

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TRZEŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa. Napisał A. Wizel. (Ciąg dalszy). — Przyczynę do kwestyi ciąży śródmiaższowej. Podał H. Raszkes. (Ciąg dalszy). — ODCZYTY KLINICZNE. O leczeniu ciąży zewnątrzmacicznej. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 77. O wydolności serca. 78. O nieznanym dotychczas objawie tętniaka aorty. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 2 września r. b. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Wizel — Une imbécille comme calculatrice extraordinaire. 2) D-r H. Raszkes — Contribution à la question de la gravidité intermusculaire.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Wizel — Ein ausserordentliches Rechentalent in einem Falle von Imbecillität. 2) D-r H. Raszkes — Ein Beitrag zur Frage der intermusculären Gravidität.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU CHORYCH UMYSŁOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

PRZYPADEK

FENOMENALNYCH ZDOLNOŚCI RACHUNKOWYCH U GŁUPTASA.

Napisał

ADAM WIZEL

ordynator oddziału.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 41).

U badanych przez się osobników, INAUDI'ego i DIAMANDI'ego, CHARCOT i BINET stwierdzili przedewszystkiem pewne zasadnicze, fundamentalne zjawisko, a mianowicie, pamięć specyjalną cyfr. „U nich (t. j. u cudownych rachmistrzów) nie widzimy utraty żadnego z rodzajów pamięci, lecz jedna z pamięci, a mianowicie, pamięć cyfr dochodzi do nienormalnie wielkich, wprost zdumiewających rozmiarów, podczas gdy inne rodzaje, na ogół biorąc,

nie przedstawiają nic zgoła szczególnego; niekiedy nawet znajdują się one poniżej normy. ²⁾

W pamięci cyfr BINET odróżnia dwie rzeczy: 1) maximum cyfr, jakie dany osobnik jest zdolny powtórzyć po jednorazowym ich usłyszeniu: jest to zdolność nabywania (*pouvoir d'acquisition*). 2) liczba cyfr, jaką dany osobnik jest w stanie przechować w pamięci, ucząc się ich wielokrotnie: jest to obszar pamięci (*étendue de la mémoire*).

Każda z tych zdolności pamięciowych była u badanych rachmistrzów kolosalnie rozwinięta. Co się tyczy zdolności nabywania, to badania doświadczalne wykazały, że, o ile człowiek normalny jest w stanie powtórzyć po jednorazowym usłyszeniu nie więcej, niż 6 — 12 cyfr, INAUDI był w stanie powtórzyć 42 cyfry.

Co się tyczy obszaru pamięci, to okazało się, że, o ile człowiek normalny, wyuczywszy się na jednym posiedzeniu pewnej liczby cyfr, np. seryami po 8 lub 9 cyfr, już po 4 lub 5 sekundach zapomina ich (ucząc się nowej seryi z 9 cyfr, natychmiast zapominamy seryi poprzedniej), INAUDI pod tym względem okazuje niezwykłą zdolność: zapamiętawszy seryę z 24 cyfr, jest w stanie zaraz potem nauczyć się nowej seryi z 24 cyfr, a potem jeszcze innej i t. d., przyczem każda nowa serya nie zaciera bynajmniej w pamięci seryi poprzedzających. Dzięki temu INAUDI pod koniec seansu umiał powtórzyć 300 cyfr, które pochodziły z rozmaitych zadań, jakie mu dawano na posiedzeniu do rozwiązywania.

Drugi fakt, stwierdzony przez CHARCOT'a i BINET'a, polega na tem, iż rachmistrze z niezwykłą pamięcią cyfr należą bądź do typu słuchowców, bądź do typu wzrokowców. INAUDI — był słuchowcem (zapamiętywał cyfry, jako obrazy słuchowe), DIAMANDI zaś wzrokowcem (zapamiętywał je jako obrazy wzrokowe).

Tyle co do pamięci. Ale rachmistrze, prócz pamięci, posiadają nadto niezwykłą zdolność do rachowania na pamięć (*calcul mental*). Dwa te pojęcia — pamięć i rachowanie — należy, zdaniem CHARCOT'a i BINET'a, ściśle od siebie odróżniać.

„Każda operacya rachunkowa, dokonana w umyśle, mówi BINET, wymaga współdziałania rachunku i pamięci. I trudno powiedzieć, która z tych zdolności jest ważniejsza, albowiem każda z nich jest niezbędna. Mimo to jednak ośmielam się zrobić przypuszczenie, że najbardziej charakterystyczną cechą cudownego rachmistrza jest właśnie pamięć. Co się tyczy rachunku, to wiele osób potrafi bardzo szybko rachować z ołówkiem w rękę, i cudowni rachmistrze częstokroć nie robią tego szybciej, aniżeli wyćwiczony rachmistrz, rachujący na papierze. Tak jest właśnie z INAUDI'm, gdy robi on mnożenie lub nawet zwyczajne dodawanie. Wiemy, że, jeśli porównać go z kasyerami magazynów, to nie zawsze on ich przewyższa. Wyższość nad nimi posiada on tylko pod względem pamięci. Pamięć, zdaniem mojem, stanowi zasadniczy rys cudownego rachmistrza, pod względem pamięci nikt mu dorównać nie może, wszyscy stoją nieskończenie niżej od niego.“ ³⁾

Ale prócz pamięci i zdolności rachunkowych, należy mieć na względzie, zdaniem BINET'a, jeszcze jeden czynnik, a mianowicie: ćwiczenie. „Dzięki

²⁾ Op. cit. str. 42.

³⁾ Op. cit. str. 194.

nieustannemu ćwiczeniu nabyli oni (t. j. cudowni rachmistrze) swoją wyższość i utrzymują ją. Jeżeli dla tych lub innych powodów przestają się ćwiczyć, tracą oni szybko grunt pod nogami⁴⁾

Stwierdziwszy u cudownych rachmistrzów dwie zasadnicze zdolności, przede wszystkim specjalną pamięć cyfr, a następnie zdolność rachowania w myśli, przechodzi BINET do pytania, przy pomocy jakich metod rachują oni z taką fenomenalną szybkością? Mówiąc o INAUDI'm, zapytuje BINET, „czy posiada on własne swe sposoby rachowania?“ I odpowiada na to: „Tak, sposoby jego różnią się od naszych, i jakkolwiek, nauczywszy się czytać i pisać (dawniej nie umiał ani jednego, ani drugiego — przyp. aut.), poznał on zwykłe sposoby rachowania, mimo to jednak nie używa ich.“ „INAUDI pozostał wiernym metodom swym dziecięcym, któremi posługuje się z nadzwyczajną zręcznością; on je udoskonalił, rozwinął, rozszerzył, lecz nie zmienił ich istoty.“⁵⁾

Tak np., mnożąc, rozkłada złożone mnożenie na seryę bardziej prostych mnożeń, przyczem mnoży z lewej strony do prawej. Przykład:

$$325 \times 638 = ?$$

Postępowanie rachmistrza:

$$300 \times 600 = 180.000$$

$$25 \times 600 = 15.000$$

$$300 \times 30 = 9.000$$

$$300 \times 8 = 2.400$$

$$25 \times 30 = 750$$

$$25 \times 8 = 200$$

Tym sposobem zamiast jednego mnożenia złożonego wykonywa on sześć prostych.

Wykazawszy, jakimi metodami posługuje się INAUDI, BINET robi w końcu uwagę następującą: „zdaniem naszym, metody te, mówiąc nawiasem, bardzo proste, nie przedstawiają nic szczególnie ciekawego, i ci, którzy na pamięć rachują, jak np. kasyerzy w magazynach, nie postępują inaczej, z tą różnicą, iż INAUDI zaczyna zawsze z lewej ręki, a mianowicie od największych liczb“⁶⁾

Gdyby istotnie tak było, t. j. gdyby cudowni rachmistrze używali tylko metod, podobnych do wyżej przytoczonej, to w dalszym ciągu niezrozumiała byłaby dla nas owa fenomenalna szybkość, z jaką rachunki swe wykonywają. Czuje to doskonale BINET i dla tego dla wytłomaczenia kwestyi robi rozmaite przypuszczenia. Przypuszczeń tych jest trzy:

1) Rachmistrze używają specjalnych sposobów, skracających rachunki; jest to t. zw. stenarytmia, nauka dość trudna, ale, jeżeli ją osiąść, to istotnie rachuje się prędzej i łatwiej. Jednakowoż BINET nie sądzi, aby tak było, i w tym względzie powołuje się na zdanie INAUDI'ego, który kategorycznie utrzymuje, że nie zna on żadnych innych metod, prócz tych, o jakich była mowa wyżej.

2) Cudowni rachmistrze umieją na pamięć wydłużoną tabliczkę mnożenia. Ale i tej hipotezy BINET nie przyjmuje, polegając na zdaniu INAUDI'ego, który zapewnia, że zna tylko zwyczajną tabliczkę mnożenia.

⁴⁾ Op. cit. str. 196.

⁵⁾ Op. cit. 73 str.

⁶⁾ Op. cit. 75.

3) Cudowni rachmistrze rachują w sposób poniekąd bezwiedny, otrzymują wynik intuicyjnie, nie przechodząc przez ogniwa pośredniczące. „Gdy kazać mu pomnożyć trzy cyfry przez trzy, to, bardzo być może, iż widzi on od razu, spojrzawszy tylko na nie, jaki może być rezultat, — rachunek zaś mozolny, jaki potem uskutecznia, służy jedynie do sprawdzenia trafności pierwszego rzutu oka ⁷⁾“. Ale i tę hipotezę BINET odrzuca, powołując się znowu na zdanie INAUDI'ego, który twierdzi, że, gdyby on odgadywał, to dawałby odpowiedzi jedynie przybliżone, gdy tymczasem staraniem jego było zawsze rozwiązywać zadania jaknajdokładniej, a do tego niezbędna jest ścisłość w rachunku. W rezultacie BINET, odrzuciwszy wszystkie powyższe hipotezy, żadnej innej nie stawia, i tym sposobem kwestya niezwykłej szybkości rachunków pozostaje dalej nierozwiązaną.

Zostawmy teraz na chwilę wielkich rachmistrzów i przejdźmy do naszej pacjentki.

