



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy Dr. A. Puławski i Dr. W. Starkiewicz.
Wydawca Dr. W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji — Marszałkowska № 73.
Telefon 26-79. Konto pocztowej Kasy Oszcz. № 982.

Ogólnego zbioru № 2846.

ZAPARCIE NAWYKOWE CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIOTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO.

CASCARINE

$C^{12} H^{10} O^5$

ŚRODEK



LEPRINCE

$C^{12} H^{10} O^5$

PRZECZYSZCZAJĄCY

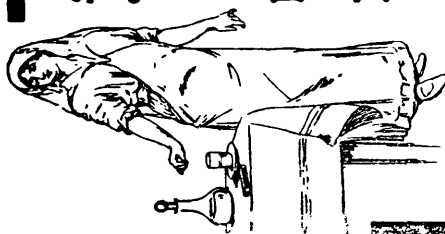
LECZĄCY RACYONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.

LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62, Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE
des USINES du RHÔNE
à PARIS



RODYNA (Rhodine,
Aspiryna francuska).

NOWAMIDON
(Novamidon,
Piramidon francuski).

PYRAZOLINA (Antipyrina francuska).
KELENE (Chlorek etylu chemicznie czysty
dla anestezji).

SALOL kwas Salicylowy i Salicylaty.

SCUROCAINA (Nowokaina francuska).

SCURENALINA (Adrenalina
syntetyczna).

CHLOROFORM i ETHER dla anestezji.

ROFEINA (Rodyna i Cofeina)
0 gr. 50 0 gr. 05.

REZORCYN medyczny.

PIPERAZYN



20 Pastylek.

Phosphit Capsulae „ **Pulvis**

Organiczny związek fosforu otrzymywany z nasion oleistych, używany w gruźlicy, niedokrwistości, cierpieniach nerwowych, wyczerpaniu fizycznym i umysłowym i t.p. Pudełko — 30 kapsulek, słoik — 10 grm.

Phosphosan-Calcium

Glycerophosphatum granulum. Granulki glicerofosforanu wapnia używane w osłabieniach, zwapnieniu naczyń, anemji, neurastenji i t. p. Flakon z miarą — około 100 grm.

Phosphosan-Ferrum

Glycerophosphatum c. ferro granulum. Granulki glicerofosforanu żelaza, używane w anemji, blednicy, ozdrowieniu, influenzy. Flakon z miarą — około 100 gr.

Phosphosan-Lecithin

Glycerophosphatum c. lecithino granulum. Granulki glicerofosforanu wapnia z lecytyną używane w neurastenji, blednicy, wyczerpaniu umysłowym i nerwowym. Flakon z miarą — około 100 grm.

Phosphosan-Magnesium

Glycerophosphatum c. magnesia granulum. Granulki glicerofosforanu magnezu używane w neurastenji, blednicy i zaparciu stolca. Flakon z miarą — około 100 grm.

Phosphosir

Sirupus Eggeri. Syrop z kompozycją podfosforynów: żelaza, manganu, wapnia, potasu, sody i chininy, oraz nalewki wroniego oka, używany w osłabieniu, przemęczeniu, gruźlicy. Flakon — około 150 grm.

Piperazefir

Piperazinum effervescens. Granulki piperazyny musującej, używane w skazie moczanowej, podagrze i artretyzmie. Słoik z miarą — około 60 grm.

PP. Lekarzom wysyłamy na żądanie literaturę ewentualnie próby.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne Handlu Towarami Aptecznymi

dawniej

„Zjednoczeni Aptekarze“ i „Ludwik Spiess i Syn“

w Warszawie ul. Danłowiczowska 16.





WZGLĘDY LECZARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, lipiec 1921 roku.

Ogólnego zbioru № 2846

Rzut oka na dzieje i zadania kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Przemówienie wstępne przy otwarciu tej kliniki w dniu 14 stycznia 1921 r.

Podał **Prof. Dr. Adam Czyżewicz**.

Bezsprzecznie najszcześniejszym momentem w życiu narodu jest chwila, w której zrzuca ze siebie brzemię niewoli i odwala kamień grobowy, jakim go żywcem przykryto, bezsprzecznie najszcześniejszym momentem w życiu Instytucji jest chwila, w której może zacząć służyć swobodnie swoim obywatelom, nie wrogom, bezsprzecznie najszcześniejszym momentem w życiu jednostki jest chwila, w której dano jej warsztat do samoistnej, twórczej pracy. Na takie chwile czeka się miesiącami, latami, wiekami czasem, a czasem nigdy się one ziścić nie mają. Dziś chwila taka tutaj nadeszła. Po długich latach ciężkiej niewoli, po morzu łez, krwi, po niezliczonych ofiarach bez granic, znów może brzmieć Polskie słowo w tej Polskiej Klinice i w wolnej Ojczyźnie, znów może Polska nauka orle roztoczyć skrzydła i wolna wzbić się w niebiosa.

I nie wolno w takiej chwili nikomu usuwać się od jakiegokolwiek pracy, pod jakimkolwiek pozorem, nie wolno nikomu rąk zakładać i czekać, aż go inni wyręczą, nie wolno nikomu wzdragać się i zwlekać lub wahać się i pytać, czy brzemię przyjęte na barki nie jest za duże i czy mu się podoba. Na zamiary siły nam mierzyć trzeba i choć w duszy rozpaczna się budzi obawa, trzeba iść naprzód bez wstydzenia i bez chwili spoczynku.

Obowiązkiem pierwszym jest zrobić dzisiaj rachunek sumienia, wstecz rzucić okiem na dzieje naszej nauki w tej dzielnicy rozbiorowej, która przecież inaczej się rozwijała i inne przechodziła koleje, jak tamte zabory i na dzieje naszej Instytucji i hołd oddać tym, którzy tu dla jej dobra dali swe najlepsze siły i najlepszą część życia.

Początków szkoły położniczej, podówczas zwanej szkołą babienia szukać należy w Siemiatyczach, koło Białegostoku, gdzie w roku 1785 Anna z Sapiechów Ks. Jabłonowska założyła pierwszą taką szkołę dla kształcenia położnych, przeznaczonych do

niesienia pomocy ludności w jej własnych rozległych dobrach. Zawiazki to drobne, — zaledwie kilka lub kilkanaście uczennic, bez zakładu dla rodzących, z jednym nauczycielem, o którym nie wiedzieć nawet jakie miał studia, — były jednak odrazu świadome i celowo zorganizowane i w krótkim czasie okazały się błogosławieństwem dla całej okolicy.

Po śmierci Księżnej szkoła niedługo została zwinęta, bo nie było nikogo, kto by chciał i mógł się nią zająć. W jej miejsce powstała taka sama szkoła w Białymstoku w roku 1811, pod kierownictwem Jana Feliksa de Michaelisa, i ta przetrwała do roku 1837, kształcąc przez ten czas cały szereg babek wiejskich, — boć inaczej ich nazwać nie można, — które po uzyskaniu patentu wracały na wieś i tam pomagały wedle możliwości i wedle wpojonych w szkole zasad przy porodach. Zapewne, że początków tych nie można jeszcze nazwać właściwą szkołą i że było to wyłącznie wykształcenie oparte na patrzeniu i naśladowaniu, nie zaś na prawdziwej wiedzy, choćby w zaczątkach, zawsze jednak praktycznie miały one duże znaczenie i wiele uratowanego życia zawdzięczać im należy.

Zaznaczyć tu trzeba, że szkoła w Białymstoku, założona była i prowadzona w zarządzie prywatnym. Wprawdzie Prusacy, którzy po tragedii z roku 1795 kraj ten zajęli i wcielili do swego Państwa, jako Prusy południowe, w celach agitacyjnych próbowali zakładać szkoły położnych w wielu miejscowościach Polski, jednakże szkoły te odrazu upadały, a raczej nigdy nie mogły nauki rozpocząć z wyjątkiem Kalisza i Poznania, gdzie przez bardzo krótki czas wegetowały.

W Warszawie, naówczas stolicy Prus południowych, wedle nomenklatury najeźdźców, założono Szkołę położnych i Zakład położniczy w zabudowaniu Szpitala Dzieciątka Jezus przy ul. Marszałkowskiej Nr. 1397 i to w teorii w roku 1801, w rzeczywistości zaś dopiero w sierpniu roku 1802; datę tę specjalnie

podkreślam, gdyż jest ona pierwszym dniem życia instytucji, w której obecnie mam zaszczyt przemawiać, instytucji, która od tego czasu przechodząc najrozmaitsze koleje, odzwierciedla całą niedolę naszej Ojczyzny i te nieliczne odblaski nadziei szczęścia, które jej synów prowadziły przez całą golgotę do szczytnej ofiary mienia i życia. Od tej daty nigdy nie przestała istnieć, choć czasami kryć się musiała, prawie że w podziemiach, przetrwała Prusaków, przetrwała Moskali, przetrwała represje za nasze powstania i najgorszy ucisk ostatnich przed wojną czasów, nie wynarodowiła się nigdy pomimo uporczywych usiłowań wrogów i doczekała czasów, kiedy Biały Orzeł rozpostarł nad nią opiekuńcze skrzydła.

Pierwszymi nauczycielami w szkole byli Dr. Józef Czekierski i Dr. Fryderyk Taute, jego pomocnik, a po śmierci tego ostatniego w roku 1803 Dr. Franciszek Brandt.

Pod panowaniem pruskim Szkoła niedługo była czynną. 27 listopada roku 1806, zajęły Warszawę wojska francuskie; Szkołę na razie zwinęto z braku miejsca i funduszy, Czekierski i Brandt prowadzili ją jednak dalej prywatnie i na swój koszt, aż do roku 1809, w którym to roku otwarto ją ponownie. Legalna, nietajona praca zaczęła się na nowo, choć w bardzo małych rozmiarach i trwała bez przerwy, aż do roku 1818. Z tą datą wcielono Szkołę do nowo kreowanego Uniwersytetu, jako jego Klinikę położniczą i dano jej do rozporządzenia początkowo 8, potem 12 łóżek w budynku przy ulicy Brzozowej Nr. 200. Dyrektorem Kliniki, a zarazem profesorem katedry położnictwa został mianowany Dr. Wilhelm Wahlburg, drugim nauczycielem Dr. Jan Mile.

