

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 48.

Warszawa d. 1 Grudnia 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. Lithiasis ductus choledochi chronica. Napisał W. H. Krajewski (Ciąg dalszy). — O postępujących zanikach mięśni. Podał d-r J. Rotstadt. (Ciąg dalszy). — Wycinanie macicy porodowego pochodzenia wprawione na drodze operacyjnej. Podał d-r Franciszek Neugebauer. (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. 103. Próba Salomon'a w raku żołądka. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. H. Krajewski — Lithiasis chronique du ductus choledochus. 2) D-r J. Rotstadt — Sur les atrophies musculaires progressives. 3) D-r F. Neugebauer — L'inversion de l'utérus après l'accouchement guérie par l'opération.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. H. Krajewski — Chronische Verstopfung des Ductus choledochus durch einen Stein. 2) D-r J. Rotstadt — Ueber progressive Muskelatrophien. 3) D-r F. Neugebauer — Inversio uteri nach einer Geburt geheilt auf operativem Wege.

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

PRACE ORYGINALNE.

Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego

Lithiasis ductus choledochi chronica.

(odeczytane w skróceniu na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek.).

napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 47).

DESJARDINS (36) przeprowadził szereg badań nad przewlekłym zapaleniem trzustki i prze-

konał się, iż istnieje pewna określona okolica w brzuchu, której ucisk bywa bolesny przy *pancreatitis chronica* i nazwał ją „point pancreatique“. Otóż CHAFFARD (26), opierając się na ścisłym anatomicznym związku, zachodzącym pomiędzy przewodem żółciowym wspólnym a główką trzustki (Rys. IV), oraz na wyczerpującej pracy QUENU i DUVAL'a (28), wykazującej częstość zachorzeń trzustki przy przewlekłym zatkaniu przewodu wspólnego, doszedł do wniosku, iż bolesność od ucisku w tym osta-

tnim razie powinna odpowiadać mniej więcej temu „point pancreatique“ DESJARDINS'a. Liczne badania, podjęte w tym kierunku, przy współudziale asystenta RIVET'a, przekonały CHAUFFARD'a, iż istnieje istotnie pewna stała okolica, specjalnie wrażliwa na ucisk, w przypadkach przewlekłego zatkania kamieniem przewodu wspólnego. Okolicę tą nazywa CHAUFFARD „zone pancreatico-choledochienne“. Poniższy rysunek schematyczny, zaczerpnięty z jego artykułu, dokładnie określa granice tej okolicy¹⁾.

W obserwowanych przeze mnie przypadkach, od chwili gdy zacząłem baczniejszą na ten szczegół zwracać uwagę, stwierdzić mogłem 3-y krotnie żywą bolesność na ucisk w *zona pancreatico-choledochiana*, a mianowicie w przypadku 6-ym (operowanych) i w obu przypadkach przytoczonych na początku, a których dotychczas nie operowałem.

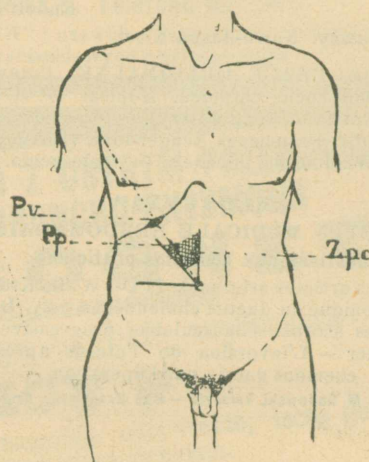
We wszystkich przypadkach powikłanych, czy to przez *cholangitis* czy przez *cholecystitis*, czy przez wytworzenie ograniczonego ropnia w jamie otrzewny, wrażliwość na ucisk zajmie znaczniejszą przestrzeń, zależnie od miejscowych warunków. To też jakiegoś patognomicznego znaczenia objawowi temu przypisać nie można. Tam jednak, gdzie obok innych charakterystycznych objawów znajdziemy żywą bolesność we wzmiarkowanej okolicy, będziemy mieli jeszcze jeden atut, popierający nasze rozpoznanie.

¹⁾ W dyskusji, która się wywiązała po moim odczycie w Tow. Lek. Warsz., kol. E. Zieliński podał nową metodę oznaczania pozycji trzustki. Zdaniem jego należy połączyć zewnętrzny brzeg wyrostka barkowego (acromion) jednej strony ze środkiem więzów Poupart'a strony przeciwnej. Gdy z obu stron przeprowadzimy takie linie, to punkt skrzyżowania się ich odpowiada środkowi ciała trzustki. Jeśli zaś przez punkt ten przeprowadzimy linię poziomą, to w kącie pomiędzy tą linią a prawą skośną (idącą od prawego wyrostka barkowego do środka lewego Poupart'a) w odległości 3 do 4 cm. od linii środkowej leży główka trzustki.

Metody tej nie mogłem dotychczas wypróbować w praktyce, przyznać jej jednak należy, że posługuje się daleko stałszymi punktami, aniżeli metoda Chauffard'a.

Tak więc wzmożona częstość, krótkotrwałość i względna łagodność samoistnych napadów bólów, oraz wybitna wrażliwość na ucisk w *zona pancreatico-choledochiana* są znamienne dla przewlekłego zatkania kamieniem przewodu żółciowego wspólnego.

4) Gorączka. KEHR (21) w swej dyagnostyce pomiędzy innymi objawami, wskazującymi na przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu wspólnego, podaje gorączkę o typie przepuszczającym. EHRET (27) w ostatnich cza-



Rys. V.

Pv — punkt pęcherzykowy

Pp — punkt trzustkowy Desjardins'a

Zpc — zona pancreatico-choledochiana Chauffard'a.

sach ze szczególnym naciskiem o tym objawie się rozpisuje i uważa taką gorączkę wraz ze zmiennością żółtaczki oraz zmniejszeniem natężenia bólów podczas napadów za patognomiczne dla przewlekłego zatkania kamieniem przewodu wspólnego.

Istotnie, we wszystkich, obserwowanych przeze mnie, przypadkach spotkałem się z taką przepuszczającą gorączką; w tych zaś, w których miałem do czynienia z gorączką stałą, zależną od dołączających się powikłań, mogłem

w wywiadach wykryć okres, mniej lub więcej długi, w którym chorzy podlegali napadom gorączki przepuszczającej i to zawsze w związku z napadami nasilenia bólów.

Gorączka jest bardzo charakterystyczna: przychodzi nagle wraz z wystąpieniem bólów w podżebrzu, zaczyna się zazwyczaj (choć nie zawsze) dreszczami, dosięga nieraz 40 stopni i wyżej, trwa czasami tylko kilka godzin, czasem 1 dzień i opada krytycznie do normy, nieraz kończy się obfitym potem.

Po takim napadzie gorączkowym następuje zupełna apyrekсыa, dopóki nie zjawi się nowy napad, przy którym przychodzi znów do podniesienia ciepłoty. Odstępy pomiędzy napadami są rozmaite, czasami bywa parę gorączkowych napadów dziennie, czasami pomiędzy jednym a drugim upływa kilka lub kilkanaście dni.

To zjawianie się napadów gorączki przepuszczającej nie jest wcale faktem nowym, dopiero przez KEHR'a lub EHRET'a zaobserwowanym. Już CHARCOT (38) w swem dziele o chorobach wątroby zaznacza ten typ gorączki i stawia go w zależności od wędrówki kamienia, nadaje mu nawet oddzielną nazwę „fièvre hepatalgique”, dla odróżnienia od innej gorączki, zależnej od zakażenia dróg żółciowych, którą nazywa „fièvre hepaticque” lub „biblio septique”.

CHARCOT był nawet bliższy racjonalnego wytłumaczenia przyczyny tej gorączki „satellite des migrations calculeuses”, jak się o niej wyraża DIEULAFOY, uważał ją bowiem za rezultat „d'une infection à petites doses”. Później jednak DIEULAFOY (20) (str. 226, 227) przyznaje infekcyjne pochodzenie tylko ciągłej gorączce, napadowe zaś występowanie gorączki, podczas zatkania kamieniem przewodu wspólnego, skłonny jest tłumaczyć zatrzymaniem i re-zorbacją żółci. Dopiero poszukiwania nad wartością drobnoustrojów w normalnych drogach żółciowych, dokonane przez GILBERT'a i DOMINICI jeszcze w 1894 r. a w nowszych cza-

sach potwierdzone przez poszukiwania LIPPMANN'a (26), w połączeniu z klinicznymi poszukiwaniami EHRET'a, CHAUFFARD'a i innych wyjaśniły, że i przepuszczająca gorączka, zjawiająca się podczas przewlekłego zatkania *d. choledochi*, zależy też od zakażenia.

Dziwna rzecz, iż DIEULAFOY, ten wyznawca teorii „du vase clos” dla *appendicitis*, nie wpadł na tę samą myśl dla przewodu wspólnego. Gorączka jest przepuszczającą podług dzisiejszych naszych pojęć dla tego, iż zamknięcie światła przewodu wspólnego podlega wahaniom. Ilekroć przyjdzie, na czas pewien, do zupełnego zamknięcia, tylekroć zjawia się gorączka, opada zaś, gdy drożność powróci chociażby częściowo.

