

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 36.

Warszawa d. 7 Września 1907 r.

T. XXXV.

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 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: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Hebosteotomia (pubiotomia) z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka. Podał Z. Eudelman. — O leczeniu swędzenia na tle żółtaczki przewlekłej. Przez Dra S. Justmana. — Wykład kliniczny. C. Goebel. Rak i mechaniczne podrażnienie. Streścił H. Goldberg. — Odcinek. Wydział lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1817—1831). Zarys historyczny przez Józefa Bielińskiego. (Ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. — Odpowiedzi Redakcyi. — Od Redakcyi. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Z. Endelman. — Hémostéotomie (pubiotomie) avec résultat bon pour la mère et pour l'enfant. 2) Dr S. Justman. — Sur le traitement de la démangeaison, causée par l'ictérus chronique.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Z. Endelman. — Hebosteotomie (Pubiotomie) mit günstigem Ausgange für die Mutter und das Kind. 2) Dr S. Justman. — Ueber die Behandlung des durch chronischen Icterus verursachten Juckens.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z prywatnej kliniki położniczo-ginekologicznej
drów Z. Endelmana i O. Goldberga.

Hebosteotomia

(pubiotomy)

z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka.

Podał

Z. Endelman.

26 czerwca 1907 r. o g. 4-ej rano przybyła do kliniki 25-letnia rodząca C. R. Wywiady wykazały, że miesiączka po raz pierwszy zja-

wła się w 15-ym roku życia i od tego czasu powtarzała się co 4 tygodnie, trwając 5—6 dni. Przed trzema laty wyszła za mąż. W rok po ślubie odbyła w klinice uniwersyteckiej pierwszy poród, który zakończono wymóżdzeniem. Okres połogowy przebiegał prawidłowo.

Obecna ciąża trwa 10 księżycowych miesięcy. Bóle porodowe rozpoczęły się 15. VI. o godz. 3-ej w nocy. Pęcherz płodowy pękł 26. VI, o godz. 2-ej w nocy. Zawezwany lekarz (kol. ŚWIDER) skierował ją do kliniki.

Badanie, wykonane w chwili przybycia
rodzającej dokli niki, wykazało:

Wzrost 134 cm. Żadnych skrzywień kręgosłupa nie skonstatowano. Wymiary miednicy: *Dsp.* 24 cm.; *Dcr* 26 cm.; *d. trochanterica* 29½ cm.; *conj. ext.* 16½; *conj. diag.* 9 cm.; *conj. vera* 7 cm. Z wymiarów miednicy wnioskować można, że była ona ogólnie zwężona płaska. Brzuch ma formę śpiczastą. Dno macicy na 3 palce poniżej wyrostka mieczykowego. Obwód brzucha na wysokości pępka 96 cm. Grzbiet płodu po stronie prawej; nad wejściem do miednicy wyczuwa się ruchoma główka. Tętno płodu 140 na minutę, po stronie prawej, poniżej pępka.

Badanie wewnętrzne: szyja maciczna nie wygładzona; ujście — rozwarłe na 3 palce; po stronie prawej—stare rozdarcie szyi, dochodzące do sklepienia, o brzegach bliznowatych; pęcherza płodowego niema; w wejściu do miednicy wyczuwa się główka zupełnie ruchoma. Szew strzałkowy — w poprzecznym wymiarze wejścia w pobliżu wzgórka kości krzyżowej (przednie ciemieniowe wstawienie); małe ciemię po stronie prawej, duże—po lewej; obydwie ciemiona—prawie na jednej wysokości.

Bóle porodowe powtarzają się co 5 minut, dość silne.

T. 37,3°. P. 80.

26. VI. o godz. 4-ej po południu: ujście rozwarłe na 4 palce; pomimo silnych i częstych bólów porodowych główka nie ustawia się i jest ruchoma; pokazuje się smółka; tętno płodu 180 razy na minutę, ledwo słyszalne.

Wobec niebezpieczeństwa, grożącego dziecku, zaproponowałem rodzącej i otoczeniu wykonanie hebstotomii, wytłomaczywszy, na czym operacja polega. Od męża otrzymałem piśmienne pozwolenie na wykonanie zabiegu operacyjnego, mającego na celu wydobyć żywego płodu.

26. VI. o g. 4½ po poł. po ogoleniu włosów i zdezynfekowaniu zewnętrznych organów rodnych i dolnej połowy brzucha przystąpiłem do operacji przy łaskawej asystencji kolegów

H. ALTKAUFERA (jun.) i H. GERMANA. Uspienie chloroformowe. Operowałem podług nieco zmodyfikowanej metody DÖDERLEIN'a, stosowanej w klinice drezdeńskiej KANNEGIESER. Archiv. f. Gyn. t. 78).

Nad prawym wzgórkiem łonowym wykonałem cięcie skóry do kości długości 2 cm. Następnie przeprowadziłem igłę DÖDERLEIN'a po tylnej powierzchni kości łonowej ku dołowi, kontrolując przebieg igły palcem, wprowadzonym do pochwy. U dolnego brzegu gałęzi zstępującej *ossis pubis* wypukliłem na zewnątrz wejścia do pochwy skórę prawej wargi sromnej i, naciągwszy ją, wyklulem igłę.

Po umocowaniu do haczyka igły pily GIGLI'ego wyciągnąłem ją z powrotem i, założywszy rączki do pily, przepiłowałem kość w pobliżu spojenia łonowego. Przepilowanie wykonane było w ciągu kilkunastu sekund. Przez cały czas pilowania jeden z asystujących kolegów palcem, znajdującym się w pochwie, kontrolował działanie pily.

Przepilowane kości rozeszły się na szerokość 2 palców; *ligamentum arcuatum* pozostało nietknięte.

Po dokonanej hebstotomii spostrzegłem b. silny krwotok z niewielkiej ranki, która wytworzyła się na miejscu prawego *cruris clitoridis* w oddaleniu 2 cm. od ujścia cewki moczowej. Ucisk nie wstrzymuje krwotoku, wobec czego głęboko obklulem miejsce krwawiące igłą katgutową. Po zatamowaniu krwotoku natychmiast przystąpiłem do wydobywania płodu za pomocą kleszczy. Przodującą główkę udało się z łatwością wcisnąć do próżni miednicy za pomocą ucisku zewnętrznego; następnie nałożyłem kleszcze i po kilku dość ciężkich trakcyach wydobylem płód w stanie pozornej śmierci, z której jednak po 5 minutach był odcucony przez kol. FINKIELKRAUTA.

Po operacji kleszczowej skonstatowałem po prawej stronie duże rozdarcie pochwy, komunikujące z raną kostną; prócz tego prze-

konałem się, że *ligamentum arcuatum* pękło, a kości były oddalone od siebie na szerokość 5 palców.

Z rany pochwowej krwawienie było nieznaczne; ranę tę zaszyłem ciągłym szwem katgutowym, pozostawiwszy jedynie mały otworek w dolnym jej końcu, przez który przeprowadziłem drenik gazowy. Obie ranki skórne zeszyłem pojedynczymi szwami jedwabnymi.

Po odejściu łożyska (w kwadrans po urodzeniu się dziecka) pochwę wytamponowałem gazą, a na miejsce przepiłowanej kości zastosowałem ucisk zewnętrzny za pomocą bandaża.

Chorą ułożyłem w łóżku pomiędzy dwoma dużymi workami z piaskiem, nie nakładając żadnego uciskającego bandaża na miednicę.

Dziecko płci męskiej ważyło około $7\frac{1}{2}$ funtów. Długość 50 ctm.; obwód główki 35 ctm.; mały poprzeczny wymiar $7\frac{1}{2}$; duży poprzeczny 10; ukośny duży 12, ukośny mały 10, prosty 12 ctm. Leczenie pooperacyjne było następujące.

W ciągu pierwszych 8-u dni dwa razy dziennie kateteryzowano pęcherz moczowy, ponieważ chora nie mogła sama oddawać moczu. W 3-im dniu okresu połogowego usunięto drenik gazowy i wprowadzono świeży; 6-go dnia zamiast gazy wprowadziłem dren szklany i umocowałem go za pomocą nitki jedwabnej do brzegów rany. Od 7-go dnia po operacji przestrzykiwano pochwę rozczynelem lizolu. Dren usunąłem 12-go dnia, a 16-go rana pochwowa była zagojona. Najwyższa temperatura ($38,4^{\circ}$) była w 9-ym dniu okresu połogowego; w ciągu pierwszych 8 dni wahała się pomiędzy $36,4^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$. Od 10-go dnia stan bezgorączkowy.

W ciągu pierwszych 2-ch tygodni chora uskarżała się na bóle w okolicy rany kostnej, zwłaszcza przy dotyku; konstatowałem wtedy nad prawą kością łonową rezystencję, która zależała od wytworzenia się krwawiaka i która

wessała się zupełnie po 16 dniach. Macica bardzo wolno się zwijała, tak że 11 dnia dno jej znajdowało się jeszcze na 3 palce poniżej pępka. Dopiero w połowie trzeciego tygodnia nie wyczuwałem macicy przez powłoki brzuszne.

Karmić chora zaczęła 3-go dnia po porodzie. Usiadła po raz pierwszy w końcu drugiego tygodnia. Chodzić zaczęła 18-go dnia po operacji; do tego czasu trzymałem chorą w łóżku.

