

GAZETA LEKARSKA

Z PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH D-RA LEONA NENCKIEGO I
Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ SZPITALA Ś-GO DUCHA.

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O DZIAŁANIU FARMAKODYNAMICZNEM W ZALEŻNOŚCI OD BUDOWY CHEMICZNEJ środków grupy aromatycznej.

NOWY ŚRODEK — APOLISIN, PRZECIWGORĄCZKOWY I KOJĄCY.

Podali

Leon Nencki i Józef Jaworski.



Nowe ciało, nazwane apolisinem, które nadesłano nam w Marcu r. b., pochodzi z fabryki D-ra F. von HEYDEN'a w Radebeullu. Po otrzymaniu nowego środka bezzwłocznie zajęliśmy się jego wszechstronnem zbadaniem chemicznem, następnie przedsięwzięliśmy z owem ciałem szereg prób i doświadczeń, najprzód na zwierzętach, następnie na sobie samych i kolegach, wreszcie poczęliśmy je stosować w całej seryi przypadków patologicznych w klinice i ambulatoryjnie. Oprócz doświadczeń na zwierzętach, dokonanych w pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali warszawskich, niektóre doświadczenia—zgodnie z naszą prośbą — wykonano w Instytucie Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu u prof. M. NENCKIEGO.

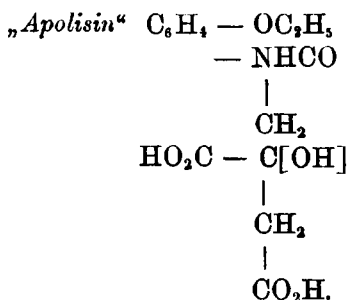
Dążeniem naszym było stosować nowy środek w jak najrozmaitszych formach chorobowych, w których jego działanie kojące lub przeciwgorączkowe ujawniać się mogło. W pracy niniejszej czytelnik znajdzie właściwie tylko drobną część z ogólnej liczby naszych spostrzeżeń: podajemy tylko kilkanaście przypadków, w których apolisin zastosowanie znalazł, bądź jako środek przeciwgorączkowy, bądź też jako kojący.

W seryi przypadków, obserwowanych przez nas w klinice w tym czasie, nie spotkaliśmy góścica, ani mięśniowego, ani stawowego (*rheumatismus musculorum et articulorum*). Spostrzeżenia nad apolisinem pod tym względem, a także i w innym jeszcze kierunku obiecujemy sobie uzupełnić przy pierwszej sposobności.

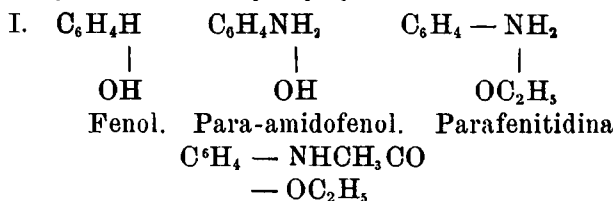
Przechodzimy obecnie do opisu I części chemicznej naszej pracy i doświadczeń na zwierzętach, po której przyjdzie kolei na II część farmakologiczną i spostrzeżenia kliniczne.

* * *

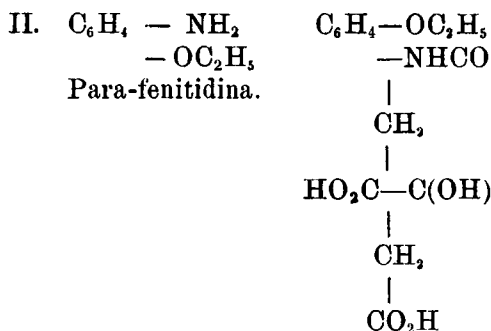
I.



Apolisin pochodzeniem swoim jest pokrewny fenacetynie; oba te ciała otrzymuje się z parafenitidiny, z tą różnicą, że gdy w parafenitidynie, w grupie NH_2 , jeden atom wodoru zastąpiony zostanie wodnikiem kwasu octowego, to otrzymamy fenacetynę, a gdy w tej samej grupie NH_2 jeden atom wodoru zastąpiony zostanie rodnikiem kwasu cytrynowego, to otrzymamy—apolisin. Porównanie wzorów chemicznych tych związków najlepiej uwidoczni pochodzenie, sposób otrzymania i różnicę między nimi.



Para-acet-fenitidina v. Fenacetina.



Mono-fenitidina v. Apolisin.

Mono-fenitidina, czyli apolisin, jest to białawo-żółtawy, krystaliczny proszek, smaku kwaskowatego, mniej jednak silnego, niż kwas cytrynowy, właściwego zapachu, rozpuszczalny w wodzie zimnej w stosunku 1:1,50, w wodzie gorącej w stosunku 1:25. Topi się przy 70°C .

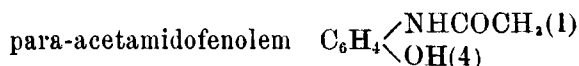
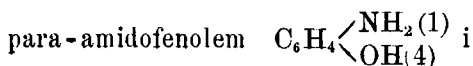
Alkohol rozpuszcza apolisin bardzo łatwo, gliceryna rozpuszcza go również na zimno, kwas siarczany stężony rozpuszcza apolisin bez zmiany barwy, kwas azotny stężony rozpuszcza go również łatwo, a roztwór przy ogrzaniu barwi się na blado-pomarańczowo. Roztwór apolisinu w stężonym kwasie solnym w stosunku jednego decygrama na jeden centymetr sześcienny kwasu po ogrzaniu, a następnie w rozcieńczeniu 10 objętościami wody przekroplonej za dodaniem kilku kryształków kwasu chromowego (*acidum chromicum*), daje czerwono-rubinowe zabarwienie. Na blaszce platynowej spala się apolisin w zupełności, nie pozostawiając popiołu, co dowodzi nieobecności ciał mineralnych.

Roztwór wodny apolisinu z azotanem srebra nie mąci się. Siarkowodór w zakwaszonym roztworze apolisinu nie daje ani mętu, ani osadu; siarek amonu nie daje również osadu, co dowodzi nieobecności metali.

Z podanych powyżej wzorów chemicznych wypływa, że apolisin swoją budową chemiczną jest pokrewny fenacetynie. Przez prostą analogię przypuszczać można, że i w działaniu farmakodynamicznem zachodzić winno podobieństwo. Sprawa takiej zależności działania farmakodynamicznego od budowy chemicznej danego ciała, pomijając już interes czysto naukowy, teoretyczny, ma też ważne znaczenie praktyczne. Z góry bowiem przy otrzymaniu nowego ciała i określeniu jego budowy chemicznej wnosić będzie można o jego własnościach farmakodynamicznych. Nauka dostarcza nam szeregu znanych i klinicznie zbadanych środków leczniczych, które powyższe przypuszczenie stwierdzają. Tak np. chloroform, chloral, chlorek etylenu i chlorek etylidenu, swoją budową chemiczną pokrewne, okazały i podobne działania farmakodynamiczne. Apomorfina i metylmorfina, pochodne morfiny, z których pierwsza powstaje przez odjęcie morfinie H_2O , a druga przez zastąpienie wodoru w hydroksylu metylem, posiadają również własności lecznicze, chociaż nieco różne od morfiny.

Prof. M. NENCKI w pracy: „O wpływie grupy karboksylowej (COH_2) na działanie trujące ciał aromatycznych” również dowiódł zależności działania farmakodynamicznego od budowy chemicznej. Benzol i jego pochodne, naftalina, fenol i pochodne tych ciał, anilina, pirydyna, chinolina działają na nasz organizm bardziej trująco, niż kwas benzoowy, węglan naftaliny, węglan pirydyny i węglan chinoliny, które posiadają w swojej budowie grupę karboksylową— COH_2 . Prof. M. NENCKI dowiódł rzeczonego prawa zależności działania farmakodynamicznego od budowy chemicznej i dla szeregu ciał przeciwgorączkowych i kojących, szerokie zastosowanie w medycynie posiadających, jako to: dla acetanilidu [antyfebryna], fenacetyny, antypiryny, i t. p. Ta stałość grupy karboksylowej (COH_2) i jej niezdolność do dalszego utleniania się chronią aromatyczne węglany od dalszych jakichkolwiek przemian chemicznych, gdy przeciwnie ciała aromatyczne, nie posiadające grupy karboksylowej, lub też grupy sulfonowej, narażone są na ciągłe zmiany to utleniania, to znów odtleniania, a tem samem ciągle ulegają zmianom wśród żyjącej protoplazmy.

W ostatnich czasach G. TREUPEL ¹⁾ to „prawo zależności działania od budowy“ udowodnił nad pochodnymi od aniliny lub fenolu, a mianowicie nad



oraz nad pochodnymi para-amidofenolu, otrzymanymi przez zastąpienie bądź H w NH_2 , bądź H w grupie hydroksylowej ($\text{HO}-$).

Para-amidofenol i para-acet-amidofenol przy wprowadzeniu do żyły w dawce 1,0—2,0 *pro kilo* wagi ciała szybko wywołują skurcze kloniczne i tężcowe mięśni kończyn, zwiększają liczbę oddechów, znoszą ruchy dowolne przy zachowaniu odruchów. W dawce 0,5 *pro kilo* wagi u psów oba te ciała wywołują senność, osłabienie kończyn tylnych, sinicę i wymioty. Ilość śliny i łez zwiększa się, a we krwi stwierdzić można obecność methemoglobiny.

Tak para-amidofenol, jakoteż i para-acet-amidofenol, w dawce 0,5 grm. do wewnątrz podany, obniża u ludzi ciepłotę o 2—3°, przyczem czasami jako uboczne objawy występują dreszcze, wymioty i szum w uszach. Jeżeli zastąpić w para-acetamidofenolu wodór grupy hydroksylowej (OH) szeregiem alkilów, t. j. grup metylowej, etylowej, propylowej, i t. p., natenczas zachowują się własności przeciwgorączkowe substancji macierzystej, zmniejszają się natomiast ich własności trujące. *Maximum* przeciwgorączkowego działania przypada na grupę metylową, najmniej trującymi są ciała, zawierające grupę etylową. Przez wprowadzenie grupy alkilowej [metyl, etyl, propyl i t. p.] w miejsce wodoru NH_2 grupy, przy jednoczesnem zastąpieniu wodoru OH grupy etylem w para-acetamidofenolu, powstają ciała, posiadające silnie przeciwgorączkowe i narkotyczne własności. *Maximum* narkotycznego działania przypada na grupę metylową i zmniejsza się w miarę zwiększenia grupy alkilowej, najmniej trującymi są ciała, zawierające grupę etylu.

Wszystkie powyżej wspomniane ciała rozszczepiają się w ustroju i wydzielają zeń para-amidofenol lub para-acetamidofenol. Jeżeli natomiast zastąpić etylem H w $-\text{NH}_2$ para-amidofenolu, to związek ten wydziela się w stanie niezmienionym i ani działania przeciwgorączkowego, ani kojącego nie posiada.

Działanie przeciwgorączkowe środków pochodnych od fenacytyny zależeć będzie od wydzielanego para-amidofenolu, lub para acetamidofenolu, działanie zaś narkotyczne wzmacnia się uwalnianiem przy rozszczepieniu środka grupami alkilowymi. Ponieważ przy szybkim rozszczepieniu się środki powyższe wywołać mogą nieprzyjemne objawy uboczne, autor ostrzega przed wprowadzaniem ich do żołądka czczego, w którym wolny HCl, niezobojętniony w części zawartością pokarmową, zbyt szybko rozkładać je może na części składowe.

¹⁾ Deut. med. Woch. Nr. 14, str. 222. 1895.

Jeżeli to prawo „zależności działania od budowy“ stosuje się i do naszego ciała — apolisinu, to wypada nam dowieść:

Po 1-sze, że apolisin nie jest ciałem trującym.

Po 2-gie, że rozszczepia się w organizmie na para-amidofenol i para-fenitydynę, etyl i kwas cytrynowy, utleniający się — jak wiadomo — na kwas węglany i wodę.

Po 3-cie, że para-amidofenol i para-fenitydyna, to jest grupa, w której w NH_2 jeden atom wodoru (H) zastąpiono kwasem cytrynowym, działa na obniżenie ciepłoty, a etyl, jako grupa alkilowa, ma działanie kojące.

Po 4-te, że ciała te przechodzą do moczu jako sprzężone siarczany, lub związki glikuronowe i jako takie dają się w nim wykryć.

W celu przekonania się, czy apolisin nie posiada własności trujących, wykonano doświadczenia, najprzód na żabach, powtóre na króliku. Żabom stopniowo wstrzykiwano 1%, 4%, 8% wodnego roztworu apolisinu, tak, że na jeden gram wagi ciała żaby przypadało 0,0005 do 0,004 grm.. Żaby dawki te znosiły bardzo dobrze i wszystkie pozostały przy życiu.

W tym samym celu wzięto do doświadczeń królika wagi 1345 grm..

Dnia 2. III. o godz. 12 w południe wstrzyknięto królikowi [ciepłota 38,2°] 3,5 grm. 10%, wodnego roztworu apolisinu [1,5 *pro kilo* wagi] w ciągu następnych kilku dni królik niczem nie zdradził, aby zaszła jakaś zmiana w jego organizmie.

Wogóle dalsza obserwacja nic nieprawidłowego u zwierzęcia nie wykryła. Królik pozostał zdrow.

