

MEDYCYNĄ

CHASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 20.

Warszawa d. 19 Maja 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 5 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek nadnerczaka i kamienia w nerce miedniczej powikłany niezwykłą postacią dystopii śledziony. Przez S. Groszlika. — W sprawie operowania brzusznej macicy, dotkniętej rakiem. Odczyt wypowiedziany przez A. Leśniowskiego. (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. 65. O wpływie alkoholizmu na gruczoł tarczowy. — XXIII Zjazd internistów w Monachium. (Ciąg dalszy). — Krytyka i bibliografia. Busko. Wody siarczane słono-wapienne sól gorzką i jod zawierające. — List otwarty do Redakcyi „Medycyny“. — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 marca do 14 kwietnia 1906 r. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) S. Groszlik — Cas de coexistence d'un hypernéphrome et d'un calcul dans un rein pelvien compliqué d'une forme rare de dystopie de la rate. 2) A. Leśniowski — Considération sur l'opération abdominale de l'utérus carcinomateux.

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

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Ein Fall von Hypernephrom mit Stein in einer Beckenniere, compliciert durch eine ungewöhnliche Form von Milzdystopie. 2) A. Leśniowski — Zur abdominalen Operation des carcinomatösen Uterus.

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

PRACE ORYGINALNE.

Przypadek nadnerczaka i kamienia w nerce miedniczej powikłany niezwykłą postacią dystopii śledziony.

Przez

S. Groszlika.

(Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu chirurgicznem w sali Warsz. Tow. Lek. d. 10 IV. 1906 r.).

Podczas operacyi, której dokonałem w końcu r. z. z powodu ciężkiej postaci kamicy nerkowej, stwierdziłem stosunki anatomiczne i anatomiczno-patologiczne, tak dalece odbiegające od

zmian, zwykle spostrzeganych przy operacyach podobnych, że uważałem za stosowne przypadek ten opisać szczegółowo w przekonaniu, iż zdoła niewątpliwie obudzić pewne zainteresowanie.

Historia choroby.

Dnia 24 września 1904 r., kol. J. GOLDBAUM wezwał mnie na naradę do pani C. R., wdowy 79-letniej, wieloródki, która od niejakiego czasu doznawała nieokreślonych bólów w lewej połowie brzucha. Nagle i bez widocznej przyczyny bóle te przed kilku dniami znacz-

nie się zaostrzyły i przybrały charakter gwałtownej kolki, połączonej z dreszczami, krótkotrwałem a nieznacznym podniesieniem ciepłoty i bardzo obfitym krwimoczem. Jednocześnie wystąpiło częste na mocz parcie, oddawanie jednak moczu było utrudnione, chwilami nawet bolesne, zwłaszcza wówczas, gdy wraz z moczem krwawym wydobywały się liczne i duże skrzepy krwi. Poza tem chora czuje się dobrze, stan ogólny wcale nie ucierpiał.

Ogłędziny wykazały: Chora średniego wzrostu, doskonale odżywiana, ciepłota i tętno w chwili badania prawidłowe. Brzuch wzdęty, powłoki brzuszne z obfitą podściółką tłuszczową. Lewa połowa brzucha na ucisk wrażliwa, odpowiednia okolica lędźwiowa bardzo bolesna, szczególnie przy badaniu dwuręcznem, które pozwala wymacać twór, wystający z pod łuku żebrowego na 2—3 palce poprzeczne i dający wyraźne zjawisko ballottement rénal, a zatem położeniem swem odpowiadający nerce nieco powiększonej i opuszczonej. Odgłos wypukowy nad tym tworem bębnowy. Z prawej strony oprócz wrażliwej i łatwo wyczuwalnej wątroby nie stwierdzono nic szczególnego. Nerka prawa wymacać się nie dała. Okolica pęcherza moczowego i wogóle całe podbrzusze dość silnie na ucisk wrażliwe.

Pod wpływem środków narkotycznych i okładów gorących bóle na razie ucichły, wkrótce i krwawienie ustąpiło. Zupełnego jednak spokoju chora już nie zaznała, gdyż obok stałej bolesności w lewej połowie brzucha napady ostrego bólu z promieniowaniem w kierunku pęcherza moczowego zjawiały się bardzo często, i chora zmuszona była stale ratować się morfiną. Ból ten szczególnie dawał się chorej we znaki podczas najłżejszego ruchu i trwał nieraz całemi godzinami, sprowadzając od czasu do czasu obfity upływ krwi z dróg moczowych w postaci hematuryi. Niekiedy napadom bólu towarzyszyły dreszcze i niewielka gorączka, jak na początku cierpienia. Pomimo to stan ogólny

i nadal nie pozostawiał nic do życzenia, również nie zauważyłem przy następnych badaniach, różnymi czasy wykonywanych, żadnych nowych zmian anatomicznych w chorej okolicy ciała.

Badanie moczu, dokonane w czasie wolnym od krwawienia (d. 2 października 1904 r.), dało wyniki następujące: Mocz mętny, kwaśny, c. wł. 1012, ilość mocznika 13,5‰, ilość chlorków nie zmniejszona, wyraźne ślady białka; w osadzie znaleziono liczne leukocyty, pojedyncze ciała czerwone krwi nieodbarwione, liczne nabłonki płaskie. Ilość moczu wahała się w granicach prawidłowych. Wyniki badań późniejszych niewiele różniły się od przytoczonych.

Przebieg cierpienia pozwalał przez dłuższy czas żywić nadzieję, że środki terapeutyczne zdołają jako tako bóle opanować i uczynią zbytecznem uciekanie się do pomocy noża. Atoli w połowie lata 1905 r., podczas pobytu chorej na letniem mieszkaniu w Otwocku, cierpienia znacznie się wzmogły, napady bólu zaczęły się zjawiać niemal codziennie, szczególnie w drugiej połowie dnia, i, trwając po kilka i kilkanaście godzin zrzędu, nie dawały jej prawie chwili wytchnienia. W celu zapobiegania napadom kolki chora zmuszona była stale w łóżku przebywać, co jednak bynajmniej nie chroniło jej od bardzo dotkliwych cierpień. Ze względu na podeszły wiek pacjentki przez długi czas nie mogłem zdecydować się na zabieg chirurgiczny, w końcu jednak musiałem go uznać za konieczny, ponieważ środki narkotyczne żadnego już nie sprawiały efektu.

Rozpoznanie ściśle nie odrazu dało się ustalić. W początku choroby trudno było orzec stanowczo, czy bóle i krwawienie zostały wywołane obecnością w nerce kamienia, czy też bóle zjawiały się skutkiem zatkania moczowodu skrzepem w następstwie krwawienia z nerki, dotkniętej sprawą nowotworową. Gdy jednak po upływie pewnego czasu bóle zaczęły występować przy moczu bezkrwawym i przyczynowo związane były z ruchami, rozpoznanie przechy-

liło się na stronę kamienia nerki. Za rozpoznaniem tem przemawiała w następstwie i ta okoliczność, że stosunki anatomiczne w lewej okolicy nerkowej nie uległy widocznej zmianie przez cały czas obserwacji, i że stan ogólny chorej pomimo długiego stosunkowo trwania cierpienia prawie wcale się nie pogorszył. Do tegoż rozpoznania przychylił się również kol. SAWICKI, który widział p. R. na kilka dni przed operacją.

W celu stwierdzenia dyagnozy pragnęliśmy poddać chorą badaniu promieniami ROENTGEN'a, to jednak życzenie nasze nie mogło być niestety spełnione. Ograniczyłem się więc na badaniu porównawczem działalności wydzielniczej nerek za pomocą sondowania moczowodów, czego dokonałem d. 23 listopada r. z. z wynikiem, wskazującym, że natężenie czynnościowe prawej nerki dwukrotnie przewyższa funkcję wydzielniczą nerki lewej. Załączona tabelka zawiera dane szczegółowe rozbioru obu moczów. Moczowody były cewnikowane jednocześnie, przyczem w ciągu 18 minut otrzymałem z prawej nerki 16, z lewej zaś 12 cm. sz. moczu.

	Nerka prawa	Nerka lewa
Ilość moczu	4,5 cm. sz. ¹⁾	12 cm. sz.
Barwa	biało-żółta	różowa
Oddziaływanie	kwaśne	kwaśne
C. wł.	1011	1005
T. zamarzania	—0,70° C.	—0,39° C.
Mocznik	9,25‰	4,5‰
Białko	nieznaczny ślad	0,15‰
Osad	skąpy, zawiera pojedyncze krwinki czerwone i nabłonki z moczowodu.	niewielki, zawiera sporo krwinek czerwonych, pojedyncze nabłonki renalne.

Operację wykonałem d. 7 grudnia r. z. przy pomocy kol. KORZENIOWSKIEGO i SAWICKIEGO; chloroformował kol. LEŚNIEWSKI. Cięcie skośne lędźwiowo-brzuszne od punktu, odległego na 2 ctm. od *spina il. ant. sup.*, aż do 12 żebra

i brzegu zewnętrznego m. krzyżowo-lędźwiowego. Po nacięciu skóry, grubej warstwy tłuszczowej podskórnej i słabo rozwiniętej warstwy mięśniowej, dotarto do powięzi poprzecznej, którą również nacięto na całej przestrzeni cięcia skórno mięśniowego. W górnym kącie rany pokazała się obfita masa tłuszczowa, która sięgała aż do przepony. Gdy wiąz HENLE'go został nacięty, stwierdziłem w masie tłuszczowej obecność narządu twardego i gładkiego, który przyjąłem za nerkę.