Z programu studjów ówczesnych chciałbym podnieść kilka szczegółów, rzucających ciekawe światło na panujące zapatrywania. Nauczyciel drugi, zwany profesorem akuszerji wykładał początki nauki położnictwa dla studentów po polsku i po niemiecku, oraz uczył uczennice po polsku teorii. Naukę praktyczną uczennic prowadziła akuszerka zakładowa. Dyrektor Kliniki wykładał dla studentów już poduczonych przez swego zastępcę, choroby kobiet i dzieci. Czas trwania studjów obejmował dwa lata dla uczniów uniwersytetu, zaś rok dla uczennic akuszerji.

Po śmierci Wahlburga i po ustąpieniu zaraz potem Milego mianowano profesorem i dyrektorem Kliniki D-ra Ignacego Fiałkowskiego, który od roku 1823 sam dalej klinikę prowadził. Warunki pracy w klinice były podówczas rzeczywiście bardzo złe i wywoływały często gorzkie skargi profesora, aż nadto usprawiedliwione. W salkach ciasnych i brudnych na 12 łóżkach było stale przepełnienie, gdyż obowiązywał przymus przyjęcia rodzących bez względu na stan ich i na stopień zażenienia. Finansowe środki ograniczone do jak najniższych rozmiarów, funduszy na przeniesienie Kliniki i na jej jakie takie uposażenie nie można było znaleźć zupełnie, mimo usilnych starań nietylko osób interesowanych, lecz także mimo poparcia możnych protektorów. Rząd, któremu dobro mieszkańców Warszawy było zupełnie obojętne, stale przewlekał odpowiedź na wszelkie żale i skargi, wykręcał się w najrozmaitszy sposób i wreszcie odpowiadał odmownie. Nie było prawie wyjścia z tego błędnego koła.

A jednak mimo tych tak bardzo niekorzystnych warunków wyniki pracy nie były złe, śmiertelność mała, jak na owe czasy, gdyż nie wyższa jak 1½%.

Tak było do roku 1830, w którym zainteresował się Kliniką Ks. Lubecki i wziął w ręce sprawę stworzenia znośnych warunków pracy. Wykonano plany budowy Kliniki, która wraz z innemi, miała stać na gruntach ogrodu Frascati, nabytych od Nowosilcowa, zestawiono szczegółowy kosztorys, wynoszący około 2 milionów złp. i Lubecki osobiście przedstawił sprawę carowi Mikołajowi. Odpowiedź była odmowna ze względu na wydatek potrzebny. Gdy jednak Lubecki nie ustępował i całą swoją wymowę i swoje znaczenie postawił na kartę, Car przyglądał się bliżej projektom, zainteresował się całą budową i po półgodzinnej rozmowie machnął przyzwalająco ręką. Sprawa była zadecydowana ku ogólnemu zadowoleniu, budżet uchwalony i w roku 1831 z wczesną wiosną miano przystąpić do wykonania projektu.

Tymczasem 29 listopada 1830 roku wybuchło powstanie. Po jego stłumieniu zamknięto Uniwersytet, a z Kliniki położniczej zrobiono oddział szpitalny, który uczniów, ani uczennic nie kształcił. O planach budowy nowego, lepszego pomieszczenia nie było już mowy, trzeba było pracować w dawnych nieznośnych stosunkach i starać się własną sumiennością i zapobiegliwością zrównoważyć niekorzystne warunki bytu.

Kierownikiem instytutu pozostał nadal Fiałkowski. Dopiero w roku 1833 dodano mu do pomocy Adjunkta Dra Wiktora Kochańskiego i równocześnie otworzono nanowo Szkołę położnych. Początkowo nauka szła dawnym trybem i niezbyt jeszcze była zgrana, w krótkim jednak czasie nietylko zdołano ją zorganizować, lecz owszem, rozszerzono ją i dodano szereg wykładów specjalnych, które według dzisiejszych pojęć wydają się niepotrzebne, naówczas jednak uważane były za wskazane i prowadzące do celu.

Przedewszystkiem w program nauk włączono znajomość chorób wenerycznych i to tak teoretycznie, jak praktycznie. Naukę tę prowadził Fiałkowski na materiale zakładu i na chorych oddziału Szpitala Św. Łazarza. Następnie postarano się o lepsze wpojenie uczennicom zasad położnictwa przez wykłady powtarzające, które objął Kochański.

W końcu okazało się praktycznem rozdzielić naukę uczennic i część jej teoretyczną oddać całkowicie Kochańskiemu, podczas gdy Fiałkowski prowadził nadal wykształcenie praktyczne na materiale zakładu. W ten sposób ukształtowana nauka szła normalnym trybem i wydawało się, że żadnej dalszej zmiany nie wymaga. Trudności wyłoniły się z innej strony. Pomimo przestrzegania przepisów w owych czasach panujących, zaczęła się pojawiać gorączka połogowa i coraz więcej ofiar zabierać. Nie były to przypadki odosobnione. Pojawiały się w tym czasie w całej Europie, a jak dziś wiemy, stały w ścisłym związku z kierunkiem anatomicznym badań lekarskich i z przenoszeniem, za pomocą rąk, zarazków wprost z sekcjonowanych zwłok na rodzące osoby. Wszędzie ta straszna choroba zabierała niezliczone ofiary, tu były one ledwie pojedyncze, najprawdopodobniej z tego powodu, że studentów medycyny nie było, a uczennice akuszerji sekcji nie wykonywały. Pomimo to nieliczne nawet wypadki, jakie się wydarzyły posłużyły Fiałkowskiemu do podniesienia nanowo zarzutów co do pomieszczenia i uposażenia szkoły i do zarządzenia zbadania stosunków na miejscu przez komisję ad hoc wybraną. Wyniki tych

badani były rzeczywiście straszne. Prócz niemożliwego przepełnienia na małej ilości łóżek, prócz pomieszczenia zdrowych położnic z gorączkującymi, prócz braku najprymitywniejszych urządzeń, stwierdzono z jednej strony zakładu górę gnojową, z drugiej zapadłą smrodliwą uliczkę, pod zakładem zaś pralnię stale czynną. I w takich warunkach Zakład wykazywał tylko 3.6% śmiertelności. Wyniki rzeczywiście godne pozazdroszczenia.

Poprawa stosunków nie przyszła zaraz. Trzeba było czekać i prosić i zabiegać na wszystkie strony, aż wreszcie w sierpniu roku 1840, przeprowadzono Instytut do zabudowań Szpitala Dzieciątka Jezus na placu Wareckim. W tym roku żadna położnica nie umarła, a rok następny zaznaczył się śmiertelnością zaledwie nieco wyżej 1%. Wydawało się, że zarządzenia były celowe i że skończono ze sprawą gorączki połogowej. Złudzenia, jakich tyle równocześnie było na całym świecie.

W roku 1840 przydzielono Instytut nowokreowanemu inspektorowi głównemu służby cywilnej lekarskiej i wydano ściśle, przepisy dla szkoły akuserek. Plan nauki rozłożono na dwa lata, z których pierwszy przeznaczono na naukę teorii, drugi na wykształcenie praktyczne. Uczennic było 12 na koszt rządowy i nieograniczona ilość na własnym utrzymaniu. Co miesiąc składały one rodzaj egzaminu, co naturalnie bardzo dodatnio wpływać musiało na stałe postępy w nauce. Etablowych łóżek dla chorych było już 18.

Z końcem roku 1842 ustąpił z posady Fiałkowski. Na jego miejsce przyszedł Dr. Klemens Nowicki, który wspólnie ze swoim pomocnikiem D-r'em Ludwikiem Darewskim, prowadził szkołę do roku 1846. Ważniejszych zdarzeń w tym czasie nie było.

Następcą Nowickiego został Dr. Jakub Frey, najniešťczęśliwszy z wszystkich, który mimo najlepszych chęci i mimo wytężonej pracy nie podolał zadaniu.

Gorączka połogowa w rozmiarach coraz straszniejszych i coraz bardziej zatrważających udaremniła mu pracę. A rady na nią nie było. Rok 1849 wykazał 5% śmiertelności, rok 1851 na papierze tę samą ilość, w rzeczywistości jednak daleko wyższą, gdyż wiele chorych przed śmiercią przeniesiono na inne oddziały szpitalne, rok 1854,—już 9,6%. Powodu szukano w zakażeniu drogą powietrza przez jakieś bliżej nieznane miazmaty. I choć w tym czasie po całym świecie brzmiały już zapatrywania Semmelweisa, wykazujące dowodowo pochodzenia zakażenia od jakichś bliżej nieznanych ciał gnilnych, które wprost przenoszono z trupa, lub ropiejącej rany, i choć jako radę zalecano gorliwie mycie rąk przed badaniem osób ciężarnych i rodzących i odkażanie tych rąk za pomocą rozzynu chlorku wapna, to przecież nauka ta, będąca dziś podstawą naszych zapatrywań, wywoływała prawie wszędzie niewiarę i sprzeciw i wiele lat trzeba było, aby uznano jej prawdziwość. Walki staczane o istotę i pochodzenie gorączki połogowej, tak żywe i namiętne na zachodzie, tu dochodziły powoli i ze znacznym opóźnieniem i nie mogły pokonać istniejących zapatrywań i przesądów. Frey nowej nauce nie wierzył. Pozostał przy dawnych pojęciach i zalecał oddzielanie chorych od zdrowych, częste zmiany w pomieszczeniu położnic, wietrzenie pokoi, częste pranie bielizny, czyszczenie gąbek, narzędzi i t. d., że jednak równocześnie był zwolennikiem czynnej pomocy przy po-

rodzie i wykonywał dosyć dużo rękoczynów, środków powyższe zapobiegania gorączce połogowej żadnego na nią nie miały wpływu. Nie pomogło także przeniesienie Instytutu do domu przy ul. Marszałkowskiej Nr. 124, gdzie na parterze i na I. piętrze pomieszczono łóżka dla rodzących i ciężarnych, zaś na II-gim łóżka dla położnic, które prawie wszystkie gorączkowały.