Czy chora nasza posiada, tak jak oni, specjalną pamięć cyfr? Pytanie to usiłowałem rozwiązać eksperymentalnie, ale usiłowania moje spęły na niczem. Chora do tego rodzaju doświadczeń, ze względu na swe upośledzenie psychiczne, absolutnie się nie nadaje. Próbowałem niejednokrotnie wymóżyć na niej, aby zapamiętała i powtórzyła pewną seryę cyfr, ale chora żadną miarą pojąć nie mogła, o co mi właściwie chodzi. Jakkolwiek jednak doświadczalnie kwestyi rozstrzygnąć nie mogłem, sądząc jednak przez analogię, przypuścić należy, iż Sabina jest istotnie niezwykłą pamięcią cyfr obdarzona (do tej kwestyi jeszcze wrócimy). Zrobiwszy to przypuszczenie, zastanówmy się, jakim typem pamięci jest ona obdarzona.

Pamięć jej jest oczywiście słuchowa. Przy nieznamości cyfr pisanych oraz drukowanych, nie może być mowy o innej pamięci, jak o słuchowej. O ile INAUDI'emu — słuchowcowi dopomagały poniekąd wyobrażenia wzrokowe (wyłączyć tego nie można), a DIAMANDI'emu — wzrokowcowi — wyobrażenia słuchowe, o tyle Sabina posilkuje się wyłącznie wyobrażeniami słuchowemi.

Przechodzimy teraz do jej zdolności rachunkowych. Z przykładów, wyżej przytoczonych, przekonał się czytelnik, iż Sabina umie istotnie zadziwiająco szybko rachować w pamięci. Co do tej zdolności szybkiego wykonywania rachunków na pamięć, to zachodzi pytanie to samo, jakie się następczo uczyliśmy przy badaniu cudownych rachmistrzów, a mianowicie, za pomocą jakich też sposobów Sabina rachunki swe wykonywa?

Przypomina sobie czytelnik objaśnienia, jakie dawała sama pacjentka. Zapytywana o metody mnożenia, podała dwie, z których jedna polega na rozkładaniu liczb na czynniki, druga zaś — na rozkładaniu złożonego mnożenia na seryę bardziej prostych mnożeń. Z tych ta ostatnia jest w zupełności analogiczna do metody, używanej przez INAUDI'ego.

Otóż rodzi się pytanie, czy Sabina zawsze metod tych używa, i czy w tych wypadkach, w których rozwiązuje ona zadania momentalnie, także stosuje ona jedną z tych metod?

Jest to kwestya bardzo delikatna. Zapytana o metodę, za pomocą której wykonała dane zadanie, chora mówi, że rozłożyła liczby na takie i takie czynniki. Nie możemy ani na chwilę podejrzewać jej o złą wolę, o rozmyślnie kłamstwo. Sabina jest na pewno szczerą i, jeżeli mówi nieprawdę, to całkiem bezwiednie, mimo to wszakże jesteśmy zdania, że w tych razach, w których

⁷⁾ Op. cit 100.

momentalnie rozwiązuje zadania, na pewno nie rozkłada ona liczb na czynniki, gdyż proces ten wymagałby zbyt wiele czasu. I rzeczywiście, weźmy jeden z przytoczonych wyżej przykładów:

$$78 \times 78 = ?$$

Przy posilkowaniu się metodą rozkładania na czynniki proces cały składałby się z następujących momentów:

1) $78 \times 78 = 39 \times 2 \times 39 \times 2$

2) $39 \times 39 = 1521$

3) $1521 \times 4 = 6084$

Widzimy, że operacja rachunkowa składa się tu aż z 3-ch momentów. W dodatku zaznaczyć musimy, że pomnożenie 39 przez 39 stanowi znów odrębną operację rachunkową, która również czasu potrzebuje, a tymczasem chora całe to zadanie rozwiązuje niemal momentalnie, z taką szybkością, z jaką my rozwiązujemy zadania z zakresu zwykłej tabliczki mnożenia.

Otóż moim zdaniem, w tych razach, w których Sabina rozwiązuje zadania momentalnie, operuje ona jedynie pamięcią: Chora pamięta, iż $78 \times 78 = 6084$, tak jak my pamiętamy, dajmy na to, iż $7 \times 8 = 56$. A jeżeli na pytanie nasze, w jaki sposób rozwiązała ona zadanie, chora odpowiada nam, że rozłożyła liczby na czynniki i t. d., to nie dowodzi to bynajmniej, jakoby rzeczywiście wykonała ona w danej chwili tę operację matematyczną, lecz dowodzi tylko, że chora kiedyś zadanie to samodzielnie rozwiązywała, używając właśnie tego sposobu, o którym nam obecnie mówi. Na objaśnienia jej częstokroć tak właśnie zapatrywać się należy: odnoszą się one nie do terażniejszości, lecz do przeszłości, wskazują na genezę gotowych już w umyśle produktów kiedyś dokonanej pracy.

Że tak jest istotnie, dowodzą tego liczne fakty. Chora, jakieśmy rzekli, nie zawsze rozwiązuje momentalnie, częstokroć potrzebuje ona na to kilku, kilkunastu i nawet więcej sekund. Cóż to znaczy? Dla czego używając jednych i tych samych metod, raz rozwiązuje ona zadania momentalnie, drugi raz ze stratą większego lub mniejszego czasu? Możliwość przypuścić, że w tych drugich przypadkach dłuższe trwanie roboty zależy od niestałości, od niemożności skupienia uwagi. Ale tak nie jest. W podobnych razach widać, że chora myśli, wysiłek myślowy maluje się na jej twarzy, wyrażając się w ściągniętych brwiach, przymrużonych oczach, w powadze i zadumie, rozlanej na twarzy. Jedyna odpowiedź na to pytanie jest następująca: w tych razach, gdy chora namyśla się, widocznie nie pamięta ona odpowiedzi i na nowo zadanie rozwiązuje przy pomocy zwykłych swych metod. Oczywiście, rozwiązuje nie zawsze z jednakowym powodzeniem: w jednych razach prędzej, w drugich wolniej, niekiedy zupełnie rozwiązać nie może, w innych znów razach myli się. Nie myli się zaś ona nigdy, gdy daje od razu odpowiedź. Tutaj widocznie w grę wchodzi jedynie pamięć.

Że chora posiada ogromny materiał pamięciowy w zakresie liczb, jasno to wykazują owe przykłady z 16, o których mówiliśmy wyżej.

Powiedzieliśmy, że przeskok od 23×23 do formuły: $33 \times 16 + 1$ nie daje się żadną zasadą matematyczną wytłumaczyć, ale wytłumaczyć go sobie można, biorąc w rachubę pamięć. Chora, jak wiadomo, ze szczególnem upodobaniem mnożyła zawsze przez 16 i przez to najlepiej pamięta wyniki mnożeń, w których 16 jest jednym z mnożników. Otóż, mając to na względzie, łatwo pojąć możemy ów przeskok. $23 \times 23 = 529$. Liczba ta (529) przez asocjację wywołuje wyobrażenie liczby 528, o której chora wie, że równa

się ona 33×16 . Ztąd 529 przedstawia się jej jako $33 \times 16 + 1$. Proces ten wytłumaczmy jaśniej na przykładzie z zakresu dostępnej dla nas rachunkowości: $9 \times 9 = 81$, innymi słowy mówiąc, jest to samo, co $8 \times 10 + 1$. Różnica między Sabiną a człowiekiem normalnym polega na tem, że my znamy doskonale iloczyny, powstające z pomnożenia rozmaitych liczb przez 10, a Sabina pamięta nadto iloczyny, powstające z pomnożenia liczb przez 16.

Pamięcią chorej tłumaczy się również to, że na pytanie, ile jest groszy w rublu, w dwóch i t. d., odpowiada ona momentalnie formułą: $y \times 16 + z$. Formuły te ma ona już gotowe w pamięci.

(D. n)

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA J. ROSENTHALA I Z PRACOWNI PATOLOGICZNEJ
D-RA J. STEINHAUSA W SZPITALU ŻYDOWSKIM W WARSZAWIE.

PRZYCZYNEK DO KWESTYI CIĄŻY ŚRÓDMIĄSZOWEJ.

Podał

D-r H. RASZKES asystent oddziału.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 41).

A. Przejście trąbki do legowiska jaja płodowego.

Przy anatomicznych oględzinach preparatu rozcięto trąbkę na całej długości aż do wąskiego ujścia, łączącego ją z legowiskiem jaja. Do mikroskopowego badania wzięto przede wszystkim owo miejsce przejściowe.

W preparatach z tego miejsca widzimy normalną błonę surowiczą i mięśniową warstwę, obfitującą w szerokie naczynia włosowate, szczególnie w części, zwróconej do powierzchni wewnętrznej. Powierzchnia wewnętrzna preparatu nierówna z licznymi wyrostami i zagłębieniami. Dla jasności opisu podzielimy preparat na trzy części, które nazwiemy środkową, prawą i lewą. Otóż na granicy pomiędzy środkową a prawą częścią preparatu podnosi się na wewnętrznej powierzchni preparatu fałda, która zagina się nalewo i falistym szlakiem, równoległym mniej więcej do samej wewnętrznej powierzchni preparatu, ciągnie się nad środkową częścią jego. Na większości skrawków, któreśmy robili i badali, fałda ta dochodzi na granicy pomiędzy środkową a lewą częścią preparatu do wewnętrznej powierzchni jego i zlewa się z nią; na niektórych wszakże takiego połączenia nie znajdujemy, i fałda kończy się swobodnie. Na wielu skrawkach widzieliśmy wskutek tego przestrzeń zamkniętą, ograniczoną od dołu środkową częścią preparatu, z boków zaś i od góry — opisaną wyżej fałdą. Na wewnętrznej powierzchni w prawej i lewej częściach preparatu a również i na wolnej powierzchni fałdy znajdujemy liczne kosmki, przeważnie przylegające do powierzchni, lecz nie drążące do tkanki; tylko nieliczne (podstawowe) kosmki przenikają wgłęb' tkanki. W przestrzeni zaś, ograniczonej przez fałdę i środkową część preparatu, nie

znaleźliśmy ani śladów elementów płodowych (kosmków) — fałda jakby ochroniła tę część od przyczepienia się jaja.

Przyjrzyjmy się obecnie dokładniej budowie części preparatu, znajdującej się pomiędzy warstwą mięśniową a swobodną wewnętrzną powierzchnią, t. j. tej części preparatu, w której w normalnych warunkach znajdować się winna błona śluzowa. W różnych częściach preparatu budowa tej warstwy, odpowiadającej błonie śluzowej, jest rozmaita.