Przed opuszczeniem kliniki (d. 17 lipca 1907 r.) znalazłem przy wewnętrznym badaniu macicę w próżni miednicy, ruchomą i dobrze zwiniętą; sklepienia wolne; w pochwie po stronie prawej—blizna nieco wgłębiona; tylna powierzchnia prawej kości łonowej—zupełnie gładka; na przedniej powierzchni wyczuwa się miejsce przepiłowania. Rany skórne—ledwie widoczne.

A teraz kilka uwag o samej hebesteotomii.

Operacja ta, po raz pierwszy zaproponowana przez CHAMPION'a (w 1821 r.) i STOLTZ'a i na nowo do życia powołana przez GIGLI'ego (w 1893 r.), dopiero w ostatnich latach stała się modną.

Podług statystyki DÖDERLEIN'a (Zentralblatt 1907, str. 683) dotychczas wykonano 294 hebesteotomii. Zdaje się, że największa liczba operacji przypada na Niemcy. U nas hebesteotomia nie znalazła dotychczas przychylnego przyjęcia. Jeśli się nie mylę, to oprócz mnie wykonał ją kol. Józef PISARZEWSKI i kol. Józef ZAKA. Przyczyny faktu tego szukać należy w p o w i k a n i a c h, które często towarzyszą hebesteotomii.

Do najniebezpieczniejszych powikłań zaliczam silne krwotoki. Jak wykazał TANDLER (Zentralblatt f. Gyn. 1906 r. N. 3) przy hebesteotomii zawsze odcinamy odnogę lechtaczki (*crus clitoridis*); prócz tego możliwe są uszko-

dzenia *plexus vesicalis* i *bulbi vestibularis*. Najczęściej krwawienia bywają nieznaczne i dają się zatrzymać za pomocą ucisku. Jednakże zdarzają się niewątpliwie takie przypadki, jak np. mój, w których występują bardzo niebezpieczne krwotoki. W przypadku v. ROSTHORN'a (Zentralblatt 1907 r. str. 702) powstało po przepiłowaniu kości tak silne krwawienie, że autor ten zmuszony był rozciąć skórę (operował sposobem podskórnym), rozstawić końce kości przepiłowanej i, wobec niemożności znalezienia tryskających naczyń, zastosować tamponadę; mimo to pacjentka zmarła.

Oprócz krwotoków notowano po hebestotomiach uszkodzenia pęcherza moczowego, komunikujące z raną kostną pęknięcia pochwy, krwawiaki i zakrzepy żyłne. Uszkodzenia pęcherza zdarzyć się mogą albo wskutek przepiłowania ściany pęcherzowej piłą (najczęściej — przy zrostach pęcherza z tylną powierzchnią kości łonowej lub też przy uchyłkach pęcherzowych), albo z powodu nadmiernego rozejścia się miednicy przy rozstawianiu nóg podczas operacji (KANNEGIESSER) lub wreszcie na skutek przyciśnięcia pęcherza do odłamków przepiłowanej kości, zwłaszcza wtedy, gdy wydobywamy główkę po obrocie lub za pomocą kleszczy.

Dla uniknięcia obrażeń pęcherza radzą przekonać się przed operacją za pomocą kateteru, w którą stronę zwrócony jest pęcherz, i operować po stronie przeciwległej; prócz tego wyczekiwać po dokonanej hebestotomii porodu samodzielnego (STÖCKEL, Zentralblatt f. Gyn. 1907, str. 690).

Wyczekiwanie porodu samodzielnego ma również zapobiegać powstawaniu drażących pęknięć pochwy, które w znacznym stopniu komplikują gojenie się rany kostnej.

Co się tyczy krwawiaków, to w celu uniknięcia ich BUMM stosuje po operacji tamponadę pochwy i ucisk ze strony zewnętrznej.

Tyle — co do powikłań operacyjnych,

które w dostateczny sposób tłumaczą powściągliwość naszych akuszerów względem hebestotomii.

Należy jednak zaznaczyć, że rezultaty, otrzymane za pomocą tej operacji, zależą od sposobu operacyjnego. Przy tak zwanej „otwartej metodzie“, polegającej na przecięciu miękkich części i następnym przepiłowaniu kości, śmiertelność wynosi, podług obliczeń DÖDERLEIN'a, 10,4% (na 77 operacji 8 przypadków śmiertelnych).

Sposób podskórny, zastosowany w moim przypadku, dał tylko 4,1% śmiertelności (na 217 przypadków — 9 śmiertelnych).

Nie też dziwnego, że większość operuje obecnie sposobem podskórnym. Różnica w technice polega jedynie na tem, że jedni (SEELIGMANN, HENKEL) oodseparowują okostną od kości dla uniknięcia obrażeń pęcherza i znaczniejszych krwotoków, inni zaś (DÖDERLEIN, KANNEGIESSER, BUMM) przeprowadzają igłę bez uprzedniego oddzielenia *periostei*.

Trudniejsza od techniki jest kwestya wskazań operacyjnych do hebestotomii i rozstrzygnięcie pytania, czy po dokonanej operacji zachowywać się wyczekująco, czy też natychmiast zakończyć poród za pomocą sztuki?

STÖCKEL na ostatnim kongresie ginekologów niemieckich radził wykonywać hebestotomię przy wyraźnej niestosunkowości pomiędzy główką a miednicą, gdy ujście maciczne jest zupełnie lub prawie rozwarte, i gdy stan płodu nie pozostawia nic do życzenia. Sztuczne ukończenie porodu po hebestotomii wskazane jest, podług STÖCKEL'a, tylko wtedy, gdy grozi niebezpieczeństwo życiu dziecka.

HENKEL (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. t. 57) czeka do zupełnego rozwarcia ujścia macicznego, starając się o zachowanie pęcherza płodowego. Dłużej, zdaniem jego, nie należy zwlekać z hebestotomią, gdyż wyczekiwanie na

wskazania ze strony matki lub dziecka pogarsza wynik operacji. Nie radzi autor ten wykonywać hebstotomii u pierwiastek z wąską pochwą—zwłaszcza przy niewyglądzonej szyi. Przeciwwskazana jest również operacja ta u kobiet wielokrotnie badanych i gorączkujących. Za ostateczną granicę zwężenia HENKEL uważa C. V. 6,75—8,5 ctm.

Podług KANNEGISSER'a (Archiv. f. Gyn. t. 78) hebstotomia wskazana jest przy miednicach z C. V. 7—8½ ctm., kiedy już z góry widać z przebiegu porodu, że urodzenie się żywego płodu jest niemożliwe. Autor ten z chwilą zjawienia się pierwszych bólów porodowych wprowadza do pochwy kolpeurynter, który ochrania pęcherz płodowy od przedwczesnego pęknięcia, a przy pękniętym już pęcherzu zapobiega zupełnemu wyciekaniu wód. Po dokonanej hebstotomii KANNEGISSER zakańcza natychmiast poród za pomocą sztuki. Długotrwały poród, nawet powikłany gorączką, nie jest, zdaniem jego przeciwwskazaniem do operacji, o ile wykonywamy ją sposobem podskórnym.

BLUMREICH (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. t. 57) również nie uważa gorączki za przeciwwskazanie do hebstotomii. Nie zgadza się także z twierdzeniem niektórych autorów, że dla uniknięcia pęknięć pochwy nie należy wykonywać operacji u pierwiastek. Rozdarcia pochwy zależą najczęściej, podług BLUMREICH'a, od jej podatności, a przecież nie raz spostrzegamy pierwiastki z podatnymi tkankami, a wieloródki (zwłaszcza te, u których poprzednie porody kończyły się wymóżdżeniem)—z niepodatnymi. Prócz tego nie bez wpływu na powstawanie obrażeń pochwy jest wielkość głowy i charakter następczego rękoczynu (np. szybko wykonane wydobycie płodu za pomocą wysokich kleszczy lub szybko wykonany obrót).

DÖDERLEIN (Zentralblatt f. G. 1906, N. 3)

radzi po dokonaniu hebstotomii wyczekać samodzielnego porodu.

Tegoż zdania jest BUMM (Zentralblatt, 1906, N. 32). Im dłużej można czekać, tem lepiej!—mówi BUMM.

Natomiast SCHAUTA, KANNEGISSER, REEB, SITZENFREY, PISARZEWSKI (Gaz. Lek. 1907, N. 7) i inni są zwolennikami czynnego postępowania.

Podług mego zdania przy wyborze tego lub innego postępowania akuszerskiego po hebstotomii należy przyjąć pod uwagę stan matki i dziecka, siłę bólów porodowych, wielkość główki płodu, podatność miękkich części, jednym słowem, te wszystkie czynniki, które w grę wchodzi przy każdym porodzie. Przy dobrym stanie matki i dziecka i mocnych bólach porodowych, zwłaszcza u pierwiastek z nierozciągliwą pochwą, zastosuję w przyszłości postępowanie wyczekujące. W tych zaś przypadkach, gdzie słabe bóle porodowe, zwłaszcza przy znacznej niestosunkowości pomiędzy główką a miednicą, dają małą nadzieję ukończenia porodu bez pomocy sztuki, wydaje mi się natychmiastowe nałożenie kleszczy lub wykonanie obrotu wskazanem.