W roku 1855, w którym Instytut przeniesiono, śmiertelność doszła do 11%, w następny wynosiła 10%, a w 1857, przejściowo spadła do 5%. Nic nie pomogło, nawet opuszczenie lokalu na parę miesięcy. Wreszcie Instytut zamknięto dla odnowienia i otworzono go dopiero 1 marca 1852 r. na nowo. Pierwszym gościem była znowu gorączka połogowa. Rok 1859 wykazał 5.7% śmiertelności, rok 1860 5.6% zaś rok 1861—7%. Wobec tego Freya i Darewskiego uwolniono ze służby, a nowym Dyrektorem został Dr. Władysław Tyrchowski.

Równocześnie wcielono Instytut do niedawno założonej Akademii medycznej, jako jej Klinikę, przeznaczoną już nietylko do kształcenia akuserek, lecz także dla studentów medycyny. Adjunktem został Dr. Adam Gliszczyński, który będąc równocześnie ordynatorem Szpitala, urządził na swoim oddziale wykłady ginekologii dla studentów. Z tą zatem chwilą Uniwersytet rozpoczął naukę całego naszego działu, mając tak Klinikę położniczą jak i ginekologiczną. Niestety były one rozdzielone od siebie i powstał stan, który tu utrzymywał się aż do czasów obecnych, stan odrębnego nauczania położnictwa i nauki o chorobach kobiecych, stan, który ogólnie całkiem słusznie uważają za niekorzystny i który często ze szkodą dla chorych i dla nauki wywołać musiał spory o kompetencję poszczególnych zakładów.

Akademję medyko-chirurgiczną zniesiono w roku 1862, i wcielono ją do nowo utworzonej Warszawskiej Szkoły Głównej. Wraz z nią poszła i Klinika. Plan nauki żadnej nie uległ zmianie i na ogół w dość trudnych warunkach był dobrze założony i przeprowadzony. W Klinice studenci dyżurowali po trzech. Prowadzili porody pod kierownictwem lekarzy i akuszerki i przy rannej wizycie zdawali profesorowi sprawę. Poza tem byli zobowiązani zajmować się nadal swoimi pacjentkami, śledzić cały przebieg ich położu, być obecnymi przy każdym zabiegu, jaki okazał się konieczny, sporządzać historie chorób i nadzorować swoje przypadki, aż do ich wyjścia z Kliniki, lub śmierci. Porody normalne prowadziła akuszerka, trudniejsze lub powikłane, asystent. Do przypadków niejasnych, wątpliwych lub trudnych wzywano profesora. Przy zabiegach wykonywanych byli zasadniczo obecni studenci i to w większej ilości. Badanie wewnętrzne ile możności ograniczano. Gdy jednak wskutek tego cierpiało praktyczne wykształcenie studentów, wynajmowano za zapłatą do badania kobiety ciężarne lub nawet i nieciężarne i radzono sobie jak właściwie było można.

Tyrchowski wykladał położnictwo i pedjastrę, Gliszczyński ginekologię. Ponadto prowadzono kursy ćwiczeń w zabiegach położniczych, na wzór takich lekcji istniejących za granicą, plan ten jednak rozbił się o brak funduszu na wynagrodzenie dla potrzebnego do tego celu asystenta.

Nauczony smutnem doświadczeniem swego poprzednika, a także przekonany zapatrywaniami Semmelweisa na istotę i pochodzenie zakażenia połogowego, był Tyrchowski zwolennikiem tych zasad.

W Klinice odrazu usunął gąbki, a zmywanie chorych polecał robić kompresami, maczanymi w roztocznym chlorku wapna. Przestrzegał sumiennego mycia rąk przed badaniem i odkażania ich taksamo roztocznym chlorku wapna. Wprowadził w użycie watę maczaną w roztocznym karbolu. Przy rankach na częścicach płciowych polecał zmywania 2 do 3 razy dziennie, przy cuchnących odchodach przestrzykiwania pochwy, a nawet macicy roztocznym sublimatu 2 na tysiąc. Cewniki gumowe były osobne dla każdej chorej, poczem je niszczone. Ponadto używano cewników i kanek szklanych.

Pomimo tych wszystkich zarządzeń wyniki nie były świetne. W ciągu 22 lat Profesury Tyrchowskiego przyjęto przeszło 6000 osób wśród których śmiertelność wynosiła 7%. Przyczyny tego zapewne szukać należy w znacznej ilości studentów i uczennic, a także w bardzo wielu rękoczynach, które wykonywano. W powołanym czasie było ich 1339 t. j. przeszło 22%. W tem samych wydobyć łozyska ręką aż 184!

Rok 1869 przyniósł zmianę Szkoły Głównej na Uniwersytet, naturalnie czysto rosyjski, w którym Moskalie, bez względu na naukową wartość otrzymali cały szereg przywilejów. Gliszczyński, naówczas już nadzwyczajny Profesor ginekologii, ustąpił z posady, Tyrchowski pozostał jako Profesor aż do roku 1884. Po nim przez rok prowadził Klinikę Dr. Ludwik Adolf Neugebauer.

W roku 1885 zaczęła się skrajna reakcja i ucisk. Nowy Profesor Mikołaj Wasiljewicz Jastrebów z Petersburga wprowadził przedewszystkiem urzędowy język rosyjski i bojkot Polaków. Równocześnie nowy profesor Kliniki ginekologicznej w Szpitalu Św. Ducha, Fiodorow zaczął tam wykłady. Rozpanoszyli się najeźdźcy na 35 łózkach Kliniki położniczej i 20 Kliniki ginekologicznej i rządili wszechwładnie. Jeden fakt tylko godny jest z tych czasów zanotowania. Oto w roku 1901 przeniesiono Klinikę położniczą do nowo ad hoc postanowionego budynku, tego samego, w którym obecnie mam zaszczyt przemawiać.

Rewolucja w roku 1905, wybuchła z powodu wojny japońskiej spowodowała zamknięcie Uniwersytetu i wskazała obu profesorom właściwą drogę na wschód. Obie Kliniki przejściowo dostały się pod zarząd miasta, jako oddziały szpitalne. Wykładów nie było.

Dopiero w roku 1912 reaktywowano Uniwersytet i mianowano profesorem Niejołowa, który jednak z powodu śmierci do wykładow nie doszedł. Na jego miejsce przyszedł Arkadiusz Aleksandrowicz Siciński z Petersburga i objął obie Kliniki. Reakcja doszła do szczytu. Po polsku słowa przemówić nie było wolno. A jednak drakońskie zarządzenia nie pomogły. Duch Polski gnębiony systematycznie w tem całym dwudziestolecu nie uległ. Przypadł tylko do ziemi i nienaruszony przetrwał wśród ordynatorów i pracowników Klinik, którzy go przechowali pod płaszczykiem pozorów zewnętrznych. I godzi się na tem miejscu nazwiska ich zanotować: Cykowski, Łuniewski, Grzankowski, Gąszyński, Kowalewski, Szybowski, Łaskowski, Lorentowicz, Zdanowicz nie tylko nie ulegali rusyfikacji, lecz owszem pielęgowali i krzewili polskość tych Instytutów, zmuszonych pracować pod obcą firmą.

Z wybuchem wielkiej wojny i w związku z niepowodzeniem oręza rosyjskiego przeniesiono Uniwer-

sytyet do Rostowa. Zabierano co było można i wiele dobra polskiej nauki wywieziono ze sobą. Z tej Kliniki, dzięki czujności pracujących tu lekarzy, zabrano niewiele i dziś nauka oprzeć się może na licznych urządzeniach uratowanych przed zagładą.

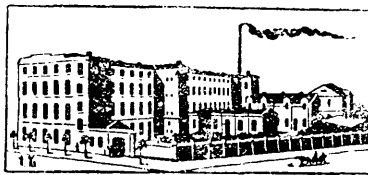
Po ustąpieniu Moskali miasto objęło obie Kliniki. Jako oddziały szpitalne poprowadził ginekologję Czesław Stankiewicz, zaś położniczy Instytut Władysław Kowalewski, a potem od roku 1915 Stanisław Zdanowicz.

Dziś oddają je w całości Ojczyściej Wszechnicy. Niechże przyjmą serdeczną podziękę i prośbę o dalszą współpracę z nami już na własnej polskiej glebie.

Oto kartka z przeszłości.

O terażniejszości na razie niewiele można powiedzieć. Wśród urządzeń niewykończonych, wśród murów, na których tynk jeszcze nie wysechł, narazie bez chorych przyjętych, rozpoczynamy pracę w teorji, powodowani przeświadczeniem, że dalej zwlekać nie można i że chwilowo zadowolnić się trzeba tem, co da się uzyskać. Praca to niełatwa. Klinika obejmuje tak położnictwo jak ginekologję, dwa działy z których każdy uzyskał już poważny stopień rozwoju i które — co bardzo ważne, — zasadniczo się różnią od siebie. Położnictwo zajmuje się przeprowadzeniem normalnej sprawy porodowej, a zatem czynnością fizjologiczną u osób zdrowych, oraz pielęgowaniem zdrowych noworodków. Wszelkie powikłania i odchylenia od normy są przeważnie następstwem wadliwej budowy lub czynników mechanicznych, a nie choroby w ścisłym tego słowa znaczeniu. Właściwie sprawy chorobowe, należące do położnictwa, są zazwyczaj w ścisłym związku z samą istotą ciąży, czyli inaczej mówiąc są patologicznym odczynem na oko zdrowego organizmu na sprawę fizjologiczną, jak nam się wydaje, w nim się toczącą. Ginekologja przeciwnie, zajmuje się wyłącznie kobietą chorą. O ile w położnictwie chodzi o utrzymanie gatunku, o tyle celem ginekologii jest utrzymanie żywego i zdrowego osobnika. Różnica zatem olbrzymia, która przez długie czasy powodowała oddzielenie tych obu działów nauki i traktowanie ich w dwu osobnych instytutach. A jednak jest to podział, który utrzymać się nie da, taksamo, jak nie da się utrzymać anulowanie ginekologii, jako osobnego przedmiotu i wcielenie leczenia chorób kobiecych do oddziałów wewnętrznych i chirurgicznych. Zawiele jest przejść i powikłań specjalnych dla ustroju kobiety i dla jej narządu płciowego, zawiele jest stanów pośrednich między fizjologiczną sprawą rodzenia, razem z jej powikłaniami niechorobowymi, a właściwą chorobą kobiecą choćby nawet wywołaną stanem ciąży, porodu, czy pólgu. Te właśnie stany patologiczne, wywołane sprawą porodową, a powodujące nierzadko utratę życia tak matki jak dziecka, są czynnikiem pośrednim, który łączy i spaja ze sobą dwa działy nauki, oparte na tak odległych podstawach i tak od siebie różne. I dla tego właśnie musi być jedna Klinika położniczo-ginekologiczna, a nie dwie odrębne, i dlatego w naszej Wszechnicy tę jedną wspólną Klinikę ustanowiono. I dlatego ta jedna stanowi zamkniętą w sobie całość, obejmującą tak fizjologję, jak i patologję, a więc całe życie kobiety jako takiej. Pole działania bardzo rozległe, tem bardziej, że prawie wszystkie zdobycze nauki, których tyle dały ostatnie czasy, a także te, które jeszcze przyjdą, mogą i muszą tu znaleźć zastosowanie.