W środkowej części preparatu pomiędzy miejscami nasady fałdy nad warstwą mięśniową znajdujemy rąbek tkanki łącznej, pokryty nabłonkiem walcowatym; w niektórych miejscach tylko nabłonek jest złuszczonej. Rąbek łącznotkankowy miejscami cieniutki, w innych miejscach rozszerza się nieco, i wtedy znajdujemy w nim zwiększoną liczbę komórek, zwracających na siebie uwagę wielkością, dużym okrągłym lub jajowatym jądrem i dobrze barwiącą się protoplazmą, — komórki te odpowiadają w zupełności komórkom decydualnym. Nabłonek walcowaty znajdujemy nadto w niektórych miejscach na tej powierzchni fałdy, która ograniczała opisaną wyżej przestrzeń, wolną od części płodowych; szczególnie dobrze zachował się on w tym miejscu, gdzie fałda się wznosi na granicy pomiędzy środkową a prawą częścią preparatu. Po za tem nigdzie więcej nie znajdujemy nabłonka.

Sama fałda i wewnętrzna warstwa preparatu w prawej i lewej częściach posiada charakter *deciduae*.

Najtypowiej występuje *decidua* u nasady fałdy z prawej strony (Fig. II). Składa się ona z komórek dużych okrągłych lub poligonalnych, o pęcherzykowatym jądrze, przeważnie przylegających do siebie bezpośrednio, i z przebiegających wśród nich gdzieniegdzie naczyń. W miarę przybliżania się do powierzchni swobodnej, przy przejściu w samą fałdę i w prawą część preparatu obraz zmienia się w ten sposób, że liczba komórek decydualnych zmniejsza się, odległość między nimi wzrasta, a powstające wskutek tego przestrzenie międzykomórkowe zajmuje coraz większa ilość włóknistej, ziarnistej lub homogennej substancji. Protoplazma komórek coraz trudniej daje się odróżnić od substancji „międzykomórkowej“, tak, iż zdaje się, że jądra swobodnie leżą wśród owych mas międzykomórkowych; wreszcie jądra komórek doczesnej też zaczynają znikać, przedewszystkiem na swobodnej powierzchni, później głębiej, wreszcie znajdujemy już tylko nierównej grubości masę bezjądrową, nekrotyczną. W całej tej warstwie znaleźć nadto można nacieczenie drobnokomórkowe nierównomierne i nie zbyt obfite. Taki sam charakter posiada i w lewej części preparatu warstwa powierzchniowa, tylko że tutaj przemiany wsteczne doczesnej poszły dalej, i nigdzie tam już nie znajdujemy takiej typowej *deciduae*, jak przy nasadzie fałdy z prawej strony. Odczyny barwne (WEIGERT) wykazują, że owa włóknista, ziarnista lub homogenna substancja, włączająca się pomiędzy komórki i na powierzchni tworząca jednolity pas nekrotyczny, nie posiada charakteru włóknika. Mieszanina v. GIESSON'a barwi ją na kolor pomarańczowy lub brunatnoczerwony.

Na wewnętrznej powierzchni preparatu leżą na całej przestrzeni dobrze zachowane kosmki; niektóre kosmki są przyrośnięte lub nawet na skrawkach zjawiają się w samej ścianie legowiska jaja płodowego. Swobodnie leżące kosmki posiadają na powierzchni całkowite pokrycie syncytialne, pod którym gdzieniegdzie występują pojedyncze komórki LANGHANS'owskie. Tam, gdzie kosmek przyrósł do powierzchni decydualnej, tylko swobodna część jego posiada *syncytium*, dolna zaś, przyrośnięta powierzchnia pozbawiona jest jego;

syncytium z kosmka przechodzi na wewnętrzną powierzchnię ściany legowiska, i tylko czasami wyrostki syncytialne z boków kosmka drążą mniej lub bardziej głęboko w tkankę. Zamiast *syncytium* znajdujemy na miejscu przyrośnięcia kosmka komórki LANGHANS'owskie, które układają się w kilka rzędów i tworzą jakby słupy, łączące ścianę legowiska z kosmkim. Tam, gdzie przecięcie trafiło na podstawę skośnie leżącego kosmka, znajdujemy na skrawkach kosmki, ze wszystkich stron otoczone tkanką decydualną. Na nich *syncytium* nie znajdujemy wcale, lecz obfity rozrost komórek LANGHANS'owskich, tworzących owe słupy, o których wyżej wspominaliśmy.

Od tych słupów wgłąb tkanki można prześledzić rozchodzące się pojedyncze komórki LANGHANS'owskie i grupy ich, które w mniej lub bardziej zmienionej postaci odnajdujemy również w warstwie mięśniowej aż do samej błony surowiczej. W warstwie mięśniowej znajdujemy te komórki zarówno w tkance łącznej międzypęczkowej, jak i pomiędzy pojedynczymi włóknami mięsnymi. Zależnie od warunków wzajemnego ucisku komórki te przybierają w mięśniu kształt najrozmaitszy. Jądra ich są najczęściej pojedyncze; niekiedy wszakże jąder bywa dwa i więcej; barwią się one mocno hematoksyliną. Największe skupienia tych komórek znajdują się wokół naczyń; niekiedy wsuwają się one pod sam śródbłonek, wypuklają go, odrywają, i wtedy te komórki LANGHANS'owskie „wędrujące“ przechodzą do światła naczyń, w którym znajdujemy je razem z oderwanym śródbłonkiem.

B. Ściana legowiska jaja płodowego w pobliżu i w miejscu odcięcia od macicy.

I tutaj ze strony błony surowiczej żadnych zmian nie obserwowaliśmy.

Mięsień — gruby z charakterystycznym rozrostem naczyń włosowatych, występującym szczególnie wybitnie, począwszy mniej więcej od połowy grubości ściany, i wzrastającym coraz bardziej w miarę przybliżania się do wewnętrznej powierzchni legowiska, w okolicy której naczynia włosowate przekształcone już są w lakuny krwawe, wysłane śródbłonkiem.

Wewnętrzna powierzchnia ściany legowiska jest nierówna, usiana masą wyższych i niższych wyrostów. Wyrosty te są utworzone przez pęczki mięśniowe nierównomiernie pokurczone przy skurczeniu się całego worka płodowego po pęknięciu i wyciśnięciu płodu. Pomiędzy wyrostami w brózdach znajdują się przylegające do powierzchni wewnętrznej lub przyrośnięte do niej kosmki.

Pęczki włókien mięśniowych krzyżują się w najrozmaitszych kierunkach; tkanka łączna międzypęczkowa obfitsza w wewnętrznej części ściany legowiska, niż w części zewnętrznej. Pośród tej tkanki, a również pomiędzy włóknami mięsnymi spotykamy tu dużo opisanych wyżej komórek „wędrujących“, pochodzących z warstwy LANGHANS'a. Wyraźnie też występuje grupowanie się tych komórek wokół naczyń pod samym śródbłonkiem, wypuklanie śródbłonka, odrywanie go i przechodzenie tych komórek do naczyń.

Pod wpływem tych komórek włókna mięsne widocznie znikają, cienieją, rozpadają się. Niekiedy tylko pojedyncze cienkie włókienka pośród masy komórek „wędrujących“ stanowią ślad dawnego pęczka mięsnego. Co się tyczy samych tych komórek, to często spotykaliśmy pośród nich wielojądrowe, olbrzymie o bardzo obfitej protoplazmie.

W różnych miejscach kosmki przylegają lub przystają bezpośrednio do wewnętrznej powierzchni mięśnia. Od słupów komórkowych, złożonych z komórek LANGHNS'owskich, na podstawie kosmków odchodzą na wszystkie strony komórki „wędrujące“ w pęczki i pomiędzy włókna mięsne pęczków.

W innych miejscach na mięśniu znajdujemy cieńszą lub grubszą warstwę owej substancji włóknistej, ziarnistej lub jednolitej z rozszaniami w niej w mniejszej lub większej liczbie komórkami decydualnymi, w części dobrze zachowanymi, w części podlegającymi już rozpadowi. W tej substancji leżą wtedy podstawy kosmków, i przez nią przechodzą od słupów podstawowych komórki „wędrujące“. Często na powierzchni owej substancji znajdujemy wąski pasek *syncytium*.

C. Legowisko jaja płodowego na miejscu pęknięcia.

W preparatach, zrobionych z miejsca pęknięcia, znajdujemy na błonie surowiczej złogi włóknikowe, a w nich, jak również w samej błonie surowiczej, drobnokomórkowe nacieczenie.

Warstwa mięsna jest tutaj bardzo cienka, a rozrost naczyń włosowatych w niej stosunkowo ogromny, tak iż niekiedy cała grubość warstwy mięsnej zajmuje jedno rozszerzone naczynie włosowate. Komórki „wędrujące“ są tu bardzo liczne i w ten sam sposób niszczą pęczki mięśniowe, jak to wyżej opisaliśmy.

Nadto obserwowaliśmy tutaj jeszcze jeden sposób scieńczenia warstwy mięsnej. Przy silnym rozroście i rozszerzeniu naczyń włosowatych otwieranie ostatnich przez komórki „wędrujące“ zdarza się bardzo często. Jeśli naczynie włosowate przylegało do wewnętrznej powierzchni legowiska jaja, to światło jego prowadzi w danym miejscu do wytworzenia wgłębienia na powierzchni i scieńczenia ściany. W tych miejscach, gdzie jedno naczynie włosowate zajmuje całą grubość warstwy mięsnej, takie otwarcie naczyń przez komórki „wędrujące“ równa się zredukowaniu grubości legowiska jaja płodowego do grubości warstwy surowiczej. O pęknięcie tej cienkiej błony nie trudno—w naszym przypadku istotnie też tutaj nastąpiło pęknięcie, gdzie ściana była najcieńsza.

Wewnętrzna powierzchnia legowiska jaja płodowego jest w okolicy i na miejscu pęknięcia prawie zupełnie gładka, gdzieniegdzie tylko występują zakłębienia lub wyrostki. Kosmki przyrastają przeważnie bezpośrednio do mięśnia, rzadziej na mięśniu znajdujemy taką samą ziarnisto-włóknistą substancję, jak w innych miejscach worka.

