany bądź do jamy brzusznej na całej swej przestrzeni lub częściowo, bądź do przestrzeni, sztucznie wytworzonej między otrzewną i innymi tkankami, *respective fascia transversa*. Lub zawartość przepukliny została wprowadzona nie do jamy brzusznej, lecz do drugiego worka, utworzonego albo w ścianie brzusznej, albo tuż pod otrzewną, gdyż znane są przypadki, że worek przepuklinowy zawiera jedną lub parę tak zwanych odnóg. Znane są też przypadki, że worek przepuklinowy jest bardzo cienki, kruchy, łatwo się rwie, a zawartość jego bywa wtłoczona przy odprowadzeniu forsownem przez świeżo rozrywany otwór w worku przepuklinowym między rozsunięte otaczające tkanki. Lub zdarza się, że przy odprowadzeniu górna część worka przepuklinowego odrywa się od pozostałej, i razem ta część worka wraz z zawartością przepukliny zostaje wtłoczona do jamy brzusznej, i przez to uwięźnięcie pozostaje podawnemu. Bywa, że trzewia zostały wprowadzone do jamy brzusznej, ale już pozrastane między sobą lub z innymi organami brzuszными, na przykład ze siecią lub z jajowodem i t. d. Układ tych organów staje się inny, wytworzyć się mogą zgięcia pozrastanych kiszek (Knikung), i drożność wcale nie wraca. Zdarza się też, że kiszka zgangrenowana wtłoczona zostaje do jamy brzusznej, a tam lub przed tem jeszcze w worku przepuklinowym — przedziurawienie następuje ze wszystkimi następstwami tegoż.

Ostatnie przytrafiło się u naszej chorej i to nie po forsownym, mocnym, cudzą ręką wykonanym zabiegu, ale przez roztarcie ręką samej

chorej, co musiało być dokonane bardzo lekko, gdyż guzik przepuklinowy był bolesny.

Przystępując do operacji, nie wiedziałem napewno, z czem mam do czynienia, czy jest jakaś kompletna niedrożność, czy zapalenie otrzewny niewiadomego pochodzenia. Wobec tego początkowo wahałem się, którądy mam operować, czy przez otwarcie jamy brzusznej przez cięcie po *linea alba*, czy rozpocząć od otwarcia małego guziczka w lewej pachwinie, który wcale nie miał cech uwięźniętej przepukliny: mały, miękki, spadnięty, nieco bolesny, kanał zaś pachwinowy niedrożny dla palca.

Rozpocząłem operację od tego guziczka, i okazało się, że jest to worek przepuklinowy, ale bez zawartości trzewiowej, komunikuje się wąskim kanałem z jamą brzuszną, skąd wylewa się nieco posoki. To pierwsza niespodzianka.

Druga zaś to to, że po otwarciu jamy brzusznej znalazłem rozlane na dużej przestrzeni zapalenie błony brzusznej, wywołane przedziurawieniem zgangrenowanej pętli kiszki, wprowadzonej przez samą chorą — rozcieraniem — guziczka w pachwinie.

Przypadek ten jest pouczający i z tego względu, że dowodzi, że operacyjnem leczeniem można opanować rozlane na dużej przestrzeni zapalenie otrzewny pochodzenia septycznego, a także, jak trzeba być ostrożnym przy próbach wprawiania uwięźniętych przepuklin, kiedy nawet słabe rozcieranie przepuklinowego guziczka — mogło wprowadzić zgangrenowaną kishkę do jamy brzusznej. Być może, ten mój przypadek będzie mógł posłużyć jako przyczynek do kwestyi, czy nie warto wogóle zarzucić wszelkiego sposobu wprawiania na ślepo uwięźniętych przepuklin, tak często stosowanych, a czy nie lepiej i bezpieczniej odrazu przystąpić wprost do operacyjnego leczenia drogą otwartą, to jest do herniotomii.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA

Doc. dr Chlumsky. Mięsienie (masaż) i jego zastosowanie z 54 ilustracjami. Spółka wydawnicza polska w Krakowie r. 1908 str. IV i 103.

Wobec braku podręcznika w języku polskim, poświęconego mięsieniu, wykład dr Ch. pojawia się bardzo na dobie. Po krótkiej przedmowie, uzasadniającej potrzebę specjalnych studyów nad mięsieniem, i po krótkim historycznym przeglądzie, świadczącym o niezmiernie dawnym pochodzeniu mięsienia, przechodzi autor do uwag ogólnych o mięsieniu i skutkach, jakie ono sprawia w ustroju, a głównie w okolicach, poddanych mięsieniu, oraz o skutkach ubocznych „nieznanych nam jeszcze dotąd należyście.“ Przechodząc do sposobów wykonywania mięsienia, opisuje szczegółowo: głaskanie, ugniatanie, rozcieranie, klepanie i ruch drżący (*vibration*).