(Ciąg dalszy nastąpi.)



TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO
d. **MAGISTER KLAWE, S. A.,**
22/24 UL. KAROLKOWA, WARSZAWA.

Tabletki Musujące Magistra Klawe

W tych wszystkich przypadkach, w których wskazane jest użycie wód mineralnych w stanie stężonym, jak również w leczeniu wodami mineralnymi na prowincji, gdyż dostawa wód tych może być utrudniona, doskonale usługi oddają

Tabletki Musujące Magistra Klawe.

Tabletki te zawierają wszystkie składniki solne wody mineralnej naturalnej danego źródła, dzięki czemu przyrządzenie wody mineralnej w domu chorego jest nader łatwe.

2 tabletki na szklanę wody dają napój musujący, zastępujący odpowiednią wodę mineralną.

Laboratorja Mag. Klawe wyrabiają tabl. mineralne następujące:

**Apenia,
Billn,
Borżom,
Contrexeville,
Eger,
Ems,
Franz Joseph,
Essentukl,**

**Marfenbad Kreuzbrunnen,
Karlsbad Sprudel,
Obersalzbrunn,
Kissingen,
Huniady,
Salwafor,
Selters,
Soden,
Vichy.**

SOLEC

Sezon od 20-go maja do 20-go września.

Ceny kuracji niższe niż w innych zdrojowiskach krajowych. Dojazd przez st. Kielce lub st. kolei galicyjskiej Szczucin-
skąd 15 km. do Solca. Prospekty wysyła Zarząd Solca, poczta Stopnica, ziemi Kieleckiej.**Zakład Wód Mineralnych Siarczano-Słonych**znanych ze swej skuteczności w reumatyzmie, artretyzmie, chorobach skórnych, nerwowych, przymiocie. **Kaplele błotne, słoneczne. Hydropatja.** Ordynować będzie dr. Wł. Harajewicz,Warsz. Tow. Akc. „**MOTOR**“ niniejszem zawiadamia WW. PP. Doktorów, iż**„MOTOFER“**

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

Mikroskopy

z immersją i bez, zwyczajne i polaryzacyjne.

Mikrotomy

Oddzielnie okulary i obiektywy, lusterka płaskowklęsłe, szkiełka przedmiotowe i przykrywkowe.

Wagi osobowe

typu Fairbanks, wzrostomierze i siłomierze.

**Latarnie
czarnoksiężkie**

z oświetleniem elektrycznym i karbidowym.

Przezrocza

ze wszelkich dziedzin nauki i sztuki poleca

„POMOC SZKOLNA”

Sp. z ogr. odp.

Warszawa, Nowogrodzka 19, tel. 202-29.

Towarzystwo Przemysłu Chemicznego w Bazylei, Szwajcaria.

Société pour l' Industrie Chimique à Bâle, Suisse.

FERROPHYTINA „CIBA”

Sól obojętna żelazowa kwasu phytinowego (inozyt-fosforowego) zawier. około 7 1/2 % Fe. i około 6 % P. w stanie koloidalnym.

Tak żelazo, jak fosfor znajdują się w związku organicznym łatwo wchłanianym i zupełnie przyswajalnym.

WSKAZANIA: **Ferrophytina** wszędzie jest wskazana, gdzie równolegle z żelazem, zadawanem w celu poprawy tworzenia krwi zależy na ogólnem pobudzeniu sprawności komórek i wymiany materji, a zatem przedewszystkiem w przypadkach często spotykanych stanów niedostatecznego odżywiania w niedokrwistości (naprz. żoły, gruźlica), niedostatecznym rozwoju dzieci anemicznych, następnie w niezliczonych zaburzeniach układu nerwowego i słabości, braku łaknienia, osłabionem trawieniu, nadwrażliwości żołądka i t. p. Również nadaje się stosowanie **Ferrophytiny** w czasie ciąży i karmienia piersią. Pod względem smaku przyjemnego i dogodności stosowania **Ferrophytina** nadaje się szczególnie do użytku w praktyce dziecięcej.

Rp. Ferrophitini caps. scat. orig. unam. (pudełko oryg. zawiera 40 kaps.)

Jedyni dostawcy na Polskę:

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

Oddział farmaceutyczny.

w Pabjanicach, województwo Łódzkie.

Oddział farmaceutyczny.

Nowy typ samotrzymającego się operacyjnego wziernika pochwowego.

Podał kpt. lekarz Dr. med. Aleksander Kummant.

Ordynator oddziału chirurgicznego szpitala Ewangelickiego w Łodzi.

Przyrząd, którego opis tutaj podaję, przeznaczony jest przede wszystkim dla lekarza na prowincji, który i w czasach normalnych, może bardzo często znaleźć się w położeniu, że z braku pomocy sam sobie radzić musi. Narzędzie to ma mu zastąpić asystenta w drobnych operacjach pochwowych, przede wszystkim podczas usuwania resztek jaja płodowego wskutek poronienia i w krwotoku lub wogóle podczas skrobań macicy, dokonywanych z powodu innych chorób. Niektórzy koledzy posługują się w tym wypadku wziernikiem typu Cusco. Wziernik ten jednak wcale nie jest przeznaczony do operacji, lecz do badań, i mając dziób długi, dochodzący aż do sklepień pochwy, nie pozwala na ściągnięcie macicy ku dołowi, przez co ogromnie utrudnia skrobanie i zwiększa niebezpieczeństwo perforacji. Prócz tego o ile chora ma bardzo niskie krocze lub zachowuje się podczas zabiegu niespokojnie, wtedy wziernik Cusco albo nie trzyma się wcale, albo podczas zabiegu wypada na ziemię, zakłuczając w ten sposób prawidłowy przebieg operacji.

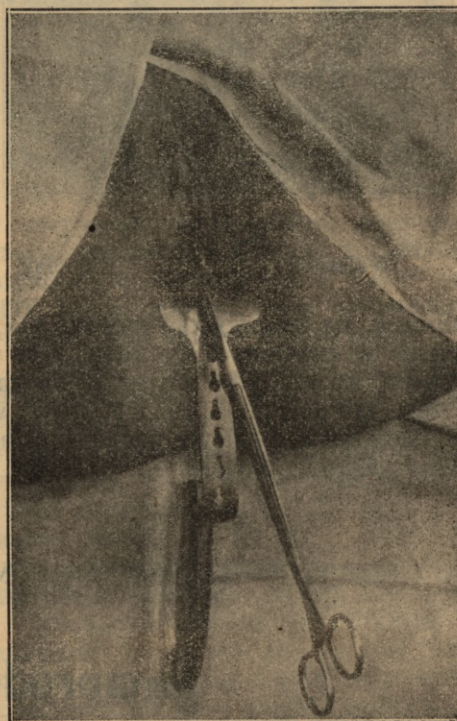
Posługując się wziernikiem mojego pomysłu, operator może, o ile chodzi o skrobanie macicy, wykonać ten zabieg zupełnie sam, bez żadnej literalnie pomocy (nieoglądając się nawet na pomoc akuszerki, której pojęcia o wymogach nowoczesnej aseptyki są i obecnie często jeszcze bardzo chwiejne) i bez najmniejszej obawy wypadnięcia wziernika, nawet w razie bardzo niespokojnego zachowania się chorej.

Zasada konstrukcji wziernika polega na tem, że może on być za pomocą odpowiedniego zamka ściśle zespolony z kulociągiem. Chwyciwszy kulociągiem za tylną wargę macicy, ściągamy ją możliwie ku dołowi i zaczepiamy kulociąg z wziernikiem. W ten sposób wziernik nie może wypaść, gdyż przez szyjkę maciczną silnie jest przyciskany do krocza, macica nie mogąc cofnąć się wгłąb, pozostaje w nadanej jej pozycji i operator, nastawiwszy sobie odpowiednio szyjkę i zewnętrzne ujście macicy, ma zupełnie wolne ręce. Może on sobie teraz bez żadnej obawy przystosować sączek gazy do wytamponowania pochwy po zabiegu, nawinąć pasemko gazy na sondę celem wyjodynowania wnętrza macicy i t. d., nie troszcząc się zupełnie o to, że wziernik może wypaść z pochwy, lub że osoba, pomagająca mu, zrobi podczas tego jakiś błąd w aseptyce.

Wziernik mój składa się z trzech części, stanowiących razem jedną całość: 1) Z krótkiej łyżki pochwowej 6 cm. długości i 4 cm. szerokości, dłuższy bowiem dziób wziernika ogranicza ściągalność macicy ku dołowi. 2) Z trzonu długości 12 cm., szerokości 2 cm. i grubości 2 mm. Trzon ten zaopatrzony jest w szereg dziurek, podobnych do dziurek od klucza, odwróconych górną na dół. Do dziurek tych dokładnie pasuje ząb, znajdujący się na ramieniu kulociąga. Trzecia część wziernika, rączka, jest masywna, możliwie ciężka, aby ciężarem swoim przyciskała krocze ku dołowi, zakończona jest hakiem dla ewentualnego obciążenia wziernika przez podwieszenie na haku odpowiedniego ciężarka, w razie bardzo wysokiego

krocza i wąskiej pochwy. Prócz tego rączka ta jest wysunięta nieco ku przodowi, aby nie kolidowała z kulociągiem.