Na nas chirurgów, nawykłych do obserwowania takiego typu gorączki tylko podczas przebiegu byłej pamięci ropnicy, spostrzeganie tej, tak zwanej przez CHARCOT'a, „fièvre hepatalgique” czyni istotnie przygnębiające wrażenie. Nie zapomnę nigdy mych obaw przy obserwacji pierwszych tego rodzaju chorych. Zadawałem sobie pytanie, czy już na rękoczyn nie jest zapóźno, a moi chorzy najspokojniej odkładali go jeszcze na parę tygodni lub miesięcy (jak np. przypadek 6-ty), a następnie znosili operację idealnie i od chwili rękoczynu ani jednego napadu gorączkowego nie mieli. Niewątpliwie więc zakażenie, wywołujące gorączkę, jest bardzo słabe, jadowitość bakterii niewielka, a niestałość zamknięcia przewodu wspólnego nie pozwala na dostateczne wzmożenie się tej jadowitości. Już jednak DIEULAFOY nawet ostrzega przeciw zbyt szczeremu optymizmowi i stwierdza, iż nigdy nie jesteśmy w stanie przewidzieć, kiedy ta niewinna gorączka przybierze charakter septyczny. Ani wątpić, że od czasu do czasu znajdują się pewno obserwacje, podobne do ogłoszonej przez BOBOWICZA (25) w 1878 r., gdzie po 52 napadach tej, tak zwanej „fièvre hepatalgique”, nastąpiło wyleczenie zupełne (prawdopodobnie dzięki wytworzeniu się prze-

toki pomiędzy przewodem wspólnym a dwunastnicą). Myślę jednak, iż w dzisiejszych czasach fakt ten, fenomenalnie rzadki, nie powinien zamykać nam oczu na setki innych, w których chorzy giną wskutek *cholangitis septica*. Te powtarzające się, chociażby nawet dobrze przez chorych znoszone, napady gorączki przepuszczającej będę stale uważał za miecz Damokles'a, zawieszony nad głową chorego, dorzucający jedną cegielkę więcej do gmachu rozpoznania naszego, lecz jednocześnie zmuszający do szybkiego zaradzenia złemu.

Konkluzja: Chorzy z przewlekłym zatkanie przewodu żółciowego wspólnego w pewnym okresie choroby podlegają napadom wysokiej, krótkotrwałej gorączki, przegradzanym, mniej lub więcej, długimi perjodami zupełnej apyrekty. Te ataki zazwyczaj mało się odbijają na ogólnym stanie chorego, dopóki raptem jeden z takich ataków nie nabierze charakteru septycznego. Przewidzieć, kiedy to nastąpi, nigdy nie można.

5. Stan napełnienia pęcherzyka żółciowego. Kwestya napełnienia pęcherzyka żółciowego w zależności od natury przeszkody, zamykającej lub zwężającej przewód żółciowy wspólny, oddawna jest przedmiotem dyskutowanym z zamiłowaniem przez lekarzy klinicyistów. Powoli, z licznych dyskusji i rozpraw, wyłoniło się tak zwane prawo Courvoisier-Terrier'a głoszące: Przy jednakowych wszystkich innych objawach pęcherzyk skurczony przemawia za obecnością kamienia w *d. choledochus*, pęcherzyk zaś rozciągnięty za nowotworem lub uciskiem od zewnątrz przewodu wspólnego. Kliniczna obserwacya stwierdziła prawdziwość tej zasady w większości przypadków. Wprawdzie zdawna znane są i cytowane wyjątki. W

atlasie CRUVEILHIER'a, w zestawieniach RECLUS'a i GRIFFON'a (39) znajdziemy szeregi obserwacyi, w których pęcherzyk osiągał olbrzymich rozmiarów, pomimo, iż przewód był zatkany kamieniem. Stanowią one jednak tak mały procent ogólnej liczby przypadków, iż dotychczas można się z nimi nie liczyć.

W ostatnich czasach DELBET (40) poruszył tę kwestyę na jednym z posiedzeń Towarzystwa chirurgicznego Paryżskiego i znów wywołał ożywioną dyskusyę, w której wzięli udział HARTMAN i BAZY. DELBET chcąc pogodzić fakt, iż czasami przy kamieniu w przewodzie wspólnym pęcherzyk bywa rozciągnięty, czasami z skurczony; twierdzi, iż zależy to od tego, czy kamień naprawdę leży w *d. choledochus*, czyli też w tej części *d. cystici*, która niby się już złączyła z *d. hepaticus* w jeden kanał ogólny, ale *de facto* jest jeszcze oddzielona od niego wewnętrzną przegrodą (patrz rys. II). Ilekroć, powiada D., kamień zatrzyma się w tej części kanału, tylekroć jednocześnie zamknie kanał wątrobowy i wywoła objawy zatkania dróg żółciowych głównych, a jednocześnie, zamykając kanał pęcherzykowy, zamyka dopływ żółci do pęcherzyka, wskutek czego ten ostatni się kurczy. Natomiast jeśli kamień utkwii w prawdziwym przewodzie wspólnym, to wraz z objawami zatkania dróg żółciowych głównych pęcherzyk będzie rozciągnięty, gdyż nie jest odgradzony od dopływu żółci. HARTMAN bardzo energicznie zbijał tę teorię, wykazując z jednej strony, iż właśnie wszystkie operowane przypadki zatkania *d. cystici*, odznaczają się obecnością bardzo rozciągniętego pęcherzyka, z drugiej zaś, przytaczając cały szereg anatomo-patologicznych badań swego asystenta LECÈNE'a, dowodzących, iż pęcherzyk wraz z przewlekłym zatkanie przewodu wspólnego, podlega całemu szeregowi zmian zapalnych prowadzących w ostateczności do sklerozy ścian jego.

BAZY jest zdania, iż objętość pęcherzyka w każdym poszczególnym przypadku, zależna

jest od tego z kąd się rozpoczął proces zapalny: jeśli od dna pęcherzyka to będzie skurczony, jeśli zaś od kanału pęcherzykowego to będzie rozciągnięty.

Rozprawy te nie wystarczają dla rozstrzygnięcia bardziej zawilej, aniżeli się na pierwszy rzut oka wydaje, kwestyi. Myślę, iż dalsze badania, jeżeli mają być owocne, winny się liczyć nie tylko, jak dotychczas, z naturą przeszkody (kamień czy nowotwór), lecz jednocześnie uwzględniać: a) natężenie zmian zapalnych spostrzeganych w każdym poszczególnym przypadku, oraz b) umiejscowienie przeszkody (w myśl teoryi DELBET'a).

Co się tyczy moich przypadków, to w 4 przypadkach mogłem stwierdzić niewątpliwe powiększenie pęcherzyka żółciowego. W jednym z tych przypadków miałem do czynienia z *empyema vesicae felleae* (przyp. 10-ty) lecz w 3-ch pozostałych przypadkach, *D. cysticus* był drożny, pęcherzyk dość znacznie rozciągnięty, wypełniony żółcią i kamieniami. Tak więc na 12 spostrzeganych przypadków 8 tylko razy mogłem stwierdzić praktyczną wartość prawa COURVOISIER - TERRIER'a. To też, aż do dalszego opracowania tej sprawy musimy twierdzić, że nieznanie rozciągniętego pęcherzyka, w obecnych warunkach zamknięcia dróg żółciowych głównych, przemawia z wielkim prawdopodobieństwem za obecnością kamienia w przewodzie wspólnym, stwierdzenie jednak powiększenia objętości pęcherzyka żółciowego, wcale nie przemawia przeciw przypuszczeniu, iż przyczyną zatkania jest kamień.

6. Upośledzenie w odżywianiu chorego. Oddawna wszyscy autorowie z uaciskiem stwierdzają, iż znaczna strata na wadze u chorych, cierpiących na przewlekłe zatkanie kamieniem dróg żółciowych głównych, jest objawem często spostrzegany. DIEULAFOY

(20) już w roku 1899 cytuje straty, wynoszące 10 do 15 kilogramów, a późniejsi autorowie CHAUFFARD (26), M. ROBSON (29), KEHR (37), QUENU et DUVAL (28), WOROBJEW (41) zgodnie potwierdzają ten objaw. Różnią się jedynie w tłumaczeniu jego przyczyny. Podczas, gdy DIEULAFOY, wraz z dawniejszymi autorami, gwałtowne chudnięcie objaśnia zatruciem składnikami żółci i występującą u takich chorych anoreksją, wszyscy nowsi autorowie zgodnie twierdzą, iż gwałtowna strata na wadze zależy od tego, że po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu główka trzustki bierze udział w cierpieniu, — powstaje przewlekłe zapalenie trzustki.

Pierwszym tego wyrazem jest złe przyswajanie tłuszczów, które i tak było już upośledzone wskutek nieporządków w dopływie żółci, a rezultatem — gwałtowne chudnięcie.

Staranna praca QUENU i DUVALE'a nie pozostawia wątpliwości co do częstości występowania i fatalnego wpływu, jaki na przebieg przewlekłego zatkania kamieniem przewodu wspólnego ma dołączające się *pancreatitis chronica*. Co prawda, ze względu na ścisły związek anatomiczny, zachodzący pomiędzy główką trzustki a przewodem wspólnym (Rys. II), oraz na długą zwłokę, wpływającą zazwyczaj pomiędzy zatkanie przewodu kamieniem a interwencją, dziwić się raczej należy, iż to powikłanie nie spotyka się częściej i w wyższym stopniu.

Wszyscy czterej chorzy, obserwowani przeze mnie z niepowikłanym zatkanie przewodu wspólnego, byli istotnie bardzo wychudzeni. Wychudzenie to ma jednak jakąś cechę odrębną od tego wychudzenia, jakie zwykliśmy obserwować u chorych, cierpiących na nowotwory złośliwe. Chorzy, przynajmniej w moich przypadkach, zachowali pewną dozę energii, żywość ruchów, blask w oczach, niezwykle dla kachektycznych chorych, wynędzniałych wskutek rozwijania się w brzuchu nowotworu złośliwego. Są to naturalnie zbyt małe i zbyt podległe indywidualnemu zapatrywaniu lekarza

różnice, aby je można użytkować w celu postawienia rozpoznania różniczkowego. Ponieważ jednak rzuciły mi się w oczy, więc je tu odnotowuję.