Naciąłem tedy warstwę tłuszczową, z której wyłoniła się zewnętrzna powierzchnia przypuszczalnej nerki. Była ona pokryta lśniąca się blaszką o wyglądzie surowiczym, którą uznałem za powięź retro-renalną i naciąłem możliwie nisko. Okazało się, że blaszka ta była ściśle spojona z zewnętrzną powierzchnią ukrytego w niej organu. Odluszczywszy jednak tę osłonę na całej przestrzeni, wydobyłem z niej organ, który z kształtu przypominał raczej śledzionę, niż nerkę, a mianowicie był on wielkości średniej dłoni, spłaszczony, o powierzchni zewnętrznej wypukłej, a wewnętrznej płaskiej. Powierzchnia zewnętrzna miała barwę sinawo-brunatną, wewnętrzna brudno-żółtą. Jakkolwiek do tej chwili wolna jama brzuszna nie została otwarta, i ściśle trzymałem się granic otoczki tłuszczowej, uznaliśmy jednak za stosowne jeszcze raz obszukać całe łożysko nerki, a gdy znaleźliśmy je puste, przystąpiliśmy do wyosobnienia szypuły wydobytego organu. Teraz dopiero wyszło na jaw, że narząd zakwestyonowany jest istotnie śledzioną, gdyż pomimo starannych poszukiwań, podczas których zauważyliśmy przy dośrodkowym końcu szypuły otwór w otrzewnie o średnicy około 3 ctm., nie udało nam się odnaleźć moczowodu: szypuła wychodziła z jamy brzusznej przez otwór wzmiankowany i składała się z naczyń krwionośnych, wśród których wyraźnie widać było długą, skręconą, mocno twardą tętnicę grubości gęsiego pióra. Wówczas wprowadziłem rękę do jamy miednicy i tu w le-

¹⁾ Skutkiem nieostrożności wylała się większa część moczu, pochodzącego z prawej nerki, tak że do badania użyto zaledwie 4,5 cm. sz. płynu.

wym dole biodrowym wyczułem narząd twardy, który kształtem swym przypominał nerkę. Ułożwszy tedy śledzionę na poprzednim miejscu i wytamponowawszy całą górną połowę rany, naciąłem ścianę brzuszną w kierunku ku dołowi i wewnątrz prawie aż do mięśnia prostego lewego i wyseparowałem nerkę, której dolny biegun sięgał aż do małej miednicy i sklejonny był mocno z kiszka grubą tuż przy przejściu jej w prostnicę. Po oddzieleniu zupełnem okazało się, że pętla kiszki na miejscu sklejenia z nerką była mocno nacieczona, i na powierzchni jej pozostała dość gruba warstwa jakiejś tkanki miękkiej, szaro-żółtawo zabarwionej. Taką samą tkanką pokrywała dolny biegun nerki. Tkanka ta czyniła wrażenie miękkiego nowotworu, skutkiem czego tem chętniej zdecydowaliśmy się na całkowite usunięcie dyslokowanej nerki. Nie zwykle krótka i gruba szypuła zniewoliła nas do podwiązania en masse bez wyseparowywania moczowodu. Nałożono na szypułę pięć klampów i w miarę nakładania ich nerkę obeinano. Usuwając nerkę z rany, czułem wyraźne ułknięcie w palec, na którym pozostał bardzo cienki odłamek kamyka. Pomimo to, po rozcięciu usuniętej nerki, kamienia w pierwszej chwili nie znaleziono. Natomiast stwierdzono zwyrodnienie bliznowate i nowotworowe całego dolnego bieguna. Dopiero w kilka chwil później znaleziono w naczyniu, w którym nerka była złożona, kamyczek w kształcie figury trójramiennnej. Widocznie wypadł on z obciętej miedniczki.

Po podwiązaniu szypuły zajęto się usunięciem pozostawionej na otrzewnie, pokrywającej kiszki, części sklein, przyczem dla zatrzymania krwawienia musiano nałożyć w tem miejscu kilka szwów. Rezekcyi podejrzanego kawałka kiszki zaniechaliśmy z uwagi na słabe tętno chorej. Pole operacyjne oczyszczono, całą jamę szczelnie wytamponowano gazą, nałożono na skórę szereg szwów. Po opatrzeniu i ułożeniu chorej na łóżku wstrzyknięto jej pod skórę 300

cm. sz. roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Tętno niezłe.

Wieczorem chora narzekała na silne bóle w dołku, moczu wcale nie oddała. Kilkakrotne wymioty. Język wilgotny, tętno 80, słabe. Zaleciliśmy iniekcję morfiny.

Następnego dnia rano wypuszczono cewnikiem 100 grm. moczu bladego. Tętno nieco lepsze, 90, brzuch niebolesny, niewzdęty, wiatry odchodziły. Nad ranem kilkakrotne wymioty, najpierw zielonkawe, później brunatne. Chora spała w nocy 5 godzin po zastrzyknięciu 0,015 morfiny. Rano wymioty uspokoiły się, chora piła chętnie. O godzinie 1 stan ten sam. Język wilgotny, tętno 90. Wstrzyknęliśmy chorej 450 grm. roztworu soli pod skórę i zaleciliśmy zastrzykiwania kamfory na przemian z kofeiną. Przytomność zachowana.

W dwie godziny później chora zmarła nagle w kilka minut po przyjęciu rosołu.

Opis i badanie mikroskopowe preparatu.

Usunięta nerka ma 12,5 ctm. długości, inne wymiary odpowiedniej wielkości. Górna połowa posiada wygląd prawidłowy, dolna wykazuje na swej powierzchni kilka półkulistych wypukłości, mniej więcej wielkości orzecha włoskiego, o zabarwieniu żółtem. Na wewnętrznej powierzchni nerki w odległości około 2 ctm. od bieguna dolnego widać wysepkę tkanki miękkiej, żółtej, nierównej — miejsce zrostu nerki z kiszka. Na powierzchni przekroju znajdujemy dość znaczny zanik miąższu nerkowego w górnej połowie organu i znaczne stłuszczenie ścian kielichów; dolna połowa złożona jest z tkanki niejednolitej i nie jest tak wyraźnie odgraniczona od zdrowej części nerki, jak to zwykle bywa w nowotworach. Główną masę tej dolnej połowy nerki stanowi tkanka koloru żółtego, konsystencji miękkiej, przypominająca zwyrodnienie tłuszczowe. Tkanka ta miejscami sięga aż

pod otoczkę nerki, miejscami przebija ją nawet, szczególnie w miejscu zrostu z kiszka, niekiedy jednak pokryta jest cienką warstwą mięszu nerkowego. Prócz tej tkanki żółtej dość obficie rozwinięta jest tkanka budowy ściślej, napół przezroczysta, jakby bliznowata, która zajmuje przeważnie środek zmienionej połowy nerki, dochodząc miejscami aż do samego bieguna dolnego. Tu i owdzie widać na świeżym preparacie wylewy krwawe.

Do badania mikroskopowego wycięto kawałek z granicy części zmienionej i zdrowej tudzież wypuklający się na powierzchni guzik.

Na skrawkach z pierwszego kawałka widać z jednej strony budowę tkanki nerkowej, z drugiej tkankę nowotworową. Obie te tkanki oddzielone są od siebie szerokim pasem łącznotkankowym, który na obwodzie bezpośrednio przechodzi w tkankę łączną, otaczającą nerkę. Ten pas tkanki łącznej zawiera dużą ilość naczyń o ścianach grubych, ze światłem nieprawidłowego kształtu, tudzież mocno zmienione sklerotyczne kłębki i zanikłe kanaliki moczowe, niekiedy wypełnione substancją hyalinową. Masę nowotworową stanowią komórki duże, jasne, wielokątne, o niewielkiem jądrze. Komórki te leżą ściśle jedna obok drugiej bez istoty międzykomórkowej. Ułożone są rozmaicie, najczęściej w nieprawidłowe, wielokrotnie łączące się sznury, które pozostawiają między sobą rozmaitej wielkości przestrzenie, obecnie przeważnie puste, niekiedy zaś zawierające krew. Przestrzenie te otoczone są nabłonkiem naczyniowym (śródbłonkiem, *endothelium*), który, jak to w wielu miejscach wyraźnie widać, bezpośrednio przylega do komórek nowotworowych bez względu na wielkość naczyń. Miejscami budowa guza alweolarna. Gdzieindziej znów komórki ułożone są w wianek, pozostawiając wewnątrz światło puste lub wypełnione krwią i również śródbłonkiem wysłane. W tej masie nowotworowej nie widać nigdzie śladu tkanki nerkowej, i naodwrot

w tkance nerkowej, która wogóle przedstawia obraz daleko posuniętej sklerozy, nie widać wcale ognisk o budowie wyż opisanej. Tłuszczu i glikogenu nie szukano.

Tkanka łączna wśród masy komórkowej guza słabo jest rozwinięta. Obficie występuje ona w tych miejscach preparatu, które makroskopowo mają wygląd przezroczystawy, co doskonale widać na skrawkach, otrzymanych z wypuklających się na powierzchni nerki guzków. Zarówno wygląd makroskopowy, jak i obraz drobnowidzowy, szczególnie zaś stosunek tworów nabłonkowych guza do śródbłonka naczyniowego, w zupełności odtwarzający budowę tkanki nadnercza, całkowicie odpowiadają temu rodzajowi nowotworów nerki, które znane są pod nazwą pseudolipomatów, hypernefromatów czyli nadnerczaków lub guzów GRAWITZ'a.

Badanie powyższe zawdzięczam uprzejmości kol. Maryi ZIELIŃSKIEJ, której w tem miejscu składam serdeczne podziękowanie.

Kamyk, usunięty wraz z nerką, ma kształt zbliżony do nieprawidłowej piramidy trójkątnej, której ostry wierzchołek został odłamany podczas operacji. Kamyk ten, jasno-żółtej barwy i bardzo twardy, waży 0,18 grm. i składa się z kwasu moczowego. Kształt ciała obcego w zupełności tłumaczy nam szalone bóle, jakich chora doznawała przy każdym poruszeniu.

(D. u.)

W SPRAWIE

operowania brzuszego macicy, dotkniętej rakiem.

Odczyt wypowiedziany przez

ANTONIEGO LEŚNIEWSKIEGO

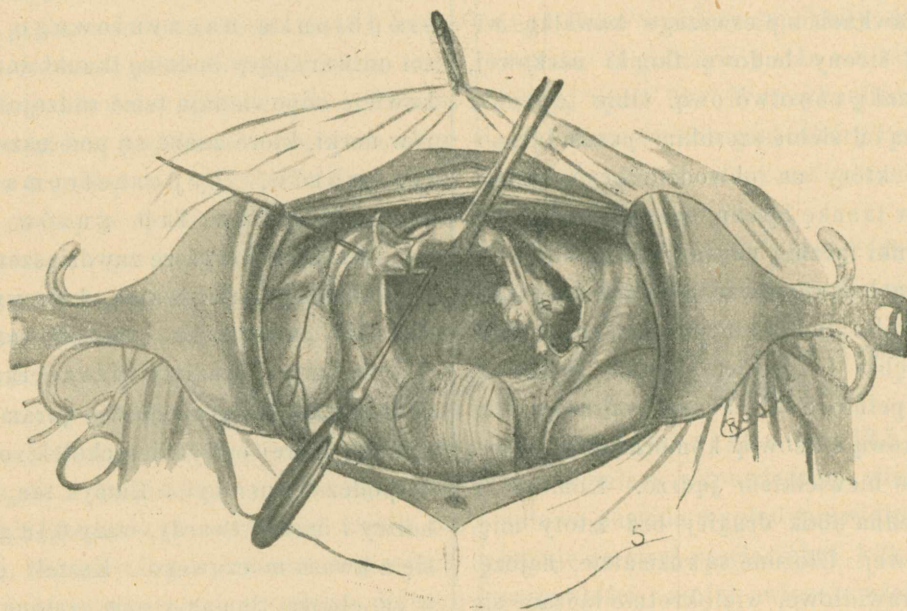
na posiedzeniu Sekcyi ginekolog. T. L. W. d. 29. III. 1906.