Kulociąg, celem zespolenia go z wziernikiem jest zaopatrzony na jednym ramieniu w odległości 2-3 cm. od zębów, chwytających wargi maciczne, w jeden tępy ząb w postaci grzybka z okrągłą główką, pasującą dokładnie do okrągłej części otworu na trzonie wziernika, i z cieńszą spłaszczoną szyjką, pasującą do podłużnej części otworu na trzonie wziernika (Rys. 1).



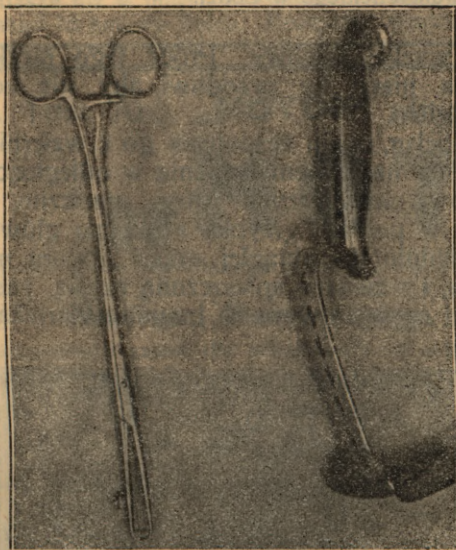
Rys. 1.

Automatyczny wziernik in situ.

Zespolenie więc wziernika z kulociągiem otrzymujemy w ten sposób, że tępy ząb kulociąga wkładamy główką w okrągłą część otworu w trzonie wziernika, a przesunawszy go nieco ku górze, co właściwie czyni sama macica, mająca tendencję cofnięcia się wгłąb, osiągamy to, że szyjka zęba kulociągu wchodzi w węższą część otworu na trzonie wziernika i główka nie może wydobyć się z otworu. Po skończonym zabiegu pociągamy kulociąg nieco ku dołowi, aby główka grzybka znalazła się na równi krągłej części otworu i mogła być tamtędy wydobyta. (Rys. 2)

Poza skrobaniem macicy przyrząd ten może być użyty również do przedniej kolporafji, do operacji Emmeta i do operacji pęcherzowo - pochwowych. Ponieważ wziernik mój ma krótki dziób, co, jak już zaznaczyłem, nie ogranicza ściągalności macicy, trzeba dla odnalezienia części pochwowej wprowadzić najpierw inny wziernik o dłuższym dziobie, sięgający aż do sklepień pochwowych, i, po odnalezieniu części

pochwowej, chwycić kulociągami tylną wargę macicy, wyjąć pierwszy wziernik i zamiast niego wprowadzić mój wziernik i zespolić go z kulociągami. Jedyny zarzut, zrobiony przyrzadowi memu, jest ten, że za nadto unieruchomia macicę, co podczas skrobienia trochę przeszkadza. Zarzut ten jest, moim zdaniem,



Rys. 2.
Wziernik. Kulociąg.

całkiem słuszny, ale też przyrząd mój nie ma pretensji do zastąpienia w zupełności wprawnej ręki wyrobionego asystenta, ma on tylko zastosowanie tam, gdzie ręki tej brak, lub czystość jej jest zbyt wątpliwa. Przyrząd, zmierzający do tego samego celu co mój, zbudował już dawniej Auvard.

Wziernik Auvard'a ma również względnie krótki dziób, zakrzywiony pod ostrym kątem w stosunku do trzonu, rączka zaś również jest zakończona hakiem, do którego jako ciężarki wieszają się blaszane cylindry, napełnione przegotowaną wodą. Wziernik ten trzyma się tylko dzięki swemu ciężarowi, lecz u wieloródek o niskim lub pękniętym kroczu zastosowany być nie może, ponieważ dziób jego, nie znajdując oparcia na kroczu, wyslizguje się z pochwy. Również o ile chora zachowuje się podczas skrobienia macicy niespokojnie, wziernik Auvard'a łatwo wypada z pochwy na ziemię. Oczywiście przy pomocy wziernika Auvard'a można dokonać tylko jednej operacji — mianowicie skrobienia macicy.

Albarran skonstruował wziernik pochwowy, mający zastąpić rękę asystenta podczas operacji przetok pęcherzowo—pochwowych; aparat ten jest bardzo ciężki i skomplikowany. Składa się z metalowego talerza, na którym podczas operacji leżą pośladki chorej, przyciskające talerz do stołu operacyjnego. Wziernik zaś, po wprowadzeniu go do pochwy i odpowiednim nastawieniu, przysrubowuje się do talerza, który jest unieruchomiony samym ciężarem chorej.¹⁾

¹⁾ Tu także wspomnieć należy o wzierniku Ludwika Neugebauera (1859), t. z. rozszerzacz pochwy (*dilatatorium v. dioptra vaginalis trivalva*), który służył miał podczas operacji przetok pęcherzowo—pochwowych do stałego odsłonięcia otworu przetoki w pochwie, a zarazem jako się sam trzymający w pochwie za pomocą złożonego aparatu, umieszczonego na okolicy lędźwiowo—krzyżowej w pozycji chorej à la vache (na czworakach), miał zastępować podczas operacji pomocnika, bez którego bardzo często obejść się trzeba. Przyrząd ten jednak, aczkolwiek celowo pomyślany, jako zbyt ciężki, złożony i dla chorej uciążliwy, nie zyskał popularności i prędko poszedł w zapomnienie. (Przyp. red.)

X. Z KAZUISTYKI ZAKŁADU ANATOMII PATOLOGICZNEJ UNIwersYTETU WARSZAWSKIEGO.

Samorodne pęknięcie serca.

(Cardiorhexis, Ruptura cordis spontanea).

Podał Dr. Ludwik Paszkiewicz, prosektor Zakładu.

J. R., kobieta, lat 60, przybyła do Szpitala Dzieciątka Jezus z powodu zatrucia gazem świeltnym. Chora zmarła wkrótce po przybyciu. Danych klinicznych brak.

Na sekcji znaleziono: zwłoki o bardzo znacznej tuszy z jasno czerwonymi plamami pośmiertnymi; płuca cokolwiek obrzękłe, blade; znaczne przekrwienie zastoinowe narządów jamy brzusznej, głównie wątroby i nerek; w worku osierdziowym, zupełnie nieuszkodzonym, skrzepła krew w postaci odlewu, otaczającego serce dookoła, wagi 250 grm.; serce powiększone we wszystkich wymiarach; zarówno prawą jak i lewą komorę serca pokrywa gruba warstwa tkanki tłuszczowej; mięsień obydwóch połów serca nadzwyczaj wiotki, ściany komór zakłęste; wszystkie jamy serca zupełnie puste; mięsień sercowy na przekroju ma wyraźny odcień żółty i połysk tłusty, rwie się nadzwyczaj łatwo, rozłazi się w palcach; na tylnej powierzchni serca mniej więcej pośrodku ściany lewej

komory tuż przy lewym brzegu żyły środkowej serca, w kierunku od podstawy do wierzchołka biegnie wązka szczelina, długości 4 mm.; szczelina ta staje się widoczną dopiero po napięciu powierzchni serca; od strony jamy lewej komory na przegrodzie międzykomorowej i tylnej ścianie serca widać głęboko drążącą do mięśnia sercowego szczelinę długości 6 cm. o przebiegu poprzecznym; brzegi szczeliny ząbione, faliste; skrzepów krwi nie widać gołym okiem ani w szczelinie (w kanale), ani w brzegach jej (w mięśniu).

Badanie drobnowidowe wykazało bardzo znaczny stopień zwyrodnienia tłuszczowego mięśnia sercowego zarówno w brzegach szczeliny, jak i w innych odcinkach serca.

Uraz w danym wypadku wykluczony, przemawia za tem całość ściennego listka worka osierdziowego. Pękło serce w wysokim stopniu zwyrodniałe tłuszczowo. Pęknięcie umiejscowiło się w tylnej ścianie lewej

komory i zajęło część przegrody międzykomorowej. Linia pęknięcia ma kierunek poprzeczny. Pękło serce kobiety. Oto osobliwości danego przypadku.

Pęknięcia serca dzielimy na 1) pęknięcia samorodne i 2) pęknięcia urazowe. O pęknięciu samorodnem mówimy wtedy, kiedy serce pęka bez przyczyny z zewnątrz, a o urazowym, kiedy na cały organizm lub jego część (klatka piersiowa) działają przyczyny zewnętrzne, jako to: upadek z wysokości, przejechanie, zgniecenie, uderzenie w piersi kulakiem lub przedmiotem o szerokiej powierzchni i t. p. Oddzielny rodzaj urazu stanowią uszkodzenia serca, resp. rany klute i postrzałowe.

Znane są w piśmiennictwie przypadki samorodnego pęknięcia serca „zdrowego”. Podają je Winkler, Buchwald, Ponfick i von Cnopf. Zdrowe serce ma pękać przy nader znacznym wysiłku cielesnym np. u atletów. Przypadki te w zestawieniu z innemi o wiele częstszemi muszą jednak budzić wiele wątpliwości, tem więcej, że w ich opisie bądź brak zupełnie badania drobnowidowego mięśnia w miejscu pęknięcia, bądź badanie wykonano pobieżnie. Nie zbadano całego pęknięcia szczegółowo, a to obowiązuje w każdym przypadku wątpliwym, jeżeli chcemy wyjaśnić właściwą przyczynę. Większość ogłoszonych przypadków pęknięcia serca każe stać na stanowisku, że może pęknąć tylko serce chorobnie zmienione, inaczej mięsień sercowy pęka w miejscu chorobnie zmienionem. Zmiany, które spotykamy w mięśniu sercowym w miejscu pęknięcia są następujące: zawały i następstwo ich, ogniska rozmiękczeniowe, widujemy w przypadkach daleko posuniętego stwardnienia tętnic wieńcowych lub zaciopowania ich; blizny, które sprzyjają powstawaniu tętniaków ściany serca; ropnie w mięśniu sercowym; ograniczony zanik mięśnia; zanik brunatny mięśnia w połączeniu ze stwardnieniem odnośnego naczynia wieńcowego; zanik brunatny w połączeniu ze stłuszczeniem mięśnia; stłuszczenie, resp. zwyrodnienie tłuszczowe; otłuszczenie serca; wylewy krwawe do mięśnia sercowego i t. p.