Dotknąwszy raz stosunku zapalenia trzustki do przewlekłego zatkania przewodu żółciowego wspólnego, dotknęliśmy właściwie najbardziej drażliwej i najmniej obrobionej strony, obchodząc nas kwestyi. Wiemy wszyscy dobrze, iż wiele jeszcze tajemnic kryje w sobie nie obrobiona fizjologia trzustki, tem trudniej rozprawiać o patologii tego organu, pasjonującej dziś już jednak zarówno terapeutów jak i chirurgów. Z licznych doświadczeń, zebranych na tem polu przez M. ROBSON'a (29), KEHR'a, KÖRTE'go (42), VILLAR'a, QUENU (28), głównie podczas dokonywania różnych rękoczynów na drogach żółciowych, wynika jedynie, iż natężenie zmian, znalezionych w główce trzustki, rozstrzyga w znacznej części o losie chorych operowanych z powodu przewlekłego zatkania kamieniem przewodu żółciowego wspólnego, że przekroczenie pewnej granicy w tych zmianach znosi bezpowrotnie wszelkie szanse operacyjne.

Świeżo kol. GABSZEWICZ (12) ogłosił w Gazecie Lekarskiej przypadek zatkania przewodu żółciowego wspólnego, który się zakończył niepomyślnie, wskutek, zdaje się, daleko posuniętego przewlekłego zapalenia trzustki. To też pierwszorzędnej wagi byłoby rzeczą mieć możność rozpoznania w każdym poszczególnym przypadku nie tylko zajęcia trzustki przez proces zapalny, ale nadto określenia stopnia tego zapalenia. Niestety, dotychczasowe nasze metody badania nie dostarczają nam, dających się użytkować w praktyce, wskazówek. Wychudnięcie i jego stopień nie da się dostatecznie ściśle ocenić, aby zeń można wysnuwać wnioski o stopniu zachorzenia trzustki. W ostatnich czasach M. ROBSON (29) posługiwał się u swych chorych metodą badania uryny CAMMINGE'a (po

szczegóły odesłać muszę do oryginału). Tu tylko zaznaczę, iż M. ROBSON za jej pomocą w 18 u przypadkach rozpoznał jakoby istnienie *pancreatitis chronica*. Nadto R. twierdzi, iż metoda ta pozwala odróżnić *pancreatitis chronica* od raka główki *pancreatis*. W pierwszym razie kryształki znajdujące w urynie są szpiczaste i łatwiej się rozpuszczają w kwasie siarczanym, w drugim mają zaokrąglone kąty i do rozpuszczenia potrzebują 4—5 minut. Dalsze badania wyjaśnia niewątpliwie przydatność metody CAMMINGE'a, tymczasem CHAUFFARD (26) odmawia jej wszelkiego praktycznego znaczenia. Ten-że sam ROBSON (27) kładzie wielki nacisk na badanie kału, a CHAUFFARD (26) wtóruje mu pod tym względem. CHAUFFARD używa przy badaniu kału metody, wyrobionej przez RENÉ GAULTIER'a (przytaczaniem szczegółów wykroczyłbym po za granice niniejszej pracy). Jakiej metody badania używa ROBSON nie wiem, zaznacza on tylko, iż ilekroć trzustka nie przyjmuje udziału w zapaleniu, to kał zawiera równą, mniej więcej, ilość neutralnego tłuszczu i kwasów tłuszczowych oraz ślady żółci i ma odczyn alkaliczny; jeśli zaś mamy do czynienia z *pancreatitis chronica*, to znajdziemy w kale znaczną przewagę tłuszczu neutralnego a odczyn kału jest kwaśny. Jak widać, na próbach, skierowanych ku wydoskonaleniu naszej potencji rozpoznawczej, nie zbywa, chodzi o sprawdzenie zalecanych metod, uproszczenie techniki, no — i w razie ich fjaszka, wyszukanie innych. Słusznie twierdzi kol. GABSZEWICZ, iż tu jest właśnie nader wdzięczne pole dla kolegów terapeutów. Postarać się należy o umożliwienie rozpoznania powikłań ze strony trzustki w każdym poszczególnym przypadku przewlekłego zatkania przewodu żółciowego wspólnego, a nadto o wynalezienie sposobu oceniania natężenia zapalenia trzustki (co jest ze względu na ostateczne zejście rzeczą najważniejszą). Jednem słowem znaleźć drogę do praktycznego oceniania wyczerpania spraw-

ności (*insufficienciae*) trzustki, oto wdzięczne pole, otwierające się dzisiaj dla wspólnej pracy terapeutów i chirurga.

Dopóki metody będą niepewne i zbyt skomplikowane, dopóty nie znajdą zastosowania w życiu praktycznym i będziemy się musieli zadawałniać stwierdzonym już dzisiaj faktem, iż szybkie chudnięcie chorych, cierpiących na przewlekłe zatkanie przewodu wspólnego, jest dowodem, iż trzustka naczestniczy w zapaleniu. Im wychudzenie jest większe, tem zmiany w trzustce są poważniejsze.

Wypada mi jeszcze wspomnieć o zachowaniu się samej wątroby podczas przewlekłego zatkania kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. Otóż zgodne twierdzenie wszystkich autorów a i moje własne obserwacje przekonywują, iż w zachowaniu się wątroby niema nic charakterystycznego. We wszystkich prawie moich przypadkach obserwowałem większe lub mniejsze powiększenia i stwardnienia wątroby. Tak też bywa istotnie w większości przypadków. DIEULAFOY (20) (str. 232) zaznacza jednak, iż czasami, jeśli choroba trwa bardzo długo, przychodzi do zmniejszenia objętości wątroby, do rodzaju marskości, którą chrzei mianem „cirrhose biliaire“.

Skończyłem z symptomatologią zajmującego nas cierpienia. Na zasadzie wyżej zestawionych danych czuję się upoważnionym do wniosku, iż ilekroć:

1) wywiady wykrywają kamicową przeszłość chorego,

2) napady bólów samoistnych są częste, krótkie i niezbyt silne, a na ucisk wrażliwa jest *zona pancreatico choledochiana*,

3) żółtaczka jest mniej lub więcej wyraźna, lecz zmienna tak pod względem zabarwienia skóry, jak kału i uryny,

4) zjawia się gorączka w nieregularnych odstępach czasu, równocześnie z bólami, ma typ ropulcowy, a jednak, pomimo długiego nie

raz trwania, mało wpływa na ogólny stan chorego,

5) pęcherzyk żółciowy jest pusty,

6) chory stracił w ostatnich czasach dużo na wadze; tylekroć mamy prawo przypuszczać przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego.

Ani na chwilę nie chcę przed czytelnikiem ukrywać trudności, jakie w poszczególnych przypadkach przy rozpoznawaniu nastręczyć mu się mogą. Już z przytoczonych przezemnie przypadków widać, że rzadko spotykamy się z czystymi przypadkami, a powikłania zwłaszcza gorączkowe, bardzo zacierają obraz i wtedy jedyną ucieczką naszą jest dokładna anamneza. Ta całą rzecz rozstrzygnie.

(C. d. n.).

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra med. E. Flataua
w szpitalu żydowskim na Czystem.

O POSTĘPUJĄCYCH ZANIKACH MIĘŚNI.

(Z jedną tablicą rysunków).

Podał

D-r JULIAN ROTSTADT

Asystent oddziału.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 47).

Co do przebiegu cierpienia, to, aczkolwiek chora pozostawała w oddziale przeszło rok, możemy streścić się w kilku słowach. Przez cały czas przykuta była do łóżka; nie mogła ani chodzić, ani unieść się z pozycji leżącej, ani też położyć się bez pomocy postronnej. Środki lecznicze, jakie stosowano stale, kąpiele, tonica, masaż, elektryzacja przynosiły tylko chwilową ulgę. Chora zmarła 9. X. 04. wskutek lekkiego zaziębienia.

Rozpoznanie w tym przypadku nie nastrożcza na ogół trudności, cierpienie bowiem chorej dosięgło znacznego rozwoju i dało obraz kliniczny, dobrze zarysowany. Zaniki widoczne i bardzo posunięte mięśni pasa barkowego, ramion, po części przedramion i tułowia, następnie znaczna lordoza, zupełny bezwład ośrodkowych części dolnych kończyn (z powodu zaników *m.m. quadr. femor., tibial ant. m. m. soleorum, m. m. gluteorum*), wreszcie zachowane względnie władza i mięśnie w obwodowych częściach górnych i dolnych kończyn pozwalały już same wnioskować, że mamy w danym przypadku kliniczną postać p. z. m., odpowiadającą zarówno co do wieku, jak i przebiegu, młodzieńczej postaci (*juvenile form*) ERB'a. Brak drgań włókienkowych, odczynu zwyrodnienia, wykryte natomiast jedynie ilościowe zmiany elektryczne przemawiały jednak na korzyść tego, że autopsja i badanie histopatologiczne, które stanowiły w tym przypadku główny przedmiot naszego zainteresowania się, nie wykryją zapewne zmian w układzie nerwowym, natomiast ustalą cały szereg zmian destrukcyjnych w mięśniach. W rzeczywistości, badanie anatomo - patologiczne, do streszczenia którego przechodzimy teraz, przekonało o właściwości takiego przypuszczenia.

Badanie anatomo-patologiczne.