Opisy ilustrowane są dziesięcioma rysunkami, co zrozumienie rzeczy bardzo ułatwia. W rozdziale III-im mówi autor o ogólnych wskazówkach przy mięsieniu. Tu należą środki pomocnicze, pośredniczące pomiędzy ręką lekarza a ciałem pacjenta, a w tym względzie poleca autor użycie pudrów, oddając im pierwszeństwo nad różnymi maściami, kremami, veseliną i t. d., których niższość uzasadnia bardzo szczegółowo, i podaje przepis na puder przez siebie używany następnego składu: *Rp. Acidi borici, Natrui salicylici aa 5,0 Talci veneti 30,0 Amyli tritici 60,0—m. f. pulvis.*

Sala do wykonywania masażu powinna być widna, przestronna i dobrze przewietrzać się dająca. Otomana 2 metry długa, włosiem wysłana, wysokością swą sięgająca kolan lekarza, i takiej szerokości, aby lekarz mógł wygodnie usiąść przy pacjencie, jest do masażu najdogodniejsza. Najodpowiedniejszym czasem do wykonywania mięsienia są godziny poranne, przed obiadem lub przed wieczszą. Niewła-

ściwe jest mięsienie co drugi lub trzeci dzień, gdyż w większości przypadków systematyczne codzienne mięsienie ma najkorzystniejszy wpływ na przebieg choroby. Jeżeli chodzi o połączenie gimnastyki z mięsieniem, to autor jest zdania, że należy ją wykonywać przed mięsieniem lub przynajmniej w dziesięć minut po mięsieniu. Rozdział ten kończy autor wskazówkami, dotyczącymi mięsienia całego ciała (głównie w neurastenii i otyłości), przyczem zaczyna się od mięsienia kończyn, potem grzbietu, na koniec klatki piersiowej, a naostatku brzucha, co wszystko razem nie powinno trwać dłużej nad pół godziny. Mięsienie poszczególnych części ciała, jako to: mięsienie palców ręki, stawu nadgarstkowego, przedramienia, stawu łokciowego, ramienia, stawu barkowego, oraz mięsienie kończyny dolnej w takim samym, jak górnej, porządku — a następnie miesienie: głowy, szyi, grzbietu, klatki piersiowej i brzucha, stanowi przedmiot rozdziału IV-go. Tu znowu przychodzi autorowi przy wykładzie w pomoc 47 rysunków, doskonale rzecz objaśniających. Ostatni rozdział, jak się spodziewać należało, poświęca autor z zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach, — który to rozdział (V-ty) nie tylko lekarz-masażysta, lecz każdy wogóle lekarz-praktyk winien sobie w całej rozciągłości przyswoić, jeśli nie chce błędzić w ustaleniu wskazań do stosowania masażu.

Cierpienia, w których mięsienie, prawidłowo wykonywane, z wielkim pożytkiem bywa stosowane, rozmieścił autor w siedmiu grupach, a mianowicie: 1) choroby kości, 2) stawów, 3) ścięgien i pochewek ścięgniastych, 4) mięśni, 5) nerwów rdzenia pacierzowego i mózgu, 6) serca i naczyń, 7) przewodu pokarmowego.

Wykład swój kończy autor słowami:

„W pracy powyższej nie chodziło nam

tak o możliwe i całkowite wyczerpanie przedmiotu, ile o zwrócenie jeszcze raz bacznej uwagi kolegów na ten znakomity a dotąd jeszcze nie dość ceniony środek leczniczy.“

Wykład autora, jako oparty na ściśle anatomico-fizyologicznej podstawie i, jak mniemamy, obszernym materiale klinicznym, którym jako wykładający rozporządza, posiada wszelkie cechy pracy oryginalnej i stanowi cenny nabytek dla naszej ubogiej literatury w zakresie mięsienia, jako metody leczniczej.

Wykład bardzo treściwy, a pomimo tego jasny, rysunki doskonałe, wydanie staranne,

język poprawny. Zrobilibyśmy tylko uwagę, że nie znamy w terminologii anatomicznej grupy mięśni *n a p i n a c z ó w* (str. 39), lecz grupy mięśni *w y p r o s t n y c h* (*extensores*).

N a p i n a c z, jest to nowotwór językowy, którego w żadnym słowniku nie znajdziemy. Jest on zupełnie zbyteczny, a co gorsza, wprowadza pewną nieścisłość, gdyż napięcie (*tonus*) ma, jak wiadomo, w znaczeniu fizyologicznym inne znaczenie, całkiem różne od czynności *w y p r o s t n e j*.

H. D.

O D C I N E K.

WYDZIAŁ LEKARSKI

Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego

(1817 — 1831).

ZARYS HISTORYCZNY

przez

Józefa Bielińskiego.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr 42).