Bartel opisał ciekawy przypadek pęknięcia serca u kobiety 77-letniej, które powstało po pęknięciu małego tętniaka prawej tętnicy wieńcowej. Bardzo dokładne i sprawdzone przez Thorela badanie drobnowidowe pęknięcia nie wykazało w mięśniu żadnych zmian. W tym przypadku napewno najpierw pękł tętniak, a następnie mięsień serca pod wpływem wylewu krwawego. Przypadek Bartla zasługuje na szczególniejszą uwagę jeszcze z tego względu, że przypadki tętniaków i żyłaków mięśnia sercowego wogóle należą do wielkich rzadkości, a już połączenie pęknięcia ich z pęknięciem serca należy unikać.

Miejsca chorobnie zmienione w porównaniu z pozostałymi odcinkami serca resp. jego ściany, odznaczają się mniejszą sprężystością, spoistość ich często jest też bardzo znacznie zmniejszona (zawały, rozmiękczenia), ściana bywa ścięciwała, a więc nawet przy zwykłej czynności serca odcinki te są narażone na ciągły uraz ze strony krwi, resp. parcia krwi. Przy każdym skurczu krew rozciąga w mięśniu miejsca mniej odporne, mniej wartościowe, i wskutek tego, zależnie od szybkości przebiegu zmian w mięśniu, powstaje w tem miejscu ostry lub przewlekły tętniak, który stale ulega rozciąganiu, a tem samem osłabieniu i ścięczeniu ściany. Wystarcza teraz w pewnym momencie życia zwykłego parcia krwi, ażeby taki tętniak pękł. Oczywiście, jeżeli parcie krwi zostanie nagle wzmożone wskutek jakiegokolwiek wysiłku,

np. kaszlu, wymiotów, natężenia przy oddawaniu stolca, gwałtowniejszego ruchu, pęknięcie następuje łatwiej.

Knoll opisał przypadek pęknięcia serca po podaniu naparstnicy.

W ogniskach rozmięczonych lub w przypadkach ropnia w mięśniu serca o przebiegu ostrym nie dochodzi do wytworzenia się tętniaka. Miejsce schorzałe pęka nagle. W przypadkach o przebiegu przewlekłym tętniak wytwarza się zawsze. Tę kolejność zmian przygotowawczych do pęknięcia nie zawsze można na sekcji dokładnie stwierdzić. Podbiegi krwawe w mięśniu w brzegach szczeliny zacierają obraz bardzo znacznie. Jak nieznaczne wzmożenie parcia krwi wystarcza nieraz, by serce pękło, poucza przypadek Draeck. U kobiety 62-letniej, bardzo otyłej, serce pękło nagle w czasie wstawania jej od stołu po spożyciu posiłku. Sekcja wykazała, że mięsień prawego serca, gdzie znaleziono pęknięcie, był w bardzo znacznym stopniu poprzerastany tkanką tłuszczową. Curtius opisał przypadek samorodnego pęknięcia serca we śnie. Znane też są przypadki pęknięcia serca u chorych psychicznie, znajdujących się w stanie silnego podniecenia. Opisują je Foot, Hart, Hamilton i in.

Samorodne pęknięcie serca należy wogóle do zjawisk bardzo rzadkich. Aschenbrenner, opisując przypadek samorodnego pęknięcia serca na tle zatrucia, przytacza statystykę z Zakładu Anatomii Patologicznej w Monachium, z której widzimy, że na 15,000 sekcji pęknięć serca samorodnych było 9, co wynosi 0,06% ogólnej liczby sekcji.

Pęknięcie serca spotyka się przeważnie u osób starszych w wieku lat 60—65, i to przeważnie u mężczyzn. Przewaga płci męskiej tłumaczy się częstszym występowaniem stwardnienia tętnic wieńcowych serca u mężczyzn, niż u kobiet. Znany jest w piśmiennictwie przypadek pęknięcia serca u jednorocznego dziecka. Opisał je Shaps. Serce pękło wskutek ropnia w mięśniu sercowym, powstałego na tle posoczniczego zapalenia mięśnia sercowego.

Rozpoznać samorodne pęknięcie serca na stole sekcyjnym niezawsze jest sprawą łatwą, aczkolwiek ma ono pewne mniej więcej stałe cechy, a mianowicie: samorodnie pęka zwykle komora lewa, przy urazach—prawa połowa serca, głównie prawy przedsionek; linia pęknięcia ma zwykle przebieg falisty i brzegi ząbione; biegnie ona w kierunku włókien mięsnych z góry na dół (przebieg poprzeczny należy do nadzwyczaj rzadkich); w okolicy szczeliny w mięśniu spotykamy podbiegi krwawe; otwór od strony jamy serca jest zwykle znacznie większy od otworu na powierzchni zewnętrznej. Ten ostatni objaw nie jest stałym, spotyka się też większy otwór nazewnątr. Notowane są przypadki, w których serce pękło w kilku miejscach naraz. Przypadki tego rodzaju należą jednak do bardzo rzadkich. W piśmiennictwie znajdujemy opisy przypadków, w których przy pęknięciu serca w mięśniu wytworzył się kanał, rozwidlający się w dwie strony. Od strony jamy serca był jeden otwór, na powierzchni zewnętrznej dwa. Wielkość otworu podlega różnym wahaniom. Spostregano przypadki, gdzie otwór przepuszczał zaledwie zgłębnik. Zwykle zaś długość otworu wynosi mniej więcej 1 cm. W pęknięciach serca samorodnych ścienny listek worka osierdziowego jest nie uszkodzony. Zdawałoby się, że ta ostatnia oznaka jest najstała, najpewniejsza. Tak nie jest. Znajdujemy opisy ran postrzałowych

serca przy nieuszkodzonym worku osierdziowym. Ogłosili takie przypadki Luxemburg, Izelin, Haeblerlin i inni. Jakże to być może? Bywa to wtedy, kiedy kula, uderzając o żebra, traci swą siłę przenikającą, ześlizguje się po kości i, posiadając jeszcze siłę postępową, wgniata tylko listek zewnętrzny worka osierdziowego. Nagły ucisk serca przez kulę wystarcza, ażeby mięsień sercowy uległ rozerwaniu.

Serce pęka najczęściej na ograniczonej przestrzeni znane są jednak przypadki pęknięcia serca przez całą długość ściany od podstawy do wierzchołka. Tak rozległe pęknięcie może się zdarzyć jedynie wtedy, kiedy mięsień ulegnie rozmiękczeniu na dużej przestrzeni. Powstaje ono, jak wogóle wszystkie pęknięcia samorodne, w chwili największego napięcia ściany komory serca, t. j. w początku skurczu (nb. mięśnie wogóle zawsze pękają, kiedy są w stanie największego napięcia).

Samorodne pęknięcia serca mają swoje „ulubione” miejsca. Pęka zwykle wypukła, przednia, ściana w pobliżu wierzchołka lewej komory bliżej przegrody międzykomorowej, a pęka w tem miejscu dlatego, że wskutek zmian w naczyniach wieńcowych (stwardnienie) tutaj najczęściej powstają rozmiękczenia i blizny. Według Böttgera momentem usposabiającym do pęknięcia serca we wspomnianem miejscu jest to, że parcie krwi na ściany lewej komory w okolicy wierzchołka jest największe, a Meyer utrzymuje, że mięsień serca w okolicy wierzchołka jest najcieńszy w porównaniu z innymi odcinkami ściany lewej komory. Mogą samorodnie pękać też mięśnie brodawkowate (Rokitansky).

Pęknięcie serca zarówno samorodne jak i urazowe, pociąga za sobą przenikanie krwi do worka osierdziowego. Ilość wylanej krwi zależy od wielkości otworu i od siły serca. Zwykle waha się ona od paru łyżek do 500—600 ccm. Wyjątkowo przy bardzo mocnem sercu (przy urazach) można znaleźć 1 litr krwi. Na sekcji przy znaczniejszej ilości krwi w worku osierdziowym znajdujemy krew skrzepłą w postaci odlewu serca.

Ubytek krwi, resp. wykluczenie pewnej ilości krwi z krwioobiegu nie jest naogół przyczyną śmierci osobnika. Nie jest nią też szczelina w ścianie serca, resp. przerwanie łączności pomiędzy pierwiastkami mięśnia sercowego. Przyczyna śmierci jest inna. Tłomaczą ją różnie. Według jednych autorów zależy śmierć od mechanicznej przeszkody w akcji serca—serce nie może się rozkurczać. Meyer i Barth widzą śmierć nagłą, zależną od ostrej niedokrwistości mózgu. Placzek na podstawie badań doświadczalnych twierdzi, że aczkolwiek nagromadzenie się krwi w worku osierdziowym jest przyczyną śmierci, to jednak nigdy nie bywa przy pęknięciu śmierci nagłej. Śmierć następuje powoli, po pierwsze wskutek zwiększenia parcia w osierdziu, resp., zatrzymania rozkurczu serca, po drugie pod wpływem działania nerwu hamującego na ośrodek naczynioruchowy. Większość autorów, rozważających pęknięcia serca i ich następstwa, przyjmuje, że serce przestaje pracować, a więc i śmierć następuje, wskutek uciśnięcia go, z *tampowania* (niem. *Herztamponade*). Pierwsze klasyczne doświadczenie w tym kierunku zostało wykonane przez Cohnheima, i opis jego znajdujemy w podręczniku tegoż, wydanym w 1882 roku pod tytułem „Odczyty z Patologii Ogólnej” (po polsku wydano w roku 1884).