Sekcja wykazała, że zmarła ma budowę ciała bardzo delikatną, skórę bardzo bladą, cienką. Mięśnie spinalne są blade, szarawe, zarówno w części szyjowej, grzbietowej, jak i lędźwiowej; w niektórych miejscach zachowują one normalne zabarwienie ciemno-czerwone. Mięśnie szyjowe są w lepszym stanie, niż mięśnie tułowia; wygląd ich makroskopowy zbliża się do normalnego. Mięśnie tułowia, brzuszne mają barwę białą-szarawą. W okolicach pośladków ogromna warstwa tłuszczowa pod skórą, a pod nią prawie zupełnie otluszczony *m. glu-*

teus; znaczne nagromadzenie tłuszczu znajdujemy w *fossa poplitea* z obu stron, w górnej części obu goleni i ud. Płuca przekrwione, wyciska się z nich mało powietrza. W jamie osierdzia przeszło łyżka płynu, o zabarwieniu ciemno-żółtawem; na powierzchni serca, w okolicy wierzchołka, spory rozrost tkanki tłuszczowej. Mięsień serca szary. Śledziona nieco powiększona, budowa jej wyraźna. Wątroba, nerki o wymiarach zwykłych; na przekrojach budowa ich występuje wyraźnie, nie jest zmieniona. Żołądek pusty, błona śluzowa pokryta grubymi warstwami śluzu i usiana, szczególnie na *curvatura major*, drobnymi, obfitemi, układającymi się w grupy wybroczynkami.

Badanie drobnowidzowe nie wykryło w organach wewnętrznych szczególnych zmian anatomicznych ¹⁾. Co się tyczy układu nerwowego, to szczegółowe zbadanie rdzenia, nerwów obwodowych i mózgu za pomocą metod NIESSL'a, WEIGERT'a i MARCHI'ego, nie wykryło zmian żadnych. Z mięśni badaniu uległy następujące: *m. gastrocnemius sin., triceps sin., glut. max. dext., sternocleidomastoideus, biceps femor. sin.; erector trunci (pars lumbalis), m. tibial. ant. sinist., hypothenar. sin., m. extensor. digit. brev. sin., m. intercostalis, m. spinalis cervicalis dext., m. deltoideus sinist., m. erector trunci dext. (pars dorsalis inferior)*. Nie będziemy opisywali szczegółowo preparatów wszystkich mięśni, wybierzemy z nich najbardziej charakterystyczne, gdyż na ogół we wszystkich proces histopatologiczny jest jednakowy. Rozpoczniemy od rozpatrzenia preparatów drobnowidzowych *musculi deltoidei sinistri*. Na skrawkach z preparatów tego mięśnia, utrwalonych w MÜLLER - Formolu, krajanych w parafinie, a barwionych hematoxyliną i barwnikiem V. GIESON'a, spostrzegamy następujące zmiany histologiczne. Już po bieżny przegląd całego preparatu przekonywa

¹⁾ Żałujemy, że nie mogliśmy zbadać szczegółowo mięśnia sercowego, zaginął bowiem przypadkowo.

o zaniku większości włókien w badanym skrawku; pęczki mięsne są bardzo przerzedzone; rozrośnięta między niemi tkanka tłuszczowa nadaje obrazowi drobnowidzowemu charakter siatki, w której przeciągają w kierunku podłużnym węższe lub szersze pasma włókien mięsnych; gdzieś tam są one poprzerywane, rozszczepione lub wreszcie zachowane w całości. Przy bliższem rozpatrzeniu preparatu wpadają w oko przede wszystkim oddzielne punkty obrazu, dość liczne w polu widzenia, gdzie znajdujemy włókna przerośnięte. Wymiary tych włókien wahają się od 80—150 μ i więcej; podłużne prążkowanie w większości nich jest zatarte, choć nie brak i takich, gdzie występuje ono zupełnie wyraźnie; poprzeczne prążkowanie niekiedy także z trudnością wykryć się w nich daje. W wielu włóknach przerośniętych spostrzegamy zniekształcenie konturów; polega ono przeważnie na tem, że w pewnym miejscu włókno marszczy się, układa w fałdy, które nadają charakter falisty jego powierzchni; powyżej lub niżej takich miejsc falistych włókno odzyskuje swój zwykły wygląd (patrz tablica, fig. I). Zaznaczyć tu nam wypada, że mówić o włóknach przerośniętych można tylko z zastrzeżeniem, przerośnięcie bowiem nie zawsze tyczy się całego włókna w jego rozciągłości, lecz tylko pewnej części. Powyżej i poniżej tych części nastąpić może albo odrazu, albo stopniowo zwężenie, które niekiedy dosięga wymiaru mniejszego od normalnego. W niektórych punktach na preparatach widzimy, że zarówno włókna przerośnięte, jak i normalne, ulegają podłużnemu dzieleniu się. Rozpoczyna się ono albo z boku w pewnym tylko miejscu włókna, albo w pośrodku jego, lub też w końcu. Wskutek takiego podziału powstają dwa, trzy, a nawet bardzo znaczna liczba nowych włókien (patrz tabl., fig. II). Te pochodne włókna, w postaci wrzecionowatych pasemek różnego kalibru, układają się albo tuż obok zanikających lub przerośniętych włókien sąsiednich, albo rozpadają się luźno w przestrzeni prepa-

ratu, (patrz tablica, fig. II) lub, co się zdarza najrzadziej, odchodzą od końca przerośniętego włókna razem, w postaci pęczka chwastów, ściśle ułożonych jeden obok drugiego.

Nauczyliśmy się odróżniać tylko co wzmiankowany objaw podłużnego dzielenia, będący, jak sądzimy, wyrazem tak zwanego przez DURANT'a—*regression cellulaire par division, multiplication*—od zwyczajnego rozszczepiania, a raczej rozpadania się tych włókien wzdłuż. Uległy one zniekształceniu, czy to wskutek zwyrodnienia tłuszczowego lub tylko zmętnienia białkowego, te bowiem procesy patologiczne niszczą spistość substancji kurczliwej mięśni.

Zmienione tą drogą włókna są prawie zupełnie bezbarwne, blade, nieprzezroczyste, nie posiadają prawie zupełnie jąder. Natomiast liczba ich w przerośniętych mięśniach, głównie w tych miejscach, gdzie odbywa się dzielenie, jak również i w powstałych z takiegoż dzielenia nowych włóknach, jest bardzo znaczna (patrz tabl., fig. II). W omawianym przez nas mięśniu znajdujemy bardzo mało normalnych włókien. Przekonywamy się o tem zarówno na skrawkach poprzecznych, jak i podłużnych. Widzimy natomiast całe szeregi włókien w ostatnim stopniu zaniku zwykłego (*Atrophie simple*). Wymiar wielu włókien zanikających jest znacznie mniejszy od normalnego, a w niektórych zbliża się do zera. Zwracają również uwagę całe szeregi bladych pasemek, usianych gęsto jądrami. Przy bliższem rozpatrzeniu takich miejsc rozpoznajemy poprzez jądra w jednych pasmach zaledwie ślady substancji kurczliwej, prążkowanej, w innych już tylko otoczkę włókna — sarkolemę, w którą, jak w pochewkę, zsunęły się jądra, pozostałe po przepadłym włóknie.

Liczba jąder, rzucających się w oczy swymi niebieskawymi cieniami na preparatach hematoksylinowych, jest znacznie wzmożona, na pierwszy rzut oka przypomina miejsce zapalne. Jądra leżą albo oddzielnie po dwa, trzy, albo

łączą się w szeregi na powierzchni włókna, czy też wewnątrz niego, co występuje rzadziej. Kształt jąder jest bardzo rozmaity, zarówno jak i ich wymiary, które wzdłuż dosięgają 8 — 10 μ .

Jądra okrągłe układają się w nici paciorkowate, inne—w postaci pałeczek—tworzą łańcuszki proste lub zlekka faliste, w których się trudno dopatrzeć oddzielnych jąder. Duża liczba tych ostatnich rozszana jest w nieporządku w rozmaitych punktach naszego preparatu.

Wśród zmienionych w ten sposób, jak wyżej opisaliśmy, włókien mięsnych spostrzedz można wreszcie szeregi mniej lub więcej ściśle ułożonych woreczków sarkolemy, pustych, bez jąder. Wiele z nich leży w preparacie luźno wśród nagromadzonej tkanki tłuszczowej i łącznej. Ilość tej ostatniej jest stosunkowo niewielka; niema też śladu jej rozrostu wogóle, jedynie w bliskości naczyń wydaje się ona trochę rozrośniętą i obfituje w jądra. Co się tyczy naczyń, to na ogół nie są one zmienione, ani też ich liczba zwiększona nie jest. Zwraca tylko uwagę (patrz tabl., fig. 3) zwiększenie się znaczne liczby jąder w drobnych i we włoskowatych naczyniach. Zarówno w pierwszych, jak w drugich, widzimy dużą liczbę czerwonych ciałek krwi, które niekiedy zupełnie zamykają światło naczyń. Tak zwane pęczki nerwo-mięśniowe, (Neuromusculärebindel) zarówno jak i wewnątrzmięśniowe włókna nerwowe, nie są zmienione. Zmiany patologiczne, któreśmy wykryć zdołali w m. *deltoideus*, w mniejszym lub większym stopniu odpowiadają tym, które spotykamy w m. *soleus*. Skrawki z m. *gluteus maxim.*, *biceps femor.*, *rectus abdominis*, *erector trunci* świadczą, że mięśnie te są w stanie zupełnego otłuszczenia. Napróżno szukamy tutaj pęczków mięsnych; gdzieniegdzie tylko pozostały nieliczne, izolowane małe kępki włókienek, w których rozpoznać można jeszcze jądra, jak również poprzeczne i podłużne prążkowanie; niema tutaj zupełnie włókien przerośniętych (patrz tablica, fig. IV). Odmienny nieco obraz drobno-