Nowicki, obrażony, że nie jego, ale terapeutę Karola Kaczkowskiego powołano na generała sztab doktora armii polskiej, zemścił się na młodzieży i tej zemsty sam padł ofiarą. Po wybuchu rewolucyi młodzież pierwszych trzech kursów porzuciła niezwłocznie uniwersytet i weszła do szeregów armii polskiej. Młodzież z 4-go i 5-go kursu, pragnąc w charakterze lekarzy nieść służbę ojczyźnie, sobie znaną dro-

gą wyrobiła postanowienie, wyżej przywiedzione, dyktatora, aby skróconym sposobem, ze względu na okoliczności, poduczono ją polowej chirurgii, zaopatrzone w odpowiednie świadectwa i odprawiono do obozu. Nowicki oparł się temu i chciał, jak za owych dobrych czasów, wyłożyć teorię, praktykę, klinikę, przejrzyć historię choroby i rozpocząć egzamina w oznaczonym statucie czasie i t. d., słowem ignorował rozporządzenie najwyższej władzy krajowej.

Uczniowie 4-o i 5-o letni podali skargę do wydziału lekarskiego na Nowickiego, jako działającego wrogo odnośnie potrzeb patryotycznych. — Wydział na posiedzeniu swem 13 grudnia 1830, przeczytawszy tę skargę, przesłał ją nieobecnemu na posiedzeniu Nowickiemu dla opinii; opinia, a raczej tłumaczenie się Nowickiego trafiło do przekonania profesorów, lecz nie zadowoliło młodzieży. Poszła tedy druga skarga do rektora Uniwersytetu, w której młodzież zarzuca Nowickiemu, że, chcąc postawić na swoim, pełni swoje obowiązki niesumienne, źle uczy młodzież, która pragnie jaknajwcześniej udać się do wojska, lecz równocześnie pragnie nauczyć się jaknajwięcej — dlatego prosi młodzież, aby Nowicki, niesumienny nauczyciel, a zły polak, został niezwłocznie usu-

nięty z katedry, gdyż młodzież na jego wykłady, które jej i tak korzyści nie przynoszą, uczyć nie będzie. Rada zdała raport Komisji rządowej, która przyznała młodzieży słuszość. Był to cios dla Nowickiego. Człowiek taki ambitny na wszystkich punktach pobity został. Wyjechał niezwłocznie na dwumiesięczny urlop, a obowiązki po nim objął Janikowski.

Wydział postanowił w swoich czynnościach solidaryzować się z Nowickim, pilnie strzegąc, aby Statut nie był naruszony, bez względu na stan wyjątkowy, stan wojenny. Pouczającym przykładem są protokoły wydziałowe, które w streszczeniu podaję.

Komisja rządowa wzywa rektora Uniwersytetu (9. II. 1831. Nr. IIII — 348), aby zalecił wydziałowi lekarskiemu, iżby uczniów pięcioletnich z tegoż wydziału bez względu na niedokończenie kursów naukowych do egzaminu całokursowego natychmiast przypuścić, i ze słuchanych dotychczas nauk lekarskich ułatwiającym i ile być może skróconym sposobem wysłuchał. Wydział na posiedzeniu swem 10 lutego 1831 postanowił: uczniowie nie będą zdawać egzaminu rocznego z roku piątego, lecz przypuszczeni być mają do egzaminu całokur-

sowego. Egzamin trwać będzie dni dwa, po trzech kandydatów zdawać będzie. Kurs anatomiczny odbędą naprzód, kurs chirurgiczny na ostatku. Na kursa kliniczne przyjęte im zostaną chorzy traktowani w ciągu nauk. Z przedmiotów, których nie słuchali, nie będą egzaminowani. Nie będący w stanie opłacić taksy ma wydać zaręczenie na piśmie.

Na posiedzeniu 24 lutego po odczytaniu reskryptu Komisji oświecenia z 24 lutego N. 1536 — 476, polecającego profesorom wydziału lekarskiego, jak najmocniej, iżby egzamin uczniów pięcioletnich bez najmniejszej trudności i przewłoki był ukończony, i żeby takowi uczniowie na mocy świadectwa udzielonego przez profesora Kaczkowskiego, uwolnieni zostali od egzaminu z terapii — nastąpiła decyzja: aby na mocy zacytowanego reskryptu, uczniowie 5-o letni nie składali egzaminu całokursowego z terapii; aby z innych przedmiotów jak najspieszniej składali egzamin rano i w południe, poczem ma być spisany pootokół egzaminu jak wypadnie; decyzja zaś w udzielaniu stopni ma być zażądaną od Rady Uniwersytetu.