W worku osierdziowym znacznie częściej niż krew znajdujemy treść płynną w postaci wysięków i przesięków. Szczególnie często widzimy przesięki. Ilość płynu przesiękowego wielokrotnie przewyższa ilość krwi, spotykaną w worku osierdziowym. Obecność tych płynów inaczej działa na serce, niż obecność krwi, nie spotykamy przy nich śmierci nagłej. A dzieje się to dzięki temu, że płyn surowiczy zbiera się w osierdziu powoli, stopniowo rozciąga ścianę worka i serce zarówno jak i osierdzie przystosowują się do zmienionych warunków. Chociaż i tutaj widać znaczne różnice, zależne od tego, że szybkość zbierania się płynu w worku osierdziowym przy wysięku jest inna, niż przy przesięku. Przy przesięku płyn zbiera się bardzo wolno, przy wysięku prędzej. W sprawach wysiękowych ściana worka osierdziowego, prawdopodobnie też wskutek zmian zapalnych w samej ścianie, mniej jest podatna do rozciągania, pręży się. I rzeczywiście, znacznie mniejsze ilości płynu wysiękowego, niż przesiękowego, ujemnie wpływają na sprawność serca. Zjawiają się objawy złego krążenia zarówno w krwioobiegu żylnym jak i w tętnicznym (w dużym i małym). W miarę gromadzenia się płynu w osierdziu ilość uderzeń tętna staje się większa, napełnienie naczyń powoli maleje. Skóra staje się biała, występują objawy niedokrwistości mózgu, co świadczy o mniejszem napełnieniu tętnic w dużym krwioobiegu. Występują jeszcze wcześniej objawy duszności, zależne od zaburzeń w małym krwioobiegu. Jednocześnie z powyższymi objawami zjawia się sinica, żyły szyjne stają się dobrze widoczne, ściana ich jest napięta, widać falowanie i tętnienie. Wszystko to dowodzi wzmożenia ciśnienia wewnątrz żył, wskutek utrudnionego odpływu krwi żyłnej, inaczej utrudnionego wpływu krwi żyłnej do serca. Jeżeli osierdzie opróżnimy przez nakłucie, najpierw wyrównują się zaburzenia ze strony tętnic, następnie ze strony żył. Że na niesprawność prawej i lewej połowy serca wywiera wpływ obecność szybko zbierającego się płynu w osierdziu, jest rzeczą pewną już ze spostrzegania klinicznego. Umacnia ten sąd doświadczenie w pracowni, gdzie ilość płynu w osierdziu i szybkość zbierania możemy dowolnie powiększać i w krótkim czasie wstrzyknąć taką ilość, że serce przestaje pracować. Na tem polega doświadczenie Cohnheima, który ażeby uniknąć wchłaniania płynu przez osierdzie, użył do doświadczenia oliwy. Po zakuraryzowaniu psa, zaprowadzeniu sztucznego oddechania, połączeniu worka osierdziowego z pompą wtłaczającą oliwę do worka, i połączeniu tętnicy udowej, tętnicy płucnej i żyły szyjnej z przyrządami zapisującymi, Cohnheim mógł dokładnie spostrzegać jak w miarę napełniania worka osierdziowego oliwą, po przekroczeniu pewnej granicy, parcie krwi w tętnicy udowej zaczyna stopniowo spadać, mniej znacznie, ale też wyraźnie, zmniejsza się parcie w tętnicy płucnej, natomiast parcie w żyłę szyjną stale się zwiększa. Jeżeli wlewania oliwy do worka na pewien czas przerwać, następuje pewien spokój w przyrządach zapisujących, a nawet po chwili zwiększa się parcie w tętnicach, zmniejsza w żyłę. Dzieje się to dzięki temu, że ściana worka powoli rozciągnęła się i zmniejszyło się parcie wewnątrz worka. Że tak jest rzeczywiście, przekonać się można przez wypuszczenie pewnej ilości oliwy z worka. Różnica w parciu w naczyniach staje się wyraźniejsza. Jeżeli zaś nie przerywać napełniania worka oliwą, to parcie w tętnicach stale maleje, aż spadnie do zera (najpierw opada w tętnicy płucnej), a parcie w żyłach osiąga

maximum. Serce otrzymuje coraz mniej krwi, coraz mniej może przepchnąć jej do tętnic. Wreszcie następuje chwila, że serce nie otrzymuje krwi zupełnie, pracuje jako pusta pompa tłocząca i po kilku bezowocnych skurczach, nie otrzymując krwi nawet dla wyżywienia samego siebie, staje. To zatrzymanie dopływu krwi do serca zależy od ucisku płynnej treści

worka osierdziowego na żyły próżne, górną i dolną, względnie na ujścia ich do prawego przedsionka. Na sekcji znajdujemy serce puste. Zostało ono „zatkane” z a t a m p o n o w a n e.

Taki jest mechanizm przyczyny śmierci w przypadkach pęknięcia serca z następczym znacznym wylewem krwi do osierdza.

Przegląd bibliograficzny.

Fr. Giedroyc. Słownik lekarski polski do działu chorób skórnych i wenerycznych. Warszawa (bez roku wyd.) Księgarnia E. Wende i S-ka, Poznań—M. Niemierkiewicz, Łódź—Ludwik Fiszer, Lwów—H. Altenberg, G. Seyfarth, E. Wende i Ska. Str. 194 z podwójną numeracją (druk dwuszpaltowy) in 8°.

Z zaciekawieniem bierze czytelnik do ręki książkę Giedroycia. Co dać może nowego ten Słownik lekarski, skoro już od r. 1905 istnieje obszerny słownik Krakowski, z którego wciąż wszyscy czerpiemy pełną garścią potrzebne nam wiadomości, dotyczące mianownictwa lekarskiego polskiego. Słownik Krakowski stał się już oddawna niezbędną książką na biurku każdego polskiego lekarza. Tem większą niespodzianką jest dla nas i świeżo wydany Słownik Giedroycia, gdyż treścią i układem różni się znacznie od dotychczasowych słowników lekarskich.

Autor powziął szczęśliwą myśl przedstawienia całego mianownictwa lekarskiego w rozwoju historycznym, podając dla każdego miana lekarskiego jego synonimy, często bardzo liczne, od najdawniejszych, sięgających czasów Spiczyńskiego, do najświeższych z doby wczorajszej. Wertując przez kilkanaście lat z iście benedyktyńską pracowitością i wytrwałością całe biblioteki ksiąg i pism lekarskich polskich i odnotowując wyraz za wyrazem wykrywane odmiany nazw we wszystkich znaczeniach, autor mógł się pokusić na trudne przedsięwzięcie ułożenia całokształtu mianownictwa lekarskiego.

Jako próbkę swych usiłowań Giedroyc ogłosił obecnie małą część słownika, dotyczącą działu chorób skórnych i wenerycznych, odkładając wydanie całego mianownictwa, już z resztą w materiale zupełnie przygotowanego, do pomyślniejszych dla wydawnictwa czasów. Ale i to co nam teraz ofiarował, tworzy już wielce zasobny zbiór nazw łacińskich (na 132 stronicach 1080 wyrazów), przełożonych na miana polskie w licznych odmianach synonimowych, ułożonych porządkiem alfabetycznym. Pewną liczbę tych wyrazów (żałować należy, że nie większą) zaopatrzył autor

nazwiskiem pisarza, z którego pracy dane miano zaczerpnął dla przykładu całe zdania, zawierające w sobie cytowane wyrazy, wzorując się pod tym względem na Słowniku Lindego. Podane nazwisko pisarza służyć ma za wskazówkę okresu czasu, z którego miano pochodzić, przytaczane zaś zdanie wyjaśnić powinno właściwe znaczenie wyrazu.

Chcąc ułatwić korzystanie ze słownika, autor oznaczył pewne wyrazy odpowiednimi znaczkami, wyróżniającymi następujące kategorie: nazwy gwarowe, nazwy staropolskie i nazwy najczęściej obecnie używane.

Drugą część książki (67 stronic) zajął bardzo dokładny „Skorowidz mian polskich”, zawierający kilkanaście tysięcy nazw, spisanych ze słownika. Spis ten ułatwia w wysokim stopniu orjentowanie się w tekście słownika.

Z odrębności Słownika Giedroycia pod względem treści i układu wynika też odrębność jego przeznaczenia. Korzystać więc z niego będą i ci, którzy wertowaniem starych ksiąg lekarskich się trudzą, i ci, którzy pisanem ksiąg się zabawiają, i ci także, którzy układaniem podręcznych słowników się trudnią; ale przede wszystkim czerpać z niego będą miłośnicy języka ojczystego, dla których słownik Giedroycia, zwłaszcza gdy się ukaże w całości, stanie się nieocenionym skarbem językowym.

Mocno wierzymy, że mozolny trud Giedroycia nie pójdzie na marne. Praca jego przyspieszy niezawodnie tak pożądane ujednolajnienie mianownictwa lekarskiego polskiego i przyczyni się też do udoskonalenia i uszlachetnienia języka naukowego lekarskiego.

A więc można wróżyć trwałą i pomyślną przyszłość książce Giedroycia, któremu za tak pożyteczną pracę niechaj będą choć skromnem uznaniem słowa, wypowiedziane niegdyś przez Lindego: „Ten największą językowi robi przysługę, kto go w całej obszerności w jedno zebrałszy, podaje do potomności.”

M. Zwejgbaum.

Streszczenia i wyciągi.

10. F. Terrien. Przejawy kliniczne syndromu oczno-współczulnego porażeniowego.

Autor dokładnie opisuje układ współczulny na szyi. Dalej na zasadzie 22 przypadków klinicznych, omawia symptomatologię porażenia górnego zwoju współczulnego szyjnego. Wszystkie objawy dzieli na: A) objawy oczno-żrenicowe (zwięźnienie źrenicy, szpary ocznej, enophtalmus, hypotonia gałki ocznej, przekrwienie łącznicy, naczyńiówki i siatkówki; zaburzenia wydzielania łez, odbarwienie tęczówki, hetero-

chromia, porażenie błony migającej); B) zaburzenia naczyńiowce (zaczerwienienie połowy twarzy, zaburzenia wydzielania potu); C) zaburzenia odżywcze (zanik połowy twarzy); D) zaburzenia odległe: zależne od układu współczulnego (np., wzmożone pocenie się pachy i biodra po stronie chorej) i zależne od zmian chorobnych innych nerwów i narządów. Autor podkreśla, że tylko objawy oczno-żrenicowe należą do stałych.

Messing.

Presse Médicale 1921 N 7.

Wiadomości bieżące.