Aby wreszcie przekonać się, w jakiej postaci wydziela się apolisin z organizmu, określaliśmy stosunek wolnego kwasu siarczanego do związanego przed przyjęciem apolisinu i po jego przyjęciu. Badanie przeprowadziliśmy na nas samych i na zwierzętach. Średnio w ciągu dnia przyjęliśmy 1,5 do 3,0 grm. apolisinu.

Siarczany oznaczano według sposobu podanego przez BAUMANN'a.

I Przed przyjęciem apolisinu

wolnego $\text{H}_2\text{SO}_4 = 0,2179$,
związanego $\text{H}_2\text{SO}_4 = 0,0185$,
stosunek $0,2179:0,0185 = 11,77:1,0$
wolnego i związanego.

II. Po przyjęciu apolisynu:

wolnego $\text{H}_2\text{SO}_4 = 0,1216$,
związanego $\text{H}_2\text{SO}_4 = 0,0168$,
stosunek wolnego 0,1216 do związanego
 $0,1216 = 7,23:1,0$.

W celu wykazania para-amidofenolu i para-fenitydyny, znajdujących się w moczu, bądź w postaci sprzężonych siarczanów, bądź też w połączeniu z kwasem glikuronowym, postąpiono w następujący sposób. Do 100 ctm. sześć. moczu po przyjęciu 3,0 grm. apolisynu dodano 20 ctm. sześć. stężonego HCl , płyn ogrzano na kąpeli wodnej, następnie oziębiono i dodano 3% roztworu

wodnego kwasu karbolowego i kilka kropel kwasu chromnego. Płyn zabarwił się na kolor żółto-cebulowaty, który następnie po dodaniu NH_3 w nadmiarze i przesączeniu przyjął barwę niebieskawą—próbą indolo-olowa.

Z obliczonego stosunku wolnego kwasu siarczanego do związanego przed i po przyjęciu apolisinu, jak również i z otrzymanej reakcji indo-fenolowej, i reakcji na para-fenitydynę, wnosimy, że przyjęty przez nas samych do wewnątrz apolisin w ilości 3,0 grm. *pro die* przechodzi w części do moczu w postaci paramido-fenolu i para-fenitidyny. Tę ostatnią [para-fenitydynę] wykryto w następujący sposób: do próbki z moczem, oddanym w godzinę po przyjęciu apolisynu, dodano równą ilość HCl i 1% roztworu azotonu sodu (*natrium nitrosum*). Następnie, do alkalicznej reakcji dodano amoniaku, a wówczas płyn zabarwił się na kolor żółto-cytrynowy, po zakwaszeniu zaś HCl — na kolor czerwono-różowy.

W postaci kwasu glikuronowego zdaje się, że apolisin nie pojawia się w moczu; próby bowiem z płynem FEHLING'a i badanie w aparacie polarymetrycznym dały wynik ujemny.

W końcu wypadła nam zrobić małe omówienie. Stosunek wolnego do związanego kwasu siarczanego po przyjęciu 3,0 grm. apolisinu, jak również i reakcja indolowa, nie wypadły tak jasno i wyraźnie, jakbyśmy tego pragnęli. Jeżeli jednak zważymy, jak małą ilość apolisinu przyjęliśmy w stosunku do naszej wagi ciała [70—85 kilo wagi], dziwić nas to wcale nie będzie. W przypuszczeniu, że po przyjęciu do wewnątrz większej ilości apolisinu uda nam się w moczu wynaleźć wyżej przytoczone połączenia, karmiliśmy małego mopsa apolisinem. Otrzymywał on po 4—5 grm. apolisinu, tak, iż ogółem, mops przyjął 24,0 grm apolisinu. Zebrany od niego mocz odparowano do gęstości syropu, wyciągnięto następnie absolutnym alkoholem płyn przesączono, alkohol odparowano, a osad wyciągnięto eterem siarczanym. Po odparowaniu eteru nie otrzymaliśmy jednak żadnej pozostałości. Otrzymaną zaś pozostałość po odparowaniu alkoholu zakwaszono HCl i znów wyciągnięto eterem, eter następnie odparowano, przyczem eter zabarwił się na kolor żółto-zielonkawy. Po' oddestylowaniu eteru pozostał osad żywicowaty, w którym jednak nie udało się nam wykryć kryształów.

[D. c. n.]

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA FR. NEUGEBAUERA W SZP. EWANGELICKIM W WARSZAWIE.

II. CAŁKOWITE WYPADNIĘCIE MACICY I POCHWY U MŁODEJ DZIEWICY.

Podał

D-r Fr. Stepkowski.

Wypadnięcia całkowite macicy wraz z pochwą u młodych kobiet, które nigdy nie rodziły, należą wogóle do zjawisk rzadkich; liczba ich bowiem nie przenosi 2—3-ch dziesiątków. WEINBERG na 174 wypadnięć widział tylko

6 kobiet, które nigdy w ciążę nie zachodziły. U SCANZONI'ego na 114 kobiet z wypadnięciem macicy było tylko 15 takich, które nie rodziły, z tych zaś tylko jedna 16-letnia dziewczyna. LIEBMANN na 39 przypadków spostrzegał tylko 3 razy wypadnięcia u nierodzących.

Wypadnięcie macicy wydarza się zwykle u rodzących, ponieważ poród i pólóg usposabiają do wypadnięcia pochwy i macicy, przytem najpierw wypadają ściany pochwy, a za nimi dopiero macica. Podczas porodu przyczyn usposabiających do wypadnięcia macicy mamy dosyć: rozciągnięte dno miednicy, rozluźnione ściany pochwy i więzadeł otrzewnej, powiększona waga i wielkość macicy, wreszcie zanik tkanki tłuszczowej, znajdującej się pomiędzy warstwami dna miednicy. Tyłopochylenia i tyłozgięcia u rodzących również przyczyniają się do ułatwienia wypadnięcia.

Różne są poglądy autorów na sprawę wypadnięcia macicy u nierodzących. BARNES podaje jako powód: gwałtowne napady kaszlu, wstrząśnienia wskutek upadku na pośladki, a w końcu ucisk guzów, zawartych w miednicy, na macicę. MAC CLINTOCK ogłosił 3 przypadki, w których przyczyną wypadnięcia były wysiłki przy oddawaniu stolca, wskutek zwężenia organicznego kiszki stolcowej. SCHUH spostrzegał w 1860 r. jeden przypadek u 22-letniej panny, ze znacznym przerostem macicy. Na sekcji stwierdzono znaczną głębokość jamy DOUGLAS'a i zbytnią obszerność miednicy. Według WEST'a, przyczyny szukać należy w nieprawidłowej długości i rozciągliwości więzadeł macicy, w długotrwałych nieżytych macicy, obfitych miesiączkach i wreszcie w przewlekłych sprawach zapalnych macicy. SCANZONI mniema, że długotrwałe przepełnienie pęcherza moczowego może spowodować wypadnięcie u młodych dziewcząt. KLINGE w swej rozprawie z 1787 r. wspomina, że wiele zakonnic cierpi na wypadnięcie wskutek częstego stania i śpiewu. BEIGEL zaś sądzi, że raczej masturbacja jest tu głównym powodem wypadnięcia: w następstwie jej występują upławy, osłabienie mięśni dna miednicy ścian i pochwy.

Zanim przejdę do podania opisu zebranych w dostępnej mi literaturze przypadków i rozpatrzenia przyczyn ich powstawania, opowiem najprzód przypadek spostrzegany przezemnie na oddziale D-ra Fr. NEUGEBAURA w szpitalu Ewangelickim.

Rozalia K ..., wieśniaczka, lat 25, przybyła na oddział 28. XII. 1894 r. Rodzice jej żyją, ojciec zdrowy zupełnie, matka wątła, mizerna, ciągle kaszle. Z rodzeństwa ma jednego brata i dwie siostry. Wszystkie siostry są mierzemne, zdrowe. Nasza chora od 7—12 roku życia cierpiała często na napady wymiotów, połączonych z bólami w brzuchu. Bliżej określić napadów tych bólów nie może, krwi w wymiotach nigdy nie bywało. W dzieciennych latach była szczupłą i mizerną. W 14-ym roku życia już dźwigała półkorcówki zboża i grochu. W 17-ym roku pierwszy raz miesiączkować zaczęła. Już na kilka miesięcy przed wystąpieniem miesiączki zauważyła, że macica częściowo wysuwała się ze szpary sromnej. W 3 lata później cała macica z wynicowaną pochwą leżała już na zewnątrz sromu. Stan obecny trwa 4 lata. Miesiączka po 8—10 dni, obfita, przychodzi prawidłowo co 4 tygodnie. Od 6 lat

chora jest w służbie w mieście u obcych; przez ten czas spełniała wszelkie poruczone jej roboty. Od kilku lat kaszle ciągle.

Wzrost 144 ctm.; kościec i układ mięśniowy są prawidłowo rozwinięte podściółki tłuszczowej ilość umiarkowana, w ścianach brzusznych pokład tłuszczu nieznaczny. Badanie klatki piersiowej wykazuje przy opukiwaniu w okolicy, nadgrzebieniowej lewej stępienie, a przy wysłuchiwanie oddech nieokreślony, granice płuc prawidłowe. W innych częściach klatki piersiowej opukiwanie daje odgłos zwykły, wysłuchiwanie zaś oddech pęcherzykowy; oprócz tego rozrzucone są po całej klatce piersiowej szmery chrapliwe.

W sercu zmian niema. Wymiary miednicy: *sp.* 24,0; *cr.* 26,5; *tr.* 30,5, *con. extr.* 18,0, *promontorium* przez pochwę wyczuć nie można. Odległość spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego wynosi 24 ctm., pępka 12 ctm. i od kolca biodrowego przedniego 16,0. W narządach brzusznych zmian widocznych niema. Mocz bez białka, dobową ilość jego 1300 ctm. sześć.. Ze sromu zwiesza się guz, pokryty błoną śluzową pochwy; wywinięcie pochwy rozpoczyna się z przodu od otworu cewki, a z tyłu od samej skóry krocza. W dolnej części guza widać otwór owalny z gładkimi i równymi brzegami, błona śluzowa wokoło otworu zgrubiała, sucha i jakby pargaminowa, miejscami powierzchnie owrzodziła. Obwód guza u podstawy 25 ctm., długość przedniej jego ściany $12\frac{1}{2}$ ctm., tylnej 11 ctm.; kateter, wprowadzony do cewki, kieruje się ku dołowi—*cystocèle*; wypadnięcia przedniej ścianki kiszki stolcowej niema. Długość jamy macicy 8 ctm. Błona dziewicza zanikła wskutek ucisku guza, jednakże ślady jej są widoczne, a mianowicie: z prawej strony w górnej $\frac{1}{4}$. widoczny jest jej rąbek szerokości 2,5 mm., jak również z lewej strony i z dołu 2 mm. szerokości; brzegi błony dziewiczej są gładkie, bez zgrubień żadnych, w dolnej trzeciej z prawej strony i w $\frac{2}{3}$ górnych z lewej brak zupełny błony dziewiczej. U naszej więc chorej stwierdziliśmy wątłą budowę ciała i ogólnie zwężoną miednicę; z wywiadów zaś przekonaliśmy się, że w dzieciństwie przez lat kilka miewała napady wymiotów, a w 14 roku życia dźwigała ciężary, przechodzące siły młodej, wątłej dziewczyny. Już samo wzmożenie działania tłoczni brzusznej, jakie bywa podczas wymiotów, powtarzających się długo i często, może wywołać opuszczenie się macicy u dziewczynki z wątłą budową ciała.

O wiele łatwiej takie opuszczenie, a w następstwie wypadnięcie nastąpi u osoby ze zwężoną miednicą. Znakomicie również sprzyjało tu dźwiganie ciężarów, a zbliżająca się miesiączka, podczas której macica powiększa się w rozmiarach i wadze, jeszcze bardziej przyczyniła się do zupełnego wypadnięcia narządu.

W tym więc przypadku mieliśmy pierwotne wypadnięcie macicy z wtórnem wynicowaniem pochwy, zatem odwrotnie, niż to bywa u rodzących; nie było zaś tu przerostu szyi macicznej tak, jak to znów się zdarza u kobiet, które rodziły. Oczywiście nie jedna przyczyna, lecz kilka działających jedna obok drugiej doprowadziły macicę do zupełnego wypadnięcia. Podobny przypadek do mojego spostrzegali LIEBMANN. Dziewczyna lat 17 była zawsze mizerna i wątła, od 11 roku życia pracowała jako służąca. Matkę straciła

z powodu gruźlicy płuc. Miesiączka wystąpiła po raz pierwszy w 15 roku i powtarza się przez 2—3 dni co 4 tygodnie.

Od 2-ich lat chora zauważyła, że podczas kaszlu i przy oddawaniu stolca wychodzi guz ze szpary sromnej. Ostatnimi czasy znacznie podupadła na zdrowiu, mocno kaszle i poci się w nocy. Chora źle odżywiona i wątłej budowy, błony śluzowe blade, mięśnie wiotkie, nacieczenie obu wierzchołków płuc. W tym więc razie przyczyny wypadnięcia należało szukać: we wzmożonem działaniu tłoczni brzusznej, podczas uporeczywego i długotrwałego kaszlu, jak również w upadku odżywiania ogólnego i, co zatem idzie, w osłabieniu więzadeł macicy, mięśni dna miednicy i ścian pochwy.