C. d. n.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 sierpnia do września 14 1907 r.

Ospa zajmuje dominujące miejsce w miesiącu sprawozdawczym, a od połowy miesiąca nosi charakter epidemii, obejmującej zarówno mieszkańców śródmieścia, jak i dzielnice krańcowych Warszawy, jakoteż okolice jej podmiejskie. Nowowstępujący chorzy ospowi nie tylko nie posiadają na sobie śladów rewakynacji, lecz prawie połowa ich bywa wcale niezszczepionych od urodzenia, między nimi są ludzie zamożniejsi.

Gorączka powrotna jeszcze nie wygasła

i panuje wśród uboższych mieszkańców krańców Warszawy, cechą zuamienną gorączki powrotnej w miesiącu sprawozdawczym jest, że liczba kobiet chorych na gorączkę powrotną, przybywających do szpitala, nie tylko dorównywa, lecz nieco przewyższa liczbę mężczyzn, t. j. znajdujemy stosunek odwrotny, niż w poprzedzających miesiącach.

Biegunka krwawa mimo przebiegu gorączkowego, w kilku przypadkach b. ciężkiego, okazała się w miesiącu sprawozdawczym w nie-

licznych przypadkach i bez zejść śmiertelnych.

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym przybyło 126 (60 m. 66 k.) chorych, z ubiegłego miesiąca pozostało 96 (42 m. 54 k.) chorych, wyzdrowiało 102 (53 m. 49 k.) chorych, przeprowadzono do innych szpitali stosownie do rodzaju choroby 9 (2 m. 7 k.), zmarło 16 (8 m. 8 k.), na miesiąc następny pozostało 95 (39 m. 56 k.).

Dni szpitalnych przebyli wszyscy chorzy 2824 (102 m. 1196 dni, 120 k. 1628 dni).

Stosownie do postaci ostrej infekcyi było chorych na

O s p ę: z ubiegłego miesiąca pozostało 34 (17 m. 17 k.), przybyło nowych 40 (25 m. 15 k.), w tym wcale nieszczepionych od urodzenia 9 (7 m. 2 k.), pozostali byli szczepieni we wczesnem dzieciństwie jednorazowo, wyzdrowiało 31 (17 m. 14 k.), zmarło 8 (5 m. 3 k.). Zejścia śmiertelne nastąpiły: w 2-ch przypadkach skutkiem formy ospy nieszczepionej, ciężkiej w przebiegu (w 1-ym przypadku na autopsyi stwierdzono początkowy okres zapalenia płuc); w 2-ch przypadkach skutkiem formy ospy krwotocznej u chłopca 8 l. katolika i u chłopca 8-letniego wyznania mojżeszowego, w 5-ym przypadku u 23-letniej szwaczki, katoliczki, skutkiem ciężkiej formy ospy nieszczepionej od urodzenia, w 6-ym przypadku u 5-10 letniej córki wyrobnika, nieszczepionej od urodzenia, skutkiem powikłania zapaleniem płuc, w 7-ym i w 8-ym u 12 l. dziewczyny i u 12 l. chłopca, wcale nieszczepionych od urodzenia, na miesiąc następny pozostało 35 (20 m. 15 k.).

Dni szpitalnych przebyli chorzy ospowi 963 (42 m. 512 dni, 32 k. 451 dni). Chorzy ospowi przybyli z następujących ulic i domów: Aleje Jerozolimskie 8, Bugaj 9, Chłodna 6, Czerniakowska 89, Dzika 43, Elektoralna 19, Franciszkańska 21, Freta 25, Hrubieszowska 5, Kacza 13, Nowy świat 12, Królewska 21, Marszałkowska 139, Miła 49, Nowolipie 29, 34, 61, Nowolipki 56, 76, Niska 57, Ogrodowa 69, Pawia 64, 72, Solec 36, Ślepa 8, Smocza 8, Szczęśliwa 11, Stare Miasto 11, Towarowa 25, 56, Twarda 5, Wąski Dunaj 5, Wołowa 39.

O s t r y n i e ż y t ż o ł ą d k a i k i s z e k. Z powodu obawy zaniesienia epidemii cholery z Królestwa, w pawilonie, przeznaczonym dla podejrzanych chorych umieszczeni byli: 1 k. z ostrym nieżytem żołądka i kiszek,

opuściła szpital zdrową; z 9-iu chorych, przybyłych w miesiącu sprawozdawczym do szpitala, jako podejrzanych okazało się: 1 m. z nieżytem grubych kiszek pozostał na miesiąc następny, 1 m. z ostrym nieżytem żołądka i zapaleniem płuc zmarł (autopsya), 1 m. z zapaleniem otrzewny po upływie doby zmarł (autopsya), 1 m. z zapaleniem wyrostka robaczkowego przeprowadzony do szpitala Dzieciątka Jezus, 1 m. z objawami niedrożności kiszek przeprowadzony do szpitala Dzieciątka Jezus, prócz tego do tegoż szpitala przeprowadzone zostały dwie kobiety: 1 z kamcią pęcherzyka żółciowego, druga z wrzodem odźwiernika żołądka.