Co się tyczy postępowania po operacyjnego, to przede wszystkim po ukończonym porodzie należy na stole operacyjnym dokładnie sprawdzić, czy niema uszkodzeń pęcherza moczowego. W razie skonstatowania rozdarcia pęcherza — zeszywa się i wprowadza na 8—10 dni kateter à demeure. Zeszywanie naглуcho komunikujących z raną kostną pęknięć pochwy, jak to czyni KRÖMER (Zentralblatt f. Gyn. 1907, str. 694), uważałbym za zbyt ryzykowne, zwłaszcza wtedy, kiedy rodząca była wielokrotnie badana, i nie jesteśmy pewni aseptycznego stanu organów płciowych.

Stosowniej w takich przypadkach wprowadzić szklany dren do dolnego odcinka rany pochwowej.

Ułożywszy chorą w łóżku, należy postarać

się o unieruchomienie miednicy. Stosowanie gumowych taśm lub bandaży jest zupełnie zbyt teczne. Wystarcza, jak to w swoim przypadku uczyniłem, ułożyć miednicę między dwoma workami z piaskiem. VAN DE VELDE na ostatnim kongresie ginekologów niemieckich proponował nie zbliżać końców przepiłowanej kości, lecz układać położnice bez bocznego ucisku miednicy z lekko rozstawionymi udami w celu utrzymania stałego rozszerzenia miednicy. Rada VAN DE VELDE'go wydaje mi się zbyt śmiała. W moim przypadku kości rozeszły się na szerokość 5 palców; gdybym nie postarał się po operacji zbliżyć odłamków kostnych, to nie wiem, czy nie powstałyby później zaburzenia w chodzeniu.

W celu otrzymania jaknajszybszego zrostu kości zaleciłem chorej spokojne leżenie na wznak przez dwa tygodnie. Być jednak może, że wykazałem pod tym względem zbyt wielką ostrożność.

LICZKUS (Żurnal akuszerstwa i żeńskich bolieżniej, tom XX, 1906) od 5 dnia okresu połogowego układał pacjentkę swą na boku, przeciwnie do strony operowanej. Chora—FENOMENOWA (cyt. w pracy LICZKUSA) była układana już 4-go dnia po operacji na boku (po stronie operowanej).

W obu tych przypadkach rezultat operacji nie pozostawiał nic do życzenia.

Na zakończenie—rozstrzygnięcie pytania, dość często w prasie omawianego, czy należy hebstotomię wykonywać w klinikach, czy też można ją również stosować w praktyce prywatnej?

Przyjmując pod uwagę częste i groźne powikłania, niekiedy towarzyszące omawianej operacji, stosowanie jej w domach prywatnych wbrew zdaniu BUMM'a (Zentralblatt 1906, str. 900) i SIGWART'a (Zentralblatt 1907 N. 20)

wyduje mi się zbyt ryzykownym. Oto jak w tej kwestyi wypowiada się SEITZ (Mnüchener Med. Wochen. 1906, N. 42): „Na podstawie naszego doświadczenia pubiotomia nie jest wcale tak niewinną operacją, jak sądzą jej zbyt gorący zwolennicy. Gorączkę połogową i powstawanie zakrzepów żylnych spostrzegamy po niej daleko częściej, niż zwykle; nie we wszystkich przypadkach uniknąć można obrażeń pochwy i pęcherza moczowego; niekiedy nawet w ciągu długiego czasu pozostają bóle w okolicy przepiłowanej kości przy chodzeniu i cięższej pracy... Zdaje mi się, że jeszcze zbyt wczesnie zalecać operację tę dla praktyki ogólnej. Należy wyczekiwać dalszych spostrzeżeń. Tyle tylko można teraz powiedzieć, że przy należytych wyborze przypadków, aseptycznym stanie organów płciowych, nie zbyt wąskich drogach porodowych i nie zbyt wielkich stopniach zwężenia miednicy (C. V. nie niżej 7 cm.) ta technicznie prosta operacja jest wprost znakomita i zdolna jest, jeżeli nie zupełnie usunąć, to znacznie ograniczyć pole stosowania warunkowego cięcia cesarskiego, sztucznych porodów przedwczesnych i wymóżeń“.

Dodałbym jeszcze wraz z PISARZEWSKIM, że należy ją pozostawić w y s z k o l o n y m lekarzom-akuszerom. Tylko ten, jak mówi v. WILD, powinien ją wykonywać, kto potrafi uniknąć wszystkich towarzyszących jej niebezpieczeństw lub przynajmniej opanować je.

O leczeniu swędzenia na tle żółtaczkii przewlekłej.

Przez

Dra S. Justmana.

Jednym z najprzykreszejszych objawów żółtkaczki przewlekłej jest silne swędzenie skóry całego ciała, sprawiające, iż pacjent, niem dotknięty, nie ma ani chwili wolnej i staje się zupełnie niezdolnym do pracy. Żółtaczką, będącą właściwie objawem tylko, świadczącym o większej lub mniejszej niedrożności dróg żółciowych, powstałej w znacznej większości przypadków na tle kamicy żółciowej, staje się dzięki wywoływanemu przez się swędzeniu właściwą chorobą; na inne dolegliwości, któreby w zwykłych warunkach nie uszły uwagi chorego, ostatni nie zwraca uwagi wobec dającego się we znaki swędzenia.

Ponieważ w praktyce miewałem przypadki takiego nieznośnego swędzenia z powodu żółtaczkii, nie ustępującego wcale lub tylko chwilowo po zastosowaniu znanych w terapii środków, musiałem przeto próbować sił własnych, by wynaleźć jakiś środek leczniczy ¹⁾. Przedewszystkiem zadałem sobie pytanie, od czego zależy swędzenie. Odpowiedź wobec współczesnego znajdowania u chorych żółtaczkii była nietrudna. Swędzenie w spostrzeganych przezemnie przypadkach zależało niewątpliwie od żółtaczkii. Wiadomo jednak, że żółtaczką jest objawem, względnie często spotykanym, swędzenie jednak, żółtaczką spowodowane, zdarza się znacznie rzadziej, w tych mianowicie przypadkach, gdzie żółtaczką trwa czas dłuższy. Ostatnia okoliczność wyjaśnia nam do pewnego

¹⁾ Zastrzegam, iż wszystko poniżej powiedziane dotyczy żółtaczkii wzgl. swędzenia, powstałych, z powodu kamicy żółciowej, wzgl. chorób, w których wyprowadzające drogi żółciowe zamknięte są tylko czasowo.

stopnia mechanizm swędzenia na tle żółtaczkii. Ostatnia, jak wiadomo, powstaje wtedy, gdy normalna droga wydzielania żółci zostaje zamkniętą lub utrudnioną. Wtedy ustrój, dążąc do wydalenia jej z siebie, część wydziela przez nerki, część pozostałą składa w mniej wrażliwych na trujące działanie żółci tkankach i narządach, przedewszystkiem zaś w skórze i śluzówkach. Składniki żółci dostają się do skóry drogą naczyń krwionośnych, a zatem w stanie rozpuszczonym, przechodzą drogą osmozy przez ścianę naczyń i w ten sposób rozpuszczone w cieczy tkankowej pozostają przez pewien czas. Jeśli drożność dróg żółciowych wkrótce wraca, to znajdujące się w cieczy tkankowej składniki żółci wskutek ciągłej wymiany soków pomiędzy naczyniami krwionośnymi a przylegającymi tkankami przechodzą ciągle do naczyń, a zatem z powrotem do koryta naczyniowego, skąd są wydalone przez nerki. Część składników żółciowych przechodzi do ogólnego obiegu krwi nie bezpośrednio, lecz drogą naczyń chłonnych. W ten sposób znajdujące się w sokach tkankowych w stanie rozpuszczonym składniki żółciowe po pewnym czasie zupełnie są wydalone, i żółtaczką przechodzi. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy czynniki, przeszkadzające swobodnemu odpływowi żółci do dwunastnicy, trwają przez czas dłuższy. Wtedy krew, ciągle obarczana nowymi ilościami składników żółciowych, składa nadmiar ostatnich, nie wydalone przez nerki, w sokach tkankowych.

Ilość składników żółciowych, zawarta w sokach tkankowych, wzrasta do pewnego maximum, poczem wytwarza się pewna ruchoma równowaga w przychodzie i ubytku składników żółciowych w sokach tkankowych. Zawsze jednak pewna część tych składników pozostaje stale w sokach tkankowych, nie biorąc udziału w wymianie pomiędzy nimi a krwią. Tę część składników żółciowych nazwać można stacyonarną.