Prochowsnick opisuje przypadek wypadnięcia, w którym były te same warunki, jakie istnieją w położu. Dziewczyna 20-letnia, służąca, udała się do P. po poradę z powodu guza w kroku i ciągłego bezwiednego oddawania moczu.

Cierpienie to powstawało powoli w przeciągu 7 miesięcy bez gwałtownych przypadłości; poza szparą sromną widać guz wielkości pięści dorosłego człowieka, z lejkowatym zagłębieniem pośrodku, w nim zaś 2 otwory maciczne. Cewka, krocze i otwór stolcowy zupełnie zasłonięte przez guz. Macica podwójna, przepuszcza zgłębnik przez oba otwory na głębokość $7\frac{1}{2}$ ctm.. Ściany pochwy cienkie i ubogie w tkankę łączną robią wrażenie, jak gdyby tylko same wyściełały szkielet kostny miednicy wogóle zwężonej (*sp.* 21; *cr.* 24,0 *tr.* 16,5; *conj. diag.* zaledwie 9,0). Wreszcie powłoki brzuszne wiotkie, ubogie w tkankę tłuszczową. W tym przypadku wobec słabo rozwiniętej muskulatury dna miednicy i macicy podwójnej, zatem dużej i ciężkiej, nastąpiło opuszczenie i wypadnięcie jako skutek ciężkiej pracy. Widzimy więc, jak ważną rolę w etyologii wypadnięcia odgrywa mechaniczne działanie tłoczni brzusznej, wraz z uciskiem od góry, co może mieć miejsce przy uporeczwym kaszlu lub długotrwałych wymiotach. U rodzących wszelkie przedsięwzięte środki dla usunięcia wypadnięcia często nawet pozostają bez skutku, jeżeli chora cierpi na rozednięcie płuc wraz z chronicznym nieżytem oskrzeli. Mamy nawet dowody w samym rozwoju narządów miednicy, jak ważną rolę odgrywa parcie z góry. Macica i pęcherz u płodu znajdują się w jamie brzusznej, a nie w miednicy; część pochwową leży przypuszczalnie we wejściu miednicy, a pochwa w położeniu prawie pionowym. Otóż, dzięki parciu brzuszному macica i pęcherz opuszczają się do jamy z miednicy, a pochwa przyjmuje kierunek poziomy. Dlatego to FRITSCH powiada, że na opuszczenie się i wypadnięcie macicy patologicznie możnaby zapatrywać się jako na przesadę stanu fizyologicznego.

Wiadomo, że między innemi macicę podtrzymuje na pewnej wysokości cała otrzewna miednicy, wzmocniona przez gładkie mięśnie, umieszczone przeważnie w fałdach DOUGLAS'a, a opisane przez LUSCHKĘ pod nazwą *m. retractor uteri v. m. attollens uteri* [SCHULTZE]. Otóż, może się zdarzyć wrodzony niedorozwój tych mięśni przy jednoczesnym słabym rozwoju muskulatury jamy miednicy i innych więzadeł macicy. Fałdy DOUGLAS'a mogą być wówczas zaledwie dostrzegalne i wyglądają jako bardzo cienkie zdwojenia otrzewnej; jeżeli obok tego więzy szerokie i okrągłe będą cienkie i rozciągliwe, a tkanka łączna w miednicy słabo rozwinięta, z bardzo nieznaczną ilością tkanki tłuszczo-

wej, to oczywiście wystarczy tutaj wzmożone ciśnienie wewnątrz-brzuszne, aby wywołać wypadnięcie mniej lub więcej obszerne. Do tego rodzaju wypadnięć macicy zaliczyć należy przypadki opisane przez QUISLING'a, HEIL'a, SCHAEFFER'a i innych. U QUISLING'a dziewczynka miała *spinam bifidam lumbalem* i obustronny pas *equino-varus*. W drugim tygodniu życia zachorowała na rozwolnienie z ciągiem parciem, poczem powstało wypadnięcie błony śluzowej kiszki stolcowej, a wkrótce i pochwy; następnego dnia wypadła na zewnątrz sromu cała macica z wynicowaną pochwą. Oględziny pośmiertne nie wykryły żadnych anatomicznych danych, sprzyjających wypadnięciu, główną zaś przyczynę autor upatrywał tylko we wzmożonej działalności tłoczni brzusznej. Macica była 3 ctm. długa, z tego $\frac{2}{3}$ przypadało na szyję. Dziecko umarło wskutek wodogłowia w 7 tygodniu życia. Co do więzadeł macicznych, to w protokole sekcyjnym pomieszczona jest wzmianka tylko, „że *lig. lata et rotunda* zdają się być wątle, zresztą w narządach jamy miednicy nic godnego uwagi“. W przypadku HEIL'a był guz w pośrodku grzbietu od ostatniego kręgu grzbietowego do ostatniego lędźwiowego. Odruchy zniesione; staw biodrowy i kolanowy przykurczone; lewa stopa w położeniu *pes varus*, prawa—*pes planus*. Trzeciego dnia życia dziecka zauważono wypadnięcie górnej połowy pochwy wraz z szyją maciczną. Po 10-u dniach dziecko zmarło. Przy sekcji znaleziono: *spinam bifidam congenitam, prolapsum uteri et vaginae, myelomeningocèle i hydrocephalus* w umiarkowanym stopniu. Część pochwowa macicy nadzwyczaj gruba w porównaniu z trzonem, więzy obłe bardzo cienkie, spłaszczone, więzy szerokie nadzwyczaj rozciągliwe. W przypadku SCHAEFFER'a również była *spina bifida lumbalis, myelomeningocèle lumbosacralis*. Ze szpary sromnej wysuwała się kulista część pochwowa macicy z otworem pośrodku. Błona dziewicza zanikła; dno macicy było opuszczone niewiele, całość więc wyglądała jako wypadnięcie niezupełne z przerostem szyi i części pochwowej.

Przerost szyi macicznej objaśniamy sobie u rodzających w ten sposób, że wskutek opuszczania się ścian pochwy pociągana bywa przez nie szyja i stopniowo przerasta, macica zaś, umocowana u góry za pomocą więzadeł, nie ustępuje tak łatwo ku dołowi. W przypadku SCHAEFFER'a objaśnienie takie nie wytrzymuje krytyki. WINCKEL szukał przyczyny w ośrodkowym układzie nerwowym. Wiele danych przemawia za tem, że za główną przyczynę przerostu szyi i niedorozwinięcia się tu mięśni właściwych należy uważać trofoneurozę.

Bywa następnie cały szereg przypadków wypadnięcia u nierodzących wskutek nieprawidłowej postaci miednicy. Tu należą: miednice we wszystkich wymiarach zwężone, rozszczepione, kyfotyczne, płaskie. FRITSCH wspomina o przypadku wypadnięcia macicy przy miednicy spondylolistetycznej. Jednakże przy sekcji pokazało się, że rozpoznanie postawiono za życia mylnie; właściwie bowiem była to miednica płaska, rachityczna, w wysokim stopniu zniekształcona. Przypadek ten jest opisany przez D-ra FR. NEUGEBAUERA w jego pracy p. t. „*Spondylolithése et spondylolisème*“ w 1892 r. Henryetta R..., lat 54, *virgo intacta*, miała pewien rodzaj parezy w lewej nodze. Chodziła ze znacznym przodonachyleniem tułowia, o mocno zgiętych stawach w kończynach dolnych i znacznym boczny wahaniu się tułowia, tudzież rozstawiała bardzo

szeroko nogi i chodziła bardzo wolno. W jednym z przypadków podanych przez FRITSCH'a była tak znaczna lordoza lędźwiowa, że macica, prawie mijająca nie mając, była jakby wypchnięta z miednicy. Do tego rodzaju wypadnięć należy zaliczyć przypadek VEIT'a. Chora miała lat $14\frac{3}{4}$; w pierwszych latach życia zaczął jej rosnąć garb. Wzrost $102\frac{1}{2}$ ctm., kolumna pacierzowa kyfotyczna, wierzchołek kyfozy odpowiadał 9-mu kręgowi grzbietowemu. Na granicy części lędźwiowej kręgosłupa i kości krzyżowej było głębokie wklęsnięcie, w którym widać było symetryczny porost blond włosów. Bocznych skrzywień i skręceń kręgosłupa nie było. Miednica mało pochylona tak, że wejście do niej prawie patrzyło ku górze. Wymiary *sp.* 20; *cr.* 21,0; *tr.* 27, *c. extr.* $14\frac{1}{4}$. Błona dziewicza była mocno rozszerzona i nie rozdarta.

Że upadek, podnoszenie i dzwiganie ciężarów mogą wywołać ostre wypadnięcie macicy u młodych dziewcząt, na to zgadza się wielu autorów. Jednakże zdaje mi się, że w tych razach zawsze jeszcze wynaleźć można albo nieprawidłowość w budowie miednicy, albo też osłabienie mięśni dna miednicy i ścian pochwy, czy to wrodzone, czy też z jakichkolwiek przyczyn powstałe. Tak WINCKEL podaje przypadek ostrego, pierwotnego wypadnięcia macicy wskutek upadku z drabiny, gdy chora niosła ciężar na plecach. D-r MATIAKOWSKI spostrzegł przypadek wypadnięcia u dziewczycy, T. B., lat 24, służącej. Przed 6-u laty dzwignęła i przeniosła po schodach ciężki fotel i zaraz wtedy poczuła, że jakby się coś w niej oberwało. Od 5-iu miesięcy macica wypadła zupełnie. „Była to dziewczyna niska, bardzo blada, kredowo biała, tkanki tłuszczowej podskórnej pokład umiarkowany, golenie krzywe, wysokiego stopnia *scoliosis*; ogromne skrócenie klatki piersiowej; miednica krzywo ustawiona“. Znalaziono całkowite wypadnięcie macicy z wycnicowaną pochwą. Kanał macicy $1\frac{1}{2}$ ctm.. W tym więc przypadku mieliśmy skrzywienie kręgosłupa i wadliwe ustawienie miednicy; krzywica była znaczna i zapewne *conjugata* była mocno zwężona. D-r FR. NEUGEBAUER z kliniki ś. p. ojca swego łaskawie udzielił mi opis przypadku ostrego wypadnięcia macicy u 21-letniej dziewczyny wskutek ciężkiej pracy. Podczas wybierania łopatą stwardniałego nawozu zmuszona była natężyć wszystkie swe siły. Czwartego dnia przy takiej męczącej pracy nastąpiło krwawienie z pochwy, a potem wypadnięcie macicy. Chora była budowy dobrej z dobrze rozwiniętym szkieletem i mięśniami, tkanki tłuszczowej miała dużo. Płuca i serce były zdrowe. Stwierdzono całkowite wypadnięcie macicy z wycnicowaną pochwą.

D-r S. LEHR opisuje następujący przypadek. Katarzyna G..., lat 20, służąca. *Nullipara*. Przed rokiem, przenosząc po schodach 8-letnie dziecko, uczuła mocne bóle w brzuchu; zauważyła zaraz, że jej jakiś guz z pochwy wychodzi; z początku guz ten cofał się, lecz od 3-ch miesięcy cały guz wisi na zewnątrz sromu. Chora małego wzrostu, słabo zbudowana, rachityczna, *genu valgum*. Całkowite wypadnięcie macicy i pochwy. Wymiary: *sp.* 29; *cr.* 28,5; *tr.* 32; *c. extr.* 16,5; *c. diag.* 9,5.

Nie tylko praca fizyczna, lecz wogóle wszystkie te przyczyny, które mają za następstwo wzmożenie parcia brzuszne, będą powodować opuszczenie lub całkowite wypadnięcie narządu, zatem: bystry wzrost guzów szybkie i dość znaczne

zebranie się płynu w jamie otrzewnej i t. d.. W podanym przez FRITSCH'a przypadku nastąpiło wypadnięcie macicy wskutek pęknięcia torbieli jajnika i wylania się płynu do jamy otrzewnej. Jama DOUGLAS'a wypuklała się coraz więcej, a ucisk na macicę był skierowany przeważnie ku dołowi. Nakoniec będą znakomicie ułatwiać opuszczenie i w następstwie opadnięcie narządu u nierodzących wszystkie te sprawy, które prowadzą do tyłopochylenia, ponieważ wtedy szyja i trzon macicy przyjmują kierunek pochwy, więc: nawykowe przepełnienie pęcherza moczowego, *parametritis anterior*, następstwa *parametritidis posterioris*, guzy umieszczone w trzonie macicy, przerost części pochwowej, *metritis*. W tych więc przypadkach wzmoczone parcie brzuszne będzie ostateczną przyczyną wypadnięcia narządu. Tak BARNES w „*Obstetrical Transaction Bd. III*” opisał przypadek wypadnięcia macicy wskutek włókniaka tylnej wargi części pochwowej. Po odjęciu guza macica, odprowadzona na miejsce, więcej nie wypadła. D-r ASCH pomiędzy innymi podaje 3 przypadki całkowitego wypadnięcia macicy i pochwy u nierodzących. W dwóch przypadkach wypadnięta macica była w tyłopochyleniu, a w trzecim w tyłozgięciu. D-r S. LEHR w ostatnich pięciu latach [do 1894 r.] spostrzegał kilka przypadków wypadnięcia macicy u nierodzących w berlińskiej klinice gyniatricznej.