B i e g u n k a k r w a w a. Z ubiegłego miesiąca pozostało 6 (5 m. 1 k.), przybyło w miesiącu sprawozdawczym 11 (4 m. 7 k.), wyzdrowiało 12 (8 m. 4 k.), 5 (1 m. 4 k.) pozostało na miesiąc następny.

Dni szpitalnych przebyli chorzy na biegunkę 214 (9 m. 102 dni, 8 k. 112 dni).

Przybyli chorzy na biegunkę krwawą z następujących ulic i domów: Dobra 31, Foksal 1, Muranowska 40, Mińska 6, 25, Nowe Brudno Pańska 20, Stalowa 26, Nowolipie 51, i ze Sochaczewa i Brześcia Litewskiego.

G o r ą c z k a p o w r o t n a. Pozostało z poprzedniego miesiąca 16 (8 m. 8 k.), przybyło nowych chorych 13 (6 m. 7 k.), wyzdrowiało 24 (14 m. 10 k.), na miesiąc następny pozostało 5 k.

Dni szpitalnych przebyli chorzy na gorączkę powrotną 357 (14 m. 137 dni 13 k. 220 dni).

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Chłodna 53, Nowolipki 85, Nowowolska 8, Pańska 18, Pawia 57, Rybaki 19, Skierniewicka 5 (2 przyp.) Spokojna 9, Solna 10, Wileza 27 i ze wsi Młociny.

T y f u s w y s y p k o w y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 3 (1 m. 2 k.), przybyło nowych 6 (3 m. 3 k.), wyzdrowiało 3 (1 m. 2 k.), 1 m. 53 lat katolik zmarł skutkiem paraliżu serca, 5 (2 m. 3 k.) pozostało na miesiąc następny. Dni szpitalnych przebyli 147 (4 m. 36 dni, 5 k. 111 dni). Przybyli chorzy z Solca 9 (3 przyp.), Miła 22 i ze wsi Oltarzew i Piaszczna.

T y f u s b r z u s z n y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 13 (5 m. 8 k.), przybyło

nowych 9 (6 m. 3 k.), wyzdrowiało 7 (2 m. 5 k.), 1 k. zmarła przy objawach osłabienia serca i zapalenia opon mózgowych, na miesiąc następny pozostało 14 (9 m. 5 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 392 (11 m. 230 dni, 11 k. 162 dni).

R ó ż a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 21 (6 m. 15 k.), przybyło nowych 27 (7 m. 20 k.), wyzdrowiało 19 (8 m. 11 k.), stosownie do choroby konstytucyjnej 3 k. przeprowadzono do innych szpitali, 3 k. zmarło, 1 k. l. 78. katoliczka obok wrzodów goleni i wiądu starezego, 1 k. l. 42 katoliczka skutkiem róży goleni i następnej pyemii, 1 k. 23 l. skutkiem następnego po róży zapalenia opon mózgowych; na miesiąc następny pozostało 24 (5 m. 19 k.).

Dni szpitalnych przebyli chorzy na różę 582 (13 m. 146 dni, 35 k. 436 dni).

Prócz tego w miesiącu sprawozdawczym pozostawali chorzy na błonicę 1 k. wyzdrowiała, 1 k. po nagminnem zapaleniu gruczołów przyusznych przeprowadzona do szpitala Wolskiego, jak również 1 k. z przymiotem mózgu, pozostająca u nas na czas remontu tegoż szpitala, 2 (1 m. 1 k.) chorych z ogniskowem zapaleniem gardzieli; 1 m. wyzdrowiał, 1 k. pozostała na miesiąc następny. 1 m. na ospę wieczną, 2 k. na grypę pozostali na miesiąc następny.

Zamiejscowych chorych przybyło 11 (8 m. 3 k.). Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala, wydano 3 (2 m. 1 k.), z braku miejsc 13 (6 m. 7 k.).

Badań pośmiertnych dokonano 3.
Śmiertelność miesięczna 7,20%.

Wiadomości bieżące.

— Z przyczyn, od Redakcyi niezależnych, dziś dopiero możemy przystąpić do druku jednej z ostatnich prac kol. Franciszka NEUGEBAUERA, który w roku bieżącym obchodzi 25-lecie swej naukowej i literackiej działalności w zawodzie lekarskim. I nasza Redakcyja z powodu tego jubileuszu składa najserdeczniejsze życzenia swemu stałemu współpracownikowi, który od początku swej działalności literackiej zasilał pracami swemi nasze czasopismo.