widzowy przedstawiają preparaty z mięśni *sternocleidomastoideus*, *triceps* i *hypothernar*. Przedewszystkiem wykrywamy tutaj całe pęczki mało zmienione lub prawie normalne: włókna mają bowiem kontury prawidłowe, poligonalne, *perimysium internum i externum* nie jest rozrośnięte; wymiary włókien w tych miejscach odpowiadają normalnym, budowa ich, zarówno jak i liczba jąder we włóknach, nie jest zmieniona. Lecz tuż obok takich pęczków spostrzegamy pęczki albo zupełnie otłuszczone, albo znajdujące się w okresie mniej lub więcej posuniętego procesu zaniku włókien mięsnych. Tutaj znajdujemy już odpowiedni do zaniku tych włókien rozrost młodej tkanki łącznej, obfitującej w naczynia i jądra. Oplata ona ze wszystkich stron zanikające mięśnie, jak gdyby uciska je i zniekształca. To też kontury takich włókien są bardzo rozmaite. Jedne są okrągłe, drugie trójkątne, inne znów mają formę półksiężyców, wreszcie wiele włókien, spłaszczonych z różnych stron, ma formę nieokreśloną; niektóre włókna są tak zmienione i zwężone, że z trudnością je rozpoznać można wśród ognisk tkanki łącznej, w której są one osadzone. Pomiedzy włóknami zanikającymi tu i owdzie napotykamy liczne włókna przerośnięte; wymiary ich dosięgają 200 μ (patrz tabl., fig. V). Na preparatach poprzecznych z łatwością stwierdzamy, że przerośnięte włókna mają również zmienioną formę; są one okrągłe, niekiedy owalne, w innym znów punkcie preparatu zachowują prawie normalne poligonalne kontury (patrz tabl., fig. V). Na przekrojach poprzecznych widzimy również, że niektóre włókna przerośnięte składają się właściwie z kilku niekiedy włókien zniekształconych, leżących ściśle jedno przy drugim, prawie że spojonych i dopasowanych do siebie konturami; trudno się dopatrzeć w przerwach między nimi śladów *perimysium internum*. Są to włókna powstałe wskutek dzielenia się miejsc przerośniętych, o czem była już mowa wyżej. Na preparatach, opracowanych metodą MARCINI'ego,

Tablica obrazów drobnowidzowych
do pracy

Dr. JULJANA ROTSTADTA.

O POSTĘPUJĄCYCH ZANIKACH MIĘŚNI.



Fig. I.



Fig. II.



Fig. III.

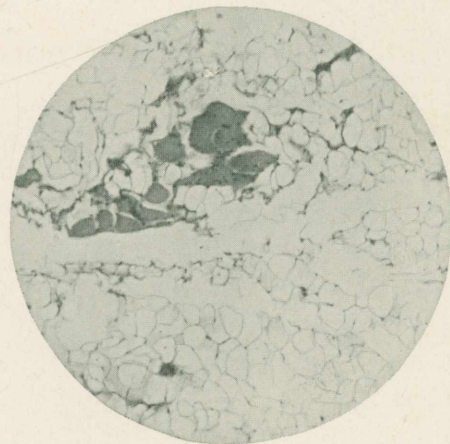


Fig. IV.

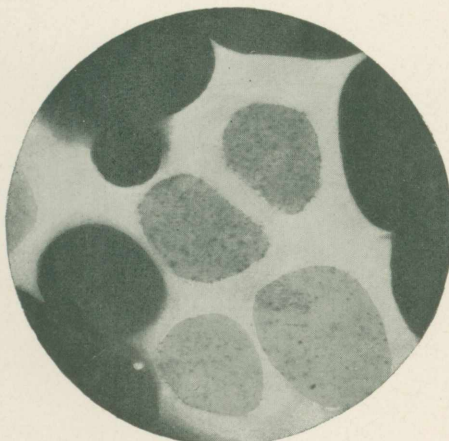


Fig. V.



Fig. VI.

Rys dr. J. Rotstada.

zwraca uwagę szczegół, o którym dotąd nie wspominaliśmy jeszcze. Otóż zarówno w mięśniach zanikających, jak i przeważnie w przerosniętych, znajdujemy zwyrodnienie tłuszczowe. Nie należy go mieszać z nacieczeniem tłuszczowym, które metoda MARCHI'ego uwydatnia w postaci łańcuszków i ognisk z czarnych kulek (komórek tłuszczowych), grupujących się albo wzdłuż w *perimysium internum* lub *externum*, albo osadzonych na miejscach całych pęczków mięsnych. Co się znów dotyczy zwyrodnienia tłuszczowego, to stopień jego jest bardzo niejednakowy; niekiedy pył, jaki tworzą zabarwione na czarno bryłki tłuszczu, zupełnie zaciera budowę włókna (patrz tabl., fig. I), niekiedy znów bryłki tłuszczowe są tak nieliczne, że można je policzyć (patrz tabl., fig. V); innym znów razem zwyrodnienie tłuszczowe występuje równomiernie na całej przestrzeni cięcia poprzecznego, lub zaledwie w jednym punkcie włókna na obwodzie. Na prepatatach podłużnych ze skrawków mięśni mało zwyrodniałych, widzimy, że kropelki—bryłki tłuszczowe układają się prawidłowo w mniej lub więcej gęsto kropkowane szeregi—pasemka (patrz tabl., fig. VI). Czy te bryłki tłuszczowe leżą w sarkoplazmie, w przerwach między właściwą substancją skurczliwą, czy na odwrót, w samej protoplazmie mięśniowej — nie umiemy z pewnością powiedzieć. Wydaje nam się jednak, że właśnie w sarkoplazmie, gdyż ona jako nieodróżniona jeszcze, łatwiej ulegać może procesowi rozkładowemu; poza tem nasuwa nam się analogia tego zjawiska z podłużnym grupowaniem się bryłek tłuszczowych w sarkoplazmie mięśnia sercowego, w cierpieniach, powodujących jego zwyrodnienie. Tutaj zaznaczyć wypada, że w mięśniach bardzo zmienionych, albo prawie zupełnie otłuszczonych, jak naprz. m. *gluteus max.*, znaleźliśmy w niektórych tylko z pozostałych włókien bardzo słabo zaznaczone zwyrodnienie tłuszczowe, przeciwnie, w większości nich zachowane zostały jądra i właściwa budowa włókna (patrz tabl., fig. IV).

Do tych szczegółów, które w ogólnych zarysach stanowią główne właściwości obrazu histopatologicznego w zbadanych przez nas mięśniach, dodamy, że w niektórych, naprz. w *tibial. ant. sin.*, widzieliśmy zwyrodnienie woskowate, że w m. *spinalis cervicis* wykryliśmy tylko objawy zaniku zwykłego, a w *extensor digitorum brevis*, m. *tibial. anticus sin.*, m. *hypothenar*, *intercostales* widzieliśmy najwięcej zachowanych zupełnie pęczków mięsnych. A więc te mięśnie, których funkcja była najbardziej upośledzona m. *gastrocnemius*, *biceps femoris*, *gluteus maximus dext.*, *erectores trunci*, *soleus*, *deltoideus*, okazywały się najbardziej otłuszczonymi i zmienionymi przez proces dystroficzny.

d. c. n.

Wynicowanie macicy porodowego pochodzenia wprawione na drodze operacyjnej.

Podał

D-r Franciszek Neugebauer.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 47)

Sposób KUESTNER'a znalazł szybko cały szereg zwolenników, których najgorętszym był PERLIS w Kijowie. Wszyscy akcentują łatwość techniczną tej operacji, a jednak nie zabrakło i przeciwników, którzy pomimo dokonania operacji ściśle według KUESTNER'a, macicy odnicować nie mogli i musieli ostatecznie dodać do tej operacji ekstirpację macicy. Tak np. w roku 1898 BORELIUS zmuszony był, gdy po KUESTNER'owskiej operacji odnicowanie mu się nie udało, przeciąć tylną ścianę macicy dalej ku dołowi aż do poprzecznej rany pochwowej i tym sposobem rozplątał tylną ścianę macicy na całej długości. KARCZEWSKI i KORONKIEWICZ piszą dalej tak: „Następnie BORELIUS ujął obie połowy macicy i odwinął je w ten sposób, że

spotkały się od przodu, przyczem macica pozostała w pochwie, skierowana dnem ku dołowi. Cała ta procedura odbyła się szybko bez wszelkich trudności. Po odwinięciu rozplątana ściana tylna macicy przypadła ku przodowi, naprzeciw przedniej ściany pochwy. W tem położeniu BORELIUS na ranę macicy, poczynając od dna nałożył szew dwupiętrowy i wepchnął macicę do jamy otrzewny poprzez szparę w tylnem sklepieniu pochwy. Wreszcie zaszył zagłębienie DOUGLAS'a i ranę pochwy, każde z osobna."

Gdy ESSEN-MOELLER ogłosiła spostrzeżenie to BORELIUS'a, powstał znów spór o pierwszeństwo. Podobnej operacji dokonał WESTERMARK 1899, DURET 1898, SAVA 1895. SAVA opisał swoje spostrzeżenie w roku 1887 oraz pisał, że operował sposobem PICCOLI'ego, który, jak piszą KARCZEWSKI i KORONKIEWICZ, dokonywając prób na wyciętej macicy wynicowanej, powziął myśl rozcinania całej tylnej ściany w celu ułatwienia odnicowania i pomysł swój podał do wiadomości ogólnej na zjeździe w Rzymie 1894, czyli w rok po pierwszej publicznej i KUESTNER'a. Pomysł ten z wynikiem dobrym zastosował MORISANI 1896. Podług cytaty z ESSEN-MOELLER u KARCZEWSKIEGO i KORONKIEWICZA, NETZEL również 1895 doradzał rozcinać całą tylną ścianę macicy, a JOSEPHSON, nie zdoławszy odnicować po KUESTNER'owskiem częściowym przecięciu tylnej ściany macicy, zastosował się do rady NETZEL'a, lecz pomimo to odnicowanie nie udało się również, jak i SALIN'owi, tak, że musieli dodać ekstyrpację macicy wynicowanej. Według KARCZEWSKIEGO i KORONKIEWICZA z powodzeniem rozcinanie całej tylnej ściany macicy stosowali dalej GRAAVE, PRUNTI i HEINRICIUS. Nareszcie sam KUESTNER oraz później asystent jego DIENST operowali w taki sposób, że zmodyfikowali pierwotne postępowanie KUESTNER'a. KUESTNER w roku 1900 zamiast poprzecznego nacięcia jamy DOUGLAS'a zrobił cięcie w kierunku strzałkowym: nacięcie tylnej ściany macicy rozpoczął na 3 centymetry

powyżej ust macicznych i ukończył w pobliżu dna.