Jeśli prawdą jest, że „*corpora non agunt*,

nāsi soluta“, to trzeba również uznać za słuszne twierdzenie, iż „*corpora non agentia soluta non sunt*“, a jeśli były rozpuszczone, to przechodzą w stan nierozpuszczalny. Że tak jest rzeczywiście, przekonywa nas mnóstwo faktów z codziennego życia, z fizjologii i anatomii patologicznej. W tkankach, otaczających stary wylew krwawy, stale znajdujemy ziarnka odpowiednio zmienionego barwnika krwi, normalnie rozpuszczalnego w sokach ustroju. Na mocy analogii z podobnymi faktami możemy z pewnością prawie twierdzić, iż składniki żółci, znajdujące się w sokach tkankowych w nadmiarze, a zatem nie mogące być usuniętymi dzięki wymianie soków między tkankami a naczyniami krwionośnymi, przechodzą po pewnym czasie w stan nierozpuszczalny i w postaci drobnych ziarenek zalegają w szczelinach międzykomórkowych i międzywłóknkowych. Jakie mianowicie składniki żółciowe, kwasy czy barwniki, przechodzą w stan nierozpuszczalny, orzec z pewnością trudno. Według wszelkiego prawdopodobieństwa kwasy żółciowe, jako jadowitsze, ulegają wydzielaniu przez nerki, podczas gdy mniej szkodliwe barwniki żółciowe przechodzą w stan nierozpuszczalny. Dzięki swemu słabo kwaśnemu charakterowi, na co wskazuje zdolność ich łączenia się z wapniem, drażnią one nieznacznie, lecz stale zakończenia nerwów skórnych. (Nie bez znaczenia jest również pewien wpływ toksyczny, wywierany przez barwniki żółciowe, jako produkty przemiany materii). Te to nieznaczne podrażnienia nerwów skórnych chorzy odczuwają w postaci nieznosnego swędzenia. Pozbawia ono chorych snu i możliwości spokojnej pracy, zmusza do literalnego szarpania własnego ciała, tak iż ciało pokryte jest dużymi strupami, w okolicy których nieraz rozwijają się sprawy ropne, powstałe od zakażenia przy drapaniu nieczystymi rękoma. Te czynniki naturalnie wpływają bardzo ujemnie na stan ogólny, przez co odżywianie, a więc i przemiana materii podupada jeszcze

więcej. Ostatni moment ma szczególnie wielkie znaczenie w tych przypadkach, gdzie kamica żółciowa przeszła zupełnie w tak pożądaną okres utajenia, a żółtaczka pozostała wprost jako wyraz miejscowy ogólnej obniżonej energii przemiany materii w ustroju. Kamicy żółciowej wtedy leczyć niema potrzeby, natomiast usunięcie żółtaczki, wywołującej owo nieznosne swędzenie, może być pięknem a wdzięcznym zadaniem lekarza. Nie bez pożytku, jak sądzę, będzie ogłoszenie poniższych moich w tym kierunku spostrzeżeń, które dowiodą, iż żółtaczka przewlekła wraz ze swym następstwem swędzeniem, tak odporne na zwykle używane w tych razach środki, względnie łatwo usuwać się dają.

Przypadek 1. W. F., lat 42, fabrykant.

Wezwany doń 11 grudnia 1902 r. stwierdziłem, co następuje. Skarży się na swędzenie ogólne, wzrastające w łóżku, sprowadzające bezsenność i konieczność drapania się, ostatnie szczególnie na kończynach dolnych. Zresztą żadnych dolegliwości nie ma. Od 6 lat co pewien czas miewał ściskanie w okolicy żołądka, kilka razy o takim natężeniu, że trzeba było zrobić iniekcję morfiny. 12 tygodni temu ściskanie to wystąpiło z wielką siłą, 7 tygodni temu napad silnego bólu w prawym podżebrzu, tydzień potem żółtaczka, jeszcze tydzień później drugi napad, lecz słabszy. Żółtaczka pomimo różnych stosowanych środków zaledwie trochę się zmniejszyła. Stolec cuchnący, 1–2 razy dziennie, barwy gliny. Mocz o barwie ciemnego piwa, przedtem był jeszcze ciemniejszy. W ciągu ostatniego miesiąca wypił 25 butelek wody karlsbadzkiej.

St. pr. Średniego wzrostu, o dość dobrze rozwiniętej warstwie tłuszczowej, a żółtaczkowo-bładej barwie powłok skórnych i śluzówek. W płucach zmian nie ma. Tętno serca czyste, niezbyt mocne. P-64. Górna granica wątroby w linii sutkowej pod V-tem, w l. pachowej przedniej na 7-em, z tyłu stłumienie od górnego brze-

gu 11-go żebra. Brzeg wątroby wyczuwa się, nieco bolesny. Pęcherzyka żółciowego wyczuć dokładnie nie można. Zresztą w brzuchu nie szczególnego. Na kończynach dolnych liczne ślady zdrapań, mniej ich na tułowiu i kończynach górnych. W moczu (dr SERKOWSKI) prócz barwników żółciowych stwierdzono obecność ciał, świadczących o wzmożonem gniciu w kisz-
kach.

13. XII. Spać nie mógł z powodu swędze-
nia. P-60, *icterus* jakby mniejszy, bledłość wy-
rażniejsza. Zalecono:

Rp. *Ac. carbolici* 10,0

Chlorali hydrat. 5,0

Aq. destill. 500,0

MDS. Do zmoczenia miejsc najbardziej
swędzących. (RAJCHMAN).

14. XII. Spał w nocy, za to dziś odczuwa
szum w głowie i zmniejszenie łaknienia. P-50,
zresztą *st. id.*

27. I. 03. Był w Warszawie; żółtaczka
trochę mniejsza, bledłość zato większa. Działal-
ność serca nieprawidłowa: wyraźne inter-
misye. P-64, *arythmicus*. Pęcherzyk żółciowy
wyraźnie się nie wyczuwa, przy ucisku nieco
bolesny. Stolec bezbarwny, cuchnący, swę-
dzenie po dawnemu silne. Zalecono *pil. Cas-*
carini Leprince i:

Rp. *Ac. carbol.* 10,0

Chlorali hydrat 5,0

Mentholi 2,5

Spiritus vini 95% 100,0

Aq. destill. 400,0

MDS. Do wycierania

28. I. W nocy miał b. silne ściskanie w
dołku, wskutek czego wziął dużą dawkę
morphii+cocaini w roztworze. Zalecono: *ol. oli-*
varum, Karlsbad Mühlbrunn, a przeciwko swę-
dzeniu kąpiele borowinowe z 1
kilo soli MATTONI'ego co 3-ci dzień zrana.

1. II. Wczoraj wieczorem 1-sza kąpiel.
Po niej spać nie mógł z powodu swędzenia, na
które skarży się i teraz.

3. II. Ubiegłej nocy spał. Jutro zrana
2-ga kąpiel.

5. II. Swędzenie jeszcze jest, słabsze
znacznie. Zalecono kąpiele co 2-gi dzień z 1
kilo soli i kilo ługu borowinowego.

8. II. Sypia lepiej, swędzenie czasem zu-
pełnie ustaje.

Ostatnie dwie kąpiele (3-ia i 4-ta) były
6-go i dziś.

11. II. Po wczorajszej (5-tej) kąpieli swę-
dzenie na pewien czas zupełnie ustało. W nocy
zato znów wystąpiło, przez co nie spał. Żółt-
aczka na kończynach prawie zupełnie znikła,
więcej widoczna na tułowiu, najwięcej na
twarzy. Schudł.

14. II. Onegdaj była 6-ta kąpiel. Sypia
teraz dobrze.

Apetyt lepszy. Zalecono 15-go i 17-go
kąpiel (7-mą i 8-mą) z 1 kilo soli i 2 kilo ługu, a
19-go i 22-go (9-tą i 10-tą) z 1½ kilo soli
borowinowej.

22. II. Swędzenie daje się jeszcze czasem
odczuwać. Przedm. jak 11. II. Zalecono 24-go
i 26-go b. m. kąpiele z 2 kilo soli.

26. II. Po 11-ej kąpieli silne swędzenie,
które ustało zupełnie po 12 ej. Zalecono jesz-
cze 2 kąpiele z 2 kilo.

W maju widziałem chorego. Wyglądał
kwitnąco, swędzenie po ostatnich kąpielach zu-
pełnie ustało.

Przypadek II P. D., lat 63, kupiec, zgłosił
się do mnie 10. IV. 03. Skarży się na swędze-
nie ogólne, bezsenność, brak apetytu. 5 mies.
temu bóle w prawym podbrzuszu, gorączka,
dreszcze, żółtaczka przez 4 tygodnie. Od 6 ciu
tyg. znów żółtaczka, raz na tydzień miewa dre-
szcze, lekki ból w nadbrzuszu, poczem śpi kilka-
naście godzin i wtedy oddaje mocz pod siebie.

St. pr. Miernie odżywiany o cerze żółtawo-
bladej. Wybitna miażdżycza tętnic obwodowych.

Prawy szczyt płucny zgęszczony. Brzeg wątroby twardawy, wyczuwa się na wysokości pępka, nieco bolesny. Lekki *icterus* spojówek. Na skórze tułowia i kończyn ślady zdrapań. w moczu (dr SILBERSTROM) barwniki żółciowe, indykanu ilość zwiększona, białka ślady minimalne.

23. IV. Onegdaj o 10-ej zrana dostał napadu, o jakim wyżej, poczem spał dobę. Mocz nanowemu ciemny, stolec o barwie gliny. Przedm. *st. idem*. Zalecono: Karlsbad-Mühlbrunn, *pil. Cascarini Leprince*, a przeciw swędzeniu kąpiel tegoż 23. IV. z 1 kilo soli borowinowej przy T° 28°R przez 10 minut.

26. IV. Sypia dobrze, swędzenie bywa wieczorem przez kwadrans. Kąpiel (2) 15-to-minutowa. 28. IV. Kąpiel 3-cia.

30. IV. Przedwczoraj i wczoraj był senny, spał przed i po obiedzie. Swędzenie 2 ostatnie noce znowu było większe. Kąpiel 4-ta.