D. Jajowód.

Jajowód nawet na skrawkach, tuż przy przejściu jego do legowiska jaja płodowego robionych, nie przedstawia żadnych zmian patologicznych. Ani silnego rozwoju naczyń, ani nacieczenia drobnokomórkowego, ani zgrubienia warstwy mięsnej nie znaleźliśmy. Nabłonek był wszędzie dobrze zachowany, i nigdzie w tkance łącznej podnabłonkowej nie znaleźliśmy śladów przejścia tej tkanki w błonę doczesną.

(D. n.).

ODCZYT KLINICZNY.

D-r A. RIECK.

O leczeniu ciąży zewnątrzmacicznej.

Dawna kwestya sporna, czy każdy przypadek ciąży zewnątrzmacicznej winien być operowany, nie jest jednakowo rozstrzygana przez najnowsze prace w tej dziedzinie.

Zgodnie z zasadą, że wszelka ciąża zamaciczna powinna być rozpatrywana, jako guz złośliwy, wszyscy autorowie dawniej uważali zabieg operacyjny w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej jako bezwarunkowo wskazany. Obecnie coraz więcej występuje na pierwszy plan kierunek zachowawczy, i dla poparcia jednego lub drugiego sposobu postępowania (zachowawczego lub operacyjnego) skrzętnie zbierają kliniki i niektórzy autorowie materiał statystyczny.

Teoretyczne rozważanie ustalonych naukowo faktów, a mianowicie, że jajo płodowe lub nawet pozostałe po poronieniu jajowodowem kosmki, dzięki swym komórkom LANGHANS'a, niszczą ściany jajowodu i przeżerają naczynia krwionośne, że następnie pęknięcie jajowodu należy tłomaczyć nie drogą mechaniczną, ale uważać jako skutek przeżarcia, każą przypuszczać możliwość krwotoku, pók cała sprawa patologiczna nie zaniknie.

Ztąd wynika, że żaden stan chorej nie wyłącza głównego niebezpieczeństwa ciąży zewnątrzmacicznej, t. j. krwotoku, jak to np. dawniej sądzono, gdy wytworzył się pojedynczy krwistek pozamaciczny.

Ponieważ jednak doświadczenie uczy, że śmierć chorych z krwotoku jest rzadka i wyjątkowo zdarzyć się może przy pierwszym pęknięciu, kiedy zwykle jeszcze ciąża zamaciczna nie jest rozpoznana, że dalej w przypadkach wczesnego przerwania ciąży narząd powraca do stanu prawidłowego drogą wessania, to oczywiście tylko zmniejszenie niebezpieczeństw i niepomyślnych zejść zabiegów operacyjnych może skłonić lekarza domowego do zalecania operacji i zmniejszyć odpowiedzialność operatora.

Postępowanie lecznicze przedstawia się inaczej, kiedy chodzi o ciążę zamaciczną o wykształconym płodzie, t. j. poczynając od 4 miesiąca.

Tego rodzaju przypadki nie nastroczają wątpliwości, i postępowanie lekarza jest wyraźnie wytknięte.

Zabieg operacyjny powinien być dokonany możliwie wcześnie i tylko przy pomocy cięcia brzuszego, ponieważ wydalenie łożyska i zatamowanie krwotoku w miejscu jego wypuklenia bywa niekiedy niezmiernie trudne i wymaga rozmaitych środków zapobiegawczych. Operacji dokonywamy li tylko w interesie matki, chociaż i życie płodu może odgrywać pewną rolę, i operację odkładamy do czasu, kiedy płód staje się zdolnym do życia, mając chorą stale pod bezpośrednią kliniczną obserwacją.

Ciąża zamaciczna dłużej, aniżeli 3 miesiące, trwa naogół bardzo rzadko, zwykły więc przebieg ciąży tego rodzaju bywa odmienny. U kobiety, nie zachodzącej w ciążę od dłuższego czasu, a często lata całe, miesiączkowanie wstrzymuje się 8—14 dni. Po tym czasie występuje większy lub mniejszy krwotok, trwający pewien czas. Jednocześnie w podbrzuszu występują bóle częścią podobne do bólów porodowych, częścią do bólów otrzewny. Chore niekiedy dodają, że przy gwałtownem parciu na stolec padały w omdlenie, że leżenie w łóżku sprowadza

ulgę cierpienia, a ruch pogorszenie. W tym stanie, szczególnie kobiety z klasy robotniczej, spędzają czas dłuższy, póki w końcu nieprawidłowe krwotoki, bóle w brzuchu lub te obydwie objawy jednocześnie nie zmuszą ich szukać pomocy lekarskiej.

Ogólny stan takich chorych jest zwykle opłakany. Tętno jest mocne, nieco szybsze, aniżeli prawidłowe, ciepłota nieco podniesiona. Jeżeli brzuch nie jest napięty i wzdęty skutkiem podrażnienia otrzewny, co się często zdarza, dwuręczne badanie wykrywa niewielkie powiększenie macicy, a z prawej lub lewej strony jej guz o nierównomiernej konsystencji, wielkości jabłka lub pomarańczy. Oprócz tego w dole DOUGLAS'a wyczuwać się dają miękkie masy, ustępujące pod badającym palcem. Kiedy indziej, a przypadki takie dla rozpoznania są najpewniejsze, macica bywa odsunięta do przodu, w stronę spojenia łonowego, przez wielki skrzep krwi, który przedstawia się jako guz pozamaciczny.

Rozpoznanie bywa ustalone często przy następnym badaniu po nowej zapści lub nowym podrażnieniu otrzewny, przy czym daje się spostrzedz powiększenie guza przydatków, lub znajdujemy poprzednio pusty dół DOUGLAS'a wypełnionym,

Tak się przedstawiają przypadki ciąży zewnątrzmacicznej, przerwanej w 6—8 tygodniu jej trwania, i możnaby je nazwać ambulatoryjnymi w odróżnieniu od tych, w których krwotok wewnętrzny panuje nad całym obrazem chorobowym, a wezwany lekarz łatwo robi rozpoznanie przy pomocy wywiadów.

Badanie ginekologiczne wtedy, przy wolnym krwotoku do jamy brzusznej, nie daje pewnego rezultatu, ponieważ ani macica, ani jakikolwiek guz przydatków wymacać się nie daje, jeżeli cała mała miednica wypełniona jest krwią.

W tych przypadkach grożąca śmierć z krwotoku jest bezpośrednio wskazaniami do operacji, która powinna być dokonana natychmiastowo i przy pomocy cięcia brzuszego. Nawet u chorych, pozostałych bez tętna, operacja daje rokowanie dobre, o ile podobny krwotok jest pierwszy, a chora nie była dotknięta małokrwistością przewlekłą.

W przypadkach, omówionych wyżej, kiedy najwybitniejszymi objawami cierpienia są umiarkowane krwotoki wewnętrzne i długotrwałe krwawienia maciczne obok bólów otrzewnowych, zachodzi wątpliwość, czy lekarz ma zalecać operację wobec przeświadczenia, że przypadki tego rodzaju leczą się drogą zachowawczą.

Zważywszy jednak, że leczenie zachowawcze w najpomyślniej przebiegających przypadkach ciągnie się całymi miesiącami (zdolność do pracy wraca przeciętnie po 8-mio miesięcznym leczeniu zachowawczem), a skutkiem zapalenia błony otrzewny miednicy narządy płciowe przez długi czas nie wracają do stanu prawidłowego, chore zaś narażone są na powikłania (powtórne, niekiedy śmiertelne krwotoki, zrosty kiszkowe, które same przez się mogą wymagać później ciężkich operacji, rozkład krwisteku pozamacicznego z powodu zakażenia od strony кишки prostej), jesteśmy zdania, że tylko niebezpieczeństwa, związane z zabiegiem operacyjnym, i przypadkowe powikłania mogą powstrzymać lekarza od doradzania operacji.

Istotnie, pomimo postępów techniki operacyjnej cięcie brzuszne, powszechnie stosowane w celu usunięcia wytworów ciąży zamacicznej i chorego jajowodu, sprowadza niekiedy powikłania w rodzaju posocznicy, wstrząsu otrzewnowego, przewlekłego zapalenia błony brzusznej, ropni powłok brzusznych, następujących przepuklin, czasami potwornych blizn brzucha, powikłania, które zmusza-

ją lekarza i chorą decydować się na operację tylko w razie wskazania co do życia (*indicatio vitalis*).

Wszelako, pomimo tych wszystkich zastrzeżeń co do cięcia brzuszno, w leczeniu ciąży zamacicznej droga operacyjna jest najwięcej celowa, sprowadzając pewne i szybkie wyzdrowienie przez usunięcie worka płodowego i chorego jajowodu. Zadanie to spełnia w zupełności cięcie brzuszno pochwowo, nie przedstawiając niebezpieczeństw, towarzyszących cięciu brzuszno.

Z autorów, największe doświadczenie co do cięcia pochwowego mających, MARTIN i DUEHRSEN wykonali po 30 cięć pochwoowych w ciąży zamacicznej z pomyślnym wynikiem dla chorych, i okoliczność ta wydaje się dostateczną do zalecania tego zabiegu do powszechnego stosowania.

Zgodnie z zapatrywaniem MARTIN'a i DUEHRSEN'a *colpotomia anterior* powinna zdobyć pierwszeństwo przed innymi metodami pochwoowymi w leczeniu ciąży zewnątrzmacicznej.

RIECK stosował cięcie pochwoowe w 6-ciu przypadkach i zawsze z pomyślnym zejściem dla chorych.

Kolpotomia jest wogóle operacją nietrudną dla tych, co przywykli operować tą drogą, przeciwnie, jest łatwa z powodu rozluźnienia tkanek narządu płciowego, właściwego ciąży, i dzięki rozszerzeniu dróg kanału rodno i temu, że kobiety już poprzednio rodziły: operacja jest więc łatwiejsza, aniżeli przy większej części guzów przydatków.

Po przecięciu *plica vesico-uterina* i ostrożnem sprowadzeniu macicy aż przed srom należy chory jajowód za pomocą wacika, ujętego w kleszcze do tamponowania, przycisnąć do ściany miednicy, a za pomocą wskaziciela drugiej ręki sprowadzić do otworu jamy brzusznej.

Następnie winna być dokonana typowa salpingotomia i zawsze pod wodzą oka.