W moim przypadku po przestudjowaniu kazuisty ostatnich lat, a głównie pracy kolegów KARCZEWSKIEGO i KORONKIEWICZA, zdecydowałem się przeciąć odrazu dolną połowę tylnej ściany macicy, upatrując główną przeszkodę dla odnicowania w ciasności lejka cerwikalnego. Po ułożeniu chorej uśpionej w zwykłym położeniu operacji ginekologicznych o udach zagiętych na brzuchu, nałożyłem 4 jedwabne cugle, po dwa na tylną i na przednią wargę ust macicznych, aby nie rozszarpywać ich kleszczykami MUZEUX. Następnie owinałem wynicowaną macicę płatem gazy wyjałowionej i przechyliłem ku górze tak, że *corpus uteri* przylegało do przedniej ściany pochwy. Pociągając za cugle ściągałem przytem całą macicę *extra vulvam*. Teraz naciąłem *cavum Douglasii* cięciem poprzecznym dwóch cent. długości i wprowadziłem do lejka macicznego wskaziciel lewej ręki. Następnie wprowadziłem skalpel, nie pionowo, lecz płasko w rękę trzymany, po palcu do lejka macicznego, zatem obróciłem ostrze noża ku przodowi i przeciąłem całą tylną ścianę macicy ostrożnie i powoli aż na dwa centymetry powyżej *orificii interni*. Teraz wyciągnąłem nóż i próbowałem ręcznie odwinąć brzegi rany macicznej ku przodowi. Przy tej manipulacji miąższ tylnej ściany *corporis uteri* powyżej nacięcia zaczynał rozrywać się dalej w kierunku samego cięcia; w tej chwili więc zaprzestałem takiej próby i przedłużyłem cięcie jeszcze cokolwiek w kierunku dna macicy — samo naderwanie przedłużyło już cięcie moje o $\frac{1}{2}$ cent. Brzegi naddarcia zrównałem nożycami. Teraz z łatwością udało się odnicować brzegi rany macicznej ku przodowi, i nie pozostawało mi nic innego, jak naprzód zaszyć ranę maciczną, potem wsunąć macicę już odnicowaną i zaszytą do jamy brzusznej i zaszyć ranę otrzewno-pochwową w zatoce DOUGLAS'a. Lecz pierwszy krok dalej nie był tak prosty, jakby się zdawało

podług opisu autorów: nigdzie nie znalazłem wzmianki o trudności, którą napotkałem przy zaszyciu rany macicznej: otóż po odnucowaniu już brzegów rany macicznej okazało się tak znaczne *ectropium* obu brzegów rany, że mogłem z łatwością złożyć ze sobą brzegi *mucosae*, lecz tylko z wielką siłą brzegi *serosae*, co by dało przy zeszyciu niepożądane napięcie brzegów. Zrezykowałem więc oba brzegi rany macicznej tak, że cała grubość brzegów rany przylegała do siebie, a po takiej adaptacji zeszyłem brzegi rany macicznej ze sobą kilkoma szwami głębokimi jedwabnymi węzełkowatymi, biorąc w szew całą grubość ściany macicy prócz *mucosae*, aby uniknąć niepożądanego dotyku szwu *cum mucosa*. Do tych kilku szwów głębokich dodałem jeszcze 3 powierzchowne: teraz rana była zaszyta aż do samych warg ust macicznych. Następnie zaszytą już macicę wepchnąłem przez ranę tylnego sklepienia do jamy brzusznej — macica obecnie leżała *in retroversione*. Po zdjęciu cugli zaszyłem dwoma szwami ranę pośrednią tylnej wargi ust macicznych i jednym szwem wiązonym już *in cavo cervicis uterinae*. Ostatecznie dwoma szwami zaszyłem ranę zatoki DOUGLAS'a i macicę zreponowałem w antewersję. Do pochwy założyłem tamponik. Krwawienie w trakcie całej operacji było prawie żadne: kilka kropel krwi zaledwie wylało się z brzegów samej rany macicznej oraz kilka z rany pochwowej. Na 7-y dzień szwy zdjęto: idealna *prima reunio vulneris*. Macica swobodnie ruchoma leży w *anteversio* — nie przyszło więc do ujemnego następstwa, przez niektórych autorów operacji takiej teoretycznie zarzucanego, że po operacji wywiązuje się *retroversio fixata corporis uteri*. Zarzut więc ten teoretyczny wobec samego faktu upada, wprawdzie, zdaje mi się, jest to następstwem tego, że po dokończeniu operacji zaraz dwuręcznie ułożyłem *corpus uteri in anteversione*, że założyłem uciskowy tampon do pochwy. Rezultat operacji rzeczywiście na

razie okazał się znakomitym, pomimo że zastoso wałem szwy jedwabne, a nie katgutowe. Inną rzeczą jest, czy owa blizna tkanki tylnej ściany macicy nie będzie powodem niemiłych komplikacji w razie ponownej ciąży i porodu. Cóż robić — albo ekstyrpować macicę zdrową co do ustroju organicznego w ścisłym znaczeniu słowa u kobiety 19-o letniej i to zamężnej, albo też ryzykować rękoczyn operacyjny zachowawczy? Zdałem sobie z tego sprawę i uwiadomiłem o szczegółach zarówno pacjentkę, jak i męża przed samą operacją. Mąż z początku nie chciał na taką operację się zgodzić, w ostatniej chwili zaś wskutek namowy ze strony żony zgodził się. Sama operacja jest łatwa i prosta, aby tylko cięcie podłużne było dosyć długie w celu uniknięcia naderwania się dalej ku górze. Bynajmniej nie śmiem, opierając się na jednym wyniku pomyślnym operacyjnego leczenia, zarzucać powszechnie uznaną próbę leczenia hydrostatycznego i na przyszłość w każdym przypadku rozpocząć, jak i tutaj, leczenie zastarzałego wynicowania od kolpeurynteru, nie będę jednak zwlekał aż dwa miesiące, jak w danym przypadku, na leczenie hydrostatyczne. Chora leżała w szpitalu od 4-go marca do 10-go czerwca, znaczy, przeszło trzy miesiące. Gdyby operacja była zrobiona od razu, zamiast 13-u tygodniu, chora byłaby przeleżała w szpitalu dni dziesięć. Dodać wypada jeszcze jedną kwestję, która na razie mnie po operacji zaniepokoiła. Otóż przez pierwsze 9 dni zrzędu wieczorna ciepłota dochodziła prawie do +38 raz nawet do +39° C, pomimo, że *ex utero* nie było najmniejszej wydzieliny, wskazującej na ropienie, pomimo, że nastąpiła *prima reunio* zeszytej rany.

Nie śmiem rozstrzygnąć kwestyi, czy wzmożenie ciepłoty zależało od samej operacji, dokonanej ze ścisłą aseptyką i w rękawiczkach gumowych etc., czy też zależała od kolosalnej anemii pacjentki, zaznaczam tylko fakt wzmo-

żonej przez 9 dni ciepłoty, która mnie na razie zaniepokoiła, grożąc widmem infekcji — głównego wroga naszej klienteli operacyjnej.

KUESTNER kiedyś wyraził zdanie takie. Ponieważ większość operacji przez ginekologa dokonywanych, dokonywana jest nie *propter indicationem vitalem*, to jest nie dla choroby, która grozi utratą życia, gdy operacja nie będzie dokonana natychmiast, więc odsetka śmiertelności przy operacjach ginekologicznych z wyjątkiem tych, gdzie grozi *periculum in mora quoad vitam*, powinna się równać zeru. W zasadzie twierdzenie to KUESTNER'a jest słuszne. Podniesienie się ciepłoty u mojej operowanej, chociaż nieznaczne, przyznaję się, zaniepokoiło mnie. Na szczęście nastąpiło wyzdrowienie bez jakiegokolwiek komplikacji. Są lekarze, mianowicie głównie ci, co nigdy noża do rąk nie biorą, a głównie koledzy terapeuci, którzy każde podniesienie się ciepłoty po jakiegokolwiek operacji już z góry oznaczają jako następstwo infekcji sub operatione, nie licząc się wcale z tem, że podniesienie się ciepłoty chwilowe i nieznaczne, prędko mijające bez jakichkolwiek komplikacji pooperacyjnych, może przecież mieć i źródło inne. Gdy przeglądam szematy materiału około czterechset operacji otwarcia jamy brzusznej w oddziale ginekologicznym szpitala Ewangelickiego, bądź przezemnie, bądź przez asystentów moich dokonanych, z łatwością mogę zebrać spory materiał, pod tym względem ciekawy — najczęściej ciepłota taka podniesiona lekko i bez jawnych symptomatów chorobowych, opadała po przeczyszczeniu chorej na trzeci lub czwarty dzień po operacji, często zależało podniesienie od płuc, a w wielu oczywiście przypadkach przyczyny żadnej skonstatować nie mogliśmy, żadnej a żadnej. Wiem, że wielu operatorów jednorazowe podniesienie się ciepłoty do $+38^{\circ}$ naprz. wcale nie uważa za gorączkę i nie liczy się z takim zjawiskiem. Dziś jeszcze kwestyi tej rozstrzygnąć nie możemy, a jednak jest ona dla opera-

tora niezmiernie ważna. Wyraźnie zaznaczam jeszcze raz, że nie mam na myśli przypadków wyraźnej infekcji z wszelkimi jej następstwami, a tylko przypadki, gdzie ciepłota podwyższona chwilowo i nieznacznie, jak w danym przypadku nie miała żadnych następstw ujemnych, i nastąpiło zupełne wyzdrowienie bez jakiegokolwiek komplikacji.