1. V. Wczoraj koło południa napad, po którym spał z przerwami do dzisiejszego rana. Dziś mocz ciemny, stolec odbarwiony. Swędzenie słabsze. Przedm. *icterus* większy. Zalecono prócz dotychczasowych środków *ol. olivarium*.

3. V. Swędzenie nieznaczne. Dziś kąpiel (5-ta).

6. V. Wczoraj kąpiel 6-ta. Tej nocy i zrana miał trochę krótkotrwałych bólów brzucha. Apetyt niezły. *Icterus abest*.

19. V. Miał 2 napady słabe, bez bólów brzucha i dreszczy, spał kilka godzin, poczem wstał tegoż dnia. Mocz po napadach ciemniejszy. Obecnie apetyt dobry, swędzenie b. nieznaczne. Oliwę przyjął 12. V po raz 3-ci.

Później spotykałem pacyenta nieraz, wyglądał względnie bardzo dobrze.

Nie będę przytaczał dalszych historii chorób, gdyż nie dodadzą one nic istotnie nowego do powyżej przytoczonych. We wszystkich

bez wyjątku przypadkach pod wpływem kąpiei borowinowych swędzenie ustawało, i żółtaczka przechodziła, nie mówiąc już o innych, znanych już następstwach kąpiei borowinowych.

Jeśli teraz zadamy sobie pytanie, jak działała sól borowinowa w danym razie, to dla odpowiedzi na nie musimy przypomnieć sobie o spostrzeganych przez wszystkich autorów ogólnych następstwach bezpośrednich tych kąpiei. Otóż wszyscy autorzy zgodnie podnoszą, iż pod wpływem kąpiei borowinowych następuje wybitne, nie prędko przemijające podniesienie ciśnienia krwi oraz przekrwienie czynne tych części ciała, które uległy działaniu kąpiei. Tem objaśniają autorzy-ginekologowie wpływ kąpiei borowinowych nasiadowych na wessanie starych wysięków okolomaciczych, tem objaśnić można żywe przekrwienie skóry po kąpiei, spostrzegane szczególnie u dzieci, pomimo względnie niskiej ciepłoty kąpiei (26°—28°R). Te dwa czynniki: przekrwienie tętnicze skóry oraz podniesienie ciśnienia krwi sprawiają w przypadkach, interesujących nas w danym razie, z jednej strony, iż tkanki kąpią się po prostu we wzmożonej ilości świeżej surowicy krwi, rozpuszczającej wszystko, co się tylko da rozpuścić, z drugiej zaś, wskutek wzmożenia prądu wewnątrznaczyniowego, że się tak wyrażę, odtkankowego, różne zewnątrznaczyniowe składniki rozpuszczone drogą osmozy dostają się do naczyń, a ztąd przez nerki nazewnątrz. W ten sposób odbywa się swojego rodzaju mobilizacja, uruchomienie zaległych w tkankach składników z następnem ich wydzieleniem, usunięciem zupełnem z ustroju. Że dla wyniku ostatecznego kąpiei borowinowych ważne są oba czynniki, widziałem to stale. Mianowicie, u wszystkich pacjentów żółtaczka najdłużej była widoczna na twarzy, nie moczonej podczas kąpiei borowinowych.

WYKŁAD KLINICZNY.

C. GOEBEL.

RAK I MECHANICZNE PODRAŻNIENIE

Streścił

H. Goldberg.

Teorya RIBBERT'a, uzupełniająca teoryę COHNHEIM'a, rzuca pewne światło na związek, istniejący między powstawaniem raka a urazem ostrym lub chronicznym, bez względu na to, czy jest on cieplny, mechaniczny lub chemiczny. Kwestya to pierwszorzędnej wagi dla lekarza—praktyka, i tem też objaśnić należy popularność teoryi RIBBERT'a.

W niniejszej pracy mówić będziemy tylko o raku, choć nie ulega kwestyi, że mięsak stanowi bardziej wdzięczny temat, gdyż powstanie jego po urazie jest częściej notowane, a w niektórych przypadkach (np. mięsak usadowiony na bliźnie)—związek jest oczywisty.

Mówić będziemy następnie tylko o urazie mechanicznym i dla ścisłości określimy, jak pojmujemy ten wyraz. Otóż, pod urazem mechanicznym rozumiemy uraz, wywołany narzędziem tępem lub ostrem, wskutek którego nastąpiło zniszczenie lub przemieszczenie tkanek, wylew krwawy lub stan zapalny. Nie może grać tu roli pytanie, czy uraz był jednorazowy czy też powtarzał się, czy wpływ jego był stały lub czasowy, czy towarzyszyło mu zranienie powłok, czy też nie. Bez względu na to, jakim narzędziem został uraz wywołany, następuje bliznowacenie, o ile tkanka goi się, w przeciwnym zaś razie powstają ropnie i przetoki. W każdym razie odczyn organizmu jest bardzo złożony i polega na regeneracyi, zapaleniu lub powstaniu nowotworów; dla nas ważne jest pytanie, czy sam przez się uraz może wywołać bujanie atypowe (nowotwór), czy też tylko stwarza warunki, przy których takie nie-

normalne rozmnażanie komórek staje się możliwym.

Zacznijmy od teoryi COHNHEIM'a. W organizmie ludzkim znajdują się zarodkowe zbiorniki komórek zdolne przy pewnych warunkach do samoistnego rozwoju. W ten sposób uraz nie gra żadnej roli.

RIBBERT rozwinął myśl COHNHEIM'a, mówiąc, że nie tylko komórki zarodkowe, ale również dojrzałe i różniczkowane mogą bujać niepomernie, o ile zostaną dzięki urazowi przemieszczone i w ten sposób wyrwane z pod wpływu i kontroli otoczenia; bujanie ich przypisać należy wrodzonej zdolności komórek do rozmnożenia. Tak więc uraz przenosi komórki w nowe otoczenie, a jednocześnie, wywołując odczyn zapalny, stwarza nowe warunki biologiczne, nigdy jednak sam przez się nie wywołuje nieprawidłowego bujania. Dlaczego jednak tak rzadko spotykamy nowotwory? Wszak urazy są na porządku dziennym.

MARCHAND przypisuje jeszcze mniejsze znaczenie urazowi. Wskazując na związek, istniejący między przerostem zastępczym i nowotworem, na regeneracyę i stany zapalne, które zmieniają doszczętnie warunki rozwoju po urazie, dochodzi do wniosku, że zewnętrzny uraz wywołuje tylko wzmożone bujanie komórek, które nabiera charakteru złośliwego. Kiedy jednak i dlaczego złośliwość ta występuje, na to pytanie nie znajdujemy odpowiedzi. W słowach MARCHAND'a widzimy jednak nową myśl: jest nią przypuszczenie powstawania odrębnej jakby rasy komórek wskutek nowych warunków życia.

Myśl tę rozwinął ISRAEL. Komórki, powstałe w celu regeneracyi lub uległe przerostowi zastępczemu, rozmnażają się na zasadzie praw czystej ontogenezy. Otóż, wskutek częstego rozmnażania się komórek nabierają cech właściwych, zastosowanych specjalnie do funkcji rozrodczej, i w ten sposób powstaje stopniowo nowe pokolenie komórek. Gdy tkanka łączna

umie się przystosować do tkanki nabłonkowej, otrzymamy nowotwory łagodne, w przeciwnym razie — złośliwe. Hipoteza o tkance łącznej została zapożyczona u THIERSCH'a, który zmiany w tej tkance objaśnia wiekiem; u ISRAEL'a żadnego objaśnienia nie znajdujemy.

SCHÜTZ i RÖSSE przypisują wagę już nie tylko urazowi, ale nawet przekrwieniu. Co się tyczy samych komórek, stoją oni na gruncie RIBBERT'a, powstanie zaś nowotworu zależne jest od podrażnienia i odporności organizmu. O stosunku tkanki nabłonkowej do łącznej nie wspominają.

Zupełnie oryginalne są poglądy SCHAPER'a. Każdy organ zawiera zbiorniki komórek, których zadaniem jest przedewszystkiem rozmnażanie. Komórki te pozostają do pewnego stopnia w stanie zarodkowym i zapełniają przeważnie braki w razie regeneracji. Takimi ośrodkami są *stratum Malpighi* skóry, kubiczny nabłonek dróg żółciowych, kanaliki proste etc. Hipoteza SCHAPER'a odpowiada na wiele pytań; jeżeli rzeczywiście podrażnienie lub uraz mogą wywołać bujanie tych komórek, musimy przypisać urazowi rolę przyczynową. Rozumie się, wiek chorego i inne warunki mogą wpłynąć na zdolność rozrodczą, ale nawet w starości może istnieć podobna własność komórek. Lecz jakie podrażnienie wywołuje takie specyficzne bujanie?

Dłaczego w jednym przypadku mamy zwykłą regenerację, w drugim zaś rozrost nienormalny?

SCHAPER nie twierdzi bynajmniej, że wszystkie przypadki nowotworów objaśnić należy jego hipotezą. Uznaje on, że dzięki silnemu bujaniu takich zarodków, mogą się one oddzielić i powędrować, że nawet przy całości tkanki możebne jest bujanie i przemieszczenie pewnych tylko elementów, i w ten sposób pośrednio robi ustępstwo teorii RIBBERT'a.