W swoich przypadkach RIECK miał do czynienia z ciążą, rozwijającą się tak w brzuszno, jak macicznym końcu jajowodu lub środkowej jego części, spotykał najróżnorodniejsze zrosty worka płodowego z sąsiednimi narządami, a pomimo to nie napotykał niezwalczonych trudności przy doszczętnem usunięciu worka płodowego: zrosty bowiem i błony rzekome ze względu na swą świeżość pozwalały się stale oddzielić na tępo.

Czas trwania operacji wynosił od 35 — 60 minut. Początkowe stadyum operacji bywa nieco dłuższe ze względu na powolne sprowadzanie chorego narządu, natomiast końcowa faza krótsza, aniżeli przy cięciu brzuszno: zaszywanie rany katgutem odbywa się szybko. Szwy następnie nie zdejmują się, a przeto chora leży nietykana aż do badania w chwili wypisania.

Obawa krwotoku przy *colpotomia anterior* z powodu ciąży zewnątrzmacicznej jest nieuzasadniona. Na tysiąc kolpotomii MARTIN ani w jednym przypadku nie był zmuszony z powodu krwotoku wyłuszczać macicy.

W przypadkach RIECK'a było zadziwiającem, że nawet w razie przerwania lub zmiżdżenia otorbionego worka płodowego, jak tego często zachodzi potrzeba, nie było krwotoku, co praktycznie potwierdza teorię, że sprawa patologiczna częściej i łatwiej sprowadza krwotok, aniżeli mechaniczne zadrażnienie.

Zdrowienie po operacji postępuje szybko i pomyślnie, a wypadkowe podniesienie ciepłoty do 38° nie ma znaczenia. Chore wstają po 2 — 3 tygodniach leżenia, a w ciągu dwóch następnych tygodni wraca zdolność do pracy.

Rana po cięciu pochwoowym zarasta najczęściej w ten sposób, że nawet przy zwykłym badaniu ginekologicznem blizna pozostaje niepostrzeżoną.

RIECK zaznacza, że dwukrotnie operował drogą pochwową przy ostrym krwotoku wewnętrznym, t. j. w przypadkach, właściwie nadających się do cięcia brzuszno, a pomimo to chore w krótkim czasie po operacji wracały do stanu zadawalającego. Tego rodzaju pomyślnie zejście RIECK przypisuje małej szkodliwości zabiegu pochwowego dla ustroju, krótkotrwałym przygotowaniom przedoperacyjnym, zużyciu niewielkiej ilości chloroformu, w przeciwieństwie do cięcia brzuszno, w którym uspienie powinno być głębokie w celu zniesienia napięcia powłok brzusznych, w końcu dzięki uniknięciu wstrząsu brzuszno, który sprowadza dotykaniu otwartej jamy brzusznej i kiszek przez dwie, trzy ręce.

Oczywiście, podejmować się przedniego cięcia pochwowego w stanach ostrego krwotoku wewnętrznego mogą tylko operatorowie, władający dokładnie techniką pochwową. Przedewszystkiem, strumienie starej krwi, płynące z rany pochwojowej, nie powinny stanowić przeszkody do ujęcia i przewiązania chorego jajowodu.

Dążenie do całkowitego usunięcia starej krwi z jamy brzusznej nie prowadzi również do celu. Doświadczenie wskazuje, że doszczętne oczyszczenie ze skrzepów jamy brzusznej nie udaje się nigdy. Dla uniknięcia powikłań przebiegu po operacji, dokonanej, czy to drogą brzuszno, czy pochwową, założenie sączków przy wolnych krwotokach brzusznych staje się koniecznym. Po operacjach jednak pochwojowych nie grozi nigdy niebezpieczeństwo przepuklin, o których operujący drogą brzuszno pamiętać musi, gdy tymczasem przy operacjach pochwojowych krew swobodnie wypływać może przez otwartą jamę DOUGLAS'a (przy wolnych krwotokach RIECK zaleca zakładanie sączków przez jamę DOUGLAS'a), co zapewnia chorej pomyślnie zdrowienie.

Cięcie pochwojowe brzuszne (*colpokoeliotomia*) jest więc operacją zachowawczą, nieszkodliwą dla ustroju i nie sprowadza groźnych dla życia i zdrowia chorych powikłań. Na tysiąc pochwojowych operacji, dokonanych przez MARTIN'a, przypada 15 śmierci, w żadnym jednak przypadku zakażenie nie zostało zaniesione zewnątrz.

Wszystkie te względy przemawiają za szerszym stosowaniem cięcia pochwojowego, a tem samem prowadzą do ograniczenia cięcia brzuszno, spotykającego się coraz częściej z poważnymi zarzutami z powodu, że wymaga wielkich przygotowań, wielkiej asysty, a nie zapewnia zupełnego bezpieczeństwa co do życia i zdrowia chorej ze względu na rozmiar i gwałtowność zabiegu, łączącego się z możliwością zakażenia i następczemi groźnemi powikłaniami.

(*Münch. Med. Wochenschrift* Nr. 31. 1902. r.) Bronisław Szymański.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

77 D-r GIOVANNI GALLI. **O wydolności serca.** Przy badaniu osobników, skarżących się na częste z błędnego niekiedy powodu kołatanie serca, nie znajdujemy zwykle wcale zmian, mogących wytłumaczyć nam to zjawisko. Najczęściej widzimy ten objaw u osób, podlegających częstym wzruszeniom, marnie żyjących, ciężko pracujących, a także w blednicy, małokrwistości i po chorobach zakaźnych. Przy niewielkim już ruchu tacy chorzy odczuwają niezmiernie szybkie i mocne bicie serca; u chorych takich po pewnym czasie zjawia się rozszerzenie serca wraz z sinicą i obrzękami. W takich razach mówimy o osłabieniu serca, o zmniejszeniu wydolności serca i t. d.

Jak jednak określić zawczasu wydolność serca? W tym celu autor zbadał pewną liczbę osobników zdrowych, nie przedstawiających żadnych zaburzeń sercowych, i doszedł do przekonania, że wydolność czynnościową serca można określić, badając wahania w fizyologicznym zdwojeniu drugiego tonu tętnicy płucnej.

Rozdwojenie to występuje wskutek niejednoczesnego skurczu obydwu komór. Jeżeli pierwszy ton jest słaby lub zupełnie go niema, możemy się łatwo oryentować, badając jednocześnie ręką puls chorego. Najwygodniejszym punktem dla auskultacyi jest drugie międzyżebrze z lewej strony na szerokość palca od brzegu mostka lub czasami 3 międzyżebrze na brzegu mostka.

Przy badaniach swoich chorych autor zauważył, że u jednych i tych samych osobników drugi ton tętnicy płucnej raz był zdwojony, raz zupełnie normalny, co jest zależne od czasu badania, gdyż ma tu wpływ psychiczny stan chorego, badanie przed lub po obiedzie, przed lub po pracy i t. d.

Autor zbadał 200 osobników zupełnie zdrowych i 100 chorych i rekonwalescentów; wszyscy byli bez widocznych zmian sercowych.

Przy badaniu 120 zdrowych żołnierzy autor doszedł do następującego rezultatu: rano (przed ćwiczeniami) ze zdwojonym tonem było 19%, w południe (po ćwiczeniach) 40%, a o 3½ po poł. 56%. Najważniejsze jest to, że u żadnego z żołnierzy, u których rano skonstatowano ton zdwojony, objaw ten później w ciągu dnia nie znikał, natomiast przybyła jeszcze nowa liczba osobników z tym objawem. U dzieci odsetka bywa większa (rano 42%, wieczorem 58%), u starców i ludzi dojrzałych o wiele mniejsza. Ta różnorodność odsetek w zależności od wieku tłumaczy się tem, że, jak utrzymuje BENEKE, przedsionki i prawa komora serca w dojrzałym wieku rosną prędzej, niż lewa komora; zwiększony przyrost tej samej komory, od osłabienia której zależne jest zdwojenie drugiego tonu, zabezpiecza serca od tego objawu. Co się zaś tyczy starców, u których siły mięśnia sercowego bądź co bądź zmniejszają się, to brak tego objawu tłumaczy się małą pracą serca: ludzie ci używają tylko niezbędnych ruchów, i zapas energii serca wskutek tego nie tak łatwo się wyczerpuje.

W pozycji stojącej lewa komora wskutek zwiększonego ciśnienia krwi w aorcie ma większą robotę, niż w pozycji leżącej; zamykanie zastawek aorty bywa nieco spóźnione i przypada jednocześnie ze zamknięciem zastawek tętnicy płucnej; wskutek tego synchronizmu, jak później zobaczymy, zdwojony drugi ton znika. Tem autor tłumaczy, dlaczego LANDGRAF przy badaniu żołnierzy niemieckich ani razu nie znalazł tego objawu, gdyż badał wszystkich w pozycji stojącej.

O wiele większe znaczenie ma ten objaw u chorych rekonwalescentów, gdyż badanie 100 tego rodzaju osób dało u wszystkich dodatni rezultat. W przypadkach zapalenia płuc objaw ten zjawia się zaraz po ustąpieniu duszności i oczyszczeniu się pęcherzyków płucnych; po tyfusie, płonicy, odrze i kokluszu bywa on przez długi czas słyszalny; to samo w blednicy i małokrwistości, chociaż siła dźwięku i długość pauzy przy tem mogą być rozmaite.

LEUBE zdwojeniu drugiego tonu tętnicy płucnej nie przypisuje żadnego znaczenia. CASTELLINO rozróżnia rozdwojenie fizyologiczne i patologiczne; w ostatnim przypadku zdarza się ono w niedomykalności zastawki dwudzielnej i w zwężeniu otworu żylnego lewego. Tego samego zdania jest POTAIN, NEUKIRCH, GUTTMAN i inni.

Autor nie zgadza się z tem i utrzymuje, że objaw ten ma zawsze znaczenie patologiczne, wskutek czego posiada wielką wartość, gdyż podług niego możemy sądzić o stopniu zmęczenia mięśnia serca.

Zwolennicy tejszkoły popierają swoje zdanie jeszcze jednym dowodem: uważają oni ten objaw za fizyologiczny, gdyż jest on w warunkach normalnych zależny od oddechu, mianowicie, powstaje ku końcowi wdechu i na początku wydechu. Autor tłumaczy to tem, że przedewszystkiem w tej właśnie fazie oddechowej osłabienie mięśnia sercowego zwykle się zjawia. Musimy sobie uprzytomnić, że w czasie wdechu do prawej komory wstępuje w większa ilość krwi, naczynia włosowate płuc rozszerzają się, ciśnienie krwi w nich zmniejsza się, w aortcie ilość krwi jest mniejsza. Prawa więc komora, przepelniona ku końcowi wdechu krwią, powinna z większą energią się skurczyć, ażeby wyrzucić do naczyń płucnych swoją zawartość, tem bardziej, że w chwili tej płuca są maksymalnie rozciągnięte.