W jednym z nich u pacjentki lat 23, służącej, od 4-eh lat istniały objawy wypadnięcia. Błona dziewicza nienaruszona. otwór rozszerzony. Znalezione: przerost części pochwowej i niezupełne wypadnięcie macicy. Powiększenie wargi narządu spowodowało osłabienie *lig. uterosacral.*, a wskutek tego tyłopochylenie, parcie zaś brzuszne ostatecznie macicę zepchnęło ku dołowi.

W literaturze jest podany jeden tylko przypadek wrodzonego wypadnięcia macicy przez VILLAUME'a. Jednakże z oryginału, podanego w *Gazette Médicale de Paris* 1843 r., pokazuje się, że opis wrodzonego wynicowania niezupełnie jest jasny. „*Il s'agit d'une inversion de l'utérus, telle que le corps de cet organe ayant son fond dirigé en bas, formait une tumeur insolite à droit dans le vagin, et que son col inaccessible au doigt était dirigé en haut. L'exploration par l'hypogastre et par le rectum ne faisait rien sentir dans la région habituellement occupée par cet organe*”.

W opisanym przezemnie wyżej przypadku D-r NEUGEBAUER skutecznił na jednym posiedzeniu: *elytrorhaphiam posteriorem—perineanxesi* w umiarkowanym stopniu i umocował macicę do przedniej ściany brzucha (*centrofixatio uteri*) za pomocą trzech szwów: dwóch bocznych, przechodzących przez otrzewną i mięśnie i trzeciego, który przenikał przez całą grubość ściany brzusznej. Co do wyniku operacji, to sąd ostateczny można będzie wydać dopiero w przyszłości; sądząc jednakże z dołka charakterystycznego, jaki się wytworzył po operacji, szczególnie w stojącym położeniu, można przypuścić, że rezultat będzie dobry i wyleczenie zupełne.

Niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć podziękowanie Szanownemu D-rowsi FR. NEUGEBAUEROWI za łaskawe pozwolenie korzystania z zasobnej jego ksiąźnicy.

L I T E R A T U R A.

Wykład chorób kobiet SCHROEDER'a, tłóm. KONDRATOWICZ. — D-r LIEBMANN. Fall von prolapsus uteri et vaginae bei einer 17-jährigen virginalen Nullipara. Centralblatt f. Gyn. Nr. 41. 1894. — R. BARNES. Traité clinique des maladies des femmes. — PROCHOWNICK. Virginaler Totalprolapsus entstanden durch Zusammentreffen von angeborenem Fehlen des Damms und Doppelbildung der Genitalien. Arch. f. Gyn. Bd. 17. — I. SCHRAMM. Ueber den totalen Uterusprolaps bei Nulliparen. Centralblatt f. Gyn. Nr. 15 r. 1894. — H. FRITSCH. Die Lageveränderungen der Gebärmutter. Stuttgart. 1881. — QUISLING [Christiania]. Prolapsus uteri completus bei einem neugeborenen Kinde. Centralblatt f. Gyn. Nr. 17. 1890. — D-r KARL HEIL. Archiv f. Gyn. Band 48, str. 155. — D-r SALLI LEHR. Zur Actiologie des Uterusprolapses bei Nulliparen. Berlin. 1893. — D-r OSCAR SCHAEFFER. Bildungs-Anomalien weiblicher Geschlechtsorgane aus dem fötalen Lebensalter etc. Arch. f. Gyn. Bd. XXXVII. II. 2. — VEIT. Fall von vollständigen Gebärmuttervorfall bei einem noch nicht menstruirten Mädchen. Zeit. f. Geb. u. Gyn. Bd. II. — MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia. Gaz. Lekarska. 1887. — D-r FR. WINCKEL. Lehrbuch der Frauenkrankheiten, Leipzig. 1886. — D-r FR. NEUGEBAUER. Kilka słów o sematologicznem i dyagnostycznym znaczeniu badania śladów chodzenia, czyli ichnogramów ludzkich. Gaz Lek. 1893. — ASCH. Extirpation des Uterus m. Rasection der Scheide wegen Vorfalls. Arch. f. Gyn. Bd. 35, str. 191.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O LECZENIU PRZEROSTU GRUCZOŁU KROKOWEGO ZA POMOCĄ REKOCZYNÓW OPERACYJNYCH

Napisał

Bronisław Sawicki.

I. Leczeniu za pomocą rezekcyi gruczołu krokowego.

Przed laty czterema ogłosił EIGENBRODT pracę, w której, opierając się na 5 przypadkach rezekcyi gruczołu krokowego, operowanych w klinice TRENDELENBURG'a, oraz na materyale, zaczerpniętym z literatury, stara się ocenić znaczenie tej operacyi przy przeroście tegoż gruczołu. Wszystkie przypadki TRENDELENBURG'a były operowane cięciem nadłonowem. W dwóch pierwszych przypadkach operacyę wykonano z powodu kamienia. Znalazłszy podczas operacyi przerost środkowego zraza gruczołu krokowego, T. wystający do wnętrza pęcherza guz usuwał nożycami. Poprawa w obu przypadkach była bardzo nieznaczna: w pierwszym operacya ułatwiła nieco wprowadzanie cewnika; w drugim—chory mógł po operacyi oddawać nieco moczu własnowolnie; w trzecim przypadku przerostu gruczołu krokowego, powikłanego ciężkimi objawami pęcherzowymi i obecnością kamienia w pęcherzu, znaleziono podczas operacyi, że cały gruczoł był przerośnięty i wystawał do jamy pęcherza na kształt pierścienia, otaczającego ujście cewki. Na pierścieniu tym umieszczone były oddzielne guziki, znacznie rozwinięte zwłaszcza na stronie lewej. Siedzące na pierścieniu guzy usunięto nożycami, a nadto z tylnej części pierścienia wycięto duży klin, by w ten sposób odpływ moczu ułatwić. Wówczas w otworze cewki wewnętrznym pokazały się guziki, wychodzące z lewej ściany cewki. Po nadcięciu błony ślu-

zwanej guziki te palcami usunięto. Wynik operacji początkowo był znakomity. Chory po zagojeniu rany pęcherza mógł oddawać mocz własnowolnie, bez bólu. Z czasem jednakże objawy przewlekłego zapalenia pęcherza wzmogły się, pomimo to pozostała zdolność własnowolnego moczenia. W czwartym przypadku [gwałtowne parcie na mocz, bóle od 10 miesięcy, przejściowe zatrzymanie moczu, cewnika nigdy nie wprowadzano] po otworzeniu pęcherza cięciem nadłonowym znaleziono znacznie wystający przerośnięty zraz środkowy, który usunięto, pomimo że mocz miał dostateczny odpływ przez sączki założone do pęcherza, parcie nie ustawało, wystąpiły dreszcze, gorączka, rana nad spojeniem łonowym nie goiła się, chory marniał, aż wreszcie zmarł w 3 miesiące po operacji. Piąty przypadek dotyczył 59-letniego mężczyzny, u którego wystąpiło ostre zatrzymanie moczu. Ponieważ już dawniej podobne objawy w ostrzejszej jeszcze postaci występowały, można było przypuścić, że i teraz mogą one przeminać, lecz z czasem wrócić ponownie. Przy badaniu znaleziono umiarkowany nieżył pęcherza. Ponieważ wszystko przemawiało za tem, że cierpienia pęcherza z czasem się wzmogą jeszcze bardziej, postanowiono uciec się do prostatektomii. Podczas operacji znaleziono guz wielkości orzecha włoskiego, wystający do wnętrza pęcherza; guz ten usunięto. Przebieg pooperacyjny znakomity: w 14 dni po operacji chory sam oddawał mocz bez bólu. W 5 miesięcy po operacji chory czuł się bardzo dobrze.

W bieżącej i dawnej literaturze zdołał EIGENBRODT odszukać przeszło 100 przypadków przerostu gruczołu krokowego, w których wykonywano prostatektomię lub też prostatotomię [wycięcie kawałka gruczołu, lub tylko samo rozcięcie tegoż]. Wyprowadzać ogólnych wniosków, opartych na statystyce, E. nie uważa za możliwe. Przypadki są tak różnorodne, a opisy w ich większości tak niedokładne, że statystyka jest tu niemożliwą. Wogóle można tylko powiedzieć, że wyniki nie były świetne. Wielu chorych prędzej, czy później umierało, wielu nie doznało ulgi, lub też polepszenie było niewielkie, tak, że pewna część tylko z pomiędzy operowanych mogła być zadowolona z wyniku operacji. Ażeby utorować sobie drogę do gruczołu, wykonywano operację w trojaki sposób. Największa ilość chirurgów torowała sobie drogę za pomocą cięcia nadłonowego (*prostatectomia alta*). Po otwarciu pęcherza usuwano wystające do jego wnętrza części gruczołu krokowego za pomocą noża, nożyczek, zaciskadła, żegadła PAQUELIN'a, lub wreszcie wyskrobywano paznogciem. Inni: GUTHRIE, GOULEY, HARRISON i. t. d., starali się dojść do gruczołu od strony krocza (*prostatectomia peritonealis*). W tym celu cięciem środkowym na kroczu rozcinali błoniastą część cewki, poczem rozszerzali gruczołową część tejże na tępo palcem, lub też nacinali ją także nożem. Rozszerzywszy w ten sposób cewkę, wprowadzali palec do pęcherza i badali sterczące wyniosłości gruczołu. Następnie zrazowate narośle wyskrobywali, wyrrywali szczypczykami lub palcem, albo też usuwali za pomocą noża tępo kończącego. HARRISON zakładał po operacji do cewki rurkę, którą zatrzymywał w ciągu 6-u—12-u tygodni. Rurka ta swym uciskiem winna była uzupełniać samą operację. W ten sposób miał on operować przeszło 20 przypadków stale z dobrym wynikiem. BRUCE CLARKE wykonał w ten sposób 11 operacji, z pomiędzy których 2 razy zmuszony był

jeszcze otwierać pęcherz cięciem nadłonowem, by módz dokładniej usunąć wystające do pęcherza guzowatości. Wykazuje to, że sposób ten nie we wszystkich przypadkach daje dostęp należyty. Trzeci rodzaj operowania zastosował DITTEL. Chirurg ten stanowczo przeczy, wbrew twierdzeniom innych, by główną rolę odgrywał przy omawianem cierpieniu przerost zraza środkowego w gruczole krokowym. Według niego, zawsze i stale przerostowi ulegają tylko zrazy boczne. Wychodząc z tej zasady, DITTEL stara się utworzyć sobie dostęp do przerośniętego zraza bocznego za pomocą cięcia, poprowadzonego obok kiszki prostej, przyczem dostaje się do *cavum ischio-rectale*. Dosięgnąwszy bocznego zraza *prostatæ*, D. wprowadza cewnik do cewki moczowej i następnie wycina z przerośniętego zraza klin lub płat w ten sposób, by nie zranic cewki. Tym sposobem D. wycina gruczoł krokowy bez otwierania pęcherza lub cewki moczowej. Operację swą nazwał DITTEL *prostatectomia lateralis*.

Podobny sposób proponował jeszcze przed DITTEL'em KUECHLER, który prowadził cięcie po środkowej linii krocza aż do przedniej ściany prostonicy. Dosięgnąwszy gruczołu krokowego, K. rozcinał go ostrożnie w kierunku cięcia skórniego, a następnie obiedwie połowy ostrożnie wyłuszczał. Sposób DITTEL'a zastosował KUESTER, lecz o wynikach, przez tegoż otrzymanych, EIGENBRODT nie wie. W każdym razie sposób ten daje pole operacyjne małe, co przy znacznym krwotoku bardzo utrudnia operację.

Nadto EIGENBRODT krytykuje samą zasadę, która posłużyła DITTEL'owi za podstawę do jego operacji. DITTEL twierdzi, że zawsze ma miejsce przerost tylko zrazów bocznych, które przedewszystkiem wypuklają się do cewki i światło tejże zwężają. Tymczasem tak poszukiwania na trupach [WATSON], jak i spostrzeżenia na chorych wykazują, że najczęściej rozrostowi ulega cały gruczoł, lub też jego zraz środkowy, który, rozrastając się w kierunku do pęcherza, tworzy tu rodzaj występu lub klapy. Rozrost samych tylko zrazów bocznych spotyka się o wiele rzadziej.

Wobec tego nie można wszystkich przypadków podciągać pod jedno prawidło, lecz przy wyborze operacji należy je indywidualizować. W tym celu przedewszystkiem potrzeba dokładnie określić, z jakim przerostem mamy do czynienia. Badając palcem *per rectum* i jednocześnie cewnikiem od strony pęcherza, w większości przypadków możemy określić, z przerostem jakich zrazów mamy do czynienia. Ponieważ przeważnie spotykamy przerost całego gruczołu, lub też zraza środkowego, przeto najczęściej trzeba się uciekać do cięcia nadłonowego, które, dając najłatwiejszy dostęp, ma przewagę nad cięciem krocзовym (*sectio perinealis*). Dotychczasowe wyniki prostatektomii nie są wprawdzie świetne, gdyż nawet w tych przypadkach, w których objawy podmiotowe ustępowały i chorzy oddawać mogli mocz własnowolnie, opróżnianie pęcherza prawie zawsze było niezupełne. Ponieważ jednak pozostawianie w pęcherzu moczu zapasowego (*Residualharn*) łatwo może prowadzić do innych powikłań, nie można przeto chorych takich uważać za radykalnie wyleczonych. Nie mniej przeto EIGENBRODT przypuszcza, że wykonana w pewnych warunkach prostatektomia może okazać wielkie usługi. Przedewszystkiem należy operować we wczesnych okresach cierpienia, zanim znaczne zmiany w mięśniach

i błonie śluzowej pęcherza, a tembardziej w moczowodach i nerkach nie czynią bezużytecznym wszelki zabieg operacyjny. Wykonana w późniejszym okresie cierpienia prostatektomia nie leczy wprawdzie radykalnie, lecz może sprawić choremu znaczną ulgę. Samą operację w klinice TRENDELENAURG'a wykonywano w sposób następujący: Ułożywszy chorego w pozycji z miednicą uniesioną i głową opuszczoną, rozcinano skórę w kierunku poprzecznym ponad spojeniem łonowem, a następnie oddzielano mięśnie proste od tegoż spojenia. Obnażywszy przednią ścianę pęcherza, rozcinano ją także poprzecznie, wybierając dla cięcia miejsce nie za spojeniem łonowem, lecz wyżej, to jest bliżej wierzchołka pęcherza; przecięcie takie daje mniejsze krwawienie i pozwala lepiej zbadać wnętrze pęcherza. Po otwarciu pęcherza oglądano dokładnie jego wnętrze i usuwano wystające guzowatości bądź to nożyczkami, bądź też palcem po uprzednim przecięciu błony śluzowej. Jeżeli przerosnięty gruczoł tworzy rodzaj wału naokoło ujścia wewnętrznego cewki, to wał ten należy usunąć całkowicie, lub też przynajmniej wyciąć duży klin z tylnej jego części. Ponieważ TRENDELENBURG oddzielał całkowicie mięśnie proste od spojenia łonowego, u chorych wytwarzały się przepukliny brzuszne. Wobec tego E., zalecając cięcie poprzeczne, radzi jednakże nie przecinać całkowicie mięśni prostych, lecz je tylko nadcinać.

Przy końcu swej pracy EIGENBRODT zaznacza, że prawie cała szkoła francuska z GUYON'em na czele odrzuca zupełnie prostatektomię. GUYON cierpienia, występujące u chorych na przerost gruczołu krokowego, stawia w związku nie z tymże przerostem, lecz z ogólnymi zmianami w naczyniach (*arteriosclerosis*). Ogólne stwardnienie naczyń wywołuje takie zmiany w nerkach, moczowodach, pęcherzu i gruczole krokowym, których wynikiem są cierpienia, występujące u t. zw. prostatyków.

Najważniejszym czynnikiem, zdaniem G., ma tu być zwyrodnienie błony mięśniowej pęcherza, a ponieważ zależy ono głównie od przyczyn ogólnych, wyjęcie przeto kawałka gruczołu krokowego wpłynąć na nie nie może.

Dla wytworzenia sobie dokładniejszego pojęcia o wartości prostatektomii, postaramy się streścić pominiętą przez EIGENBRODT'a pracę OBALIŃSKIEGO, jakoteż artykuły, ogłoszone już po pracy EIGENBRODT'a.

OBALIŃSKI wykonał prostatektomię raz jeden u chorego 63-letniego, któremu przed rokiem kruszył kamień. Na rok jeszcze przed tem kruszeniem chory mógł oddawać mocz tylko przy pomocy cewnika. Po kruszeniu bóle i krwawienia ustały, chory jednakże nie mógł oddawać moczu dobrowolnie. Gdy rok po kruszeniu Ob. znowu znalazł w pęcherzu kamień, wykonał cięcie nadłonowe, poczem usunął dwa kamyki. Badając palcem wnętrze pęcherza, O. wyczuł ciało twarde, pod samem ujściem wewnętrznem cewki sterczące ku górze na kształt końcowego członka palca ręki ludzkiej. Przerosły w ten sposób środkowy płat gruczołu krokowego O. usunął nożyczkami, na płask wygiętymi, w części zaś zgiętymi szczypcykami. Krwotok umiarkowany zatamowano termokauterem. Cewnik na stałe, opatrunek jodoformowy. Przebieg powikłany zatruciem jodoformowem. Po 18 dniach cewnik wyjęto, a chory pierwszy raz oddał mocz drogą naturalną. Oddawanie moczu nie doznawało od

przeszkody. Autor zaleca cięcie podbrzuszne i prostatektomię w celu leczenia doszczętnego przerostu środkowego płata gruczołu krokowego.

WHITE na zjeździe chirurgów amerykańskich miał w 1893 r. obszerny wykład o przeroście gruczołu krokowego, w którym to wykładzie poddał krytyce istniejące teorie o przyczynie tego cierpienia, zebrał i zestawiał jego objawy, a wreszcie wyłożył zasady leczenia. W. odrzuca teorię GUYON'a, sprzeczającą wszystko do stwardnienia naczyń, a także teorię HARRISON'a, która chce widzieć przyczynę przerostu w starczych zmianach mięśni pęcherza. [Ponieważ mięśnie pęcherza, zdaniem HARRISON'a, tracą swe napięcie, wskutek czego tylna ściana pęcherza zapada się do miednicy i oddawanie moczu staje się trudniejszym, to następuje wyrównawczy przerost mięśnia pomiędzy otworami moczowodów i mięśnia gruczołu krokowego]. Zdaniem WHITE'go, przerost gruczołu krokowego odpowiada wytwarzaniu się włókniako-mięśniaków w macicy i stanowi cierpienie czysto miejscowe. Co do leczenia, to zachowywać się wyczekująco lekarz może tylko u chorych, nie doznających żadnych dolegliwości. W przypadkach, przedstawiających objawy lekkie, można z dobrym wynikiem stosować leczenie paliatywne [zakładanie świeczek BENIQUE], które uwalnia chorych od cierpień w ciągu wielu lat.

W przypadkach ciężkich, w których leczenie paliatywne nie pomaga, należy się uciekać do operacji. Zabieg operacyjny może być czworakiego rodzaju: 1) *distensio partis prostaticae uretrae*, 2) *prostatotomia perinealis*, 3) *prostatectomia perinealis*, 4) *prostatectomia alta*. Trzy pierwsze operacje mogą być stosowane w niewielkiej ilości przypadków, ostatnia zaś operacja znajduje zastosowanie w znacznej ich większości. Przeciwwskazanie do operacji powinien stanowić lichy stan ogólny, a zwłaszcza silniejsze zajęcie nerek. Wreszcie, opierając się na podobieństwie przerostu gruczołu krokowego z włókniakami macicy, radzi W. próbować trzebieżenia.

ROBSON nie radzi operować tam, gdzie można się ograniczyć niezbyt często zakładaniem cewnika. W przypadkach cięższych radzi się uciekać do operacji, przyczem daje pierwszeństwo prostatektomii nadłonowej. Przeciwwskazanie do operacji powinny stanowić: ważniejsze cierpienia nerek, stała atonia pęcherza, glikozurya, znaczne zwyrodnienie naczyń obok ogólnego osłabienia. Sam R. wykonał 12 operacji, [w jednym z zejściem śmiertelnym wskutek ropnia okołoprostnicowego. We wszystkich innych przypadkach wynik był zadowalający, co raz sprawdzono nawet we 2 lata po operacji. Operację wykonywał R. w ten sposób, że po utworzeniu pęcherza cięciem nadłonowym wycinał klin ze zrazu środkowego. Jeżeli zrazy boczne były także przerośnięte, to wyluszczał je następnie palcem z torebki.

Na uwagę zasługują także niektóre oddzielne spostrzeżenia, w ostatnich czasach ogłoszone. JULIEN wykonał prostatektomię nadłonową u 63-letniego starca, cierpiącego od roku na objawy, towarzyszące przerostowi gruczołu krokowego. Znalazłszy znaczny rozrost wszystkich trzech zrazów gruczołu, operujący zaciął na ich powierzchni błonę śluzową i odsunął ją, poczem kolejno wszystkie trzy zrazy wyciął. Znaczny krwotok zatrzymano za pomocą żegadła PACQUELIN'a, brzegi rany pęcherza zeszyto z brzegami rany brzusznej, poczem

założono sączki. Po upływie 4-ch tygodni chory oddawał mocz przez cewkę. W 9 miesięcy po operacji stan pacyenta był zupełnie zadawalający, aczkolwiek pozostała mała przetoka, przepuszczająca niewielką ilość moczu.

Krwotok, powstający podczas prostatektomii, ustaje zazwyczaj pod działaniem zimnej lub gorącej wody. W cięższych przypadkach stosowano przypalanie żegadłem, wreszcie KAYES, a po nim VAN HOOK zastosowali tamponację. W tym celu KAYES użył kompresu stopniowanego (*graduirtte Kompresse*), do którego przymocował nitkę. Wprowadziwszy następnie do pęcherza cewnik, przywiązał do niego nitkę, wyciągnął ją razem z cewnikiem na zewnątrz i przymocował do kawałka gazy przy otworze cewki zewnętrznym. V. HOCH zamiast kompresu stopniowanego użył tamponu z gazy jodoformowej.

Ze względów technicznych na uwagę zasługuje przypadek CHANCE'a. U chorego 56-letniego, zmuszonego oddawać mocz co 10 minut, wykonano prostatektomię górną, podczas której usunięto wałowate wypuklenie gruczołu krokowego, otaczające otwór cewki. Wynik dodatni; chory mógł po operacji zatrzymywać mocz 10—11 godzin. Autor radzi przy rezekcji gruczołu używać zamiast nożyc dłótka. Nadto ponieważ opróżnienie pęcherza przez sączki, wprowadzone do rany nadłonowej, przedstawia dla chorego wiele niedogodności, autor radzi dodawać do nich jeszcze rurkę, wprowadzoną przez ranę ze strony kroczu.

Za pomocą dwóch cięć na jednym posiedzeniu zmuszony był torować sobie drogę do pęcherza SCHMID. U chorego 63-letniego, od lat pięciu cierpiącego na przypadłości pęcherzowe, rozpoznano kamień, który powstał wskutek odłamania się kawałka cewnika. S. wykonał cięcie pośrodkowe, lecz nie mogąc uzyskać dobrego dostępu do pęcherza, dodał cięcie nadłonowe. Usunąwszy ciało obce, znalazł znaczny przerost środkowego zrazu gruczołu krokowego, który to przerost uznał za główną przyczynę cierpienia. Zraz przerośnięty wycięto, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie. Chory mógł zatrzymywać mocz 4—6 godzin, podczas gdy przed operacją zmuszony był oddawać co godzina.

Na uwagę zasługuje także przypadek całkowitego wyluszczenia gruczołu krokowego, operowany przez DIRTEL'a. Wogóle całkowite wyluszczenie gruczołu wykonano dotąd trzy razy zawsze z wynikiem ujemnym; przypadek DIRTEL'a jest czwartym i dał wynik pomyślny. Przypadek ten dotyczył dobrze zbudowanego 32-letniego mężczyzny, cierpiącego na silne parcie i krwawe oddawanie moczu. Gdy pęcherz był pusty, można było przez ściany brzuszne wyczuć w małej miednicy guz twardy, napięty, owalny. Badając przez prostnicę, znajdowano znacznie powiększony gruczoł krokowy. Przy endoskopowaniu dostrzegł DIRTEL na prawej stronie guz krwawiący. Wykonawszy cięcie nadłonowe, D. guz wyskrobał ostrą łyżeczką. Następnie poprowadził cięcie od kości ogonowej do odbytnicy, usunął kość ogonową, poczem, idąc po prawej stronie prostnicy, doszedł do gruczołu krokowego. Rozciąwszy teraz torebkę gruczołową, sam gruczoł usunął na tępo palcami. Wyluszczenie udało się dość łatwo, ponieważ cewka nie była otoczona masą guzową, lecz leżała przed nią. Pomimo że operacja udała się bez zranienia cewki, to jednakże

w kilka dni później wytworzyła się niewielka przetoka, która wprędce się zagoiła. Wyzdrowienie zupełne. Guz stanowił gruczoł krokowy, zawierający liczne włókniaki. Zalecaną przez DITTEL'a prostatektomię boczną wykonał u 70-letniego chorego PYLE. Dla wytworzenia sobie większego pola operacyjnego zastosował on cięcie ZUCKERKANDL'a [patrz Gaz. Lek. 1889. str. 1044. *przyp. ref.*]. Oddzieliwszy *m. bulbo-cavernosus* od *sphincter ani externus* i rozciawszy *m. levator ani*, dostał się on już na tępo pomiędzy kışkę prostą, gruczoł krokowy i pęcherz. Wprowadziwszy dla większej pewności cewnik do pęcherza, dość łatwo wyciął PYLE zrazy przerośnięte

Ze względu na przeczenie DITTEL'a, by zraz środkowy gruczołu krokowego mógł ulegać przerostowi, należy tu przytoczyć jeszcze wynik poszukiwań JORES'a. Zbadawszy 19 przypadków przerostu zraza środkowego, przyszedł on do następujących wniosków: w początku swego rozwoju przerost odbywa się w kierunku do błony śluzowej pęcherza. Przedewszystkiem przerost odbywa się w częściach, położonych pomiędzy zwieraczem i błoną śluzową cewki lub pęcherza. Przerostowi ulegają zwykle najprzód dodatkowe zraziki gruczołu.