(Dokończenie. — Zob. N. 19).

Do operacji układa się chorą w położeniu TRENDLENBURG'a, prawie pionowo. Dzięki temu kiszki opadają do górnej połowy brzucha,

i po dokładnem włożeniu do górnej połowy rany serwet nie widzi się kiszek podczas całego dalszego ciągu operacyi. Z pomocą odpowiedniego szerokiego haka szeroko rozwiera się brzegi rany ściany brzusznej. Dno macicy chwytta się za pomocą odpowiednich kleszczy i macicę wyciąga się nazewnątrz i ku spojeniu. Często napotykanne stare zrosty zapalne należy najpierw starannie porozdzielać. Podwiązuje się jeden z więzów lejko - miedniczych (*lig. infundibulo-pelvicum*) i pomiędzy podwiązkami przecina. Od tego miejsca przecina się przedni

jednego z więzów szerokich. Śród luźnej tkanki łącznej tegoż, w pobliżu *promontorium* spostrzegamy tętnicę biodrową wspólną, którą krzyżuje moczowód, zaś nieco bardziej nazewnątrz odchodzi od niej tętnica podbrzusna (*art. hypogastrica*). W pierwszych 2 przypadkach, stosownie do przepisu JONNESCO, podwiązałem tę ostatnią. W następnych zaniechałem, gdyż jest to bezpożyteczne przedłużanie operacyi. Wogóle muszę zauważyć, że zabieg omawiany jest długotrwały; dlatego też należy starannie unikać wszystkiego, co bodaj na kilka minut



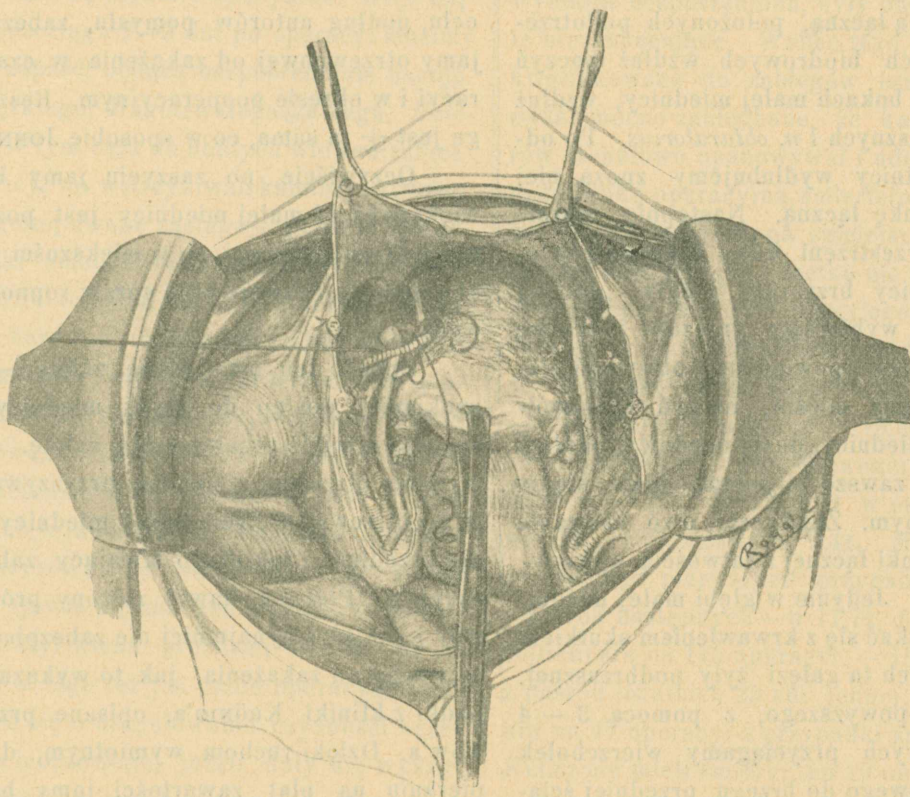
Rys. I.

listek otrzewnowy danego więzu szerokiego aż do brzegu macicy. Obnażony wiąz obły wyosabnia się jaknajbardziej nazewnątrz, przewiązuje i pomiędzy podwiązkami przecina (rysunek 1). To samo robi się na stronie drugiej. Wówczas przecina się otrzewnę na przedniej powierzchni macicy i, po odchyleniu tejże ku *promontorium*, oddziela się pęcherz moczowy od macicy a następnie od pochwy, tak daleko, by odejść co najmniej na 3 ctm. od brzegu owrzodzenia. Zazwyczaj udaje się to dość łatwo. Wówczas następczo rozdziela się możliwie szeroko listki

bez istotnej potrzeby przedłuża operację. Moczowód leży śród tkanki luźnej na tylnym listku więzu szerokiego. Posuwając się wzdłuż niego, dochodzimy do boku macicy, gdzie moczowód wdraża do tkanki przymacieza. Na tępo wyosobniamy tu moczowód, wydzielając go z tkanki przymacieza i powyżej oddzielamy od ściany pochwy aż do wejścia do ściany pęcherza moczowego. Wówczas wypreparowujemy na tępo tętnicę i żyłę macieczną, przebiegające w przymaciezu i krzyżujące moczowód i po przewiązaniu przecinamy je jaknajdalej od boku maci-

cy. (Rysunek II). Naostatku przecinamy z góry ku dołowi tkankę przymacicza i w ten sposób zupełnie uwalniamy moczowód. Wówczas za pomocą nożyce przecinamy pionowo przymacicze, tuż przy kostnej ścianie małej miednicy, idąc wgłąb aż do mięśnia unoszącego odbyt (*levator ani*), następnie przecinamy przymacicze poprzecznie, idąc wzdłuż mięśnia aż do bocznej ściany pochwy. To samo robimy na drugiej stronie ma-

W ten sposób zostają wyosobnione więzy maciezno-krzyżowe, które przecinamy poprzecznie jaknajbliżej ku kości krzyżowej. Tu otrzymujemy krwawienie, które z łatwością daje się zatamować. Po usunięciu z pochwy gazy jodoformowej, włożonej przed operacją, obmacywaniem przekonujemy się, czy rurka pochwowa jest zupełnie uwolniona i czy dość daleko od brzegu owrzodzenia rakowego. Wówczas WERT-



Rys. II.

cicy. Ta część zabiegu jest najistotniejsza i wymaga od operującego gruntownego opanowania techniki. Na ostatku przecinamy poprzecznie tylny listek więzu szerokiego, i po odciągnięciu macicy ku spojeniu oddzielamy od tylnej ściany macicy a następnie od pochwy (na odległość 3-4 ctm. od brzegu owrzodzenia rakowego) najpierw otrzewną dołu DOUGLAS'a — zazwyczaj za pomocą nożyce, następnie odbytnicę — tę z dużą łatwością na tępo, za pomocą palca.

HEIM, JONNESCO i inni nakładają na pochwę, poniżej owrzodzenia 2 mocno zakrzywione zaciskadła i pomiędzy nimi przecinają pochwę. W pierwszych przypadkach stosowałem się ściśle do tego przepisu.

Obecnie uważam to za niepotrzebne trącenie drogiego czasu. W zupełności wystarcza dokładne zabezpieczenie pola operacyjnego z pomocą serwet i kawałków muslinu wyjałowionego. Po odciągnięciu za pomocą tępych haków

na boki moczowodów, odcinamy macię wraz z odpowiednim kawałkiem pochwy i spiesznie wydobywamy nazewnątr. Po włożeniu do pozostałej części pochwy kawałka muslinu jodoformowego, tamujemy umiarkowane krwawienie z przeciętych żył pochwowych i usuwamy z jamy małej miednicy serwety i muslin, włożone tam dla zabezpieczenia od zakażenia. Przystępujemy następnie do możliwie dokładnego usunięcia gruczołów chłonnych wraz z otaczającą tkanką łączną, położonych podotrzewnowo w dołach biodrowych wzdłuż naczyń biodrowych, na bokach małej miednicy, wzdłuż naczyń podbrzuszuzych i *n. obturatorius*. Po oddzieleniu odbytnicy wydłubujemy zpoza niej gruczoły i tkankę łączną. Następnie odwarstwiamy na przestrzeni kilku centymetrów otrzewną z tętnicy brzusznej i żyły głównej i wzdłuż tychże wybieramy gruczoły i tkankę łączną. Ostatecznie powinniśmy otrzymać preparat anatomiczny mięśni, naczyń i nerwów okolicy małej miednicy, dużej miednicy, okolicy lędźwiowej; nie zawsze to jednak udaje się w stopniu pożądanym. Zazwyczaj owo usuwanie gruczołów i tkanki łącznej z łatwością wykonywa się na tępo. Jedynie w głębi małej miednicy możemy spotkać się z krwawieniem skutkiem zranienia leżących tu gałęzi żyły podbrzuszej. Po dokonaniu powyższego, z pomocą 3 — 4 szwów strunowych przyciągamy wierzchołek pęcherza moczowego do brzegu przedniej ściany pochwy, do pochwy wprowadzamy pasek muslinu jodoformowego, którego górny koniec rozpościeramy w przymaciaczach i zeszywamy doszczętnie brzegi otrzewny na dnie małej miednicy. Ranę w ścianie brzucha zaszywamy również doszczętnie.