Wracam jeszcze raz do pracy kolegów KARCZEWSKIEGO i KORONKIEWICZA. Piszą oni: WAHLGREN uważa rozcięcie całej tylnej ściany macicy nie za metodę operacyjną samodzielną, a raczej za modyfikację metody KÜSTNER'a. Osobiście tego zdania nie podzielam. KÜSTNER, nie naruszając całości obrączki — tworzonej przez szyję maciczną, wnicowywa po swoim nacięciu częściowym tylnej ściany dno macicy przez obrączkę szyjową do jamy brzusznej, następnie wyłania macicę przez otwór *in cavo Douglasii*, aby teraz zeszyć: 1) ranę maciczną; 2) ranę *sepi peritoneo—vaginalis*. Przy całkowitem zaś przecięciu tylnej ściany macicy aż do rany pochwowej wcale nie wnicujemy dna macicy przez obrączkę cerwikalną, która istnieć przestała, a odwijamy brzegi rany ku przodowi, aby się od przodu dotykały Schematycznie przebieg frontalny macicy wynicowanej po przecięciu podłużnem tylnej ściany przedstawia się tak, jak litera C ułożona poziomo:  a po odwinięciu brzegów cięcia ku przodowi odwrotnie: .

Podczas gdy szereg powyżej wzmiankowanych autorów otwiera tylne sklepienie oraz przecina tylną ścianę macicy, KEHREK przeciął przednią ścianę macicy, lecz nie otwierając przedniego sklepienia pochwowego, przyczem po *re-inwersyi* dna, górną część rany wypadło zeszyć tak, że szwy były wiązane od strony jamy cerwikalnej.

SPINELLI, obawiając się, że po operacji KUESTNER'a lub PICOLLI'ego pozostanie przedyzopozycya dla tyłopochylenia macicy, wolał naprzód sposobem DUEHRSEN'a otworzyć prze-

dnie sklepienie, wprowadza zatem wskaziciel do lejka i rozcina na nim przednią ścianę macicy, poczynając od poprzecznego cięcia pochwowego, teraz wypycha dno macicy wynicowanej do jamy brzusznej i ranę przedniej ściany macicy zaszywa od strony otrzewny, przy czem dodaje DUEHRSEN'owską *vaginaefixatio uteri*. W podobny sposób operował 2 razy z dobrym wynikiem OUI niezależnie od SPINELLI'ego.

Ponieważ rzeczywiście w niektórych przypadkach po operacji sposobem PICCOLI'ego pozostało tyłopochylenie macicy, w zasadzie OUI ma słuszość, dając pierwszeństwo przecięciu przedniej ściany, moje własne spostrzenie dowodzi jednak, że przy stosownem postępowaniu pomimo przecięcia tylnej ściany macicy, można uniknąć było następczego tyłopochylenia.

POLK i GAYET również przecinają przednie sklepienie i przednią ścianę macicy. Co do szczegółów postępowania KEHRER'a, SPINELLI'ego, OUI'a, odsyłam czytelnika do pracy kolegów KARCZEWSKIEGO i KORONKIEWICZA, zaznaczam tylko, że SPINELLI w swoim przypadku równocześnie dodał wyskrobanie błony śluzowej macicy, czego w moim przypadku nie zrobiłem.

Na razie trudno zrozumieć opis tych operacji, najlepiej dokonać ich naprzód na modelu jakimkolwiek, chociażby na palcu od rękawiczki, starym kolpeurynterze etc.

Na posiedzeniu sekcji ginekologicznej dnia 25 maja r. b. demonstrowałem technikę operacyjną na szeregu modeli, uwydatniających różne fazy tej operacji, które zrobiłem z plasteliny, z Tubingi naumyślnie sprowadzonej. Odczyt ten powtórzyłem w Tow. Ginekologicznem we Wrocławiu w końcu czerwca 1906 r., przypadkowo tam bawiąc w przejeździe. Osobiście na materyał kliniczny przeszło 52-ch tysięcy chorych od roku 1884 do 1906 zarówno szpital-

nych, jak i z praktyki prywatnej, dopiero 5 przypadków wynicowania macicy widziałem i to wszystkie pochodzenia porodowego, nie widziałem zaś jeszcze nigdy wynicowania nie porodowego pochodzenia. Pierwszy przypadek, opisany przez ś. p. Ojca mego widziałem, będąc asystentem jego w szpitalu św. Ducha. Drugi dotyczy 60 letniej mężatki, która już 36 lat chodzi z macią wynicowania i z powodu braku jakichkolwiek dolegliwości nie zgadza się na żadną terapię (1886). Trzeci, dotyczący chorej z oddziału mego w szpitalu Ewangelickim opisał w druku ś. p. kolega KRAKÓW w r. 1897 w Medycynie. Czwarty przypadek dotyczy częściowego wynicowania macicy *sub abortu*, odrazu odnicowanego, piąty jest obecnie opisany. 2 razy odnicowano macię hydrostatycznym uciskiem, 1 raz operacyjnie, 1 raz ręcznie, a w jednym przypadku nie stosowano leczenia żadnego.

Punctum saliens w kwestyi operacyjnego leczenia zachowawczego jest odpowiedź na zapytanie, czy operacja ta wywoła komplikacje i jakie przy porodzie w razie następczej ciąży? O ile wiem, do dziś dnia jeszcze żaden z powyżej wymienionych autorów nie miał okazji być świadkiem porodu przy ciąży nowej po dokonaniu operacji. Osobiście zaleciłem operowanej przeze mnie pacyentce, aby w razie ponownej ciąży zgłosiła się dla odbycia porodu do szpitala w interesie zarówno własnym, jak i w celu czysto naukowym. O ile wiem, spostrzeżenie moje — operacyjnego zachowawczego leczenia przy wynicowaniu macicy — jest pierwszym w naszym piśmiennictwie. Czy słusznie postąpiłem, narażając pacyentkę na ewentualne niebezpieczeństwo *sub partu futuro*, dopiero przyszłość rozstrzygnie.

Według wiadomości, otrzymanych we wrześniu, była pacyentka czuje się zupełnie zdrową.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

108. K. REICHER Próba Salomon'a w raku żołądka.

Przed paru laty SALOMON (z oddziału NOORDEN'a) zalecił następującą próbę celem rozpoznania raka żołądka. Chory otrzymuje przed południem pożywienie płynne, przez resztę dnia płynne i wolne od białka. Wieczorem o 9-ej przeżywa się choremu żołądek, w ciągu nocy nie daje się żadnego posiłku, następnego zaś rana przeżywa się dwukrotnie żołądek 400 cm.³ fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Jeżeli przepluczyny dają z odczynnikiem ESBACH'a kłaczkowate zmętnienie, albo jeżeli zawartość azotu (podług KJELDAHL'a) przenosi 20 mg. w 100 cm.³ przepluczyn, to, podług SALOMON'a, przewlekłe cierpienie żołądka jest podejrzane na raka.

Próba ta została przez wielu autorów przerobiona i znaczenie jej po większej części potwierdzone. REICHER na podstawie badania 23 przypadków również uznaje znaczenie rozpoznawcze tej próby, ale z pewnemi zastrzeżeniami, zależnie od domieszki śluzu do zawartości żołądka, nukleoproteidów oraz substancji nukleinowych. Jeżeli przed dodaniem odczynnika ESBACH'a dolewać będziemy do przepluczyn kroplami 1 — 2% roztwór kwasu octowego, to otrzymywać będziemy zazwyczaj osad, który nie składa się z białka. Jeśli płyn przecedzić i dodać następnie żelazocyjanek potasu, to najczęściej nie otrzymujemy wcale zmętnienia, co stanowi dowód, że dany płyn nie zawiera wcale białka. Taki wynik autor otrzymał 15 razy na 23; 7 razy zmętnienie było niewyraźne, a jeden raz wyraźne.

Przypuszczenie SALOMON'a, że dodatni wynik próby zależy od przesiąkania surowicy na powierzchnię żołądka, nie jest zatem zgodne z rzeczywistością. Osad składa się z mucyny i nukleoproteidów. Obie substancje można odzielić od siebie, dodając w nadmiarze kwas octowy. Wówczas nukleoproteidy nanowo się rozpuszczają, mucyna zaś pozostaje nierozpuszczoną. W tych warunkach albo osad zupełnie się rozpuszcza (8 razy u autora), albo znacznie wyświeśla się (6 razy), albo wreszcie pozostaje niezmienny (1 raz). Wskazuje to, że osad

składa się w pierwszym razie całkowicie, w 2 przeważnie z nukleoproteidów, w 3-im razie całkowicie z mucyny. Nukleoproteidy powstają po większej części z rozpadłej tkanki rakowej, choć powstać mogą także ze złuszczonej komórek nabłonkowych. Co się tyczy mucyny, to ta napewno nie jest specyficzna dla raka, chociaż przy nim bardzo obficie się wydziela. W takich samych ilościach wytwarza się mucyna we wrzodzie, nieżytach, polykaniu śliny i śluzu z przelyku.

Przy wykonywaniu próby SALOMON'a uwzględnić należy następujące wymagania:

1) Chorzy w czasie między obydwoma przeżywaniami żołądka nie powinni nie tylko nie jeść, lecz także polykać śliny.

2) Przy przeżywaniu należy zwracać uwagę na to, ażeby wytwarzany w nadmiarze śluz (wskutek drażnienia sondą) nie przedostawał się do przepluczyn.

3) Przepluczyny, zawierające dużo śluzu albo resztki pokarmowe, albo wyraźnie zabarwione na żółto (mucyna z dróg żółciowych), nie nadają się wcale do próby SALOMON'a.

4) Próba SALOMON'a, przy uwzględnieniu wymienionych ostrożności i w związku z innymi objawami, stanowi cenny pomocniczy środek rozpoznawczy przy owrzodzonym raku żołądka.