Należy wreszcie zaznaczyć, że i szkoła francuska zaczyna się w ostatnich czasach nieco inaczej zapatrywać na przyczyny przerostu gruczołu krokowego i na sprawę prostatektomii. W ogłoszonej niedawno pracy BOHDANOWICZA, dokonanej pod kierunkiem GUYON'a, znajdujemy wyniki badań drobnowidzowych, które przeczą starej teorii LAUNOIS'a o związku miażdżycy naczyń z przerostem gruczołu krokowego. Wprawdzie BOHDANOWICZ przyznaje, że zależność taka może mieć niekiedy miejsce, lecz spotyka się ona tylko w mniejszości przypadków i w tych właśnie razach wyjęcie płata przerośłego pozostaje bez skutku. W większości przypadków nie znajdujemy żadnego związku pomiędzy miażdżycą naczyń i przerostem gruczołu, a wykonana w tych razach prostatektomia może dać dobry wynik.

EIGENBRODT. *Beitr. z. klin. Chir.* VIII. Bd. I. Hf. 123. S.

WHITE. *Centr. f. Chir.* 1894. S. 489; *Ann. mal. gen. urin* 1894. p. 127.

ROBSON. *Centr. f. Chir.* 1894. S. 1126; *Ann. mal. gen. urin.* 1894. p. 540.

OBALIŃSKI. *Przegl. Lek.* str. 441.

JULLIEN. *Centr. f. Chir.* 1893. S. 964; *Ann. mal. gen. urin.* 1893. p. 373.

KAYES. *Centr. f. Chir.* 1893. S. 151.

V. HOOK. *Centr. f. Chir.* 1894. S. 308.

CHANCE. *Ann. mal. gén. urin.* 1894 p. 918.

SCHMID. *Centr. f. Chir.* 1893. S. 648.

DITTEL. *Centr. f. Chir.* 1893. S. 918; *Ann. mal. gén. urin.* 1893 p. 614.
także 1894 p. 390.

PYLE. *Cent. f. Chir.* 1893. S. 157.

JORES. *Ann. mal. gén. urin.* 1894. p. 615.

BOHDANOWICZ. *Przegl. Lek.* 1895. str. 24.

2. Przekłucie pęcherza i cięcie nadłonowe przy przeroście gruczołu krokowego.

W przypadkach zatrzymania moczu, spowodanego przerostem gruczołu krokowego pierwszy DE MERY zastosował przekłucie pęcherza z pozostawieniem pochwy trójgrańca na stałe. Operacja ta dziś jeszcze ma swoich zwolenników. FORESTIER, DE LALESQUE, LEJARS i REMY ogłaszają przypadki, w których z dobrym wynikiem ten sposób stosowali. Ostatni z nich w przypadku ostrego zatrzymania moczu u 69-letniego mężczyzny, nie mogąc wprowadzić cewnika, przekłuł pęcherz nad spojeniem łonowym grubym trójgrańcem, przez światło pochwy trójgrańca wprowadził cewnik gumowy do pęcherza, poczem samą pochwę usunął. Początkowo cewnik połączył z rurą gumową, tworząc syfon, później zastąpił go kawałkiem prostego sączka. Chory 14 miesięcy chodził z tak wytworzoną sztucznie przetoką. Większość jednakże chirurgów z PONCET'em na czele odrzuca dziś ten rękoczyn chirurgiczny, jako stosowany na ślepo i mogący spowodować posokowate nacieczenia w tkance około-pęcherzowej.

Pozwalają oni przekłuwać pęcherz tylko dla dania doraźnej pomocy choremu przy ostrem zatrzymaniu moczu, jeżeli nie można od razu wykonać cięcia nadłonowego. W celu leczniczym jednakże PONCET, DESNOS, ROLLET, WITZEL i inni radzą wykonywać cięcie nadłonowe z wytworzeniem stałej lub czasowej przetoki. PONCET wykonywa te operacje w ten sposób: chorego kładzie poziomo lub w położeniu TRENDLENBURG'a; cięciem pionowym, 68 cm. długiem dochodzi pomiędzy mięśniami prostymi do pęcherza, odłuszcza fałdę otrzewnową ku górze, przeprowadza przez ścianę pęcherza pętlicę dla podtrzymywania tejże ściany, przecina pęcherz możliwie blisko od otworu cewki na przestrzeni $1\frac{1}{2}$ ctm. i wreszcie brzegi rany pęcherzowej zeszywa z brzegami rany skóry. Po upływie jakiegoś czasu wytworzona w ten sposób przetoka zwęża się, mięśnie proste przyjmują na siebie rolę zwieracza, wskutek czego chory może opróżniać pęcherz do pewnego stopnia dowolnie. PONCET radzi u chorych na przerost gruczołu krokowego pozostawiać taką przetokę na stałe, nie kusząc się za pomocą katetyzowania przywracać oddawanie moczu *per vias naturales*. Z pomiędzy tych, którzy rękoczyn PONCET'a stosowali, ROLLET wykonał go w trzech przypadkach. W pierwszym przypadku (l. 80, *retentio urinae, cystitis gravis*) chory opróżniał stale w ciągu kilku miesięcy po operacji pęcherz przez przetokę podbrzuszną, mogąc jednakże oddawać nieco moczu przez cewkę. Gdy wreszcie przetoka zamknęła się, zatrzymanie moczu powróciło. Wówczas ponownie wykonano przecięcie pęcherza, poczem codziennie rozszerzano przetokę za pomocą cewnika. Chory oddawał mocz dowolnie przez przetokę, a częściowo przez cewkę. W drugim przypadku 58-letniemu kowalowi z zatrzymaniem moczu i zapaleniem pęcherza wytworzono przetokę podbrzuszną i w kilka dni potem zastosowano przyrząd, umożliwiający zatrzymywanie moczu. Chory robił po 20 kilometrów piechotą, nie zanieczyszczając bielizny. Z czasem powróciło oddawanie moczu przez cewkę. W trzecim przypadku po operacji u 19-letniego starca nastąpiło nietrzymanie moczu.

DÉSROS wykonał sześć operacji, wszystkie u ludzi, liczących przeszło 60 lat, dotkniętych ciężkimi przypadłościami pęcherzowemi. W czterech przypadkach przetoka nadłonowa po kilku tygodniach zarosła, stan ogólny i miejscowy pomimo to poprawił się, chory mógł oddawać mocz przez cewkę, lecz opróżnianie pęcherza bywało niezupełne, a nadto chory musiał od czasu do czasu zakładać sobie cewnik. W dwóch innych przypadkach po operacji nastąpiło początkowo polepszenie. W sześć miesięcy po operacji jeden z tych chorych mógł nawet zatrzymywać mocz w ciągu pół godziny. Polepszenie to jednakże trwało w pierwszym przypadku kilka miesięcy, w drugim — kilka tylko tygodni; po upływie tego czasu mocz stał się mętny, wystąpiło parcie, stan ogólny zaczął podupadać. Jeden z chorych zmarł z chłocha moczowego, drugi znikł autorowi z oczu.

Przechodząc do wniosków ogólnych, D. w przypadkach nagłego zatrzymania moczu przyznaje prawo obywatelstwa przekłuciu cienkim trójgrańcem, choćby rękoczyn ten miał służyć za wstęp tylko do innej operacji. Natomiast tam, gdzie trzeba wytworzyć stałą przetokę, woli wykonywać cięcie nadłonowe, niż przekłucie grubym trójgrańcem z następczem wprowadzaniem sączka. Wogóle D. radzi się uciekać do cięcia nadłonowego przy zupełnem zatrzymaniu moczu, połączonem z zakażeniem ogólnem lub miejscowem, z zapaleniem pęcherza, z trudnością katetyzacji lub wreszcie z drogami błędnymi (*fausse route*). Z drugiej jednakże strony, zalecając cięcie nadłonowe, nie zgadza się D. z PONCET'em na to, by wytworzoną przetokę pozostawiać na stałe. Za pomocą takiej przetoki, pomimo wszystkich zabiegów chirurga, łatwo następuje zakażenie pęcherza, które może w niwecz obrócić cały zabieg operacyjny.

Z sześciu swych przypadków D. spostrzegał powyższe powikłanie w trzech, z których dwa zakończyły się, jak widzieliśmy, niepomysłnie, w jednym zaś objawy ropnego zapalenia pęcherza ustąpiły po zagojeniu przetoki. Wobec tego D. radzi w jakiś czas po wykonaniu cięcia nadłonowego rozpocząć systematyczną katetyzację, by móżdż z czasem przetokę zagoić. Dla tych przypadków, w których wypada przetokę nadłonową zachować, w których jednakże chory może do pewnego stopnia mocz zatrzymywać, D. proponuje swego pomysłu cewnik gumowy dla codziennego wprowadzania do przetoki. Ponieważ przy tym rękoczynie do pęcherza powinna wchodzić, o ile można, najmniejsza część cewnika, zalecany przeto przez D. cewnik posiada w pobliżu swego końca zgrubienie, pozwalając temu narzędziu przenikać tylko do przetoki i zaledwie wchodzić do pęcherza. Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Paryżu PONCET podał wyniki 63 operacji cięcia nadłonowego, dokonanych w przypadkach przerostu gruczołu krokowego.

W 21 przypadkach P. miał do czynienia z chorymi aseptycznymi, dotkniętymi zatrzymaniem moczu, w 42 zaś przypadkach było słabiej lub silniej wyrażone zakażenie. Chorzy pierwszej grupy, t. j. aseptyczni, wyzdrowieli wszyscy. Operację wykonywano tu z powodu niemożności lub też trudności katetyzowania. P. przekłada w tych razach cięcie nadłonowe nad przekłucie pęcherza. Chorzy z drugiej grupy byli operowani w stanie ostrawego, ostrego lub też przewlekłego zakażenia. Przypadków zakażenia ostrawego było 6,

i wszystkie zakończyły się śmiercią w ciągu 2—3 dni po operacji. Z pomiędzy 12 chorych, dotkniętych zakażeniem ostrem, 4 umarło w ciągu pierwszego tygodnia po operacji, inni przeżyli $6\frac{1}{2}$ miesięcy do $2\frac{1}{2}$ lat. Nakoniec na 24 chorych z zakażeniem przewlekłym 7 umarło w ciągu pierwszych 8 dni po operacji, 10 przeżyło niespełna rok, wreszcie 7 znajduje się w zupełnym zdrowiu [od ich operacji upłynęło $1\frac{1}{2}$ —3 lat]. Co się tyczy wyniku czynnościowego, to ten nie przedstawia się świetnie. Tylko 12 chorych mogło oddawać mocz drogą prawidłową. Reszta chorych w liczbie 22 opróżniała pęcherz przez przetokę nadłonową. Przytem z pomiędzy tych ostatnich — 7 mogło oddawać mocz dowolnie, 3 zatrzymywało mocz tylko w pewnym położeniu [np. poziomem], wreszcie u 12 stwierdzono nietrzymanie moczu zupełne. Nietrzymanie takie, wogóle uciążliwe, przy gruźlicy pęcherza jest dogodnie, tak, że P. kilkakrotnie w tego rodzaju przypadkach umyślnie rozszerzał otwór przetoki, gdy tenże się zwężał.

W dyskusyi nad powyższym odczytem przyjmowali udział: TUFFIER i SE-GOND. TUFFIER w aseptycznych przypadkach zatrzymania moczu przekłada przekłucie pęcherza. Co się tyczy przypadków zakażonych, to tu cięcie nadłono-we nadaje się, zwłaszcza przy zakażeniu stopniowo się wzmagającym. Prze-toka pozostawała po operacji tak często u P. dlatego, że tenże obawia się stosowania katetyzacji *à demeure*. SE-GOND wykonywał cięcie nadłonowe przy przeroście gruczołu krokowego w trzech przypadkach u ludzi starych, u których katetyzacja była bolesna lub niewystarczająca. Wszystkie przy-padki zakończyły się wyzdrowieniem, lecz we wszystkich pozostało nietrzymanie moczu. Zaproponowana przez PONCER'a operacja wytworzenia przetoki nadłonowej została zmieniona przez ZWEIFEL'a i MARTIN'a, którzy zużytkowa-li w tym celu teoretycznie wypowiedzianą radę WITZEL'a. Proponując swój sposób gastrostomii, WITZEL wyraził zdanie, że tę samą metodą możnaby za-stosować przy wytwarzaniu przetoki nadłonowej, któraby w ten sposób otrzy-mała postać sztucznej cewki. ZWEIFEL zużytkował myśl tę praktycznie u chorej, której wyciął cewkę z powodu raka. Otworzywszy otrzewną, przeciął on tylną ścianę pęcherza i przyszył do ściany brzusznej w ten sposób, jak to WITZEL z żołądkiem uczynił. Opierając się na tym przypadku, ZWEIFEL ra-dzi powyższą operację stosować przy przeroście gruczołu krokowego. Prze-ciwnko tej propozycji wystąpił ZUCKERKANDL, uważając ten sposób za bardziej niebezpieczny, niż zwykłe cięcie nadłonowe. MARTIN starał się radę WITZE-L'a przystosować do zwykłego cięcia nadłonowego. U 67-letniego chorego z przerostem gruczołu krokowego i zatrzymaniem moczu wykonał on cięcie nadłonowe, przyczem w pęcherzu zrobił niewielki tylko otwór poza spojeniem łonowem. Wprowadziwszy do pęcherza przez ten otwór cewnik NÉLATON'a, przymocował go do ściany pęcherza ścięciem katgutowym; następnie ułożywszy cewnik na przedniej ścianie pęcherza w kierunku ku górze, pokrył go dwiema z obu stron uniesionemi fałdami, które połączył szwem katgutowym ze sobą. W ten sposób M. wytworzył kanał 4—5 ctm. długi, przebiegający od pęcherza w kierunku ku górze i przodowi, w którym to kanale leżał cewnik. Po nad tym pierwszym szwem węzłkowym nałożył drugi na okrętkę. Otrzymałszy

w ten sposób przetokę podobną do przetoki WITZEL'a przy gastrostomii, M. pokrył ranę gazą jodoformową. Wychodzący z górnego kąta rany cewnik umocował za pomocą plastra lepkiego. Począwszy od 4-go dnia po operacji opatrunek stale bywał suchy. W miesiąc po operacji chory mógł zatrzymywać mocz bez cewnika w ilości 100 ctm. sześć.. Lecz już w kilkanaście dni później ilość ta zmniejszyła się do 25 ctm. sześć., która to ilość pozostawała stale. Przy napięciu mięśni brzusznych chory mógł zatrzymać 300 ctm. sześć.. Z założonym do pęcherza cewnikiem chory zatrzymywał 500 ctm. sześć., otwierając cewnik trzykrotnie w ciągu dnia i raz w ciągu nocy.