Podany sposób operowania brzuszego rakowej macicy możemy uważać za typ. Inne sposoby różnią się odeń w drobnych szczegółach. Na większą wzmiankę atoli zasługuje sposób MACKENRODT-AMANN'a. Prowadzą oni cięcie ściany brzucha poprzeczne od jednego kolca

biodrowego przedniego górnego do drugiego cięcie łukowate, wypukłe ku dołowi, tuż ponad spojeniem łonowym. Następnie, po otworzeniu otrzewny, przyszywają otrzewną płata wraz z powięzią poprzeczną do otrzewny wejścia do małej miednicy i w ten sposób całkowicie oddzielają jamę małej miednicy od jamy górnej części otrzewny. Prócz otrzewny i powięzi brano również całą warstwę mięśniową i powięź powierzchowną. Przyszycie tego płata ma na celu, podług autorów pomysłu, zabezpieczenie jamy otrzewnowej od zakażenia w czasie operacji i w okresie pooperacyjnym. Reszta zabiegu jest $\pm$ ta sama, co w sposobie JONNESCO.

Oczywiście, po zaszyciu jamy brzusznej większa część małej miednicy jest pozbawiona powłoki otrzewnowej, co w większości przypadków sprzyja rozwojowi tu spraw ropno-posokowych.

Sposób ten ma jedyną zaletę — daje on znakomity dostęp do małej miednicy. Wady sposobu o wiele przewyższają zaletę. Owo zamknięcie otrzewny z pomocą przyszywania płata do otrzewny wejścia małej miednicy ogromnie przedłuża i tak długo trwający zabieg operacyjny. Płat ten, nawet złożony prócz otrzewny i z mięśni, bynajmniej nie zabezpiecza jamy otrzewny od zakażenia, jak to wykazują przypadki z kliniki KRÖNIG'a, opisane przez PANKOW'a. Dzięki ruchom wymiotnym, dzięki napieraniu na płat zawartości jamy brzusznej, szwy, łączące płat z otrzewną, przedzierają się tu i owdzie, i tędy z łatwością przenosi się do otrzewny zakażenie z małej miednicy. W małej miednicy dzięki obnażeniu jej z otrzewny, jak to wspomnieliśmy wyżej, z nadzwyczajną łatwością powstają sprawy ropne i gnilne. Pęcherz moczowy, i tak mocno zmaltretowany, otoczony zewsząd ropą, łatwo podlega uporczywym sprawom zapalnym. Podług PANKOW'a po cięciu podłużnem spostrzegano *cystitis* w 37% przypadków, po cięciu poprzecznem w 53, i tu sprawa była zazwyczaj ciężka i uporczywa. Zagoje-

nie rany brzusznej przez rychłozrost po cięciu podłużnym otrzymano w 70% przypadków, po cięciu poprzecznym w 30%.

Okres pooperacyjny po zabiegu JONNESCO wymaga ogromnej troskliwości. Wszystkie przepisy, stosowane po laparotomii wogóle, znajdują zastosowanie i po omawianym zabiegu; poza tem potrzebne są niektóre specjalne. Więc najpierw w przeciągu 2—3 dni po operacji musimy zwalczać zapaść, będącą bezpośrednim następstwem ciężkiego, długotrwałego zabiegu. Uciekamy się w tym celu do obfitych wlewań sztucznej surowicy, do wstrzykiwań kamfory, kofeiny. Na szczególną uwagę zasługuje pęcherz moczowy. Dzięki zmaltretowaniu bezpośredniemu w czasie oddzielania od macicy i pochwy, dzięki mniej lub bardziej rozległemu uszkodzeniu jego naczyń i nerwów, dzięki unieruchomieniu pooperacyjnemu tłoczni brzusznej, czynność pęcherza moczowego zazwyczaj na dłuższy czas zostaje zawieszona. Zachodzi potrzeba w przeciągu kilku lub kilkunastu dni sztucznie opróżniać pęcherz moczowy. W tych warunkach z dużą łatwością zjawia się zakażenie pęcherza moczowego ze wszystkimi groźnemi nieraz następstwami. Dla tego też już przed operacją należy zatroszczyć się o uregulowanie czynności nerek i pęcherza moczowego, jeżeli dały się wykryć pewne zaburzenia tychże czynności. Po operacji codziennie przemywamy starannie pęcherz moczowy roztworem kwasu bornego, co 2—3 dzień wstrzykujemy do pęcherza kilka gramów zawiesiny jodoformowej, zaś wewnątrznie podajemy urotropinę. W ten sposób udaje się obniżyć do *minimum* następstwa zakażenia pęcherza moczowego. Dość często powstają odleżyny w okolicy krzyżowej, o których należy pamiętać. Włożoną do pochwy gazę zmienia się 5—6 dnia i w razie pomyślnego przebiegu usuwa się zupełnie po upływie ± 2 tygodni od operacji.

Po upływie ± 3 tygodni od operacji, skoro przebieg pooperacyjny nie został powikłany

ropieniem w ścianie brzusznej, chore są w stanie opuścić łóżko.

Oczywiście, i do należytego ocenienia wartości wspomnianych brzusznych zabiegów, używanych do leczenia raka macicy, należy zastosować sposób rozumowania WINTER'a. Więc najpierw, co się tyczy śmiertelności, ewentualnie wyników bezpośrednich, były one na razie wcale niezachęcające. Wobec tego, że początkowo kwalifikowano do zabiegów brzusznych przypadki mocno zaniedbane, że każdy z operatorów stopniowo opanowywał i udoskonalał swoją technikę operacyjną, śmiertelność była znaczna. Powoli zaczyna ona zmniejszać się i ostatecznie daje na ogół odsetkę nie większą, niż po pochwowym zabiegu CZERNY'ego. KÜSTNER podaje po operacjach brzusznych 20% śmiertelności, MÜLLER—42,8%, ROSTHORN—6%, HOFMEYER—14%, FREUND młodszy—13,3%, ZWEIFEL na 59 przypadków—10%, WERTHEIM na 120 przypadków—20%, lecz z nich w ostatnich 90 tylko 13%, KLEINHANS—9,4%, MACKENRODT—z pośród 15 pierwszych przypadków w 36,6%, z pośród następnych—w 11,7%, JACOBS—w 3,6%, DÖDERLEIN na 115 operacji—18 śmierci, lecz z pośród ostatnich 25 ani jednej śmierci, KRÖNIG na 47 operacji 2 przypadki śmierci, CLARK-KELLI nie mieli śmierci na 10 operacji. Z pośród 7 przypadków naszego oddziału (2 kolegi SAWICKIEGO, 5 moich) mieliśmy 1 śmierć w następstwie operacji, jakkolwiek naogół przypadki należały do mocno zaniedbanych¹⁾.

Wpływ sposobów brzusznych na *operabilitas* raka macicy zaznacza się wybitnie. W Niemczech przeciętna maksymalnej *operabilitatis* zabiegu pochwowego CZERNY'ego wynosi 45%. Operujący od strony brzucha Niemcy rozszerzyli *operabilitas* do 60%—70%, niektórzy zaś, jak na przykład KRÖNIG do 87%, MÜLLER nawet do

¹⁾ Już po ogłoszeniu odczytu dokonał Leśn. jeszcze 2 operacji, jedna z operowanych zmarła po upływie 4 dob po operacji.

89,5%. To samo widzi się i we Francji. POL-
LOSON pisze, że, gdy poprzednio od strony poch-
wy operował w 12 — 14% wszystkich przypad-
ków, obecnie, operując od strony brzucha, ma
56% *operabilitatis*. Za przeciwwskazania do
brzusznego operowania raka macicy są uważa-
ne następujące okoliczności: odnośnie stanu o-
gólnego chorych — wiek zanadto spóźniony,
kachetyczna małokrwistość, określana procen-
tem hemoglobiny i liczbą i kształtem krążków
krwi, rozległe zmiany w płucach i nerkach,
przez niektórych — otluszczenie ogólne; odno-
śnie stanu sprawy miejscowej — bardzo rozle-
głe przejście nowotworu na ścianę pęcherza
moczowego lub odbytnicy. Przejście nowotwo-
ru na moczowód za przeciwwskazanie absolutne
służyć nie może, gdyż moczowód możemy reze-
kować nawet na dość znacznej przestrzeni. Stan
przmaciez oraz gruczołów chłonnych, jako
rzadko dający się z całą pewnością określić,
tylko rzadko może dać powód do przeciwwska-
zań. Godząc się w zupełności na powyższe
przeciwwskazania, dziś nie możemy jeszcze
powiedzieć odnośnie *operabilitatis* naszego od-
działu, gdyż zaledwie przed rokiem, bo 16. III.
1905, dokonałem po raz pierwszy operacji brzu-
szej. Dodać muszę, że i w przypadkach nie-
pewnych radzą autorowie przystępować do la-
paratomii próbnej. Skoro przekonamy się, że
dzięki rozszerzeniu się raka po otrzewnie, dzie-
ki za daleko posuniętemu zwyrodnieniu przyma-
ciez i gruczołów chłonnych i t. p. zabieg zamie-
rzony nie daje się uskutecznić, to i wówczas
możemy jednak dopomódz chorej, skoro wszcze-
pimy do pęcherza moczowego uciśnięty mocz-
wód lub podwiążemy tętnice podbrzusne i na-
sienne. Podwiązanie to, połączone z wyłyżeczko-
niem i wypaleniem nowotworu, czasami, jak
dowodzą tego spostrzeżenia, na dłuższy czas
powstrzymują rozrastanie się raka.

Zadość uczynić pozostałym postulatam
WINTER'a dziś jeszcze nie jesteśmy w możności,

gdyż wogóle za krótki jest czas trwania udo-
skonalonych i bardziej używanych metod opero-
wania brzusznego raka macicy. Więc najpierw
nie mamy dotychczas odsetek wyzdrowień dłu-
gotrwających, stałych. Mogę tu przytoczyć ta-
bliczkę, w której mamy zestawione absolutne
liczby wyzdrowień po upływie 2, 3 i 4 lat (A₂,
A₃, A₄).