Nie mamy zupełnie dziś zamiaru oceniać i poddawać ścisłemu rozbirowi dorobek naukowy i literacki kol. Fr. NEUGEBAUERA. Działalność Jego jest dotąd w całej pełni i nie jedną jeszcze pracą wzbogaci piśmiennictwo ojczyście. Dziś zaznaczamy tylko na tem miejscu spis tych prac, które były umieszczane w „Medycynie“, a mianowicie:

1) Rozwieracz nóg dla operacyi gyniatrycznych dokonywanych w położeniu grzbietowem o wzniesionej miednicy lub tak zwanem pośladkowo-grzbietowem. 1885.

2) Kilka słów o położnictwie Japońskiem. Rozprawa B. MIYAKI'ego. Przekład z niemieckiego wraz z streszczeniem odczytu własnego w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskim dnia 24 marca 1885—1886.

3) Rzadki okaz miednicy rozszczepionej (pelvis aperta s. fissa). 1887.

4) Kilka słów o wskrzeszeniu cięcia łonowego czyli symfyseotomii przez szkołę położniczą Neapolitańską. 1892 (58 str. z rysunkami).

5) Rzadki przypadek prawidłowego miesieczkowania przez otwór niezwykle przywrodzonym zarośnięciu pochwy (Atresia hymenalis vaginae congenita). 1893.

6) Przyczynek do nauki o patologii kręgosłupa i miednicy: Samobójstwo ciężarnej pod koniec ciąży przez skok z wysokości trzeciego piętra na bruk. Śmierć po 5 godzinach i 10 minutach. Cięcie cesarskie in mortua. Nieżywe dziecko ze złamaną czaszką. Podwójne złamanie obrączki miednicowej. Potrójne

złamanie łuku prawostronnego ostatniego kręgu lędźwiowego, złamanie jego części środkowej. 1890.

7) 40 własnych spostrzeżeń torbieli pochwowych. 1896.

8) *Venus cruenta, interdum mutilans, interdum occidens*. Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych sub coitu (150 spostrzeżeń). 1898.

9) Kaziustyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacji. 1899.

10) Jeszcze 10 przypadków pozostawienia przypadkowego w jamie brzusznej ciał obcych przy operacji używanych. 1900.

11) Jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie z dziedziny wrodzonych anomalii zewnętrznych narządów płciowych u kobiety: „Aut clitoridis hypertrophicae aut penis rudimentarii infra vulvam mulieris in perineao implantatio. 1899.

12) 17 cięć brzusznych o zejściu pomyslnem przy skręceniu szypuły nowotworów wewnętrznych narządów płciowych kobiecych. 1900.

13) Krótka statystyka 37 operacji, połączonych z otwarciem jamy brzusznej, dokonanych w celu usunięcia łagodnej natury nowotworów macicznych, mianowicie włókniaków lub mięśniaków lub włókniako - mięśniaków. 1901.

14) Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalii, rozwojowych analogicznych (*Herniae funiculi umbilicalis*) 1901.

15) Cztery ciekawe spostrzeżenia wrodzonego obojactwa z praktyki własnej. 1903.

16) Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? 1904.

17) Wycinowanie macicy porodowego pochodzenia wrpawione na drodze operacyjnej. 1906.

18) Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzny (z 17 rysunkami w tekście) 1906.

Prace inne, które wyszły z oddziału ginekologicznego dra NEUGEBAUERA, drukowane w „Medycynie“:

1) KRAKÓW. W sprawie otwierania ja-

my brzusznej przez sklepienie pochwy. (*Koeliotomia vaginalis*). 1896.

2) KRAKÓW. Przypadek poczęcia oraz porodu przez przetokę szyjowo-pochwową tylną. 1897.

3) KRAKÓW. Przypadek przewlekłego wycinowania macicy, wyleczony sposobem FRIES-BOCKENDAHL'a. 1897.

4) STĘPKOWSKI. 12 przypadków otwarcia jamy otrzewnowej przez cięcie brzuszne z powodu przewlekłych chorób przydatków macicznych. 1897.

5) JANCZEWSKI. Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej. Wydobycie przez cięcie brzuszne żywego, zdolnego do życia płodu. Wyzdrowienie. 1898.

6) STĘPKOWSKI. Ciąża zamaciczna międzywieladłowa lewa, płód donoszony, nieżywy, koeliotomia, wyzdrowienie. 1898.

7) STĘPKOWSKI. Przyczynek do etiologii ciąży zamacicznej. 1898.

8) KRAKÓW. Kilka słów w sprawie zszywania krocza położnicy pękniętego przy porodzie. 1898.

9) STĘPKOWSKI. Leczenie raka szyi i części pochwowej macicy w ciąży i porodzie. 1899.

10) SZYMAŃSKI. Przypadek 8 miesięcznej ciąży brzusznej. 1902.

— Zanim nastąpi upragnione spolszczenie całego szkolnictwa publicznego, a więc taniego, dostępnego dla wszystkich, musimy zastąpić je szkołą prywatną, której osiągnięcie kosztowało tyle trudu i poświęceń.