RÉMY, *Ann. d. mal. gén. urin.* 1894. p. 1112.

PONCET. *Ann. d. mal. gén. urin.* 1894. p. 64 i 525, także *Semaine méd.* 1894. Nr. 66. p. 535.

ROLLET *Ann. d. mal. gén. urin.* 1893. p. 929.

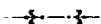
DESNOS. *Ann. d. mal. gén. urin.* 1893. p. 801, także *Ann. d. mal. gén. urin.* 1894. p. 539.

ZWEIFEL. *Cent. f. Chir.* 1893. Nr. 37. p. 785.

MARTIN. *Cent. f. Chir.* 1893. Nr. 47. p. 1027.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



45. L. Letzerich. Badania nad etyologią i patologią influenzy, oraz wskazówki terapeutyczne.

Przy badaniach bakteriologicznych nad influenzą, tak podczas ostatniej pandemii, jak i podczas poprzednich, LETZERICH znajdował stale we krwi i moczu dotkniętych chorobą drobnoustrojów w postaci lasecznika. Jakkolwiek autor nie przedsiębrał prób szczepienia hodowli zwierzętom, a próby PFEIFFER'a, CANON'a i KITASATO nie dały dodatniego rezultatu, to jednak stała obecność lasecznika powyższego we krwi chorych na influenżę, znikanie jego wraz z ustępowaniem cierpienia i nieobecność we krwi ludzi zdrowych, każą LETZERICH'owi wnosić z całą pewnością, że lasecznik ów jest bezwątpienia swoistym dla influenzy. Po nieudanych próbach wyhodowania drobnoustroju na odżywkach KOCH'a, autor zwrócił się do kartofla i tu otrzymał doskonale rezultaty. Do hodowli brał laseczniki ze krwi chorych, lub z moczu, i tym ostatnim sposobem otrzymywał hodowle czystsze. Mocz, wypuszczony w 2—5 dni po pierwszym napadzie gorączki w wyjałowione naczynia i po dokładnem oczyszczeniu części płciowych zewnętrznych, zawierał zawsze znaczną ilość powyższych laseczników. Po przeniesieniu ich na kartofel, występowały w przeciągu 6—8 godzin, przy ciepłocie 36°, 37° C., galaretowate, wzniesione nieco nad poziom kartofla, błyszczące o nieprawidłowych zarysach kolonie. Preparaty, brane z tych hodowli, i za, barwiane w przeciągu 10—15 minut wyskokowym roztworem błękitu metylenowego, wykazują przy słabem powiększeniu niezwykle drobne, ostro zarysowane, równe lub nieco owalne, proste lub nieco zgięte laseczniki. Przy silnem powię-

kszeniu okazuje się, że środkowa część lasecznika zabarwiona jest słabiej, podczas gdy oba końce zabarwione są silnie i są zaokrąglone, co przy powierzchownem badaniu robi wrażenie, jakobyśmy mieli do czynienia z dwóinkami. Rozmnażanie odbywa się w ten sposób, że owa słabiej zabarwiona substancja w środku lasecznika staje się coraz cieńszą, podczas gdy owe silniej zabarwione i zaokrąglone końce otrzymują obrys coraz wyraźniejszy — i nakoniec z lasecznika pozostają dwa okrągłe zarodniki, rozwijające się wkrótce w dojrzałe formy. Rozmnażanie to odbywa się nader szybko, tak, że w przeciągu 6—8 godzin otrzymać można zupełnie czyste hodowle na kartoflu. Hodowle te, dzięki właśnie tej szybkości, mogą służyć za doskonały środek rozpoznawczy dla influenzy. Jako wskazówkę praktyczną dodaje LERZERICI, że preparaty, zabarwione fioletem metylowym, bledną nieco pod wpływem światła słonecznego, dlatego winny być przechowywane w ciemności i przy rozpatrywaniu niezbyt długo na światło dzienne wystawione.

Drobnoustroje, przenikając do ustroju przez narządy oddechania lub trawienia, wywołują przedewszystkiem w większości przypadków silny napad dreszczy z podniesieniem ciepłoty, występujący raptownie. W innych razach podczas mniej lub więcej długiego okresu zwiastunów ciepłota podnosi się zwolna, dochodząc do 40° i wyżej. Wraz z raptownem podniesieniem ciepłoty zjawia się silny ból głowy, szczególnie w okolicy rozgałęzienia nerwu trójdzielnego i występują jednocześnie zapalno-nieżytowe zmiany w górnych częściach narządów oddechania, a więc gardła, krtani i tchawicy, dające niekiedy powód do włosowatych krwawień, co zdarza się szczególnie u dzieci i starców. W płwocinie znajdujemy stale powyżej opisane laseczniki. Nieżyty te mają bardzo uporczywy charakter, zwłaszcza u starców i dzieci.

Obiektywnie mamy tu obraz zapalenia gardła; przy badaniu zaś wziernikiem znajdujemy zmiany zapalne w krtani. Występować także mogą ostre zapalenia tchawicy i oskrzeli, nader uciążliwe dla chorych. Co się tyczy zapalenia płuc, to występuje ono przy influenzy najczęściej wraz z zapaleniem opłucnej, jako „*pleuropneumonia*“, mająca tu zazwyczaj przebieg łagodniejszy, niż zależna od innego zakażenia, przynajmniej u osobników młodych i silnych, podczas gdy u osłabionych, starców i dzieci powikłanie to prowadzi najczęściej do zejścia śmiertelnego. Wysiłek bywa najczęściej surowiczym, który się potem łatwo wysysa, jakkolwiek zdarza się niekiedy i wysiłek ropny. Influenza prowadzi także często do obostrzeń istniejącej już gruźlicy, tak, że chory ginie szybko przy objawach suchot galopujących.

Co się tyczy narządów trawienia, to znajdujemy w nich przy influenzy następujące zmiany. Język obłożony jest grubym, białym nalotem, szczególnie na środku i na podstawie, podczas gdy koniec i brzegi mogą być wolne od nalotu i suche. Ze strony żołądka występują objawy mniej lub więcej silnego nieżytu, a więc: brak łaknienia do jadła, odbijanie, mdłości, silne pragnienie, niekiedy gwałtowne bóle i wymioty. Podobne zaburzenia występują i ze strony kiszek, a więc bóle, dochodzące do silnego napięcia i biegunka. Wskutek nieżytego zajęcia dwunastnicy występować może żółtaczka, a takie przypadki mają szczególnie złośliwy przebieg. Śledziona nie przedstawia zmian

żadnych. Na zaburzenia ze strony nerek wskazują znajdowane niekiedy w moczu drobne ilości białka i cukru, a także mnóstwo laseczników influenzy. Zjawiają się także niekiedy w przebiegu influenzy lekkie nieżyty pęcherza, nie wymagające specjalnego leczenia. Autor zwraca szczególną uwagę na mogące występować zajęcie tkanki łącznej podskórnej w postaci ropni przerzutowych i rozsianych zapaleń skóry. W zawartości ropni i ekzematycznych przyszczyków znajdujemy w znacznej ilości laseczniki influenzy. Godne uwagi są ropnie te ze względu na to, że podtrzymują stan gorączkowy i mogą służyć za punkt wyjścia do nawrotów cierpienia. Z tego względu radzi autor zwracać baczną uwagę na wszelką najdrobniejszą nawet wysypkę w przebiegu influenzy.

Co się tyczy układu nerwowego, to występują tu objawy tak ze strony ośrodków, jak i nerwów obwodowych. Ostre objawy mózgowe, jak: zawroty głowy, zajęcie *sensorii*, bredzenie, niekiedy z charakterem manii prześladowczej, bezsenność z halucynacjami wzrokowymi, słuchowymi i węchowymi—ustępują zazwyczaj po 2—3 dniach trwania choroby. Uporczywsze są zazwyczaj objawy ze strony nerwów obwodowych. W sferze nerwów ruchowych widzimy niezupełne porażenia niektórych grup mięśniowych w kończynach, szczególnie mięśni wyprostnych. Ze strony nerwów czuciowych występują uporczywe nerwobóle, szczególnie nerwu trójdzielnego i międzyżebrowych. Chorzy skarżą się na uczucie wielkiego osłabienia; czują się wyczerpani, rozbiici. Stan taki może trwać przez całe tygodnie, nawet po ustąpieniu pierwszych ostrych objawów influenzy. Przyczyną jest tu, według LERZERICH'a, powtórne zatrucie ustroju toksynami, wytwarzanymi w miejscowych ogniskach.

Swoistego środka przeciw influenzy niema. Chodzi tu raczej o racjonalną metodę leczenia, zastosowaną do każdego poszczególnego przypadku. W lekkich formach wystarcza chronić chorego od zmiany ciepłoty, uregulować dietę, zalecić mu lekkostrawne, a pożywne pokarmy, za napój dać lekkie wino czerwone. Przestrzegać szczególnie należy chorego przed zbyt wczesnem wychodzeniem z domu, gdyż mogą powstać stąd ważne powikłania.

Ze środków farmaceutycznych poleca autor małe dawki fenacetyny [0,35 *pro dosi*—3 razy dziennie]. Z doskonałym rezultatem stosował także autor następujący środek: *Natri benzoic.* 10,0 — 15,0, *Resorcin. sublim.* 1,0, *Aquae destill.* 150, *Sir. cortic. aur.* 20,0. *D. in. vitro nigr. S.* Co 2 godziny łyżkę stołową, dla dzieci łyżeczkę od kawy. W okresie zdrowienia poleca autor małe dawki chininy wraz z przetworami żelaza. Uwzględnić także należy leczenie objawowe. Powikłania trzeba leczyć według ogólnych prawideł.

(*Zeitsch. f. klin. Medizin. Bd. 27. Hft. 3 u. 4.*)

Bronisław Peltyn.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kurcezej

w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigułek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi 0,03	1) Dragées ferri albuminati 0,05
„ „ „ 0,05	„ „ carbo iici-Blaudii minor aa 10,00 =
„ „ „ 0,05 . acid. arsenicos	100
0,001	„ „ „ Blaudii major aa 15,00 =
„ kreosoti Fagi 0,10	100
„ „ „ 0,10 c. acid. arsenicos	„ „ „ Valletti
0,001	„ „ dialisati peptonati 0,05
„ kreosoti Fagi 0,15	„ „ lactici 0,05
„ „ „ c. balsam. tolutan aa 0,05	„ „ oxydulati Kirchmani (Els magn
„ acid. arsenicos 0,001	pili.)
„ aloes 0,10	„ guajacoli 0,05
„ balsam. peruviani 0,05	„ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,001
„ „ „ 0,05 c. acid. arsen	„ „ 0,05 c. extr. belladnnae 0,000
0,001	„ ichtyoli 0,05
„ chinini ferro-citrici 0,05	„ jodoformii 0,05
„ „ murlati 0,05	„ „ 0,05 c. acid. arsenics
„ „ sulfurici 0,05	0,001
„ extr. Cascar. sigrad. fluid. 0,5	„ „ 0,05 c. morph. muriatric
„ „ hydrast. Cenadens. fluid. 0,5	0,004
„ „ rhei comp. 0,05	„ pepsini 0,05 (c. acid. muriat.)
„ „ rhei simpl. 0,05	„ picls 0,05
„ „ Valerianae spir. 0,10	

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

Dragées czyli pigułki cukrem powlekane, pomimo swego pięknego wyglądu posiadają tę wyższość przed innemi formami lekarskiemi, że zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecyjowym, że zapobiegają rozkładowi lub też ułatwianiu się danego leku jakim podlegać może pod wpływem tlenu powietrza i długiego przechowywania, że znoszą nieprzyjemny smak lub zapach stosowanych środków leczniczych i że pozwalają z największą ścisłością dozowanie przepisanego leku.

Wszelkie zamówienia na drażę z żądaną kompozycją jak najchętniej przyjmuję, lecz w ilości niemniejszej dwóch funtów, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) mniejszych ilości pigułek jest niemożliwem.

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Od 1-go Stycznia r. 1893 Cena Gazety Lekarskiej wynosi w Warszawie: rocznie 7 rs., półrocznie 3 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rocznie 8 rs., półrocznie 4 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10 ogłoszenia zagraniczne po kop. 18, za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Gajkiewicz Władysław.

Wydawca Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora: Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły, załatwiać można codziennie u Wydawcy od 9 -10 rano.

Wszystkie artykuły są płatne. Koszta odbitek obciążają honorarium.

Treść: I. J. JAWORSKI i L. NENCKI. Przyczynek do nauki o działaniu farmakodynamicznem w zależności od budowy chemicznej środków grupy aromatycznej. Nowy środek—Apolisin. Przeciwwgorączkowy i kojący. — II. Fr. STĘPKOWSKI. Całkowite wypadnięcie macicy i pochwy u młodej dziewczyny. — *Streszczenie zbiorowe.* B. SAWICKI. O leczeniu przerostu gruczołu krokowego za pomocą rękoczynów operacyjnych. — *Dział sprawozdawczy* 45. L. LETZIERICH. Badania nad etiologią influenzy, oraz wskazówki terapeutyczne. — Ogłoszenia.

„NADESLANE:”

WODY MINERALNE KRYNICKIE.

Zród główny, bardzo silna szczawa wapienno-żelazista, wskazania w Chlorosis, Anaemia simplex, Leukaemia, Scrophulosis, Rhachitis, Neurasthenia praec. sexualis. Enteritis c. diarrhoea chronica, Enteritis follicularis, Cystitis, Pyelitis, Nephritis chronica etc.

Zród Słotwiński silna szczawa magnowo - sodowo - żelazista bardzo stosowna jako napój dyetetyczny u osób wątłych, niedokrwistych, nerwowych.

Dostać można we wszystkich składach wód mineralnych i większych aptekach w Kraju i Zagranicą

5—3

Dr. Władysław Stan

b. asystent prof. Jurasza w Heidelbergu, ordynuje jak lat zeszłych u wód

w Reinerz na Szląsku.

3—2

D-r Jan Rosner,

b. asystent Kliniki położniczo-ginekol. w Krakowie ordynuje jak zwykle od 15 maja we **Franzensbadzie** (Steinhaus).

3—2

W IWONICZU

ordynuje jak lat poprzednich, począwszy od 20 Maja, Dr. KLEMENS

DEBICKI, lekarz zakładu, b. asystent kliniki Uniwers. Jagiell.

6—4

BUSKO D-r DYMNIICKI lekarz zdrojowy
od 38 lat ordynuje w domu własnym. 5—3

Dr. med. Henryk Frenkel

z Warszawy ordynuje jak corocznie we FRANZENSBADZIE, Kaiser-
strasse, Prinzessin v. Oranien. 3—2

D-R WEISSENBERG, 3—3

władający polskim językiem, ordynuje w Kołobrzegu (w ziemie w Nervi).

D-r Ludwik Gorski

od 20-go Maja ordynuje w Ciechocinku. 3—3

D-r ROŚCISZEWSKI

ordynuje przez sezon kąpielowy w Iwoniczu. 3—3

D-r S. Asterblum

praktykuje podczas lata w Ciechocinku. 3—3

Dr. G. TOEPFER

ordynuje jak w roku zeszłym Karlsbad, Mühlbadgasse
Schwarzes Boss. 5—4

BUSKO D-r Majkowski starszy lekarz szpitala
S-go Mikołaja praktykuje przez cały sezon.

Tegoż do nabycia monografia Buska kop. 60. 6—6

D-R F. CHŁAPOWSKI

ordynuje w tym sezonie jak dawniej w Kissingen (w Bawaryi). 9—6

D-r F. ARNSTEIN (z Kutna)

praktykować będzie w r. b. w ciągu sezonu w Ciechocinku. 10—6

D-r Kazimierz Kruszyński

ordynuje jak lat poprzednich w Szczawnicy od 1-go Czerwca r. b. 6—6

D-r Wład. Harajewicz

ordynuje jak lat poprzednich w letnim sezonie w w Maryenbadzie.
„Belvedere.“ 10—6

D-r W. BUJAKOWSKI

stale ordynuje 6—5

w Druskienikach.

WODY MINERALNE NATURALNE.

6—3

Centralny Skład przy Aptece

LILPOP I FREUTLER,

ulica Nowy-Świat Nr. 60 róg Ordynackiej, w Warszawie,

poleca się ze świeżo otrzymanymi tegorocznymi wodami mineralnymi. Sprowadza je wprost od zarządów źródłanych i w miarę potrzeby ciągle nowymi запасami uzupełnia.

Wraz z wodami mineralnymi nadechodzą produkty źródłowe, jako to: Sole, Pastylki, Mydła, Ług, Szlamy i inne.

Broszurki nadsyłane ze źródeł, oraz przewodnik dla leczących się wodami mineralnymi i cennik, dołączane są bezpłatnie.

Dostarcza do wszystkich stacyj kolei żelaznych na zaliczenia (per Nachnahme) możliwie szybko bez doliczania kosztów odwózki i ekspedycji.

Do przygotowania serwatki, apteka wyrabia Pastylki, za pomocą których najłatwiej otrzymuje się dobra serwatka. Maszynki z termometrami do ogrzewania wód mineralnych.

ŻEGIESTÓW w Galicyi nad Popradem,

stacya poczt., telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista skuteczna w chorobach kobiecych i anemii. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

WODA ŻEGIESTOWSKA

znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

Lekarz Ordynujący D-r Wł. Chojnacki ast. chor. kobiecych.

8—3

Stacya kolei Muszyna-Krynica
z Krakowa 8 godz.
ze Lwowa 12 "
z Pesztu 12 "

ZAKŁAD ZDROJOWY KRYNICA

(w Galicyi)

W miejscu Poczta 3 razy dziennie. Telegraf. Apteka.

najobfitsza szczawa żelazista.

W Karpatach 590 m. n. p. m. Od stacji kolejowej godzina drogi bitej znakomicie utrzymanej Środki lecznicze, klimat podalpejski, kąpiele żelaziste nader obfite w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwärza, (w r. 1894 wydano ich 40000). Kąpiele borowinowe: para ogrzewane (w r. 1894 wydano ich 16000). Kąpiele gazowe z czystego kwasu węglowego. Zakład hydropatyczny pod kierunkiem D-ra H. Ebersa (w r. 1894 wydano procedur hydropatycznych 28000). Płocie wód mineralnych miejscowych i zagranicznych Żytyca, Kefir, Gimnastyka lecznicza. Kąpiele rzeźczne i spadowe. Lekarz Zakładowy D-r L. Kopff cały sezon stale ordynujący. Nadto 14 lekarzy wolno praktykujących. Spacer. Bardzo rozległy park szpilkowy, znakomicie utrzymany. Bliższe i dalsze wycieczki, w uroczu Karpaty. Urządzenie dla różnych gier towarzyskich (krokieta, Lawn-tennis etc. Mieszkania: przeszło 150 pokojów z komfortem urządzonych, z pościelą kompletną, usługą, piecami i t. d. Kościół katolicki i cerkiew. Wspaniały dom zdrojowy, kilka restauracji. Kilka pensjonatów prywatnych, mleczarnie, cukiernie. Muzyka zdrojowa pod kierunkiem A. Wrońskiego od 21 Maja. Stały Teatr. Koncerta. Zakład fotograficzny „Marya” ze Lwowa. Czytelnia dzienników i wypożyczalnia książek. Frekwencya w roku 1894—4650 osób Sezon od 15 maja do 30 września. W maju, czerwcu i wrześniu ceny kąpeli, pomieszczeń i potraw w głównej restauracji niższe. Rozsyłka wody mineralnej o 1 kwietnia do listopada składy we wszystkich większych miastach w kraju i za granicą. W miesiącu lipcu i sierpniu ubogim żadne ulgi, jak uwolnienie od taks zdrojowych i tp. udzielone nie zostaną. Na żądanie udziela wyjaśnień:

OK. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

6—3

Założony w roku 1845
INSTYTUT WÓD MINERALNYCH
W OGRODZIE SASKIM
W WARSZAWIE
Graniczna Nr. 14. Telefonu 422.

Poleca wody mineralne sztuczne, dokładnie podług analiz wyrobione wodę Selcerską, Giesshübler i Sodową oraz inne napoje gazowe, wszystko na wodzie destylowanej i wyłącznie systemem Struve'go przygotowane.

Wody mineralne naturalne świeżego czerpania, wprost ze źródeł sprowadzane,
Kąpiele mineralne: Ciechocińskie, Cieplickie, Iwonickie, Wiesbadenkie, Buskio, Krynickie, Akwizgrańskie, Tronezyńskie i t. p. wydawane w zakładzie kąpielowym przy Instytucie i do domów.

Wodę destylowaną do celów chemicznych, leczniczych i przemysłowych.

Syropy prawdziwe owocowe.

Sezon kuracyjny rozpoczął się 15 Maja, (trwać będzie do końca Września),
 Lekarzy stały na miejscu, cieniasty ogród, Galerya spacerowa, koncerty muzyczne poranne.

Exspodycya szybka i akurтна na miasto i na prowincyę.

4—3

Stacya kolejowa

IWONICZ

IWONICZ

Pocztą i telegraf

IWONICZ

Zakład zdrojowo - kąpielowy i klimatyczny
w Galicyi.

Szczawny słono-jodowe i żelazisto-jodowe, kąpiele jodowe, igliwowe, borowinowe, rzeczne, tuszowe, zabiegi hydropatyczne i mięsienie, gimnastyka lecznicza. Wskazania: zol-zy, choroby kobiece, gościec, dny, kiła, choroby kostne, skórne i nerwowe.

Położenie wśród lasów szpilkowych, 410 mtr. n. p. m., w uroczej górskiej okolicy, urządzenia wzorowe, mieszkania wygodne, doskonała orkiestra zdrojowa, bardzo miłe i interesujące wycieczki.

Opieki lekarskiej udziela D-r Kl. Dębicki, lekarz zdrojowy i lekarze wolnopraktykujący.

Zgłoszenia załatwia

Dyrekcja Zakładu.

4—3

PRYWATNY ZAKŁAD LECZNICZY
„BEROLINUM“

dla chorób umysłowych i nerwowych.

Steglitz pod Berlinem. Róg ulic Berlińskiej i Victoria.

Dyrekcya:

Radca sanit. Dr. Jastrowicz. Dr. James Fraenkel i Dr. Albert Oliven, właściciele.
 Stacya kol. żel. Wannseebahn, „Steglitz“. — Anhalter Bahn „Südende“.

6—6

Sezon trwa od 20 Maja do końca Września.

APTEKA, SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone

52-23

Kąpiele borowinowe w domu w każdej porze roku.

52-23



Jedyny
naturalny produkt

DO

KĄPIEL

borowinowych
mineralnych.

Mattoniego

sól borowinowa

(suchy wyciąg)
w paczkach po 1 kilo.

Mattoniego

ług borowinowy

(płynny wyciąg)
w butelkach po 2 kilo

Heinrich Mattoni, Francensbad,
Wiedeń, Karlsbad, Budapest.

D-r med. Henryk RUPPERT

ordynuje jak zwykle w CIECHOCINKU (dom Millera).

6-5

D-r KAZIMIERZ CIAGLIŃSKI

(*z Siedlec*)

w nadchodzącym sezonie praktykować będzie w Ciechocinku

6-5

CONTREXÉVILLE SOURCE DU PAVILLON

Jedynie uznane za ogólnie
pożyteczne.

Sezon od 20 Maja do 20
Września.

Nieocenione przeciw
następującym chorobom:

Gościec, Kamica, Moczówka,
choroby wątroby i dróg
moczowych.

**AVOIR SOIN DE BIEN PRÉCISER
LA SOURCE DU PAVILLON**

0-23

Skład Główny w Warszawie, w Apteczce W. Karpińskiego — Elektoralna 39.

WĘGLAN GWAJAKOLU

zawiera 90,5% najczystszo Guajakolu, jest zupełnie **pozba-**
wiony własności żrących i następstw niszczących kreozotu
posiada **czyste działanie**. Środek ten pozbawiony jest zapa-
chu, i smaku, przez co chętnie bywa przyjmowany nawet
przez najbardziej wrażliwych chorych, którzy go dobrze
znoszą nawet w dużych dawkach: O Węglanie Guajakolu przy
tyfusie p. Allg. Med. Central Ztg. № 45/6, 1893.

Dane z literatury i sposób użycia można otrzymać przez

D-ra F. von Heydena Następców w Radebeul pod Dreznem.

Sprzedaje się w głównych składach materyałów aptecznych i aptekach.

24-11

Nowość!

L Ó D sztuczny krystaliczny

wyrobu Towarz. Akcyj. Browaru

W. KIJOK & C^o

Zdrowie!

uznany przez Urząd Lekarski jako w zupełności odpowiedni do wewnętrzne-
go użytku, trwałością i czystością przewyższający naturalny.

Sprzedaż z dostawą

w ilości najmniej 1 bloka (waga 1½ puda) po 60 kop. za blok.

Aptekom, Szpitalom i w abonamencie odstępuje się rabat.

Zamówienia przyjmują się w kantorze Browaru ul. Żelazna № 59. Telefonu 569.

24-3

JAWORZE na Szląsku austr. (Ernsdorf).

Zakład hydropatyczny i leczenia zętyką. Stacja klimatyczna. Sezon do końca
Września. Nowo urządzony pensjonat będzie otwarty przez rok cały. Poczta,
telegraf, stacja kolei. Informacye i prospekty gratis i franco.

D-r Zyg. Czop lekarz miejscowy

za Zarząd zakł. leczn. Karol Forner. 10—

VICHY

SOURCES DE L'ETAT

CELESTINS GRDE-GRILLE HOPITAL

Avoir soin
de désigner
la Source