Tak więc teoretyczne poglądy na powstanie raka, wywołanego urazem mechanicznym, dadzą się sprowadzić do bujania komórek zarodkowych w myśl COHNHEIM'a lub SCHAPER'a, do bujania dojrzałych komórek przemieszczonych, przyczem w ślad za oderwaniem od macierzystego podłoża następuje pewne różniczkowanie (RIBBERT), nakoniec widzimy powstanie nowych ras komórkowych (HAUSER, HANSEMAN, MARCHAND, ISRAEL i inni). RÖSSE i SCHÜTZ

kładą nacisk na bezpośredni wpływ urazu, RIBBERT zaś zupełnie ignoruje ten czynnik; ten ostatni jednak przypisuje znaczenie chronicznemu zapaleniu, które dzięki bujaniu tkanki łącznej wywołuje przemieszczenie nabłonka. W każdym razie wszyscy wymienieni autorzy przypisują znaczenie tylko długotrwałemu podrażnieniu, uraz zaś jednorazowy może być czynnikiem jedynie w myśl teorii RIBBERT'a.

Wyjątek stanowią wrzody okrągłe żołądka i owrzodzenia skóry, gdyż tutaj wrastanie i bujanie nabłonka jest teoretycznie możliwe.

Z dziedziny teorii zwróćmy się teraz do literatury i statystyki.

Rana, jako bezpośrednia przyczyna raka, była notowana tylko kilka razy. W przypadku HAHN'a po ranie powłok głowy nastąpiło ropienie, w ciągu którego przyłączył się rak, operowany w pięć miesięcy po urazie. W przypadku ALBU żołnierz, uderzony kolbą w brzuch, miał objawy krwotoku wewnętrznego, a w trzy lata później zmarł na raka. W przypadku autora kobieta po upadku z powozu i poranieniu twarzy szkłem, przyczem rany zgoiły się przez rychłozrost, sześć miesięcy później zapadła na raka blizny. Widzimy więc, że w żadnym z opisanych przypadków niema danych dostatecznych oskarżać ranę lub uraz zewnętrzny o wywołanie raka.

Że jednak blizny i powikłania rany mogą sprzyjać powstaniu raka, na to wskazuje wielu autorów. Gdy jednak uważnie przyjrzymy się ich wywodom, musimy przyjść do wniosku, że nie sama rana, lecz ciągle drażnienie jej w ten lub inny sposób sprzyja zapaleniu, a ztąd powstaniu nowotworu. Tak np. przy przetokach, wrzodach, oparzeniach etc.etc. widzimy przyczynę nadżarcia lub owrzodzenia, to jest czynniki, które zaliczyć należy do przewlekłych, jednocześnie mechanicznych i chemicznych podrażnień.

Jakie znaczenie ma uraz, zadany narzędziem tępem? Cyfry statystyczne wahają się w szerokich granicach, w zależności od krytycyzmu danego autora. Tak np. BOIL wskazuje 120%, MAAS zaś i WÜRTZ koło 1½% przypadków tępego urazu w etiologii raka. W rzeczywistości, zaś nie mamy w literaturze ani jednego przypadku, gdzieby obok urazu nie było następnych podrażnień.

Najczęściej wskazywano na ten czynnik przy powstaniu raka sutki. Lecz i tutaj dane cyfrowe w oświeceniu krytycznych badaczy przemawiają na niekorzyść tego poglądu. MACHOL w 72 przypadkach raka sutki tylko w 4 przypuszcza z pewnem prawdopodobieństwem wpływ urazu. SCHULTHESS, który robił ankietę wśród matek zürichskiego kantonu, doszedł do podobnych wyników, choć nie ulega kwestyi, że sutka kobieca jest szczególnie wystawiona na wpływ urazu mechanicznego.

Bogatą statystykę zebrał KEMPFs z kliniki BRAUN'a. Na 1299 przypadków raka rozmaitych części ciała notuje 7 z pewnem, 11 zaś ze znacznem prawdopodobieństwem wpływu urazu. Z tych ostatnich siedem przypadków było poprzedzonych długotrwałem ropieniem, dwa nowotwory powstały na bliznach, jeden po ukąszeniu przez jakiegoś owada, nakoniec ostatni był wynikiem tępego urazu. Sprawa tyczy się 62 letniego robotnika, który, podając, uległ stłuczeniu szczęki dolnej. Niewielka ranka zagoiła się dokładnie, po roku zaś powstał na tem miejscu nowotwór. O przypadkach, gdzie chory widzi początek choroby w skaleczeniu brzytwą i t. d. nie warto chyba wspominać.

Dawniejsze cyfry WOLFF'a z kliniki LANGENBECK'a przypisują urazowi większe znaczenie, gdyż uraz stanowi zdaniem tego autora w 12% przypadków przyczynę choroby. Dość jednak przejrzyć niektóre historie chorób, aby się przekonać o łatwowierności autora, który np. wierzy choremu, że rak począł się rozwijać po skaleczeniu dziąseł wykałaczką, uderzeniu batem, a nawet wskutek trąbienia podczas chłodnego wiatru. W 20 przypadkach raka języka 5 razy zwała winę na zepsute zęby. W 108 przypadkach raka sutki raz zanotowano kopnięcie drugi raz uderzenie, choć nowotwór rozwinął się po długim przeciągu czasu od chwili urazu. We wszystkich przypadkach, objętych statystyką WOLFF'a, albo przerwa, dzieląca uraz od powstania nowotworu, jest zbyt wielka, albo domniemania chorych zbyt subiektywne.

Teorya RIBBERT'a uznaje możliwość po-

wstania raka po jednorazowym ostrym lub tępym urazie. Zresztą sam RIBBERT mówi, że uraz działa nie tylko na komórki, ulegające przemieszczeniu, lecz również na otaczające tkanki, wywołując wylew krwi zapalenie, i w ten sposób zmniejsza znaczenie przemieszczenia komórek w powstaniu raka. Prawda, i zapalenie i wylew krwi mogłyby, zgodnie z teorią RIBBERT'a, wywlać bezpośrednio podobne przemieszczenie tkanki nabłonkowej, trudno jednak przypuścić, żeby RIBBERT miał na myśli takie grubo mechaniczne objaśnienie. A jednak znajdujemy je w przypadku, opisanym przez Karola MEIER'a. Młoda amerykanka, wiosłując, uderzyła się w przedramię. Wśród objawów bólu w miejscu uderzenia powstał rak płasko-komórkowy, wychodzący z kanału kostnego. Jedyne możliwe objaśnienie—to utworzenie się szczeliny w kości, przez którą naskórek dostał się do szpiku. Przypuszczenie to jest tak fantastyczne, że łatwiej pogodzimy się z myślą, iż rak istniał już oddawna w skrytej formie, tembardziej, że przerzuty rakowate częstokroć rozwijają się daleko szybciej od pierwotnego ogniska.

Na podstawie teoryi RIBBERT'a daleko łatwiej oskarżyć o wywołanie raka ranę ciętą, niż tępy uraz. W pierwszym przypadku mamy przynajmniej możność podobnego przypuszczenia gdyż bądź co bądź, zraniona zostaje skóra pokryta warstwą nabłonkową; w drugim przypadku tkanka tu niema żadnego dostępu do rany. Sutka, jako organ, zawierający wiele tkanki nabłonkowej, bardziej od innych organów nadaje się do teoryi RIBBERT'a. Chcąc jednak dowieść związku między urazem i nowotworem, należy wyłączyć wpływ wszelkich innych badźców, a potem dopiero powiązać przyczynę i skutek pod względem przestrzeni i czasu. Nie powinniśmy przytem tracić z oczu faktu, że właśnie przy raku sutki poprzedzające zapalenie jest rzeczą bardzo częsta (SCHULTHESS, FISCHER)

(D n.).

O D C I N E K.

WYDZIAŁ LEKARSKI
 Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego
 (1817 --- 1831).

ZARYS HISTORYCZNY

przez

Józefa Bielińskiego.

A. Organizacya wydziału.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr 34).

Są to pytania ważne i godne zastanowienia. Zastanawia się więc w dalszym ciągu profesor nad niemi i rozwiązuje w ten sposób: że profesor wykładający teorię, a nie mający na jej poparcie praktyki—w jaki sposób dowiedzie uczniowi jej prawdziwości?, gdy mu ułoża chorego tej teorii nie wyjaśni? przytacza Dybek i takie jeszcze przykłady: „Czyliż podobnaż jest rzeczą aby się profesor nauk praktycznych stosował do widoków drugiego i, aby był korepetytorem (!) profesora teorii? nie wystawił —że podział nauki z natury swojej niepodzielnej (!) profesorów którzy ją wykladać mają na kolizye nieustanne? Może na to dziekan terazniejszy (Roliński), z profesorem Nowickim (inicyatorem podziału) już na pogotowiu mają dane lekarstwo, rozdzielić za rok lub za lat kilka klinikę chirurgiczną na oddział w którym mieścić się będą operowani i na takich w którym leczeni będą chorzy chirurgiczni lekarstwami! Propozycja taka nie dziwiłaby mnie bynajmniej, bo od czasu jak jestem członkiem Uniwersytetu Warszawskiego nawykłem do corocznych odmian w planie nauk wydziału lekarskiego, z powodu że każdy nowo przybywający członek,

nowe przynosi zdania i nowego ducha reformy. Chęci tej do nowości, nie koniecznie dla nauk pożytecznej (!) rząd tylko może położyć tamę, ale do pośredniów pomiędzy rządem a profesorami wydziału lekarskiego, do Rady Uniwersytetu, należy ściśle i bezstronnie roztrząsać każdy nowy wniosek, a dopiero wtenczas przelożyć go rządowi, gdy przynależną wytrzyma próbę.

Biorą mi za złe że odwołałem com na sesyi wydziału lekarskiego podpisał; wszakże wniosek który podpisałem mimowolnie, nie otrzymał jeszcze sankcyi rządu. Czyliż za to na naganę zasługuję, że Radzie Uniwersytetu śmiało zeznaję, z czem się odezwać nie można na burzliwych zawsze posiedzeniach ogólnych wydziału lekarskiego? Protestacya moja nie narusza bynajmniej nowego planu dla licencyatów, a jeżeli dziekanowi wydziału lekarskiego idzie o wynalezienie nauk dla zapelnienia dziesięciu katedr, czemuż sam nie daje przykładu i nie robi ofiary z anatomii porównawczej, którą wyklada w czterech godzinach w ciągu dwóch miesięcy, pomimo że o tej nauce Cuvier napisał pięć grubych woluminów, a to dzieło profesorowi Rolińskiemu służyć ma za Compendium? Czemuż z listy nauk w wydziale lekarskim, koniecznie wymazaną mieć chce encyklopedyą i metodologią, wykładaną pod nazwiskiem propedeutyki, kiedy podobną naukę wykładają na innych Uniwersytetach i kiedy wydział prawa w Uniwersytecie naszym, encyklopedyę prawa i nauk administracyjnych uważa za naukę wstępną? Czemuż nie poruczy wykładu nauki o chorobach wenerycznych które z natury swojej więcej należą do chorób wewnętrznych jak zewnętrznych, innemu profesorowi? i t. d.

A jeżeli koniecznie idzie o podział chirurgii, czemuż od niej nie oderwie gałąź jaką całkowitą, jak np. choroby uszów, zębów, nóg i t. p., nie zaś wydierać chce co rozdartem być nie może i nie powinno?

Na zapytanie czemuż tego nie powiedział na posiedzeniu wydziału lekarskiego, gdy o no-

wym planie dla licyencyatów była mowa odpowiadając, że wiem, że się istotnie opierał podziałowi nauk do katedry mojej należących, w czem odwołać się mogę do świadectwa JW. Rektora Uniwersytetu, naówczas obecnego; a jeżeli w końcu uległ usilnemu na mnie naleganiu i jeżeli podpisał protokół, czyniłem to w myśli, iż przyniosę pokój sobie i samemu wydziałowi, który się już zabierał do wotowania, nad czem wotować nie miał prawa! Przekonawszy się jednak później, że się omylił, że powolność moja nie tylko mnie, ale i ogółowi przyniesie może uszczerbek, przekładałem wystawienie się na jedną burzę, aniżeli być twórcą nieustających dla mnie udręczeń.

Czegoż bowiem spodziewać się mogę po profesorze Nowickim, który po okazanej przeze mnie na owym posiedzeniu powolności w podpisaniu protokołu, lubo jeszcze nie jest ze mną w żadnej styczności, a już wyszukuje tysiączne sposoby martwienia mnie; czegoż mówię mam się po nim spodziewać, gdy jedną z nim wyklądać będę naukę?

Winienem tu wtrącić nawiasowo, że Nowicki miał dziwny dar zatruwania życia każdemu, kto według jego pojęć, stawał mu w drodze. Marzył o katedrze chirurgii, klinice, a tę katedrę zajmował chwalebnie Dybek. Postanowił więc zatruci mu życie przeróżnymi insynuwacjami, aby go zmusić do opuszczenia Uniwersytetu. Dybek był dziekanem, trudniej więc było szykanować go; ale tenże Dybek miał wadę serca — więc łatwiej było wyprowadzić go z równowagi. Ta podjazdowa wojna przynosiła widoczne plony — bo Dybek rzekł się dziekanii, a Roliński przyjaciel Nowickiego chwilowo ją objął. Objęcie katedry chirurgii teoretycznej przez podział dotychczasowej katedry było dobrze obmyślanym projektem dla obu stron, t. j. dla Nowickiego, który dotychczas nie miał ustalonego stanowiska w Uniwersytecie, i dla samej nauki; — bo z poglądami Dybka, któreśmy powyżej przywiedli, poważnie liczyć się nie można. Jestem pewny, że i sam Dybek, gdy pisał swój protest, nie bardzo zastanawiał się nad jego treścią. Pisał w wielkim rozdrażnieniu, czego wyraźne ślady są w rękopisie; zbyt dobre mam wyobrażenie o profesorze Dybku, jako o człowieku dużej nauki, postępowym i humanitarnym, abym przywiązywał chociażby na

chwilę wagę do tych herezyi naukowych, jakie wypowiadał; powtarzam raz jeszcze, pisał swój protest w wielkim rozdrażnieniu.

Nim ten protest odczytano w Radzie Uniwersytetu, rektor przesłał go do opinii wydziału lekarskiego, i sam przewodniczył na posiedzeniu wydziału 3 maja 1825 roku. Zebrani profesorowie, prócz Dybka, jednomyślnie uznali potrzebę podzielenia chirurgii na dwie katedry; podział ten, zdaniem ich, w niczem nie ubliża Dybkowi, który, prowadząc klinikę, zawsze będzie starszym i pierwszym profesorem; a nawet jeżeli zechce, może kontrolować profesora teoretycznego (!), nie będąc sam kontrolowanym.

Wydział upraszał rektora, aby zechciał pośredniczyć między Dybką a wydziałem w tym względzie, żeby Dybek przyłączył się do zdania wydziału, bez żadnej protestacji i bez żadnej wzmianki o zaszytych dotąd trudnościach. Rektor, przekonawszy się dowodnie, że skutkiem tej reformy, żadna się krzywda nie dzieje Dybkowi, odwołał się do niego listownie 4 maja i w imieniu wydziału i w imieniu Rady, aby się do ogólnego zdania przychylił, i aby o tem zawiadomił piśmiennie Rektora. Dybek na powyższe wezwanie odpowiedział 17 maja: „W skutek wezwania odebranego na dniu 4 b. m., a powtórnem na dniu dzisiejszym, mam zaszczyt oświadczyć, że skoro się JW. Rektor Uniwersytetu przekonał, że proponowany przez prof. Nowickiego, a wniesiony przez dziekana wydziału lekarskiego podział katedry chirurgii na teoretyczną i praktyczną, dla Uniwersytetu jest istotnie korzystnym, nie mogę się więc sprzeciwić temu, co dążyć ma do ogólnego dobra Instytutu, którego jestem członkiem. Nie dzieląc jednak bynajmniej przekonania jakie objawili mieli profesorowie wydziału lekarskiego na ostatnim swoim posiedzeniu, mam sobie za powinność prosić, aby protestacja moja Radzie Uniwersytetu w tej mierze objawiona, nie tylko nie została zaanihilowana, ale owszem by ślad jej wyraźny pozostał, tak w aktach Rady Uniwersytetu, jako i wydziału lekarskiego“.

6. Oprócz przywiedzionych powyżej protestów wobec zamierzonej reformy wydziału lekarskiego, — wypłynęła na scenę jeszcze jedna kwestya, mianowicie stypendyści wojska

polskiego. Rzecz polegała na tem. Dawniejsi licencyjaci, czyli medycy niższej kategorii, mogli zajmować urzędy cywilne, jako lekarze obwodowi, i wojskowe, jako lekarze batalionowi. I dla jednych i dla drugich cenzus był jednakowy, kwalifikacya z ukończonych czterech klas; obecnie reforma przewidziała tylko jedną kwalifikacyę: świadectwo z VI klasy szkół wojewódzkich.

Komisya rządowa wojny, chcąc zapewnić dla służby wojskowej zdatnych lekarzy, postanowiła udzielać ciągle pomoc pieniężną corocznie dla czterech uczniów wydziału lekarskiego, którzy po skończeniu nauk i udowodnieniu swej zdatności przez założenie przepisami ustanowionego egzaminu, obowiązani byli służyć w wojsku przez lat sześć, w czasie którym stypendyum (forszus) dane tymże w czasie uczęszczenia na nauki, miało być częściowo z żółdu ściągane. Otóż w chwili zapowiadanej reformy między stypendystami byli właśnie z kwalifikacyą czteroklasową, i dlatego komisya oświecenia zwróciła uwagę Rady, aby prawa ich nie były naruszone w zamierzonej reformie. Ta sprawa pomyślnie dla obu stron wyjaśnioną została.

Zwracając się do stypendystów wojskowych, dodam jeszcze, że komisya wojny zwróciła się do komisji oświecenia (23. IV. 1823. Nr. 3020—71) z żądaniem, aby dla zapewnienia się o pilności i przykładaniu do nauk owych stypendystów, rektor Uniwersytetu, jak tylko zawiadomionym zostanie przez komisję wojny o uczniach stypendystach, niezwłocznie wezwał dziekana wydziału lekarskiego o szczególniejszy dozór nad tymi uczniami; przekonywanie się częste o ich postępie, a mianowicie o wprawianiu się ich do operacji chirurgicznych, tak istotnie potrzebnych w służbie zdrowia wojskowej; nie mniej — ażeby co kwartał wydawane były świadectwa uczniom, pobierającym pomoc z kasy wojskowej, o ich pilności i przykładaniu się do nauki, „gdyż komisya rządowa wojny tym tylko uczniom pomagać postanowiła, którzy przez gorliwe przykładanie się do nauk i w nich nienaganne prowadzenie się, zapewnią iż następnie użytecznymi lekarzami dla wojska i dla kraju, stać się mogą“.

Sposób udzielania pomocy pieniężnej z kasy wojskowej był bardzo praktyczny.

1) Stypendysta, po ukończeniu nauk, spłacał ratami całkowicie pobraną sumę, odslugując w wojsku pewną, a jak w danym wypadku, sześć lat.

2) Jeżeli nie mógł lub nie chciał odslugować, obowiązany był pobraną sumę w czasie studyów, zwrócić jednorazowo, całkowicie.

3) Jeżeli stypendysta, nie spłacił całkowitej sumy, gdy umierał, będąc na służbie, przed zamierzonym terminem, wówczas niespłacone raty przepadały.

4) Bez względu na straty, które zawsze powinny być przewidywane i to w wysokim procencie, pierwiastkowy kapitał stypendyalny podwajał się, potrajał i t. d. w szeregu lat; dawało to możność komisji wojny powiększać liczbę stypendystów lub też zwiększać wysokość pomocy pojedynczemu uczniowi.

Ten system przychodzenia z pomocą znajduję praktycznym i możebnym do zaprowadzenia go i dzisiaj w analogicznych wypadkach.

7. Kwestya egzaminów, w nowem urządzeniu, uwzględnioną została ogólnikowo, przy powołaniu się na dawniejsze w tej mierze rozporządzenia. Ponieważ egzamina te były bardzo uciążliwe, przeto wydział lekarski, a właściwie dziekan w jego imieniu, wystąpił z projektem, mającym głównie na celu ulżenie uczniom medycyny, przy zdawaniu całokursowego egzaminu, przez rozdzielenie go na dwa, to jest na egzamin z nauk początkowych i drugi z nauk ukończających kurs, który miał przypadać w dwa lata po egzaminie pierwszym.

Projekt ten czytany był na posiedzeniu wydziałowem 10 października 1826 roku.

Dziekan Mile motywował swój projekt w ten sposób: Profesorowie wydziału lekarskiego przekonywają się, że najlepsi uczniowie medycyny, to jest ci, którzy przy dobrem przygotowaniu naukowem celowali pilnością i obyczajnością, czego dowodem są ich świetne egzamina roczne, jednakże całokursowych egzaminów nie złożyli, w takim stopniu doskonałości, jak się należało spodziewać. Zgłębiając tę rzecz, przyszli profesorowie do wniosku, że przyczyną tego jest: wielość i obszerność nauk lekarskich. Wim, że nauk lekarskich wykładanych w wydziale było 30; a zatem uczniom

wie pod względem liczby i obszerności nauk są przeciążeni w porównaniu z innymi wydziałami. Powtórę, pięcioletni kurs nauk jest także jedną z przyczyn, bo przedział czasu między naukami, których uczeń słucha w pierwszych latach, a egzaminami ostatecznymi, jest za duży. Potrzebie, wiele czasu pochłania egzamin całokursowy; dla każdego przedmiotu jest zadługi, bo dwugodzinny. Te egzamina następują jedne po drugich, w krótkich odstępach czasu, ztąd przeciążenie, szczególnie w porównaniu z egzaminem na innych wydziałach.

Otóż te trzy przyczyny uważają profesoria za główne, dzięki im takie rezultaty dają egzamina całokursowe.

Usunięcie ich przedstawia duże trudności, bo jak postąpić z owymi trzydziestu przedmiotami. Przedmioty te są konieczne, bez nich się obejść nie można; zresztą nie ma takiego wydziału lekarskiego, gdzieby wykładane nie były. Lecz chcąc uniknąć przeciążenia, wydział proponuje, aby ostatni kwartał poświęcony był przygotowaniu się do egzaminów, a zatem aby uczniowie uwolnieni byli od klinik i zapisywania historii choroby.

Nie mniej trudną jest do usunięcia i druga przyczyna, bo kursu skracać nie można. Wprawdzie, przy zastosowaniu egzaminów w pierwszych latach, liczba przedmiotów na egzamin całokursowy uległaby redukcji; lecz natomiast w tymże czasie nagromadziłoby się więcej przedmiotów do słuchania (?), co wpłynęłoby na obciążenie umysłu ucznia.

W czasie pięcioletniego kursu uczniowie cały prawie dzień są zajęci, mają bowiem w ciągu tygodnia: w pierwszym roku 36 godzin na słuchanie przedmiotów w wydziale filozoficznym i lekarskim; w drugim roku 18 godzin przeznaczonych na słuchanie prelekcji, a 24 na ćwiczenia się w anatomii praktycznej; w trzecim roku 18 godzin na słuchanie; w czwartym roku 21 godzin na słuchanie, 28 na kliniki, rachując tylko 4 godziny na dzień, nie wyłączając niedziel; w piątym roku 18 godzin na słuchanie, 28 godzin na kliniki. „Możnażby jeszcze więcej na dzień przydać godzin?”, zapytuje Mile.

(C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

— Od 1-go października r. b. zawakuje w szpitalu Żydowskim w Warszawie posada asystenta-interna oddziału psychiatrycznego. Warunki: pensja roczna—669 rb., mieszkanie,

opał, światło. Pożądana jest pewna znajomość neuropatologii i psychiatryi. Adres dla ofert: dr WIZEL, starszy ordynator oddziału psychiatrycznego, Warszawa, Nowo-Sienna, Nr. 1-e.

Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. Wł. J. w Św.—Bakteryologia GÜNTHERA w przekładzie polskim ŻURAKOWSKIEGO. Anatomia topograficzna BARDELEBENA w języku niemieckim.

Od Redakcyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1907 i o uregulowanie zaległych rachunków.

ZAMIĄST ŻELAZA!

ZAMIĄST TRANU

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Daje wysmienite wyniki w angielskiej chorobie, zółtach, ogół. osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie, i in. chorobach.

Odznacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu bornego i salicylowego i wszelkich innych środków antibakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), 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.

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33. Zurych, Hanau nad Menem, Londyn.

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menzler'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tifusdiagnosticum —
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 przeciwnie w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentytycznej. 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 rękach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnie ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionit 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.
10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz.
Wskaz.: bronchitis, laryngitis,
gruźlica płuc. Nie ma dział. uboc.
małże i innych pochodzących z tego

Brompin 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. brompinu 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, biegaczka, 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: zółty, kaszel oskrzelowy emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

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

Antithyreoidin Möbius

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

Veronal

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

Bromalin

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

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnie, specyfik przeciw nocnym potem suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potem turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się obywatel oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz. krwot. miesiączk., krwot., przy zatrzymanej mles., obfite miesiączkowe krwotaki

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.



Opatentowany.

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

Niezawodny.

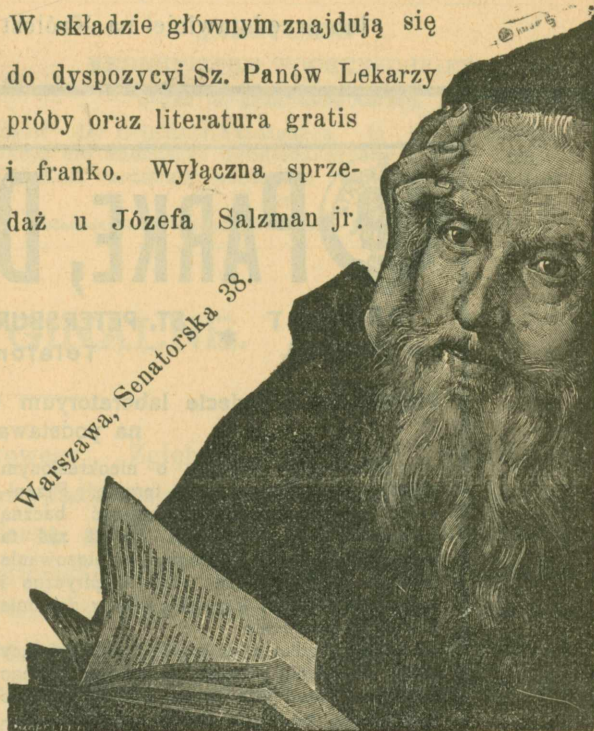
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“ stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr.

Warszawa, Senatorska 38.



U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie „Purgen'em“ i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgoła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu.

D-r Antonio Maggiorani

Xeroform

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

Collargol

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

Creosotal

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

Novargan

Rozpuszczalny preparat białkowo-srebrny do leczenia trypra szczególnie w ostrym okresie. Nie działa drażniąco na błonę słuchową nawet w mocnym stężeniu.

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Drezno;

lub przedstawiciel na Królestwo Ludwik Freider, Warszawa.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
• (Ameryka).

ST. PETERSBURG,
•

B. Kuniuszennaja
19/8.

Telefon № 233-81.

* 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 wiadomą, 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-

ktem 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.