— W dniach 3, 4 i 5 października r. b. odbędzie się w Warszawie Zjazd Chirurgów Polskich. Do chwili obecnej zgłoszono na Zjazd prace następujące: I. Referaty programowe: Rutkowski Maks: Leczenie złamań. Radliński i Koelichen: Leczenie uszkodzeń nerwów obwodowych. Leśniowski: Leczenie ran przypadkowych w świetle doświadczeń lat ostatnich. Kryński i Sieramski: Doświadczenie wojenne w leczeniu ran. II. Wykłady. Słęk: 1) Leczenie operacyjne wrzodów żołądka i dwunastnicy. 2) Zabiegi chirurgiczne w zapaleniu zgorzelinowym pęcherzyka żółciowego. 3) Ostateczne wyniki pooperacyjne w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Nowakowski: O pobudzeniu starzejących się gruczołów płciowych do nowego życia. Wertheim: 1) W sprawie cięcia brzuszego. 2) O krwawieniu z wodonercza. Wiśniewski: Pericollitis membranosa. Lewenstern: O utajonem zakażeniu tkanek po ranach postrzałowych. Mieczkowski: 1) O guzach okężnicy. 2) Niegojące się kikuty amputacyjne i sposoby ich leczenia

3) Czy godzi się operować podczas wojny żołnierzy z przepukliną pachwinową. Kaczyński: O antifermentach. Rutkowski Jerzy: 1) O t. zw. wybroczynach operacyjnych w wyrostku robaczkowym. 2) O usypianiu chlorkiem etylu. 3) Przyczynę do sprawy bezmoczności odruchowego. Kołodziejski: O podwiązaniu tętnicy udowej. Sawicki i Flatau: 1) Cztery przypadki operowane guza kąta mostowomózdkowego. 2) Przyczynę do chirurgii torbieli zewnątrzoponowych rdzenia. Kryński: 1) Z dziedziny chirurgii naczyń krwionośnych. 2) Wpływ promieni X na leczenie złamań. Dobrowolski: Z chirurgii trzustki. Kochan: Polyposis recti et intestini crassi. Ciechomski i Skubiszewski: Nowotwór gruczołu tarczowego, usadowiony wśród mięśni podudzia. Dalsze zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem II-ej Kliniki Chirurgicznej w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie na ręce prof. Radlińskiego. W Zjeździe poza członkami Tow. Chirurgów Polskich może wziąć udział każdy lekarz—nie członek.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 5 należy sprostować:

Str. 56 szp. 2 w. 8 i 4 od dołu } zamiast prężność ma być
„ 57 „ 1 „ 1 i 6 od góry } jędrność
„ — „ 2 „ 22 od dołu } zamiast hipertonię ma być
„ 61 „ 1 „ 17 od góry } hipertonię
zamiast C ma być A, rozpuszczalny w tłuszczu.

W Nr. 6 należy sprostować:

Str. 70 szp. 1 w. 3 od góry } zamiast mięśniowych ma być
mięszkowych
„ — „ — „ 10 od dołu } zamiast prężności ma być jędr-
ność
„ — „ — „ 28 od góry } zamiast prężności ma być jędr-
„ 71 „ — „ 6 „ } ności

Str. — szp. — w. 30 od dołu } zamiast pierwotnego środowiska w warunkach żywiłowe ma być komórki w warunkach żywiłowe pierwotnego środowiska
„ — „ — „ 4 „ } zamiast rozwinięcia ma być rozwinięcie
„ — „ 2 „ 10 od góry } zamiast pęczków tych tkanek ma być odnośnych tkanek lub ich pęczków
„ 72 „ 1 „ 30 „ } zamiast prężności ma być objętości
„ — „ — „ 11 od dołu } po „patologicznego” dodać „komórek”
„ — „ — „ 9 „ } zamiast — którego przeto ma być — które przeto komórki nabłonkowe
„ — „ 2 „ 19 od góry } po „patogenezę” dodać „raka”.

OD ADMINISTRACJI.

Z powodu znacznego podwyższenia kosztów druku zmuszeni jesteśmy podnieść od 1 lipca prenumeratę do 200 marek kwartalnie. Pp. prenumeratorów którzy, wnieśli już opłatę za kwartał III i IV, prosimy uprzedzić o wpłacenie różnicy.

TREŚĆ NUMERU.

	Strona.		Strona.
Prof. dr. Adam Czyżewicz. Rzut oka na dzieje i zadania kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego	77	Przegląd bibliograficzny. Fr. Giedroyc. Słownik lekarski polski do działu chorób skórnych i wenerycznych	85
Dr. med. Aleksander Kummant. Nowy typ samotrzymającego się wizerownika pochwowego	81	Strzeszczenia i wyciągi. 10. F. Terrien. Przejawy kliniczne syndromu ocznowspółczulnego porażeniawego	85
Dr. Ludwik Paszkiewicz. Samorodne pęknięcie serca	82	Wiadomości bieżące	86

Redaktorzy: Dr. A. Puławski i Dr. W. Starkiewicz. Wydawca Dr. W. Szumlański.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru z pozostawieniem marginesu.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.
Administracja otwarta w dni powszednie od 5 do 7-ej.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ” razem z „Tygodnikiem Lekarskim” i „Przeglądem Lekarskim” w Warszawie i na prowincji kwartalnie Mk. 200. Cena pojedynczego numeru 50 m.

Cena ogłoszeń za wiersz dwuszpaltowy, drobnym pismem na stronie pierwszej, w tekście i na ostatniej Mk. 50, na pozostałych Mk. 40. Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Senatora 12. Biuro Reklamy Polskiej — Jasna № 10. Dom Handlowy L. i E. Metzl i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Falck — Bonerowska 11. Na Francję wyłącznie M-r. Gray de Gourcy, Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

OGŁOSZENIE.

Ministerstwo b. dzielnicy pruskiej zamierza oddać w dzierżawę na 99 lat około 100 morgów pruskich ziemi i lasu na półwyspie Helu pod budowę hotelu-sanatorium, will, na założenie parku i t. d. Brzeg nadaje się na kąpiele dla dorosłych i dzieci.

Wnioski piśmienne z wyszczególnieniem zamierzeń do 1. X. 1921 do Departamentu Rolnictwa i Dóbr Państwowych w Poznaniu — Krasińskiego 9.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY i SANATORJUM

Dra KUPCZYKA
spec. chorób nerwowych
Kraków, Szujskiego 1.9.

Wskazania: Chor. nerwowe, żołądka i jelit, niedokrwistość, podagra, cukrzyca, otyłość, choroby serca.

Firma egzystuje
od 1819 r.

Alfons Mann

Firma egzystuje
od 1819 r.

FABRYKA NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

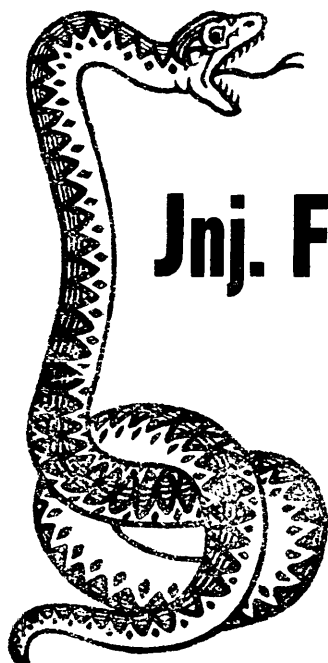
Francensbad

Dr. LEOPOLD STEINSBERG

ordynuje, jak lat ubiegłych

we własnym pensjonacie leczniczym.

Ceny od 70—80 czeskich koron dziennie.



Ampulae sterilis. vitr.

Jnj. FERROFAG I, II, III Gessner

(żelazo, arsen, fosfor)

POLECA

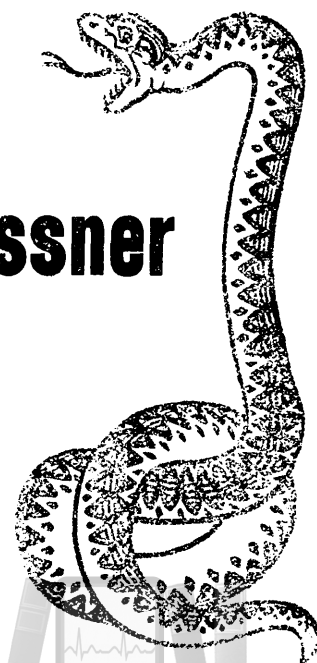
Apteka Mag. Farm. Jana Gessnera

dawniej E. GESSNER

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.

UWAGA Literatura na żądanie — gratis i franco.



Dr. B. Landau (z San Remo) praktykuje w sezonie letnim w **Montecatini.**

TRUSKAWIEC

Dr. Stanisław Lewicki

Dr. TADEUSZ PRASCHIL ze Lwowa
ordynuje od lat 22 w chorobach serca i przemiany
materii od 1 maja do 30 września. Willa Marjówka.

były asystent kliniki chorób kobiecych Uni-
wersytetu Lwowskiego, ordynuje jak co rok
w **KRYNICY** (dom pod Trąbką).

Dr. Xawery Gorski

ordynuje jako lekarz zakładowy w **Krynicy** willa pod
„Koroną“

Hipolit Amber

Skład narzędzi chirurgicznych

**Warszawa, Marszałkowska 139, wprost
bramy, I-sze piętro. Telef. 230-23**

poleca po cenach przystępnych:
wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły do strzy-
kawek i chirurg., termometry i t. p.

Reperacja i odnawianie tychże.

Naprawa strzykawek Rekord.

Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla
celów med. R. Graf & Co. Norymberga.

**Katgut z najlepszych i zdrowych kisk w
motkach i kłębках.**

CHIRURG,

były asystent prof. Sapięzko, 11 lat praktyki, po de-
mobilizacji z W. P. poszukuje odpowiedniej posady
w szpitalu. Referencje na żądanie.

Adr.: **Warszawa, Wilcza 47, m. 11,**

Dr. Kazimierz Surowiecki.

Lekarze potrzebni.

Zgłaszać się do Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia
w **Nowogrodku.**

Są wolne posady lekarzy szpitalnych i okręgo-
wych.



Aparaty Röntgenowskie

ostatnie konstrukcje, do głębokiej terapii i dajagnostyki.
Wszelkie przybory jak: lampy, płyty i t. d.

Aparaty uniwersalne

do Galw. Farad. Endoskopji, Kaustyki etc.

Lampy kwarcowe (sztuczne słońce)

według D-ra Bacha i Dra Jesionka.

Naprawa i czyszczenie palników do lamp kwarcowych.

Centralny Zakład Fabryczny Urządzeń Sanitarnych

inż. PAWEŁ LIS

Kraków

Tel. 3397

Długa 1.



BUSKO Dr. Br. Peltyn
Willi „SŁOWACKI“