WERTHEIM CHROBAK SCHAUTA ZWEIFEL.
brzuszný zab. pochwoýy zabieg

A ₂	31,0	8,5	8,6	11,6
A ₃	27,5	7,4	6,6	10,0
A ₄	18,8	7,3	5,1	9,5

Oдноśne naszych przypadków powiedzieć
mogę, co następuje: 1 z moich chorych zmarła
po upływie 37 dni po operacji skutkiem *pyelo-
nephritis*, powstałego w następstwie zeniecz-
szczenia pęcherza moczowego, 1 zmarła po upły-
wie 3 miesięcy w następstwie raka nerki. U
jednej, którą operowałem z powodu nadzwyczaj
zaniedbanego raka części pochwowej macicy,
znalazłem nawrót miejscowy po upływie 8 mie-
sięcy po operacji. Jednej, operowanej przed
rokiem, po wyjściu jej ze szpitala nie widziałem
wcale, zaś ostatnia, operowana przed 2 miesiąc-
cami, ma się dotychczas pomyślnie.

Z pośród chorych kol. SAWICKIEGO jedna
z operowanych z powodu względnie świeżego
raka części pochwowej, po upływie 7½ miesiąca
ma się zupełnie dobrze, druga jest zaledwie kil-
ka tygodni po operacji. Wyniki na ogół nie
świetne, lecz dodać muszę, że przeważnie ope-
rowaliśmy przypadki bardzo zaniedbane, nastę-
pnie dokładne opanowanie wszystkich szczegó-
łów techniki, szczególnie odpowiednio śmiało i
rozległe, a więc dokładne wycinanie przmaciez
— powoli wzrasta w miarę rosnącego doświad-
czenia osobistego. Bądź co bądź, sądzę, że obo-
wiązkem naszym jest przyczynić się do wyświe-
tlenia istotnej wartości nowoczesnych sposo-

bów brzuszego usuwania macicy, dotkniętej rakiem.

O innych sposobach operowania raka macicy, jako to o rozszerzonym sposobie pochwowym SCHUHARDT'a, o sposobie krzyżowym KRA-SKE'go, o sposobie krocowym ZUCKERKANDL'a,

nie będę mówił, gdyż po pierwsze będą one stanowiły temat przemówienia kol. GRZANKOWSKIEGO, powtóre dziś, jak to Sz. Koledzy widzą z powyższego, wobec operacji brzusznych mają one przeważnie wartość historyczną.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

65. F. de QUERVAIN. O wpływie alkoholizmu na gruczoł tarczowy.

Zaznacza tu autor, że wręcz przeciwnie, niż to się dzieje z niektórymi narządami gruczołowymi, zwł. z wątrobą, nerkami—wiadomości nasze co do wpływu rozmaitych zatruc i infekcji na gruczoł tarczowy są nader skąpe. Pierwszy na sprawę tę przed 10-u laty zwrócił uwagę SOKOŁOW; następnie prace ROGER'a, GARNIER'a, TORRI'ego, CRISPINO'a w tymże kierunku stwierdziły, że pewne infekcje oraz niektóre substancje chemiczne—jak fosfor, jod—stają się powodem wyraźnych zmian w gruczole. Do rzędu substancji takich właśnie, wyrażne i ty powe zmiany w nim wywołujących—jak dowodzą tego badania Q., należy i alkohol. Normalny gruczoł tarczowy składa się ze zrazików, utworzonych przez pewną liczbę pęcherzyków (mieszków) o średnicy $\frac{1}{50}$ — $\frac{1}{3}$ milim. Mieszki te są oddzielone od siebie siatką z tkanki łącznej, zawierającą liczne drobne (włosowate) naczynka krwionośne oraz limfatyczne,—same zaś wysłane są pojedynczą warstwą komórek nabłonkowych, wielobocznych w mieszkach normalnych,—walcowatych w mieszkach pustych,—wreszcie spłaszczonych w przypadkach ucisku przez zawartość jego—substancję koloidalną. Powierzchnia przekroju substancji tej normalnie przedstawia się jednolitą, w przypadkach jednak traktowania odczynnikami utrwalającymi (formol, sublimat i t. d.) spstrzegać się też dają *vacuolae*—jedna duża środkowa albo mnogie małe bliżej obwodu. Normalnie substancja ta barwi się eozyną albo kwasem pikrynowym.

W przypadkach patologicznych, tu omawianych (alkoholizm), substancja ta przedstawia się ziarnistą, w całej jej objętości pojawiają się liczne drobnutkie *vacuolae*, zmienia się ona niby w siateczkę drobnych jakby pasemek—wreszcie znika zupełnie. Zabarwialność jej też ulega zmianie—nie barwi się ona już teraz (zwł. w przemianie ziarnistej) eozyną,—barwi się natomiast hematoksyliną albo nawet zupełnie przestaje na barwniki być czułą. Powyższym zmianom substancji koloidalnej towarzyszy zazwyczaj mniej lub więcej wzraźne złuszczenie się komórek nabłonkowych, które przenikają we wnętrze substancji, wypełniając jej mieszki, i pływają w niej bądź to pojedynczo, bądź w złączeniu w postaci łańcuszków lub pasemek. Mieszki, w których brak już zupełnie substancji tej, okazują się wypełnionymi nagromadzonemi w nich owemi komórkami; nadto złuszczone komórki znajdują się w rozmaitych stopniach zwyrodnienia. Zmianom wymienionym towarzyszy zazwyczaj silne przekrwienie naczyń włosowatych.

Otóż, badając gruczoły tarczowe osobników, zmarłych wskutek rozmaitych przyczyn—gdzie jednak z wyjątkiem chronicznego alkoholizmu wszelki moment infekcyjny czy też intoksykacyjny—na zasadzie ścisłych badań zawsze wyłączyć się dawały—autor w gruczołach owych prawie że zawsze znajdował zmiany anatomo-patologiczne, wyżej notowane, prawie zawsze dlatego, że, jeśli wśród alkoholików tej kategorii tu i owdzie stwierdzić się dał przypadek, gdzie pomimo wszystkich ku temu danych w gruczole tym

zmian omawianych wykazać się nie dawało, to, zdaniem autora, nie stanowi to jeszcze argumentu *contra*, zwł. jeśli weźmiemy pod uwagę, że nieraz też spotykamy się z przypadkami chronicznego alkoholizmu bez marskości wątroby — pomimo że marskość jej tak znamienne stanowi jego następstwo.

Zmiany te w gruczole nie mogą pozostać bez wpływu na jego czynność — trudno jednak, jak dotąd, określić właściwą przyczynę spowodowanych niemi tu zaburzeń czynnościowych. Bądź jak bądź, z braku substancji koloidalnej nie należałoby jeszcze wnioskować o zmniejszeniu się sekrecji gruczolowej, t. j. uważać brak ten jako pewną oznakę hypo- lub athyroidyzmu — o czym świadczy już choćby fakt, że spotrzegają się przypadki choroby (wola) BASEDOW'a, w których pomimo braku substancji tej w gruczole wykazać się daje nadmierna tegoż czynność (oddziaływanie). Wszystko zdaje się tu raczej zależeć od stosunku produkcji i rezerwacji — brak albowiem substancji w gruczole zależeć może albo od braku produkcji albo od zbyt żywej jej absorbcji.

Pozatem zmiany jakościowe wzdzieliny gruczołu nie ulegają wątpliwości. Polegają one z jednej strony na zmianie konsystencji (rozcienienie — *vacuolae* — pasemka), z drugiej zaś na zmianie odczynu względem barwników. Zaznaczyć tu jeszcze wypada stwierdzone przez Q. zmniejszenie się w gruczolach tarczowych alkoholików jodu — co znów z kolei zdaje się być zależnem od szybkiego znikania zawierającej jod substancji koloidalnej — a co — również jak stwierdzone zmniejszenie się ilości pierwiast-

ku tego w przypadkach ostrych stanów zapalnych gruczołu — zdaje się też przemawiać tu na korzyść hypothyreoidyzmu.

Wnioski, jakie autor z dochodzeń powyższych wysnuwa, dają się streścić tak:

1) do liczby narządów, w których alkohol zmiany patologiczne powoduje, włączyć należy gruczoł tarczowy.

2) Aczkolwiek w braku pewnych środków i sposobów badania i kontrolowania oddziaływania nienormalnego gruczołu tarczowego trudno z niewątpliwą pewnością wykazać wpływ taki w klinicznym obrazie alkoholizmu chronicznego — to jednak właściwem byłoby w obrazie owym doszukiwać się — podobnie jak i w chorobie BASEDOW'a — objawów bądź to hypobądź to dysthyreoidyzmu.

3) Chroniczny alkoholizm — jak to zresztą oddawna już jest przyjęte — staje się przyczyną obrzęku śluzowego resp. hypothyreoidyzmu (HERTOGUE) potomstwa alkoholików.

Wpływ jego tu objaśnia się w dwojaki sposób: albo drogą oddziaływania na komórki rozrodcze i drogą koncepcji (zapłodnienia) na upośledzenie tego lub owego narządu, a więc ewentualnie i gruczołu tarczowego — albo też, że alkoholizm rodziców albo raczej matki oddziałuje wprost na gruczoł tarczowy płodu drogą krwioobiegu placentarnego i wywołuje w nim zmiany takie, jakie notują się u alkoholików — a które, powstając właśnie w okresie rozwoju narządu, dalszemu prawidłowemu oddziaływowaniu tegoż stawiają zaporę.

(La Semaine medicale. N. 44 1905 r.)

F. Gr.

XXIII Zjazd internistów niemieckich w Monachium

2-gi dzień posiedzeń.

Pierwszy wstępuje na mównicę prof. HERING z Pragi i odczytuje swój raport o nieprawidłowościach akcji sercowej (Die Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit).

Na wstępie zaznacza, że praca jego mogła powstać jedynie dzięki szczęśliwemu skombinowaniu oddziału szpitalnego z laboratorium Instytutu ogólnej i eksperymentalnej patologii. Jedynie podobnego rodzaju połączenia mogą się przyczynić do pchnięcia nauki na coraz dal-

sze tory, wyraża też życzenie, aby na wzór Praskiego Instytutu, który dotychczas jest jedyny, powstały i inne.

Kliniczne obserwacje, dotyczące nieprawidłowości akcji sercowej, mogą być w całej swej rozciągłości eksperymentowane na zwierzętach, a to z tego względu, że prawa, kierujące akcją serca u człowieka, są identyczne z takimiż u zwierząt ssących. Na potwierdzenie tego zapatrywania przytacza, że dotychczas nie udało się nikomu zrobić nowej obserwacji nad sztucznie ożywionem sercem ludzkim, któraby nie była już znana dzięki uprzednim eksperymentom nad zwierzętami. Wszystkie postępy przy analizie nieprawidłowości sercowych zawdzięczamy jedynie pracom eksperymentalnym.

Dotychczas obserwowane nieprawidłowości akcji serca HERING dzieli na pięć następujących grup:

1. *Pulsus irregularis respiratorius.*
2. Nieprawidłowość ekstrasystoliczna.
3. *Pulsus irregularis perpetuus.*
4. Zaburzenia w przewodnictwie (Ueberleitungsstörungen).
5. *Pulsus alternans.*

Co się tyczy pierwszego punktu, to respiracyjna arytmia serca bywa patologiczna tylko w tym przypadku, gdy wybitnie występuje już przy powierzchownem oddychaniu, albo też występuje wtedy, gdy zatrzymać oddech, chociaż w ostatnim przypadku słabiej. Normalnie arytmia ta może występować u młodszych osobników i dojść do wysokiego stopnia. *Pulsus irregul. respir.* był obserwowany często podczas rekonwalescencji, po chorobach gorączkowych, w neurastenii, w chorobach mózgowia z udziałem ośrodku nerwu błędnego. Występujący w organicznych chorobach serca *puls. irreg. respirat.* nie ma żadnego związku z wyżej opisanymi rodzajami. HERING obserwował typ respiracyjnej arytmii przy zatrzymaniu oddechu, w wadach *valv. mitralis*. Co się tyczy klinicznej wartości *puls. irreg. respirat.*, to obecność jego zawsze wskazuje na zwiększoną pobudliwość układu nerwowego i włókien nerwu błędnego, hamujących akcję serca.

Przechodząc do drugiego punktu, mówca zaznacza, że rozpoznanie momentu przyczynowego podrażnienia, które ma w swem następ-

stwie ekstrasystole, jest możebne, gdy jednocześnie zdejmujemy sfigmogram pulsu arteryalnego i żylnego, gdy ten ostatni jest pulsem żylnym przedsionkowym (Venenvorhofspuls).

Ekstrasystole komorowa (Ventriculäre Ekstrasystole) może w pewnych przypadkach występować między dwoma normalnymi skurczami serca, bez wpływu wybitnego na rytm serca (interpolirte Ekstrasystole). W pewnych okolicznościach komorowa ekstrasystole może wywołać ekstrasystole ze strony przedsionka (retrograde Ekstrasystole). Bez wątpienia mamy w tych przypadkach do czynienia z mechanicznymi podrażnieniami.

Powstawanie ekstrasystole na drodze nerwowej HERING tłumaczy w ten sposób, że wskutek podrażnienia vasoconstrictorów lewa komora spotyka zwiększony opór podczas skurczu. Między stale występującym *pulsus bigeminus* a takimże występującym sporadycznie niema zasadniczej różnicy. Wskutek ekstrasystole występuje następnie *pulsus trigeminus*, *quadrigeminus*, *tachycardia extrasystolica* i t. d.

Pod nazwą *pulsus irregularis perpetuus* HERING rozumie tego rodzaju nieprawidłowy puls, który stale jest jednorodny, niezależnie od tego, czy serce bije szybciej lub wolniej, nie powstaje pod wpływem oddychania, i przy którym krótsze albo dłuższe okresy pauz następują z nieprawidłowością, nie dającą się ująć w żaden system. Dotychczas mówca stale spotykał tego rodzaju puls w kombinacji z żylnym przedsionkowym pulsem, czynnikiem, wpływającym ujemnie na dokładne zanalizowanie tego rodzaju pulsu. Kliniczne znaczenie tego pulsu leży w stale obserwowanej kombinacji jego z pulsem żylnym przedsionkowym.

Zjawiska następnej (4-ej) kategorii można podzielić na dwie grupy: w jednej grupie mamy do czynienia z wypadnięciem od czasu do czasu skurczu komór, w drugiej — dossoycacją. Pod dyssoycacją HERING rozumie stan, kiedy podczas zupełnego zniesienia przewodnictwa podrażnień (Erregungsleitung) między przedsionkiem a komorą odbywa się skurcz komór w rytmie, zupełnie niezależnym od skurczu przedsionków.

Przechodząc do zjawiska *pulsus alternans*, mówca zaznacza, że w ostatnich czasach zosta-

ło stwierdzone, że tego rodzaju puls można u człowieka wykazać jedynie w komorze.

Pulsus alternans i zjawiska dysocjacji zdarzają się rzadko, natomiast częściej spotyka się nieprawidłowości, objęte pierwszymi trzema punktami.

Ekstrasystole może występować w kombinacji z wszystkimi innymi rodzajami nieprawidłowego pulsu.

W zakończeniu mówca wskazuje, że serce często służy jedynie za wskaźnik spraw patologicznych, odbywających się po za jego istotą, np. w układzie nerwowym.

W dyskusji nad wypowiedzianym referatem zabiera głos KISCH (Praga). Mówca rozpa-

truje rokowanie różnych nieprawidłowości akcji sercowej. Najpomyślniejsze rokowanie mamy w lekkich stopniach arytmii u młodych osobników, neurasteników albo też u ludzi dotąd zdrowych, którzy ulegli wstrząsowi nerwowemu.

VOLHARD (Dortmund) zaznacza obserwowane rodzaje pulsu przy *Tachycardia paroxysmalis* i ostrzega przed zbyt niemię przecenianiem napotykanego arytmii. Arytmia sama przez się nie jest zjawiskiem zatrważającym, a może nią być jedynie w zależności od przyczyn, warunkujących jej istnienie.

(C. d. n.).

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Busko. Wody siarczane słono-wapienne sól gorzką i jod zawierające.

Opisał d-r Julian MAJKOWSKI. Radom. 1905. Wydanie drugie w rocznicę 75 letniego jubileuszu zdrojowiska.

Jestto najobszerniejsza i najbardziej wyczerpująca monografia, jaka dotąd o Zdrojach Buskich napisana została. Składa się ona z 7-u oddzielnych części. A) Część historyczna, bardzo starannie i źródłowo opracowana, stwierdza, iż Busk lub Busko założone zostało pod koniec XII wieku, bo w r. 1194, w którym to roku Dersław z Chotla założył w nim klasztor Norbertanek; źródła zaś buskie odkryte zostały dopiero w r. 1776. Odtąd tegoż ostatniego roku poczynając, kreśli nam autor w porządku chronologicznym dzieje rozwoju Buska, kończąc na szczegółowym opisie doniosłych dla danego zdrojowiska poszukiwań, dokonanych przez inżyniera A. Michalskiego, który wzbogacił Busko 6-oma nowo odkrytymi i obfitymi źródłami siarczano-słonymi. B) Część opisowa i in-

formacyjna zaznajamia nas szczegółowo z całokształtem urządzeń buskich, źródłami, florą miejscową, lazienkami, mieszkaniami, służbą przy zdrojach, technicznymi urządzeniami i t. d.

C) Część lekarska ogólna, jak sam tytuł wskazuje, poświęcona jest farmakodynamice zdrojów i wszelkiego rodzaju kąpieli, w czym ważną pod względem lekarskim i praktycznym część stanowi opracowanie wskazań i przeciwwskazań. D) Część lekarska szczegółowa ma na celu rozpatrzenie grup chorobowych (przemyt, gościec, żółty, krzywica, przewlekłe sprawy zapalne i t. d.), w których zdroje buskie znalazły swą uzasadnioną wartość i skuteczność. E) Część ta podaje przepisy higieniczno-dietetyczne ogólne. F) Przepisy specjalne dla leczących się w Busku i na koniec G) podaje literaturę Buska, obejmującą chyba to wszystko, co dotąd o Busku pod względem lekarskim napisane zostało. Prac 118 różnej treści o Busku—spora to wiązka, jaką nie każdy nasz rodzimy zdrojoposzczycić się może. Świadczy to w każdym razie o niemałym zainteresowaniu się zdrojami

buskimi, na które one rzeczywiście zasługują, mogąc wytrzymać zwycięską konkurencyję z wieloma zagranicznymi zdrojowiskami tej grupy.

Jeśli wiadomości, dotyczące urządzeń i właściwości Buska, mogą przeważnie zainteresować osoby, na miejsce się udające, oraz lekarzy, którzy zdroje buskie częściej zalecają, jak np. syfilidologów, to natomiast część, poświęcona farmakodynamice źródeł buskich, już to rozpatrywanych w całości, już też w ich pojedynczych składowych częściach, zasługuje na uwagę każdego lekarza praktyka, chcącego stać na naukowej podstawie. Pod tym względem monografia autora bardzo odbiega od zwykłego szablonu, jakim się posługują bardzo często monografie, mające na celu wywołanie efektu i często w sposób bardzo przesadny oceniające skuteczność tych lub owych źródeł.

Dział, poświęcony farmakodynamice źródeł buskich, zajmuje niemal połowę całej książki. Autor, stojąc na gruncie współczesnych badań chemiczno-fizjologicznych, uwzględnia jednak w swych wywodach przede wszystkim stronę kliniczną, poddając krytycznemu rozbirowi: działanie siarkowodoru i wszystkie o jego działaniu teorie najnowsze; dalej traktuje obszernie działanie soli kuchennej, tego ważnego, jeśli nie najważniejszego składnika wielu źródeł tej grupy. Działanie soli gorzkiej oraz soli wapniowych i jodku magnezu, lubo nie tak obszernie, jednak dostatecznie zostało omówione. Mówiąc o jodzie, stwierdza autor większą onego zawartość w źródłach buskich, niż w takich sławnych źródłach, jak Krakenheilske lub Kreuz-

nachskie. Picie wody i stosowanie źródeł buskich w postaci kąpeli bardzo szczegółowo rozebrane przez autora zostały. Przytaczając wiadomość o dokonanych przez d-ra BUNINA doświadczeniach na 12 chorych w szpitalu wojskowym pod względem wpływu kąpeli buskich na ciśnienie krwi w tętnicach, oddychanie, ciepotę, wagę ciała i czucie skórne, słusznie autor twierdzi, iż poszukiwania te nie mogą mieć rozstrzygawczego znaczenia z uwagi, iż w danych poszukiwaniach nie była stosowana metoda porównawcza kontrolująca, polegająca na równoczesnych badaniach wpływu kąpeli zwyczajnych. Szczegółowe opisy wszelkich typów kąpeli, stosowanych w Busku, kończą tę część, wyczerpująco i ściśle naukowo przedstawioną.

Nie wdając się w dalsze szczegóły, ważne jednak dla każdego lekarza praktyka, dodać tu z naciskiem musimy, iż, jak nas autor powiadamia, Busk posiada dobrze urządzone Zakład wodo leczniczy, który zakres działalności tej miejscowości leczniczej znakomicie rozszerza. W tym względzie Busk wyprzedził o wiele bogatszy od siebie Ciechocinek, który dawniej hołdując zaśniedzialej rutynie, stawiał długi czas opór dawno podjętemu projektowi urządzenia tamże wodo lecznicy. Dziś i Ciechocinek ma wodo lecznicę, której brak od bardzo dawna silnie uczuć się dawał.

Wracając do pracy o Busku, dodać winniśmy, iż wzorowa monografia, napisana przez d-ra MAJKOWSKIEGO, zaopatrzona została w liczne rysunki i plany, które jej wartość podnoszą.

H. D.

List otwarty do Redakcji „Medycyny“.

Szanowny Redaktorze!

W zamieszczonym w N. 15 „Medycyny“ sprawozdaniu z posiedzenia Warsz. Towarzystwa lekarskiego z dnia 5 grudnia 1905 r. nie znajduję nawet wzmianki o udziale, jaki brałem w dyskusji.

Z uwagi, że mi wcale nie chodzi o powtarzanie dyskusji natury polemicznej, lecz jedynie o zanotowanie faktów, o ile mi się zdaje, doniosłego znaczenia tak w röntgenologii, jak i w medycynie wewnętrznej, uprzejmie proszę Szanownego Redaktora o zamieszczenie tego, co niżej podaję, jako osnowy mego przemówienia.

A. Z powodu wprowadzenia w Warszawie prądu zmiennego wspominałem o przyrządzie d-ra Maxa LEVY'ego, zwanego „Curwewandler“, i drugiego francuskiego wynalazcy S. DAMIEN, zwanego „Soupape electrique“.

Oba te przyrządy mają jeden i ten sam cel, mianowicie zmianę prądu zmiennego (przerwanego) na prąd przerywany stalego kierunku, który bezpośrednio może być wprowadzony do cewy RUMKORFF'a i dawać do 100 przerw na sekundę, czyli liczbę drgań taką, która już okiem ludzkim odczuta być nie może. Wszelkie więc przerywacze odpadają, a zatem unika się wszelkich kłopotów ich regulowania, czyszczenia, wprowadzania w ruch osobną baterią akumulatorów i t. d.

Przyrządek d-ra LEVY'ego i p. S. DAMIEN jest nader prosty w budowie i utrzymaniu. Jest to mały element, mający dwie płytki aluminiowe i jedną ołowiową, między nimi w pewnej od obu odległości umieszczoną, lub we francuskim otaczającą płytki glinowe. Za elektrolit służy płyn alkaliczny lub roztwór fosforanu sodowego. Co parę miesięcy zanurzenie tych płyt w kwasie azotowym i wymycie wodą jest całym zachodem dla utrzymania przyrządu w porządku. Iskry, otrzymywane z cewki, są równiejsze i silniejsze, pomimo ich pewnego skrócenia — co też korzystnie wpływa na oszczędzanie lamppek ROENTGEN'a.

B. Następnie mówiłem o środkach, zabezpieczających od szkodliwego działania promieni X na oczy, skórę i t. d. lekarza, dużo pracującego z tymi cudownymi promieniami. Wspominałem więc o okularach ze szklami ołowiowymi, o ekranach fluoryzujących, pokrytych tafiłami szkła ołowiowego, o maskach, rękawiczkach, fartuchach z tkaniny ołowiowej. Wiele z tych środków zabezpieczających mamy w naszej pracowni.

C. Nakoniec mówiłem o moich badaniach nad zmianami położenia serca w późniejszych stanach rozedmy płuc, falkie, o ile mi się zdaje bardzo doniosłego znaczenia w medycynie wewnętrznej. Odkrycie to moje, które miało być przedmiotem oddzielnego odczytu, podałem jedynie jako dowód, że w pracowni szpitala św. Ducha pracuje się cicho, lecz poważnie, jak na taką instytucję przystało.

Pracując wspólnie z kol. SOKOŁOWSKIM nad zachowaniem się przepony brzusznej w rozedmie płuc, doszedłem do wniosku: 1) że ona nie jest splaszczona i że wykonywa przy wdechu ekskursje od 3 do 4 ctm. i 2) że ona wspólnie z mięśniami szyi pracę oddechową załatwia.

Podczas tych dochodzeń przyszło mi na myśl zbadanie położenia serca z powodu pulsacyi widzialnych stale u takich chorych w dołku podsercowym.

Słyszeliśmy i czytaliśmy zawsze, że trójkąt tępości serca w rozedmie płuc zmniejsza się, w niektórych razach wcale wypukany być nie może. Objaśniano nas, a my mówiliśmy młodszemu, że to pochodzi od przykrycia serca rozдутymi płucami, czemu wierzyliśmy w zupełności, gdyż przy sekcji serce znajdowało się na swoim miejscu, na splaszczonej przeponie, skutkiem pośmiertnej relaksacyi mięśni.

Prześwietlając emfizematyków, ze zdziwieniem dostrzegłem, że tam, gdzie tępość była zmniejszona, częściej, gdy jej wcale nie było, i serca tam nie było. *Ictus cordis* widzialny był lub wyczuwalny *in scrobiculo cordis*. Skąd to pochodziło, wyświetliła roentgenoskopia, a stwierdziła roentgenografia.

Ictus w dołku podsercowym pochodził od opuszczenia się i skrócenia serca około jego osi pionowej. Serce wisi na swoich naczyniach i tylko wierzchołkiem dotyka przedniej ściany *mediastini antici*, spychając albo raczej wginając nieco przeponę.

Poprzeczne badanie wykazuje przestrzeń wolną, jasną po za sercem, której normalnie nie widzimy.

Stępienie tonu, sięgające niekiedy do połowy mostka lub nawet do prawego jego brzegu, z czego wnioskujemy o powiększeniu prawej komory (u emfizematyków!), pochodzi od *truncus vasorum*, na którym serce wisi w osierdziu.

O tem, co mówiłem, znaleźć jedynie można w skróceniu w części II wspomnianego dzieła A. SOKOŁOWSKIEGO „Choroby płuc” i w Pamiętniku Tow. lekarskiego (Zeszyt IV. str. 886—887); pragnących zaś naocznie przekonać się najuprzejmiej zapraszałem do pracowni w szpitalu św. Ducha. Racz przyjąć Szanowny Kolego

Redaktorze wyrazy mego poważania
D-r Mikołaj Brunner.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 marca do 14 kwietnia 1906 r.

Ogólny ruch. Pozostało z poprzedniego miesiąca 83 chor. (38 m. 45 k.), przybyło nowych chorych 85 (39 m. 46 k.), wypisano zdrowych 75 (37 m. 38 k.), zmarło osób 21 (13 m. 8 k.), pozostało na następny miesiąc 72 (27 m. 45 k.).

Według poszczególnych postaci ruch ten przedstawia się, jak następuje:

Pierwsze miejsce ze względu na liczbę przypadków zajmuje tyfus wysypkowy. Na początku sprawozdawczego miesiąca chorych na tę chorobę znajdowało się w szpitalu 20, nowych w ciągu miesiąca przybyło 34, (w poprzednim miesiącu 23) wypisano po wyzdrowieniu 19, zmarło 2, pozostało na następny miesiąc 33. Widzimy, że liczba przypadków tyfusu wysypkowego w porównaniu z poprzednim miesiącem wzrosła o 13 chorych. Wskutek tego w szpitalu św. Stanisława przeznaczono na tę chorobę dwa pawilony (zaprzesziano przyjmować tyfus brzuszny). Widocznie epidemia w mieście wzmaga się, prztem szerzy się ona na większej przestrzeni miasta. Gdy w poprzednim miesiącu tyfus wysypkowy przybywał prawie wyłącznie z dzielnice, położonych na krańcach miasta, w miesiącu sprawozdawczym przybywały przypadki i z centrum, mianowicie z takich ulic, jak — Mazowiecka 11, Marszałkowska 151, Widok 1, Żórawia 7, Hoża 6, Nowowielka 18, Śliska 51. Najwięcej chorych przybyło z dzielnice, zamieszkałych przez ludność żydowską — Miła 37, 62 (4 przypadki), Muranowska 44, 57, Pawia 19, (3 przypadki), Inne ulice — Grzybowska 49, Żelazna 3, Pańska 41, Okopowa 49, Smocza 30, Wołyńska 9, Rybaki 29, Brukowa 30, Ostrowska 14, Sokołowska 6, w. Wola, Tworki (zakład dla chorych umysłowych — jeden chory). Naogół około $\frac{2}{3}$ wszy-

stkich przypadków stanowili żydzi. Przebieg choroby nie był bardzo ciężki.

Drugie miejsce zajmuje o s p a. Z poprzedniego miesiąca pozostało chorych na ospę 27, przybyło świeżych 13 (9 m. 4. k.), zmarło 6 (wszyscy nieszczepieni), wypisano jako zdrowych 20, pozostało 14. Liczba więc ospowych zmniejszyła się za ten miesiąc o 13 osób. Chorzy przybyli z następujących ulic — Brzeska 2, 17, Miła 28, Smocza 33, Pawia 19, Brzozowa 14, Środkowa 14, Młynarska 4.

Na trzeciem miejscu stoi s z k a r l a t y n a. Na początku miesiąca było 5 chorych, przybyło 12, wypisano dwóch, zmarło 3, pozostało 12. Liczba przypadków podniosła się z 5 na 11, t. j. o 6 chorych. Przebieg ciężki. Ulice, z których przybyli chorzy: Pańska 58, Złota 26, Krucza 29, Dzielna 88, Gęsia 101, Pańska 85, Bednarska 23, Solec 68, Belwederska 4, wieś Wola.

T y f u s b r z u s z n y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 7, przybyło 5, wypisano jako zdrowych 5, zmarło 3, pozostało na następny 4. Przebieg ciężki.

O d r a. Na początku było 5, przybyło 5, wypisano 8, pozostało 2.

D y f t e r y t. Na początku m. znajdowało się 2, przybyło 3, wypisano 3, pozostało 2.

Prócz tego przybyło — róży 1 przypadek; czarnej krosty 1 (*exit. letal.*), nosaczyny 1 (ostra forma z zajęciem stawów i obfita krostowatą wysypką, *exit. letalis*), *pneumonia crouposa* 1 (*exit. let.*), *angina parenchymatosa* 2, *pleuro-pneumonia* 1 (*exit. letal.*), *otitis interna (encephalitis exit. letalis)*, *vitium cordis* 1 (*exit. letal.*), *laryngitis tuberculosa* 1 (*exitus letalis*). Wszyscy przyjęci w bardzo ciężkim stanie.

Wiadomości bieżące.

— W wydziale lekarskim krakowskim poruszono myśl wznowienia kursów wakacyjnych dla lekarzy, które odbywały się w miesiącu lipcu, a od dwóch lat z powodu stosunków politycznych musiały ulegnąć przerwie.

Wyłoniły się jednak poważne wątpliwości, czy kursy te zdołają w tym roku zgromadzić dostateczną liczbę uczestników.

Dla rozstrzygnięcia tych wątpliwości uprasza się lekarzy, którzyby mieli stanowczy zamiar uczestniczenia w tegorocznych kursach wakacyjnych w lipcu w Krakowie, by zgłosili się najdalej w ciągu dwóch tygodni, t. j. do dnia 26 maja 1906 roku, listownie do redakcji „Przeglądu lekarskiego” (Kraków, Wielopole 4), wymieniając zarazem przedmiot lub przedmioty, którymi na kursach zamierzają się zająć.

Od wyniku zgłoszeń, który podany będzie do publicznej wiadomości w prasie lekarskiej, zależy, czy krakowskie kursy wakacyjne dla lekarzy będą w tym roku podjęte lub zaniechane.

Uprasza się wszystkie pisma polskie o łaskawe powtórzenie tej odezwy.

— Z pomiędzy lekarzy Królestwa Polskiego 5 dotąd zostało wybranych do parlamentu petersburskiego, a mianowicie: D-r MALEWSKI (Lublin), D-r PADEREWSKI (Zagłębie dąbrowskie), D-r. RZĄD (Łódź), D-r. ŚWIERZYŃSKI (Radom) i D-r. HARUSIEWICZ (Łomża).

— Wyszła z druku praca zbiorowa p. t. „Medycyna w Samorządzie. Stan obecny lecz-

nictwa publicznego w Królestwie polskiem. Braki i potrzeby”. Poszczególne działy opracowali: kol. A. KARCZEWSKI, W. MĘCZKOWSKI i BR. SAWICKI. Szpitalnictwo; K. RZĘTKOWSKI — O żywieniu chorych w szpitalach; I. LANDSZEIN — Dyżurne w szpitalach; I. JAWORSKI — Pomoc położnicza; ST. KAMIŃSKI — Dom wychowawczy; ST. KOPCZYŃSKI — Pomoc lekarska w szkołach; R. RADZIWIŁŁOWICZ — Opieka nad umysłowo chorymi; STERLING — Pomoc lekarska dla ludności miejskiej, w szczególności fabrycznej; S. BRONOWSKI, W. MĘCZKOWSKI i BR. SAWICKI — Pomoc lekarska dla ludności miejskiej; M. BORNSTEIN, E. FLATAU i W. KNAPPE — Uniwersytet. K. ŻYCKI — Dział farmacji. Walka z prostytucją.

— Dowiadujemy się, że sprawa szpitali Warszawskich ma być ostatecznie zdecydowana w tej formie, że już z dniem 1 czerwca r. b. szpitale Warszawskie oraz ich fundusze mają przejść pod zarząd magistratu.

Naturalnie, postanowienie magistratu musi jeszcze otrzymać odpowiednie zatwierdzenie władz wyższych. Wątpimy bardzo, czy w tak krótkim czasie sprawa ta mogłaby być już na 1-go czerwca załatwiona. Gdyby nawet jednak tak było, to sądzimy, że dopiero po wprowadzeniu samorządu do naszego miasta z czasem i rozwój szpitalnictwa naszego wejdzie na racjonalne tory.

Od Administracji.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracji

o każdym niedoręczonym numerze.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Informacja” Warszawskiej Kasy Pożyczkowo-Oszczędnościowej Lekarzy.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 20%).

Własnościami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty. **Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecięcej.**

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadwyzczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj. — nieprzegotowanej). Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty — jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu — wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zółtów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie one są to poprostu najwyczejniejsze mieszanek. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielnicznych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu — prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycji: **Apteka na Bolszoi Ochcie w S.-Petersbur** Dawki na jedną dobę: Dla **Ssawców** — 2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!) Dla **dzieci** — 2 łyżek deserowych (bez dodatków) Dla **dorosłych** — 1 — 2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec sp. yalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncji) rb. 1. k. 60.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarwa)

I W O N I C Z

Zakład zdrojowo - kąpielowy
i klimatyczny
(Stacya kolejowa
Iwoniecz w Galicyi.)

NAJSILNIEJSZA SZCZAWA SŁONO - JODOWO - BROMOWA.

Od dawna stwierdzona jest skuteczność we wszystkich postaciach zółtów (scrofuloza), w chorobach kości, jamy nosowej, uszu, skóry i wogóle we wszystkich chorobach wymagających przyspieszenia odnowy materii. Leczenie ortopedyczne i masażowe.

Inhalatorya systemu „Waldenburgera“ i systemu „Clara“. Kąpiele w gorącym powietrzu systemu „Polana“ tudzież sztuczne kąpiele gazowe.

Lekarze zakładowi: Docent d-r Antoni Gabryszewski ze Lwowa i D-r Julian Staniszewski z Krakowa, tudzież 6 lekarzy wolno praktykujących.

W sezonie I-szym od 15 maja do 20 czerwca i w III-cim od 20 sierpnia do końca września mieszkania znacznie tańsze.

Uwolnienie od taksy na podstawie świadectw ubóstwa udziela się tylko w I i III sezonie.

Urządzenie zakładu porzowe, oświetlenie elektryczne, wodociągi, kaplica, w której odprawia się codziennie Msza Ś-ta.

Zamówienia na mieszkania, wodę mineralną, sól, ług i muł przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela

Dyrekcya Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Iwoniezu.

Alfons Mann

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Tłomackie 3 — Telefon 1025.

Egzystuje od 1819 r.

Poleca: Apparaty ssące d-rów Bier'a i Klapp'a z Bonn, do leczenia chorób zapalnych. Jedwab', Catgut.

Igły chirurgiczne (Patent) w najwięk-zym wyborze. Cennik ilustrowany franco.

KARLSBAD

D-r Kołaczkowski
ordynuje jak lat ubiegłych dom
Stadt Athen Kreuzstrasse naprze-
ciw kolumnady Mühlbrunnu.

D-r O. LANG

ordynuje jak w latach poprzednich
w Rabce.

**Unguentum
Heyden**

Novargan

Xeroform

dek odwaniający. Srodek szybko

Unguentum Heyden jest maścią z Calomelolu (calomel colloidalne) do przeciwsyfilitycznych kuracji wcieraniami (Neisser). Nie plami skóry i bielizny. Dawka jednorazowa 6 g. W rurek z podziałką do przesuwania po 30 i 60 g.

Novargan jest prawie nie drażniącym preparatem srebra. „Obecnie jest to najlepszy środek przy ostrym tryprze“. Wcierania 0,2 do 0,5 do 1% roztworu.

Xeroform jest najlepszym środkiem zastępującym jodoform. Nie drażni, absolutnie nietrujący, wybitnie wysuszający i zmniejszający wydzielinę, krew tamujący i ból uśmierzający. Silny środek działający na zabiżnienie.

Próby i literaturę dostarcza

Fabryka Chemiczna von Heyden — Radebeul — Drezno

lub przedstawiciel

Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

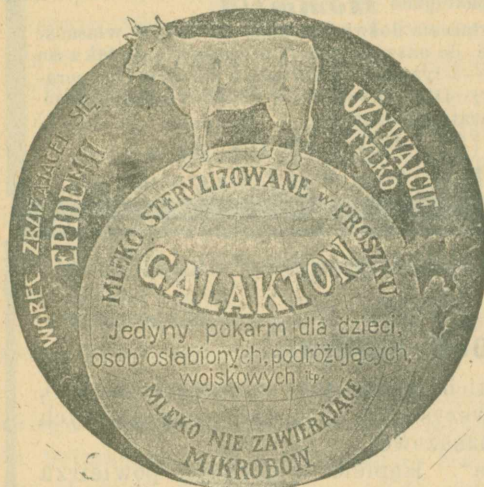
UZNANY ZA NAJLEPSZY

HAEMATOGEN

Towarzystwa Akcyjnego Fabr. Chemicznej

Trampedach i Sp. w Rydze,

do nabycia w większych składach aptecznych i aptekach.



Sprzedaż wszędzie. Hurtowa
WARSZAWA
Marszałkowska Nr. 137, telefonu 605

Docent Uniwersytetu Lwowskiego

D-r E. Biernacki

ordynuje w r. b. w KARLSBADZIE od d. 16 maja.
Adres zwykły: Alte Wiese, dom „Nizza“ (z tyłu za Nastopilem).

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona, Ryłki, Thieme-go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Busko D-r J. Majkowski

praktykować będzie przez cały sezon (20 maj—20 wrześ) w willi „WIKTORIA“ przy zakładzie kąpiel. Tegoż do nabycia monografia „Busko wody siarczane-słone“ kop. 60.

KURACYA WINOGRONOWA

(Ferments purs de rasins)

przez cały rok, czystym fermentem winogronowym Jacquemin (Ferment pur de raisins Jacquemin). Stosuje się przy braku apetytu, złem trawieniu (dyspepsji), anemii, wrzodach, pryszczach, zaczerwienieniu skóry, ekzemie, diabetes i reumatyzmie.

Ferment ten stanowi b. dobry napój, mający doskonały smak świeżego wina. Nawet dzieci przyjmują je chętnie. Zwracać się do aptek lub też bezpośrednio do laboratorium p. Jacquemin który wysyła wino po otrzymaniu przekazu pocztowego; przesyłka bezpłatna. Broszurę objaśniającą wysyła się bezpłatnie tym wszystkim, którzy zwrócą się do G. Jacquemin, à l'Institut de Recherches Scientifiques de Malzeville, près Nancy (Meurthe et Moselle) Malzeville w pobliżu Nancy, Francya.



Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10
przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

D-r Medycyny Ruppert

ordynuje jak zwykle w CIECHOCINKU
(dom Milera).