Gorzej bywa, gdy wydolność prawej komory jest zmniejszona. Przy głębokim wdechu zwiększone ujemne ciśnienie w płucach rozszerza naczynia włosowate płuc i zmniejszy w nich ciśnienie, jednakże prawa komora wskutek zmniejszonego ucisku rozszerza się, wpuszczając do siebie jeszcze większą ilość krwi, wskutek czego skurcz tej komory staje się utrudnionym, przedłuża się, zamknięcie odpowiednich zastawek półksiężycowych opóźnia się, i występuje rozszczepienie drugiego tonu.

Rozdwojenie drugiego tonu, słyszalne tylko w końcu wdechu, można uważać za pierwszy stopień osłabienia serca. Jeżeli niedomoga prawej komory bywa większa, i po jednym skurczu komora nie uwalnia się od całej swojej zawartości, natenczas mówimy o zdwojeniu II stopnia. Najsilniejsze czyli III stopnia bywa zdwojenie wtedy, kiedy komorze do całkowitego uwolnienia się od zawartości nie wystarcza jeden skurcz wskutek czego wszystkie skurcze się przedłużają tak, że zdwojony ton bywa ciągle słyszany. Są to najcięższe formy, spotykane zwykle w blednicy, małokrwistości, wycieńczeniu i po przejściu chorób zakaźnych.

Stopniowanie to bywa szczególnie widoczne przy polepszaniu się stanu chorego. Tak np. w rowiniętej blednicy słyszymy zdwojony ton ciągle; później słyszymy go tylko przy końcu wdechu i początku wydechu; nakoniec, gdy stan chorego jest zupełnie dobry, słyszymy go rzadziej, aż zupełnie znika.

W całej tej sprawie lewa komora nie przyjmuje zupełnie udziału, gdyż: 1) ściany jej są trzykrotnie grubsze od ścian prawej komory 2) ilość krwi, wyrzuconej z lewej komory, prawie że zupełnie nie znajduje się pod wpływem oddychania.

Jeżeli zdolność wykonawcza lewej komory zmniejsza się, wtedy w czasie wdechu, szczególnej ku jego końcowi, komora rozszerza się, skurcz jej bywa utrudniony, i następuje opóźnione zamknięcie zastawek aorty: otrzymujemy także rozszczepienie drugiego tonu I stopnia.

Przy jeszcze większym upośledzeniu zdolności wykonawczej lewej komory słyszymy zdwojony ton także i na początku wydechu; a gdy lewa komora jest zupełnie słaba, zdwojony ton słyszymy ciągle. Częstym objawem przy rozdwojeniu drugiego tonu bywa *pulsus paradoxus*; wytłumaczyć to można tem, że niedomoga serca przy wydechu bywa mniej wyraźna, i wskutek tego do aorty dostaje się więcej krwi, niż przy wdechu.

Następujące momenty mogą wywołać rozdwojenie drugiego tonu, jako objaw osłabienia serca:

- 1) zmiany patologiczne mięśnia sercowego
- 2) wzmożenie ciśnienia krwi w naczyniach płucnych lub aortcie
- 3) zmiany w ciśnieniu wewnątrz klatki piersiowej

4) czynniki nerwowe.

Do I grupy zaliczyć musimy: *myocarditis*, zatrucia, choroby zakaźne i charłactwo; wszystkie te choroby działają na obie komory nie jednakowo, gdyż ściana lewej komory jest o wiele grubsza od prawej. Tutaj musimy wspomnieć także o blednicy i małokrwistości, gdyż zmiany we krwi w tych stanach patologicznych działają ujemnie na mięsień sercowy.

Jeżeli w stanach patologicznych, należących do II grupy, ciśnienie krwi w naczyniach płucnych lub w aorcie wzrasta nagle, a siły rezerwowe odpowiedniej komory nie wystarczają, aby w dostateczny sposób wzmocnić skurcz serca, natenczas występuje rozdwojenie drugiego tonu. Przypadki takie mamy w ostrem zapaleniu oskrzeli, zapaleniu płuc i t. d.

Rozdwojenie tonu z lewej strony rzadziej bywa spotykane, niż z prawej, gdyż w aorcie nagłe wzmocnienie ciśnienia krwi wogóle zdarza się rzadziej. Często mamy do czynienia z przypadkami na tle nerwowym (IV grupa). Do tej grupy możemy także zaliczyć przypadki śmierci wskutek nagłego wzruszenia (przestrach, radość i t. p.), które wywołuje wzmoczone ciśnienie krwi w aorcie przy braku wykonawczej energii lewej komory. Sztucznie wywołać można lewe zdwojenie przez silny ucisk na aortę (doświadczenia na psach). Jeżeli wzmoczenie ciśnienia krwi w aorcie następuje nie raptownie, lecz powoli, jak to bywa w zwapnieniu naczyń, w śródmiąszowym zapaleniu nerek i t. p., wtedy lewa komora dzięki przerostowi zastosowuje się do nowych warunków, i rozdwojenia tonu nie słyszymy.

Do III grupy zaliczyć trzeba wszelkie stany patologiczne, zmieniające ciśnienie w klatce piersiowej, jak np. *ascites*, przerost śledziony i wątroby, gruźlica, rozedma płuc i t. p.

Dla terapii ważne jest określenie, czy rozdwojony drugi ton występuje wskutek niedomogi prawej lub lewej komory. Dany przypadek musimy obserwować długi czas i badać w różnych porach, gdyż zdwojenie drugiego tonu, jakśmy już wspomnieli, nie zawsze bywa stałe.

Jeżeli u pewnego osobnika konstatujemy zdwojony drugi ton jednocześnie z przerostem komory, niema to dla nas wielkiego znaczenia, gdyż i bez tego mamy zwykle dużo danych do zrobienia rozpoznania. Ważniejszy objaw ten jest u ludzi, skrzęających się na osłabienie przy niewielkim nawet ruchu — dowodzi on prędkiego wyczerpania zapasu energii mięśnia sercowego. To samo widzimy we wszelkich chorobach zakaźnych, i wtedy pomimo gorączki wskazane jest forsowne odżywianie chorego i absolutny spokój; nierzadko też w tym okresie spotykamy przypadki śmierci wskutek nieznacznego ruchu, jak np. wyjście z łóżka.

Zniknięcie rozdwojenia drugiego tonu u małokrwistych i suchotników służyć może za kryterium do przejścia, ze względu na poprawę, do więcej forsownego leczenia.

Nakoniec autor wszystkie wszystkie swoje wnioski streszcza w następującym:

1) Podział rozdwojenia drugiego tonu na fizyologiczny i patologiczny jest fałszywy; powinniśmy przyjąć podział na grupy I, II i III.

2) Rozdwojenie tonu rozkurczowego zawsze bywa objawem nienormalnym; III grupa jest najcięższa i najmniej się poprawia przez absolutny spokój.

3) Rozdwojony drugi ton zawsze jest wskaźnikiem niedomogi sercowej.

4) Trzeba ściśle odróżnić rozdwojony drugi ton wskutek osłabienia prawej i lewej komory.

5) Spokój jest najlepszym środkiem poprawienia niedomogi sercowej i zniknięcia rozdwojonego tonu. (*Münch. Med. Woch. Nr. Nr. 23, 24, 25*) *Z. Steinkalk.*

— DORENDORF. O nieznanym dotychczas objawie tętniaka aorty. Rozpoznanie tętniaka aorty dzięki zastosowaniu promieni X stało się niewątpliwie ułatwionem. Nie bacząc jednak na to omyłka rozpoznawcza nie jest wyłączona, gdy mamy do czynienia z tętniakiem, wypełnionym skrzepami, lub z nowotworem, zróżnionym z tętnicą główną. Dla tych względów nowe objawy kliniczne zawsze są pożądane.

Objaw, spostrzeżony przez autora, polega na braku zakłębienia nad lewym obojczykiem. Kontury tej okolicy stają się niejasne, często widzimy nawet wypuklenie; jednocześnie nabrzmiwa *vena jugularis externa sinistra* w porównaniu z prawą. Objaw ten objaśnia się położeniem i stosunkiem anatomicznym naczyń i zależy od ucisku, wywieranego przez tętniak na wyżej wzmiankowaną żyłę.

Podobny objaw powinni byłibyśmy widzieć w niedomykalności zastawek aorty i wywołanem przez nią rozszerzeniu i wydłużeniu tętnicy. Doświadczenie jednak autora poucza, że w tym przypadku ucisk na żyłę nie jest wystarczający do wywołania utrudnienia odpływu krwi.

Przy nowotworze w śródpiersiu ucisk jest bardziej jednostajny i działa zwykle na *v. cava superior*, a nie na *anonyma sinistra*, to też widzimy tutaj wypuklenie okolic nadobojczykowych z obu stron. Rozedma płuc jednostronna należy do rzadkości; częściej już spotykamy nasz objaw przy zwężeniu lewego oskrzela.

(*Deutsch. Medicinische Wochenschrift. Nr. 31. 1902 r.*) H. Goldberg.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia z dnia 2 września 1902 r.

TREŚĆ: 1) Stanisław KOPCZYŃSKI — przedstawienie chłopca, dotkniętego bezładem dziedzicznym czyli chorobą FRIEDREICH'a. 2) Józef BRUZIŃSKI — „Najnowsze teorie krzywiczy i najnowsze próby jej leczenia“.