5) Próba wypada ujemnie przy nieowrzodzonym raku żołądka, a więc nie ma znaczenia dla wczesnego rozpoznania sprawy rakowej; tak samo ujemnie wypada w postaci włóknistej (*scirrhus*).

6) Przewlekły wrzód żołądka daje (z odczynnikiem ESBACH'a) lekkie lub nieco wyraźniejsze zmętnienie bez osadu.

7) W ostrym lub przewlekłym nieżycie żołądka otrzymuje się niekiedy zmętnienie z płynem ESBACH'a, ale zależne ono jest od śluzu i nukleoproteidów.

8) Jeżeli nie otrzymujemy osadu, to obecność sprawy wrzodziejacej w żołądku jest zupełnie nieprawdopodobna (SALOMON), przy dodatnim jednak wyniku próby obecność owrzodzenia nie jest konieczna.

Wien. klin. Wochenschr. N. 23. 1906.

S. P.

Wiadomości bieżące.

— Posiedzenie sekcji oto - laryngologicznej przy Tow. lekarskiem odbędzie się we Czwartek d. 6 grudnia b. r. o godzinie 8 ej wieczorem. Na posiedzeniu tem omawiana będzie sprawa organizacji sekcji oto laryngologicznej na zjeździe przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie w lipcu 1907 r.

— Czytamy w Gazecie Lekarskiej (№ 46), że nagrodę 2000 koron (800 rb.), przyznaną przez Akademię Umiejętności w Krakowie za dzieło p. t. „Choroby dróg oddechowych“, wydane przez Gazetę Lekarską, kol. SOKOŁOWSKI (autor) przeznaczył w połowie na zapomogi dla kształcącej się młodzieży zagranicą, w połowie na wydanie książki popularnej, dotyczącej profilaktyki gruźlicy, a mianowicie rb. 100 otrzyma autor nagrodzonej pracy, a rb. 300 wyniosą koszty druku. W myśl tego ogłasza się konkurs na napisanie pracy popularnej p. t. „Co to jest gruźlica (suchoty) i jak się od niej uchronić?“.

Broszura ma mieć objętość nie więcej nad 2 — 2½ arkuszy druku i zawierać odpowiednie rysunki; w końcu pracy powinny być umieszczone na oddzielnej tablicy zasadnicze przepisy zapobiegawcze.

Nagroda wynosi rb. 100. Rękopisy, opatrzone godłem, wraz z kopertami, zawierającymi nazwisko i adres autora, przesłać należy przed dniem 1 marca 1907 r. pod adresem: Warszawa, D-r BIELIŃSKI, Towarzystwo Lekarskie, Niecała № 7. Skład sądu konkursowego stanowią kol. BIELIŃSKI, JAWORSKI, HEWELKE, ŁOGUCKI, M. MALINOWSKI, J. PRUSZYŃSKI i M. REJCHMAN.

— Z powodu zawakowania posady Zarządzającego Instytutem im. LANWAŁA, Rada tegoż instytutu uprasza kolegów, zyczących

objąć to stanowisko, o zgłaszanie się z podaniami do przewodniczącego w Radzie (D-r SOKOŁOWSKI, Mazowiecka № 6) do dnia 15 grudnia r. b.

— Kol. C. STANKIEWICZ prosi o zaznaczenie, że zapowiedziane na listopad wznowienie wydawnictwa „Ginekologia“ ulega zwłoce z powodu zamknięcia przez władze administracyjne i opieczętowania drukarni Fr. Jezierskiego.

— Na posiedzeniu organizacyjnem sekcji neurologicznej w Tow. lek. Warszawskiem na przewodniczącego sekcji wybrano kol. Mikołaja BRUNERA, na wiceprezesa kol. Ed. FLATTAU a na sekretarza kol. ŁAPIŃSKIEGO.

— Ze sprawozdania D-ra DŁUSKIEGO, dyrektora Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem, dowiadujemy się, że liczba chorych w roku bieżącym zmniejszyła się o 25%.

Zmniejszenie się tej liczby spowodowane jest w znacznej części zmniejszoną liczbą chorych z Królestwa.

Na posiedzeniu w dniu 18. m. w mieszkaniu hr. A. KRASIŃSKIEGO wobec wielu lekarzy tutejszych szeroko były omawiane przyczyny tego zjawiska.

Większość obecnych za główną przyczynę uważała smutny stan ekonomiczny kraju naszego, jakkolwiek były zdania, że zwracanie większej uwagi chorych na dodatnie strony kuracyi w sanatorium polskiem w porównaniu z sanatoriami zagranicznymi mogłoby frekwencyę chorych zwiększyć pomimo złego stanu ekonomicznego kraju.

— Wyszedł z druku kalendarz dla lekarzy praktyków na rok 1907, opracowany przez D-ra Al. FRUCHTMANA.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1906 i o uregulowanie zaległych rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się tablice do artykułu D-ra J. Rotstadta.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

(skoncentrowanej i oczyszczonej hemoglobiny (niem. pat. № 81391) 80,0, chemicznie czystej gliceryny, włączając w to i istotę smak poprawiającą 20,0).

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie i in. chorobach.

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borskiego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kalisz, sodu i lecytyny), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

— Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.** —
Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

NIKOLA I K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33.

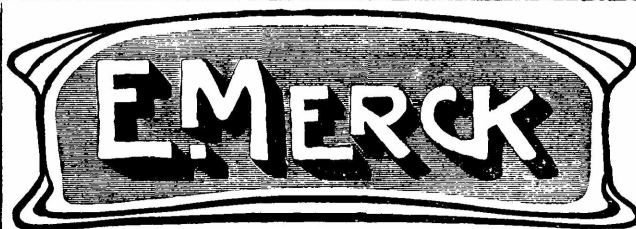
Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menzler'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

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

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwnieślny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrin

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

Zelatyna sterylizowana

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

RP. Dionin 0,3 grm.

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

Bromipin 10%

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

Hämogallol

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

Iodipin 10%

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

Iodipin 25%

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

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.

Antithyreoidin Möbius

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

Veronal

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

Bromalin

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

Tannoform

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

Stypticin. Zapłusze się obłątłe oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mles., obłątłe miesiączkowe krwotoki.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,
Telefon № 233-81.

B. Kuniuszennaja
1/8.

LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, jeżeli zaś ta ostatnia nie jest wiadoma, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ściśle określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polega na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym. Po licznych samodzielnych badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizyologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przedewszyst-

kiem na zwierzętach; w razie otrzymania dodatnich wyników dopiero z nich wyrabia się preparat farmaceutyczny. Próby otrzymanego preparatu bada się następnie fizyologicznie i chemicznie i sprowadza się je do określonego działania. W ten sposób możemy ręczyć za pełne i zawsze stałe, określone działanie wszystkich naszych preparatów bądź w postaci płynnej lub stałej, bądź w proszku lub w miksturze, pigułkach, tabletkach i t. p. Tylko dzięki takiemu racjonalno-naukowemu sposobowi przygotowywania, udało nam się osiągnąć tego, że nasze preparaty: **Adrenalina, Acetozon, Brometon, Chloreton, Kaskara-Sagrada, Taka-Diastaza** i t. d., zyskały sobie zupełnie zasłużony, wszechświatowy rozgłos.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.

UZNANE OD AKADEMII MEDYCZNEJ
WYMAGAĆ
Etykiety zieloną — Podpis
Adres : 40, rue Bonaparte, PARYŻ

WYSTRZEGAĆ SIĘ BEZSKUTECZNYCH PODRABIAŃ

Uprasza się P.P. Lekarzy zapisywać zawsze:
PIGUŁKI BLANCARD

PILULES DE BLANCARD

DE PARIS

Rada Lekarska w Petersburgu orzekła, że wyrób Pigulek Blancard wymaga wielkiej zręczności, którą osiąga się tylko przy produkcji wyłącznej i ciągłej „Journal de St. Petersburg” z dnia 8/20 Czerwca 1860 r.



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat ziarnisty Robin'a

Glicerofosfat wapnia i sody. Stosowany w szpitalach paryskich.

WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY.

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

Dla dotkniętych cukrową chorobą wyrabia się w formie pastylek.

Sprzedaż w aptekach.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant

Władysław Hoffmann

Warszawa, Erywańska 5. Telefonu Nr. 2114.

Żądać fabrycznej marki „**Lew**” i nazwiska fabrykanta **Robin**
Wystrzegać się bezwartościowych naśladownictw.



Bardzo pożyteczny produkt z **Cascara Sagrada**

„CASCARINE” $C^{12}H^{10}O^5$ LEPRINCE”

(Kaskarin Leprens)

WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla organów trawienia; przy atonii organów trawienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym. Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour Paris.

Składy we wszystkich aptekach i skład. materiałów aptecz.

Akademia Medyczna 12-go
Czerwca 1892 roku Akade-
mia Umiejętności 1 Kwie-
tnia 1892 roku i 3 Lipca
1899 r.

Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastylki Fay'a

wyrabiają się pod kierunkiem lekarzy w zdrojowisku Soden w Taunus ze soli znanych od kilku set lat i wypróbowanych Sodeńskich źródeł leczniczych № III i XVIII.

Obok źródeł zdrojowisk Soden w Taunus, Panowie lekarze polecają również z najlepszym rezultatem **Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastylki Fay'a**

w wypadkach:

kaszlu, chrypki, a także wszelkich prze-
wlekłych katarów gardła, krtani i płuc.

Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastylki Fay'a są do nabycia we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych.

Na żądanie wysyłamy P. P. lekarzom na próbę pu-
delka pastylek gratis i franko.

Wyłączny reprezentant na Cesarstwo
i Królestwo Polskie

F. Szarff, Warszawa, Królewska 18.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia D-ra K. DOBRSKIEGO

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