Szkolnictwo prywatne musi być i jest kosztowne. Jest kosztowne dlatego, że brak mu subwencyonaryusza, pokrywającego niedobory, którym z natury rzeczy w szkołach publicznych jest państwo lub instytucje samorządne. W pewnej mierze usiłują pokrywać braki towarzystwa i instytucje społeczne, utrzymujące różne szkoły. I to nie wystarcza. Fakt pozostaje faktem: szkoła prywatna polska nie opłaca się, a pomimo to jest kosztowna, wpisy wynoszą od stu do stu pięćdziesięciu rubli, sumę dla biedniejszych rodzin olbrzymią. W granicach budżetu szkoły uwalniają od wpisu pewną ilość uczniów. I tego mało.

Przed biednymi, nawet średnio zamożnymi rodzinami — a imię ich jest legion — staje więc

tragiczne zagadnienie: albo sprzeniewierzyć się zasadom wychowania polskiego, albo rzucić dzieci swe na fale losu bez wykształcenia średniego. Jest i droga trzecia, droga samopomocy i solidarności społecznej. Na tę drogę wzywamy społeczeństwo polskie. Wyrazem tej solidarności, tej samopomocy jest nasze Towarzystwo Wpisów Szkolnych. Towarzystwo to zostało założone w końcu ubiegłego roku. Rozpoczęło swoją działalność w warunkach trudnych, przejęło bowiem zobowiązania „Koła zapomóg” Polskiej Macierzy Szkolnej wobec uczniów, którym zapomogi zostały przyznane, a z powodu braku funduszy nie wypłacone. W ciągu roku z zobowiązań tych, wynoszących razem sumę 13408 rb., Towarzystwo wywiązało się w zupełności, ale dzięki temu wszystkie jego dochody zostały pochłonięte i rozpoczyna rok szkolny całkowicie ogołocone z funduszy.

Komitet Towarzystwa zamierza zaprosić do współdziałania w swej pracy liczne grono osób, zwłaszcza pań, które dobrej sprawie zechciałyby swój wolny czas poświęcić, zamierza powierzyć im opiekę nad rewirami, obejmującymi po kilka domów, i upoważnić do zbierania w danym rewirze ofiar na wpisy od właścicieli domów, biur, sklepów i t. d. oraz od lokatorów.

Komitet przypomina, że sam nie rozda je wcale wpisów szkolnych, lecz działa wyłącznie za pośrednictwem kół szkolnych (istnieje ich przy różnych szkołach średnich

około czterdziestu), które dysponują samodzielnie funduszami, jakie zbiorą, a prócz tego otrzymują od Komitetu zapomogi, o ile ten udzielić ich może. Wpisy opłacane są wyłącznie pod warunkiem złożenia zobowiązania, zaświadczonego przez rodziców lub opiekunów ucznia, że zwróci otrzymaną zapomogę po dojściu do lat 30, chyba, żeby do tego czasu nie posiadał ani stanowiska zarobkowego, ani majątku. Węć każdy grosz, ofiarowany Towarzystwu, nie przepada; owszem, z czasem przyczyni się do utworzenia nienaruszalnego kapitału, z którego będą korzystały przyszłe pokolenia.

Wzywamy wszystkich, którzy się poczuwają do obowiązków obywatelskich, do uczestnictwa w podatku najpierwszej, największej wagi. Dopomożenie dzieciom naszym, którym grozi wydalenie z polskiej szkoły, to nie jałmużna, to poprostu dobrze zrozumiany interes przyszłych pokoleń, które będą tem, czem je urobi szkoła. Udział w pracy pokrywania brakujących wpisów — to zakładanie cegiełek pod budowę lepszej przyszłości.

Do takiej pracy wzywamy wszystkich ludzi dobrej woli. Nie wątpimy, że głos nasz znajdzie echo w sercach wszystkich Polaków, że społeczeństwo zrozumie doniosły obowiązek, jaki na niem spoczywa, i konieczność ofiar, jakich od niego położenie wymaga.

Komitet T. W. S.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów i księgarnie o uregulowanie zaległych rachunków za rok 1907 i o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1908.

Xeroform

Absolutnie nietrujący, wysuszający, odwaniający proszek do posypywania ran posiadający wybitną siłę wytwarzania naskórka i nie drażniący zupełnie rany i jej otoczenia. Bardzo dobrze nadaje się do opatrunków suchych. Rzadka zmiana opatrunku. Posiada swoiste działanie w mokrych ekzemach, ulcus cruris i oparzeniach.

Collargol

Wyborny środek leczniczy w chorobach septycznych, w sprawach puerperalnych etc. Do wewnątrzżylnego stosowania (żadnych szkodliwych skutków!) przez odbytnicę i do wewnątrz jako „Unguentum Crede“ do wcierania. Również do leczenia ran, zakaźnych chorób ocznych i do płukania pęcherza.

Creosotal

Creosotal „Heyden“ jest najlepszym antiphtisikum wybitnym wewnętrznym antiskrofulosum i w dużych dawkach szybko i pewno działającym środkiem we wszystkich ostrych cierpieniach dróg oddechowych (pneumonia etc.).

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 bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym niezytom dróg oddechowych.

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Drezno;

lub przedstawiciel na Królestwo Ludwik Freider, Warszawa.

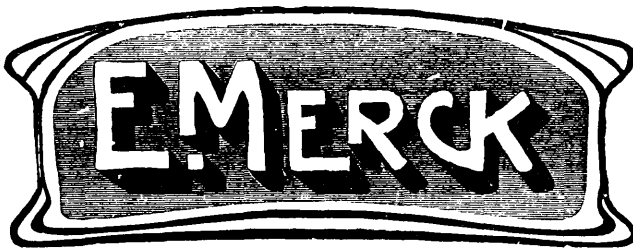
Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum



Snrowica antidyfterytyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Menzer'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tifusdiagnosticum — Ficker'a
Jequiritol—Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrelysin

Nowy związek tiozłnaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych buteleczkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozłnaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmięzszowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnieślny 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 zniesienia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieślnymi ostryżnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskazania: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. uboc.

Bromipin 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, rozstrój 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.

Iodipin 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 emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

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

Bromalin

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

Tannoform

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

Stypticlin. Zapisuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz. krwot. miesiaczek, krwot., przy zatrzymaniu mies. obfite

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.



Opatentowany.

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

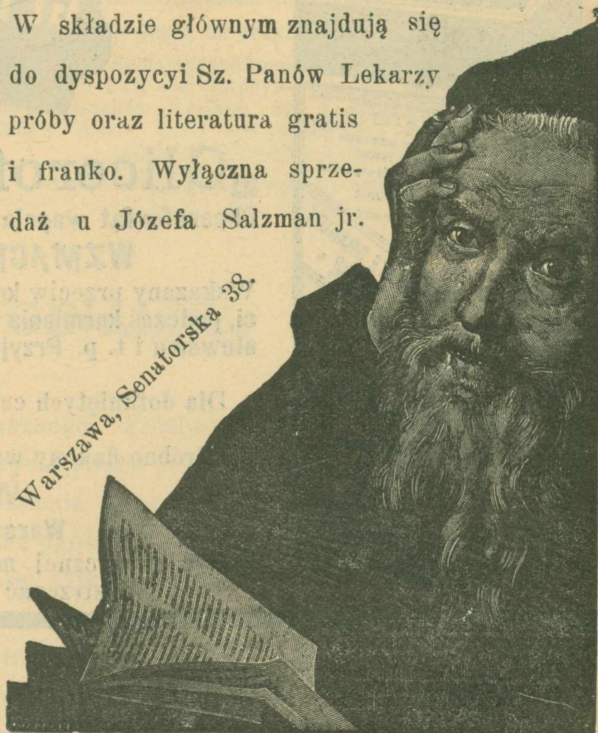
Niezawodny.

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.



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 porażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu.

D-r Antonio Maggiorani



PEPTONATE DE FER ROBIN

Peptonat żelaza Robin'a

Prawdziwa sól żelazna łatwo przyswajalna, przygotowana przez M. Robin'a

Żelazo Robin'a skutecznie działa przeciw anemii, blednicy i wszelkim osłabieniom.

Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdyz aparcia.

Srodek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku.

Przyjmuje się 2 razy dziennie po 10 do 30 kropeł podczas jedzenia w małej ilości wody lub wina.

Każdy flakon starczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w aptekach i w większych składach aptecznych.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenie reprezentant

Władysław Hoffman

Warszawa, Jasna 5. Telefonu Nr. 2114.

Żądać fabrycznej marki „LEW” i nazwiska fabrykanta „ROBIN”.

Wystrzegać się bezwartościowych naśladownictw.

5-1



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat ziarnisty Robin'a

Glicerofosfat wapnia i sody. Stosowany w szpitalach paryskich.

WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY.

Wskazany przeciw krzywicy, słabości kości w okresie rośnięcia u dzieci, podczas karmienia i ciąży i przeciwko neurastenii, przeciążeniu umysłowemu i t. p. Przyjemny w smaku, zżywa się w małej ilości mleka i wody.

Dla dotkniętych cukrową chorobą wyrabia się w formie pastylek.

Sprzedaż w aptekach.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant

Władysław Hoffmann

Warszawa, Jasna 5. Telefonu Nr. 2114.

Żądać fabrycznej marki „Lew” i nazwiska fabrykanta **Robin**

Wystrzegać się bezwartościowych naśladownictw.

5-1

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Skład główny: Józef Salzman jr., Warszawa, Senatorska 38.