1) Kol. Stanisław KOPCZYŃSKI przedstawił chłopca, u którego rozpoznał rzadkie cierpienie — bezład dziedziczny czyli chorobę FRIEDREICH'a. Chory, skierowany do K. przez kol. ANTECKIEGO, ma lat 6, pochodzi z rodziny pod względem nerwowym nieobarczonej. Matka chłopca 16 razy zachodziła w ciążę. 6 razy roniła, 9 dzieci żyje zdrowych. Chłopiec od pierwszych prób chodzenia zawsze chwiał się i upadał. Pod względem umysłowym rozwijał się prawidłowo. Przy badaniu przedmiotowym znaleziono: Chłopiec patrzy niemal nieruchomie w jeden punkt. Oczy bez wyrazu. Czaszka nieco rozszerzona ku tyłowi. Kręgosłup nieco wygięty w części lędźwiowej ku przodowi. Chód chorego przypomina chód chorych, dotkniętych wiałdem rdzenia i cierpieniem mózdzku: chory stojąc, a tembardziej chodząc, chwieje się, rozstawia szeroko nogi, uderza stopami dość mocno i zatacza się (chód wiałdo-mózdzkowy — *démarche tabéto-cérébelleuse* CHARCOT'a). Lekki bezład statyczny widoczny jest i w rękach. Siła mięśniowa zachowana. Odruchy kolanowe dość żywe. Bardzo nieznaczące drżenie stopy po obu stronach. Żadnych zaburzeń czucia nie stwierdzono. Mowa nieco monotonna, cicha. Czynność nerwów czaszkowych prawidłowa.

K. najpierw wyłączył na mocy braku dostatecznych danych w tym przypadku choroby, które mogłyby przedstawiać podobne objawy, a więc: 1) *tabes infantilis* — *ataxie locomotrice progressive précoce* CHARCOT'a; 2) *sclerosis multiplex*; 3) *lues hereditaria*; 4) cierpienia mózdzku, jak guzy i nowotwory; 5) *paraplegia atactica* GOWERS'a; 6) *Hérédo-ataxie cérébelleuse* MARIE; 7) płasawicę i przyszedł do wniosku, że mamy tu do czynienia z bezładem dziedzicznym czyli chorobą FRIEDREICH'a, cierpieniem bardzo rzadkiem.

Dalej K. rozpatrzył pewne właściwości tego przypadku (brak zniekształceń stopy, brak rodzinnego występowania cierpienia, wzmożenie odruchów stopowych), zaznaczył bliskie pokrewieństwo tego cierpienia z *hérédo-ataxie cérébelleuse* MARIE'go (przypadki MENZEL'a i LONDE'a). W końcu K. rozpatrzył podkład anatomiczny tego cierpienia i przypomniał o przedstawionej przez siebie przed dwoma laty chorej w daleko posuniętym okresie tego cierpienia.

2) Kol. Józef BRUDZIŃSKI odczytał rzecz p. t. „Najnowsze teorye krzywicy i najnowsze próby jej leczenia“.

Najpierw mówca rozpatrzył w krótkości dawniejsze teorye krzywicy: teoryę niedostatecznego i wadliwego odżywiania, teorye chemiczne i toksyczne (WACHSMUTH). Następnie przeszedł do teoryi drobnoustrojowej, teoryi wpływu nadnercza i wpływu grasicy. Pierwsza z nich nie ostała się wobec krytyki. Hipotezę o wpływie nadnercza na powstawanie krzywicy wygłosił STOELTZNER. Zaburzenia w rozwoju kości w krzywicy polegają na jakiejś dyskrazji swoistej ogólnej. STOELTZNER przypisuje główny wpływ zaburzeniom w czynności kory nadnercza. Możliwe są tu dwa przypuszczenia: albo kora nadnercza wydziela jakąś substancję, która wchodzi do soków organizmu i oddziałuje tą drogą na substancję osteoidną, albo też substancja osteoidna wytwarza jakąś wydzielinę, która ulega zmianie dopiero w nadnerczu lub też, spotkawszy się w sokach organizmu z wydzieliną nadnercza. STOELTZNER wykazał doświadczalnie, że podawanie substancji kory nadnercza wywołuje zmiany histologiczne w tkance kostnej, które w kościach rachitycznych w warunkach zwykłych nie występują. Próby leczenia krzywicy substancją nadnercza wypadły względnie pomyślnie. Zmiany w kośćcu ustępują jednak powoli. Inni autorowie (NETER, KINNER, ERIEDMAN) doszli do wniosków ujemnych, pomimo że stosowali najlepsze preparaty angielskie.

W ostatnich czasach MENDEL, opierając się na badaniach FRIEDLEBEN'a i METTENHEIMER'a nad grasicą, przyszedł do wniosku, że, być może, zanik grasicy wpływa na powstawanie krzywicy, i w tym celu w krzywicy podawał wyciąg z substancji grasicy. Wyniki otrzymał pomyślnie. Teorye te (nadnercza i grasicy) czekają jeszcze na krytykę, tembardziej że istnieją jeszcze poważni obrońcy teoryi swoistej intoksykacji (SPILLMAN)

W dyskusyi kol. K. RZĘTKOWSKI zwraca uwagę na pobieżnie omówioną przez mówcę ciekawą sprawę przemiany materii w krzywicy, zwłaszcza w kierunku soli wapiennych. Badania nad przemianą materii u dzieci rachitycznych wykazały, iż wchłanianie soli wapiennych odbywa się u nich prawidłowo, że wszystkie narządy rachitycznych zawierają więcej soli wapiennych, z wyjątkiem kości, które zawierają tych soli o 60% mniej. Badania nad rozwojem krzywicy pod wpływem kwasu mlecznego nie mają żadnego znaczenia: autorowie bowiem podawali nadmierne ilości tego kwasu. Rz. przypomina, że we włoskich instytucjach dla rachitycznych dzieciom dają dziennie 100 — 125 ctm. sz. wina. W końcu Rz. pyta, czy doświadczenia, o których wspomina mówca, były robione na zwierzętach już dorosłych, czy rozwijających się.

Kol. W. ŁAPIŃSKI zaznacza, że teorya, upatrująca przyczynę powstawania krzywicy w niedostatecznem przyswajaniu soli wapnia z pokarmów, znalazła przed dwoma laty poważnego zwolennika w ZWEIFFEL'u. Książka tego autora — wynik kilkoletnich sumiennych badań — rozpatruje bardzo krytycznie cały materiał doświadczalny, dotyczący powstawania krzywicy u zwierząt.

W odpowiedzi kol. BRUDZIŃSKI zaznacza, że doświadczenia robiono na zwierzętach młodych, skłonnych do krzywicy. O pracy ZWEIFFEL'a nie wspominał, gdyż uwzględnił tylko najnowsze teorye krzywicy. *St. Kopeczyński.*

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= HERMANN radzi uciekać się do sztucznego poronienia u chorych na moczówkę cukrową, które zaszły w ciążę. Wiadomo bowiem, że $\frac{2}{3}$ dzieci takich matek umiera już przed przyjściem na świat; bardzo często spotyka się *hydramnion*. Co zaś do matki — choroba przybiera niejednokrotnie szybszy przebieg. Nierzadko chora po rozwiązaniu zapada na śpiączkę cukrzycową, ażeby z niej już nie powstać. (Edinbourg med. Journ. 2. 1902.)

= TELEKY spostrzegł z przypadku moczówki cukrowej, w których na kilka tygodni przed śmiercią znikł cukromocz, i wystąpiła żółtaczka. W obu przypadkach przy badaniu zwłok stwierdzono uciśnięcie *duct. choledochi*: w jednym przypadku przez rozrośniętą tkankę łączną trzustki (*pancreatitis chronica*), w drugim przez tkankę rakowatą (*degeneratio carcinomatosa pancreatis*). (La semaine méd. 21. 1902.)

= D-r TISCHER i D-r BEDDIES wykonali szereg doświadczeń z hematoge-

nem D-ra HOMMEL'a i przekonali się, że preparat powyższy jest znakomitym środkiem krwio-twórczym. Prócz tego wywiera hematogen wpływ na utlenianie bez działania ubocznego. Przy upośledzonym trawieniu, odpowiednio zastosowany, działa hematogen jako środek dyetetyczny. Opierając się na tych fizyologicznych danych, autorowie zalecają hematogen d-ra HOMMEL'a w chorobach krwi i przy ogólnem wyniszczeniu ustroju.

= A. MOSSE zaleca dyetę kartoflaną w moczówce cukrowej. Według autora dyabetycy znoszą bardzo dobrze 1 — 1,5 kilo kartofli dziennie (w niektórych razach nawet więcej). Zarówno w lekkich, jak i w ciężkich postaciach moczówki cukrowej następuje polepszenie stanu ogólnego, zmniejszenie pragnienia i cukromoczu. Z pomiędzy 20 przypadków autora tylko w jednym ta dyeta kartoflana nie wywarła pożądanego wpływu. (Rev. de méd. 2. 1902.)

Ż.

Wiadomości bieżące.

— W tych dniach otwarte zostało w Pruszkowie (pałac Hr. Branickiego) sanatorium dla chorych nerwowych pod godłem „Therapia“. Zakład położony jest wśród obszernego parku, cełuje pod względem niezwyklej wielkości pokoiów, ma wspólną bawialnię, jadalnię, werandy i całe wewnętrzne urządzenie, czyniące zadość uzasadnionym wymaganiom. Potrzeba takiego zakładu dla naszych chorych, z których wielu zaludnia zagraniczne sanatoria, dawno dawała się we znaki.

— Na mocy przepisów z r. 1872 posady ordynatorów w szpitalach miejskich mogą być obsadzone bądź w drodze konkursu, bądź też przez zwyczajne mianowanie. Obecnie inspektor szpitali

cywilnych m. Warszawy odniósł się do rady dobroczynności z wnioskiem, aby na przyszłość istotnie połowę przynajmniej ordynatorów wyznaczano w drodze egzaminu konkursowego, a wogóle ażeby przed innymi kandydatami dawano pierwszeństwo tym lekarzom, którzy już praktykują, jako pomocnicy ordynatorów.

— Pierwszym kandydatem na katedrę po ś. p. GERHARD'zie w Berlinie jest prof. JAKSCH z Pragi.

— Zjazd następny lekarzy i przyrodników niemieckich odbyć się ma w roku 1903 w Kassel.

— W Paryżu utworzono instytut dla medycyny kolonialnej.

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0;
chemicznie czysta glicerina 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0;
(alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetyczny, odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

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

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

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

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycji: **APTEKA NA BOLSZOJ UCHTIE W S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju), Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncyi) 1 r. 60 k.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).

CASCARINE LE PRINCE

Pigułki zawierają
0,10 zasadniczego
pierwiastka

Eliksir
0,10 w łyżce
stołowej

Przeciw zatwardzeniu i t. p.



Cascarine jestto ściśle określona, skryształizowana na substancja i t. d. (Sprawozdania Akademji Umiejętności.) „Działanie jej lecznicze stwierdzone zostało naukowo“ (M. Laffont Biuletynu Akademii Lekarskiej 14 Czerwca 1892 r.) i klinicznie (Towarzystwo Terapeutyczne: Constantin Paul; Dujardin Beaumetz, Medications nou-



velles; 2-iej serji; Biblioteka Charcot — Debove: O środkach przeczyszczających, strona 104; profesor Lemoine z Lille Terapetyka Kliniczna strona 30; Tison: Szpital Saint Joseph i Kongress dla postępu Nauk w Bordeaux 1895. r. I-sza, str. 963; profesor Charles z Liège: Wykład położnictwa i t. d., i t. d.

Skutek tego środka jest łatwy do osiągnięcia, nie pociąga za sobą przyzwyczajenia się, jeżeli zmienia się sposób użycia. Pomocnym jest przy stałym zatwardzeniu w chorobach wątrobianych, żółciowych, kamieni, otyłości jako środek przeczyszczający.

ZWYKŁA DAWKA

Pigułki: 2 pigułki po 1-iej przy każdym posiłku lub wieczorem kładąc się spać.

Eliksiru: 1 lub 2 łyżeczki od kawy lub stołowe stosownie do wieku (zmniejszając lub zwiększając dawkę stosownie do skutku.)

Cascaricones { Pod tą nazwą wyrabiamy małe czopki pozwalające przyspieszać lub opóźniać działanie Cascariny na żądaną godzinę.

Ważne ostrzeżenie. Dla uniknięcia licznych podrabiań, ukrywających się pod podobną nazwą i etykietą upraszamy p. p. Lekarzy o żądanie tylko **Cascarine Le Prince**.

Skład główny w Paryżu ul. de la Tour 62 (16 okręg). dla p. p. Lekarzy wysyła się próby. Na składzie we wszystkich aptekach i składach Aptecznych.



Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Przedstawioiel na Królestwo Polskie Józef Warszawski, Warszawa, Orla 5.

<p>Aspirin Antirheumaticum i. Analgeticum. Najlepiej zastępuje salicylaty. Smak przyjemny kwaskowaty; prawie zupełnie pozbawiony działania ubocznego. Daw. 1 gr. 3-5 dziennie.</p>	<p>Salochinin (Ester salicylowy chininy). Antipyreticum i Analgeticum zupełnie bez smaku. Wskaz.: Stany gorączkowe, gorączki tyfusowe, malaria, nerwice. (Neuralgie, Ischias).</p>	<p>Hedonal Nowy Hypnoticum, zupełnie nieszkodliwe, wolne od działania ubocznego. Spec. wskaz.: bezsenność nerwowa szereg. w stanach depresyjnych i t. d. Daw. 1,5-2 gr. po proszku w opłatkach lub w lewatywie.</p>
<p>Heroin hydrochl. Wyśmienite sedativum przy wszelkich cierpieniach dróg oddechowych, zastępuje morfinę i kokainę, łatwo rozpuszczalne w wodzie, nie drażni. Daw. dla dorosł. 0,003-0,005 gr. 3-4 razy dziennie, dla dzieci 0,0005-0,0025 gr. 3-4 razy dziennie.</p>	<p>Agurin Octan Theobromiu-natrium. Nowe Diureticum, bardzo skuteczne i bardzo dobrze znoszone, daw. 0,5-1 gr. pro die 3 gr.</p>	<p>Salophen Specyfik przy bólu głowy, infekcy, ostrym reumatyzmie stawów. Dawka 1 gr. co 2-3 godziny.</p>
<p>Protargol Organiczny preparat srebra do leczenia trypra i ran, jak również w chorobach oczu. Wybitne bakteriobójcze własności przy najmniejszym podrażnieniu.</p>	<p>Somatoza Wybitny środek wzmacniający dla chorych gorączkujących, osłabionych, rekonwalescentów. W wysokim stopniu pobudza apetyt. Dorosłym 6-12 gr. dziennie, dzieciom 3-6 gr. dziennie.</p>	<p>Europfen Specj. wskaz.: mała chirurgia Uleus molle, Papulmad. Zastępuje jodoform, posiada zapach przyjemny. Stosow.: czysty lub z caobor. pulv aa p. mieszany lub jak maść 5-10%.</p>
<p>Tannigen Nieszkodliwy derywat taniny. Działa skutecznie przy rozwolnieniu i katarach żołądkowo-kiszkowych, specjalnie u dzieci. Dawka 0,25-0,5 gr. 6 razy dziennie.</p>	<p>Żelazo-Somatoza Skuteczny środek wzmacniający przy Chlorozie i Anemii. Zawiera żelazo w połączeniu organicznem i w postaci łatwo wysysającej się. Bez smaku, łatwo rozpuszczalne. Pobudza apetyt, nie działa zamykająco.</p>	<p>Aristol Wybitny środek zablizniający a szereg. przy ranach po oparzeniu z Acid Boric. pulv. aa ppt mieszany lub jako 5% maść.</p>
<p>Trional Pewny środek nasenny, zawsze należy używać z większą ilością ciepłego płynu (herbata, mleko). Początkowa dawka 1,5 potem wystarcza 1 gr.</p>	<p>Mleko-Somatoza Zawiera 5% taniny w organicznem połączeniu. Wskaz.: Dyspepsya, Neurastenia, Anemia, Gruźlica, Tyfus i Krzywica. Dla dorosłych 5-15 gr. dziennie, Dla dzieci 3-10 dziennie.</p>	<p>Creosotal-Duotal Preparaty kreozotu wolne od żrącego i trującego działania przeciw gruźlicy. Bronchitis, Tyfus.</p>

Phenacetyna, Piperazyna, Lycetol, Jodothyryna, Salol.



1896 r.

Nagrodzony medalami. Na Wystawie Paryskiej

Lyon
1894 r.

1900 nagrodzony medalem
i listem pochwalnym.

Bordeau
1895 r.

Naturalny Bessarabski koniak winogronowy, spirytus
i różne naturalne wina.

E. REJDELA w Kiszyniewie.

Naturalny koniak E. REJDELA wytrzymał analizę chemiczną i jest wyrabianym z najczystszych (winogronowych) win, przechowywanym zaś w specjalnie urządzonej piwnicach na sposób francuzki. Zaletami swymi nie ustępuje w niczem oryginalnym koniakom francuzkim. Z zamówieniami prosimy zwracać się WARSZAWA, DŁUGA 55.

Cenniki na żądanie wysyłają się bezpłatnie.



1897 r.

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA**
Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przispisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS

Stabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Stabości wątroby i organów żółte wydzielających.

VICHY HOPITAL

Stabości żołądka i kiszek.

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

- 1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk
2) Ligatury

Składy Główne materiałów opatrunkowych**Sterylizowanych z Pracowni D-ra Borzymowskiego**

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia Sterylizacyjna

2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar. Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze i Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr. 24. Telefon. Nr. 610.

w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).

w Lublinie: Skład Apteczny W-go Magierskiego.

w Siedlcach: Apteka W-go Skowrońskiego.

w Kielcach: Apteka W-go Wierzbęty.

w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

- 6) Gaza jodoformowa po 0,25; 0,5 i 1 m. 7) Bandaże 5—10—20 ctm. sześć. 6 m. dług.

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

3) wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4) Gaza hygroskopijna po 0, 5 i 1 m.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

ZAKŁAD LECZNICZY**Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego**

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp
Chorych na uszy od 12—2 pp.**Zakład Lecznicy dla chorych NA USZY****D-ra L. Guranowskiego**

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Fabryki produktów farmaceutycznych i chemicznych

„LAMBIOTTE FRÈRES”

Paris—Bruxelles

polecają

Chloroformium purissim.—*Creosotum fagi* puriss.—*Creosotum carbonicum*.—*Guajacolum absol purissim. et cristal.*—*Guajacolum carbonicum.*—*Guajacolum phosphoricum.*—*Phosote* (*Creosotum phosphoricum*)—*Taphosote* (*Creosotum tannophosphoricum*).*Creosoform.*—*Gajaform*—*Tannoceosoform* et. cet.

Produkty firmy „Lambiotte Freres” dostać można we wszystkich aptekach, i składach aptecznych.

Generalna reprezentacja i skład:

Dr. B. Loewenstein i Kirsztot, Bracka Nr. 4. Warszawa.

Cenniki, próby i literatura na żądanie FRANCO—GRATIS.

Paris 1900 Grand Prix.

Schlesischer Obersalzbrunnen Oberbrunnen

Pierwszorządne źródło alkaliczne, skutecznie działające od rok 1601.

Analizy i szczegóły o źródle wysyła pocztą bezpłatnie

Kantor ekspedycji wód mineralnych książęcych w Obersalzbrunn.

Furbach i Striebold,

Salzbrunn na Szlązku. Składy we wszystkich aptekach i materyałów aptecznych handlach.

Kantor i skład w Warszawie, Elektoralna 31.
Telefonu Nr. 1360.

NAJWYŻSZA
NIŻ. NOWOGROD 1899.

NAGRODA
KAZAN 1896.

KONIAK
KAUKAZKI NATURALNY
D. Z. Saradzewa

Warszawskie Hygieniczne Laboratorium Miejskie,
stałymi analizami, zaświadcza dobroć i naturalność
koniaków.

Jedyna firma w kraju zaszczyconą najwyższą nagrodą
„Grand Prix“ na wszechświatowej wystawie w Paryżu w 1900 r.
„Prawit. Wiestnik Nr. 10“

Przedstawiciel firmy na Król. Pol. A. Mustaki.
Agenci są pp. Szwarel i Stucki.



Fosfatyna Faliera

przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla
dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w cza-
sie odłączania od piersi i w okresie rośnięcia.
Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy roz-
wój kości.

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach

Sanatorium „SCHATZALP“ Davos

300 m. nad Davos 1860 m. nad pow. morza

Zaleca się chorym na płuca specjalnie i na lato ze
względu na położenie wolne od kurzu i równomier-
ną chłodną temperaturę.

Lekarze zakładowi: Dr. L. Spengler. Dr. E. Neumann.

= Prospekty franko. =

Największy skład naczyń

APTECZNYCH CHEMICZNYCH I DOKTORSKICH
oraz

ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH
E. CH. SZEDROWICZA

Warszawa, ulica Zimna № 6.

Towar wyborowy

CENY UMIARKOWANE.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko