

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 24.

Warszawa d. 15 Czerwca 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

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

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O oddzielaniu i zgęszczaniu antytoksyny błoniczej podali dr Jerzy Brunner i dr fil. S. N. Pinkus—O ciąży śródmiażdżowej. Napisał A. Karczewski. (Ciąg dalszy)—Streszczenia i wyciągi. 29. — Zuelzer. W kwestyi leczenia dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale)—Z towarzyszów lekarskich zagranicznych — S. p. prof. Henryk Jordan. — Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr Georges Brunner et le Dr ès-sciences S. N. Pinkus. — Sur l'isolement et la condensation de l'antitoxine diphtérique. 2) Dr A. Karczewski.—Sur la grossesse interstitielle.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr Georg Brunner und Dr Phil. S. N. Pinkus. — Ueber die Isolierung und Kondensation des Diphtherie-Antitoxins. 2) Dr A. Karczewski. — Ueber interstitielle Schwangerschaft.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej szpitali warszawskich przy szpitalu Ś-go Ducha.

O ODDZIELANIU I ZGĘSZCZANIU antytoksyny błoniczej.

Podali

dr Jerzy Brunner i dr fil. S. N. Pinkus.

Próby oddzielania i zgęszczania antytoksyn wogóle i w szczególności antytoksyny błoniczej dokonywane były wielokrotnie; sprawą

tą zajmowali się: BRIEGER i EHRLICH, WASSERMAN, ARONSON, BRIEGER i BOER, FREUND i STERNBERG, ASTROS i RIETSCH, PRÖSCHER, BELFANTI i CARBONE, SMIRNOW, DIEUDONNÉ, SENG, BRIEGER i COHN, PICK, GIBSON i inni.

Większość badaczy stwierdziła, że antytoksyna przeważnie lub wyłącznie związana jest z globuliną surowicy i opada wraz z nią z roztworu, niektórzy mniemają, że pierwiastek antytoksyny osadza się tylko z częścią globulinowej frakcji surowicy, a mianowicie z t. zw. pseudoglobuliną, czyli z nie strącającą się pod-

czas dializy globuliną. W każdym razie żaden z dotychczas stosowanych sposobów izolowania antytoksyny nie został na szerszą skalę użyty do celów praktycznych z kilku względów: 1) używane do strącania antytoksyny związki chemiczne czyniły produkt mniej lub więcej trującym lub w każdym razie nieodpowiednim dla celów leczniczych; 2) procedura była zazwyczaj zbyt złożona i wymagała tak wielu operacji chemicznych, że wyłączały one aseptykę, stanowiącą podstawowy warunek wyrobu danego przetworu; 3) żaden z używanych sposobów nie wyłączał strat, z którymi bezwarunkowo liczyć się należało z handlowego punktu widzenia.

Powyżej przytoczone fakty spowodowały, że dotychczas niema w obiegu—o ile nam wiadomo—ani jednego preparatu antytoksycznego, któryby zawierał wyosobnioną lub zgęszczoną antytoksynę. Wszystkie wysiłki fabrykantów skierowane są ku temu, aby otrzymać, drogą odpowiedniego uodparniania, możliwie silną surowicę antytoksyczną, co rzeczywiście w pewnym stopniu osiągnięto, tak że obecnie na rynku spotykamy surowicę przeciwbłoniczą o sile 500 jednostek uodparniających EHRlich'a w 1 ctm. sz.; zwykła przeto dawka lecznicza mieści się w 3—4 ctm. przetworu.

Bez względu na to, bynajmniej twierdzić nie możemy, że obecnie osiągnięto wszystko, co w tej dziedzinie osiągnąć można.

Badania ostatniej doby stwierdziły, że białkowe składowe części surowicy zwierzęcej są dla człowieka wcale nieobojętne, że zastrzyknięcie ich—zwłaszcza kilkakrotne—sprowadza objawy t. zw. Serumkrankheit, choroby o ciężkim przebiegu, a nawet nieraz—śmiertelnem zejściu.

Wiemy również dobrze, że słabe działanie tej lub innej surowicy, zwłaszcza w późniejszych okresach choroby, wynika ztąd, że zastrzykujemy ją w ilości niedostatecznej w porównaniu z ilością krążącego lub związanego w ustroju

jadu bakteryjnego, a wszak nieraz zastrzykujemy ją w zbyt małej dawce dlatego właśnie, że lękamy się jej własności trujących ubocznych.

To wszystko dowodzi, że w seroterapii stanęliśmy w połowie drogi i że nie posuniemy się dalej dopóty, póki nie będą wprowadzone metody wyosobniania i zgęszczania antytoksycznego pierwiastka, przy których przetwór będzie znacznie silniejszy, niż dotąd to osiągnięte zostało, i zawierać będzie możliwie najmniejszą ilość ciał białkowych.

Wyniki badań naszych w tym kierunku podajemy poniżej i mamy nadzieję, że metoda, przez nas opracowana, otworzy szeroką drogę do teoretycznego wyjaśnienia i praktycznego rozwiązania wielu kwestyi seroterapii.

Pracę naszą rozpoczęliśmy w lutym 1906 roku i w ogólnych zarysach zakończyliśmy w kwietniu tegoż roku; od owego czasu wielokrotnie sprawdzaliśmy naszą metodę i opracowaliśmy każdy jej etap, tak że obecnie uważamy ją za zupełnie pewną i pod względem technicznym za zakończoną. Materiału do badań, czyli krwi i surowicy przeciwbłoniczej i jadu błoniczego, dostarczyli nam łaskawie: dr W. PALMIRSKI, kierownik Instytutu bakteryologicznego w Warszawie, i dr E. M. HOUGHTON, kierownik oddziału bakteryologicznego fabryki Parke, Davis & Comp. w Detroit, za co Panom tym na tem miejscu serdeczną składamy podziękę.

Zasadniczą podstawą naszej metody jest frakcyonowanie surowicy przeciwbłoniczej za pomocą bezwodnego siarczanu sodowego (Na_2SO_4 , *siccum*, *anhydricum*). Sól ta, poza wieloma bardzo interesującymi własnościami chemicznymi, ma tę jeszcze, że jest fizyologicznie obojętna i zupełnie nieszkodliwa, co w zupełności czyni domieszkę jej do surowicy możliwą i dopuszczalną.

Z punktu widzenia chemicznego ważne dla metody naszej są następujące właściwości soli naszej: 1) doskonała jej rozpuszczalność w cie-

płocie pokojowej (w 18° C—16,8‰), zwiększająca się do ciepłoty 34° C (55‰), gdzie osiąga maximum; 2) bardzo mała jej rozpuszczalność w niskiej ciepłocie (w 0°C—5‰, w 6° C — 7‰), dzięki czemu po oziębieniu zgęszczonego rozczyntu sól ulega krystalizacyi z wydzielaniem wody.

W stosunku do białkowych substancyi siarczan sodowy zachowuje się, jako odczynnik strącający, lecz niezmieniający ich zasadniczych własności, czyli nie denaturujący, a stosowanie rozczyntów rozmaitego stopnia stężenia umożliwia wydzielanie (frakcyonowanie) rozmaitych białkowych substancyi z ich mieszanin.

Z pracy jednego z nas¹⁾ przytoczymy niektóre dane, określające ilość bezwodnego siarczanu sodowego (w odsetkach), za pomocą której osiągnąć bywa strącenie poszczególnych składników surowicy krwi różnych zwierząt.

1) Krew lakowa wołu, rozcieńczona wodą w stosunku 1 : 4.

Zupełne strącenie globuliny 20‰ Na₂SO₄
Prawie zupełne strącenie hem. 28,75‰ „
Zupeł. osadz. wszyst. ciał biał. 35‰ „

2) Surowica krwi wołowej, rozcieńczona w stosunku 1 : 4.

Zupełne strącenie fibrynogenu . . . 15‰
„ „ globuliny . . . 18,9‰
„ „ albuminy . . . 35‰

3) Surowica krwi końskiej, rozcieńczona w stosunku 1 : 5.

Początek zmętnienia 8,8‰
Zupełne strącenie fibrynogenu . . . 14‰
„ „ globuliny . . . 18,8‰
„ „ albuminy . . . 37,5‰

4) Surowica krwi końskiej, rozcieńczona w stosunku 1 : 10.

Zupełne strącenie fibrynogenu . . . 15‰
„ „ globuliny . . . 20‰
„ „ albuminy . . . 39‰

¹⁾ S. N. Pinkus. Ph. D., On the precipitation of proteids with anhydrous sulphate of sodium (Journ. of Physiol. Vol. 27. N. 1 and 2).

5) Surowica krwi owczej, rozcieńczona w stosunku 1 : 1.

Zupełne strącenie fibrynogenu . . . 13,8‰
„ „ globuliny . . . 18,5‰
„ „ albuminy . . . 39‰

Nie należy sądzić, że podane cyfry stanowią ostrą granicę strącalności, czyli że po strąceniu pewnej części surowicy już niewielki dodatek soli powoduje osadzanie się następnej wyższej frakcyi; przeciwnie, powyżej każdego stopnia stężenia soli istnieje niejako strefa obojętna, powyżej której dopiero zaczyna się okres osadzania się następnej frakcyi.

Tak, np. (PINKUS), po osadzeniu globuliny 20-ma procentami siarczanu sodowego, spostrzegamy początek strącania się albuminy w surowicy dopiero około 27,5‰ stężenia soli, zupełne zaś opadnięcie albuminy osiągnąć jest po nasyceniu surowicy 38-u procentami naszej soli.

(C. d. n.).

0 ciąży śródmiaższowej.

Napisał

A. Karczewski.

Non numerandae sunt, sed pendendae observationes.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 23).

Oceniwszy krytycznie rozmaite odmiany ciąży śródmiaższowej, doszliśmy do wniosku, że anatomicznie mogą być uzasadnione jedynie dwie postacie, a mianowicie ciąża w dnie macicy i ciąża w ścianie jej bocznej. Z kolei nastrocza się pytanie, czy nie możnaby wynaleźć w obu tych postaciach pewnej cechy znamiennej, pozwalającej odróżnić istotną ciążę śródmiaższową od innych postaci, zbliżonych do niej pod względem morfologicznym, innemi słowy, czy nie uda-

łoby się ustalić niezawodnego *kryterium anatomicznego* ciąży śródmiaższowej.

Usiłowania w tym kierunku czyniono od dawna. Przedewszystkiem zwrócono uwagę na stosunek więzu obłego do legowiska płodu. Dzięki ENGSTRÖM'owi (12) stało się wiadomem, że odkrycie tej ważnej oznaki rozpoznawczej jest zasługą MAURICEAU. Już bowiem w roku 1669 MAURICEAU, oglądając preparat, pokazywany jako dziwo i poczytywany za ciążę jajowodową, zauważył, że wiąz obły przyczepiał się z boku legowiska płodu, i na tej jedynie zasadzie uznał preparat za okaz „ciąży w substancji macicy”. Z biegiem czasu „ciąża w substancji macicy” uległa zróżniczkowaniu, a zasada, ustalona przez MAURICEAU, poszła w zapomnienie. Dopiero po upływie dwóch niemal wieków KUSSMAUL (29), a zwłaszcza VIRCHOW¹⁵⁾ ponownie podnieśli znaczenie więzu obłego w sprawie rozpoznawania poszczególnych postaci ciąży nieprawidłowej.

Według VIRCHOW'a przyczep więzu obłego stanowi sprawdzian w razie wątpliwości, czy jajo rozwinęło się wewnątrz, czy też nazewnątrz macicy, położenie bowiem rzezonego więzu rozstrzyga o tem, czy jama wytworzona została ze ścian macicy, czy też powstała kosztem jajowodu. Jeżeli wiąz obły przyczepia się po stronie przysrodkowej legowiska płodu, to jamę jajową bezwarunkowo poczytać należy za wytworzoną kosztem jajowodu, skoro zaś przyczep pomienionego więzu położony jest z boku, to uznać wypada, że jajo rozwinęło się w macicy lub w jej rogu szczątkowym.

Twierdzenie powyższe zyskało uznanie powszechne z tą jedynie poprawką, że, podobnie jak w prawidłowej ciąży macicznej lub w ciąży w rogu szczątkowym macicy dwurożnej, wiąz obły zachowuje się również w ciąży śródmiaższowej¹⁶⁾.

Ponieważ stosunek więzu obłego nie pozwala odróżnić ciąży śródmiaższowej od ciąży w rogu szczątkowym, zaczęto więc szukać innych cech znamienych w obu pomienionych postaciach ciąży nieprawidłowej.

BAART DE LA FAILLE (1) pierwszy zwrócił uwagę na niezawodną, jego zdaniem, oznakę różniczkową pomiędzy ciążą śródmiaższową a ciążą w rogu szczątkowym. Według tego autora, w ostatniej pomiędzy macicą a rogiem szczątkowym istnieje zawsze mięsisty kawałek pośredni (*Zwischenstück*)—szypułowy lub w postaci szerokiej podstawy, jednolity lub zawierający kanał. Natomiast w ciąży śródmiaższowej pomiędzy macicą a legowiskiem płodu znajduje się co najwyżej przegroda bloniasta, zaopatrzona w mniej lub więcej szeroki otwór, odpowiadający ujściu jajowodu.

POPPEL (43) uznał oznakę rozpoznawczą, podaną przez BAART'a, za niepewną i usiłował oprzeć rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ciążą śródmiaższową a ciążą w rogu szczątkowym na tworzeniu się doczesnej w legowisku płodu. Według POPPEL'a w ciąży w rogu szczątkowym doczesna zawsze daje się wykazać w worku płodowym, podczas gdy w ciąży śródmiaższowej kosmki pogrążają się bezpośrednio w przestwory mięśniówkowe, na co już dawniej zwrócili uwagę pomiędzy innymi BR. HICKS oraz HERR i BIRNBAUM. A zatem, zdaniem POPPEL'a, brak doczesnej w worku płodowym jest cechą znamieną ciąży śródmiaższowej.

SIMON (55) odmówił wszelkiego znaczenia pod względem rozpoznawczym zarówno oznace, podanej przez BAART'a, jak i zasadzie, ustalonej przez POPPEL'a. Zdaniem SIMON'a, za nieomylną powinna być uznana jedynie cecha RUGÉ'go, której istotę i wartość rozpoznawczą powyżej szczegółowo rozważyłem.

¹⁵⁾ Cyt. według ENGSTRÖM'a (12)

¹⁶⁾ Dodać należy, że taki sam stosunek więzu obłego zachodzi w tej odmianie ciąży jajowodowej, w której

część ścian macicznej uczestniczy w wytworzeniu legowiska płodu i którą pozwoliłem sobie nazwać ciążą maciczno-ciesniową.

Zpóród wymienionych kryterów anatomicznych ciąży ródmiąszowej, obok znamienego położenia przyczepu więzu obłego, cecha rozpoznawcza RUGE'go najwięcej pozyskała uznania, zwłaszcza wśród autorów niemieckich. Godzi się jednak zaznaczyć, że w interpretacji niektórych autorów przybrała ona takie brzmienie, iż stała się zupełnie niezrozumiałą. Tak np. HOLST (23) w następujący sposób formuluje istotę oznaki rzeczonej: „Cecha RUGE'go - pochylenie części macicy, niezajętej przez ciążę, w kierunku przeciwnym do strony ciężarnej, wywołane przez rozrost jaja w części jajowodu, przebiegającej w macicy, i przez przerost oraz bujanie odnośnej ściany macicznej, które znowu są następstwami podrażnienia, jakie wywiera na nią jajo, rosnące w przestrzeni przez nią ograniczonej”¹⁷⁾.

Co się tyczy poglądu POPPEL'a, to późniejsze poszukiwania potwierdziły słusność jego twierdzenia co do braku doczesnej w ciąży ródmiąszowej, lecz jednocześnie zachwiały znaczenie tego objawu, jako oznaki rozpoznawczej. Przekonano się bowiem, że w ciąży w rogu szczątkowym doczesnej również może brakować. A więc obecność doczesnej przemawia istotnie przeciwko ciąży ródmiąszowej, lecz brak doczesnej bynajmniej nie dowodzi istnienia ciąży rzeczonej.

W ostatnich czasach próbowano zużytkować do rozpoznawczym swoiste ukształtowanie macicy w ciąży ródmiąszowej, podobnie jak to uczynił BAART DE LA FAILLE w stosunku

do ciąży w rogu szczątkowym. Tak np. CHROBAK z powodu przypadku, który WIMMER (70) w d. 22-im kwietnia 1902 r. przedstawił na posiedzeniu towarzystwa ginekologicznego w Wiedniu, zadał pytanie, czy w danym przypadku sprawdziło się twierdzenie, że w ciąży ródmiąszowej powstaje niestosunkowe wydłużenie bez znacznego rozszerzenia macicy. Zdaniem CHROBAK'a ma to być często jedyne kryterium, pozwalające odróżnić ciążę ródmiąszową od innych postaci ciąży zamacicznej.

Na swoisty kształt macicy w ciąży ródmiąszowej zwrócili również uwagę ze stanowiska rozpoznawczego autorowie francuscy: MURER (41) i DELAGÉNIÈRE (8). Według tych autorów właściwością ciąży ródmiąszowej jest asymetria macicy. Asymetria ta jednak bywa tak zmienna, że za oznakę rozpoznawczą służyć nie może.

WERTH (68) poczytuje za rzecz ważną, ażeby nadal podczas badania anatomicznego preparatów, w których punkt wyjścia ciąży wydaje się wątpliwym, nie zadowalano się wyłącznie stwierdzeniem zmian zewnętrznych i nie wydawano sądu według pewnego szablonu. Jeżeli ciąża ródmiąszowa wchodzi w rachubę, to, zdaniem WERTH'a, więcej, niż o zbadanie stosunków zewnętrznych, chodzić powinno o wyśledzenie związku wewnętrznego. Jako dowodu niezbędnego należałoby wymagać stwierdzenia, że w macicy po stronie, zajętej przez worek płodowy, istnieje kąt, odpowiadający ujściu jajowodu, a następnie wykazanie samego ujścia jajowodu lub też resztki przewodu jajowodowego, położonej w stosunku do worka płodowego po stronie macicy. Wykazanie to, jeżeli preparowanie makroskopowe zawodzi, powinno być uskutecznione przy pomocy mikroskopu tudzież metody, polegającej na dokonaniu szeregu skrawków.

WERTH przyznaje, że, pomimo zastosowania wszelkich środków pomocniczych, zawsze będą się zdarzały przypadki, w których badanie

¹⁷⁾ By kto nie pomyślał, że przekład mój jest nieścisły, przytaczam dany ustęp z oryginału: „Das Ruge'sche Zeichen—die Neigung des nicht von der Schwangerschaft betroffenen Teiles des Uterus nach der der geschwängerten Seite entgegengesetzten Richtung, hervorgerufen durch Wachstum des Eies in dem im Uterus verlaufenden Teile der Tube und durch Hypertrophie und Hyperplasie der betroffenen Uteruswand, welche letztere wiederum die Folgen des Reizes sind, die das wachsende Ei in einem von ihr umschlossenen Raume auf sie ausübt.” Dodać należy, że HOLST w wykazie piśmiennictwa powołuje się na oryginalną pracę SIMON'a.

anatomiczne nie doprowadzi do rozpoznania prawidłowego. Dotyczy to przede wszystkim tych przypadków, w których ciąża przekroczyła zwykły kres rozwoju worków płodowych i doprowadziła do wytworzenia takich stosunków, które zgoła nie dają się rozwikłać.

Tak stoi sprawa rozpoznania anatomicznego ciąży śródmiąższowej w literaturze zagranicznej. Co się zaś tyczy piśmiennictwa polskiego, to przyznać trzeba, że nasi autorowie niewiele zaprzęтали sobie głowę różniczkowaniem anatomicznem ciąży rzeczonej. ROSENTHAL (47) nad rozpoznaniem różniczkowem w sposzreganym przez siebie przypadku nie zastanawiał się zupełnie. Na mocy całokształtu zmian anatomicznych, wśród których niema wzmianki o położeniu więzu obłego, ROSENTHAL bez przytaczania dowodów orzekł, że miał do czynienia „z prawdziwą ciążą śródścienną”.

WARSZAWSKI (66) podniósł znaczenie rozpoznawcze cechy RUGE'go, która „pozwała z pewnością i łatwością rozpoznać na trupie ciążę zamaciczną śródmiąższową od innych jej (?) postaci, a zwłaszcza od ciąży, mającej swe siedlisko w rogu nierozwiniętym macicy dwurożnej”. „Od zwykłej ciąży jajowodowej, twierdzi WARSZAWSKI, ciąża śródmiąższowa różni się tem, że więz obły i jajowód (na trupie) znajdują się po stronie zewnętrznej guza, a w ciąży jajowodowej—zawsze pomiędzy guzem a macicą”¹⁸⁾.

KOŚMIŃSKI (27), jak to już wyżej zaznaczyłem, do rozpoznania anatomicznego ciąży śródmiąższowej uznał za rzecz wystarczającą „obecność lejkowatego zaułka, który bezpośrednio przechodził w trąbkę, a następnie przyczepienie się kawałka łożyska do tego lejka”. Najlepszym jednak dowodem, jak mało troszczono się u nas o należyte uzasadnienie rozpoznania anatomicznego ciąży śródmiąższowej jest przypa-

dek, ogłoszony w r. 1904 przez TROCZEWSKIEGO (60).

Z opisu, zawierającego liczne sprzeczności i niedomówienia, to jedynie wyrozumieć można, że TROCZEWSKI miał do czynienia z ciążą, w której w 7-ym miesiącu nastąpiła śmierć płodu, i która doprowadziła do wytworzenia guza, połączonego wyraźną szypułą z prawym rogiem macicy. Rozpoznawszy ciążę zamaciczną, TROCZEWSKI wykonał operację, polegającą na odjęciu guza. Wycięty guz wraz z płodem przesłał F. NEUGEBAUEROWI, który wspólnie ze STEINHAUSEM zajął się szczegółowem zbadaniem preparatu i o wyniku badania doniósł, że „legowisko płodu—worek o ścianach, składających się z tkanki mięśniowej—wskazuje na to, że chodzi w danym przypadku o ciążę t. zw. śródmiąższową—*graviditas ectopica interstitialis*—nie zaś o ciążę brzuszную”.

A więc za sprawdzian ciąży śródmiąższowej w danym przypadku uznana została obecność tkanki mięśniowej w ścianach legowiska płodu. Wydanie podobnej opinii jest wymownym dowodem tego lekceważenia, z jakim nasi autorowie, nawet mający niezaprzeczone prawo do tytułu istotnych rzeczoznawców, traktowali dotychczas sprawę kryteriów anatomicznych ciąży śródmiąższowej.

Godzi się przytem zaznaczyć, że w orzeczeniu powyższem ciąża śródmiąższowa ze stanowiska rozpoznania różniczkowego przeciwstawiona została jedynie ciąży brzusznej. Ztąd mimowoli nasuwa się wniosek, że zarówno autor pracy, jak i biegli, którzy dokonali szczegółowego badania preparatu, nie zdawali sobie dokładnie sprawy, z czem ciąża śródmiąższowa była zawsze i obecnie jeszcze najczęściej bywa mylona. Ponieważ i w piśmiennictwie zagranicznem sprawa rozróżniania anatomicznego ciąży śródmiąższowej traktowana jest jednostronnie, uważam więc za rzecz właściwą zatrzymać się nieco dłużej nad temi postaciami ciąży nieprawidłowej, które ze stanowiska rozpoznania różniczkowego

¹⁸⁾ Jakim sposobem jajowód w ciąży jajowodowej może się znaleźć pomiędzy guzem a macicą—jest tajemnicą WARSZAWSKIEGO.

przedewszystkiem powinny być brane w rachubę. Mam tu na myśli ciążę w macicy wadliwie rozwiniętej i ciążę w uchyłku macicy; pierwsza w niektórych swych odmianach okazuje wiele podobieństwa do ciąży śródmiaższowej w ścianie bocznej, druga zaś pod względem morfologicznym jest zbliżona do ciąży śródmiaższowej w dnie macicy.

Zpośród wad rozwojowych, wobec których ciąża upodabnia się do ciąży śródmiaższowej, najwięcej zwracano uwagi, jak to już wyżej zaznaczyłem, na macicę dwuróżną z jednym rogiem szczątkowym. Ta wada rozwojowa, jak wiadomo, polega na nierównomiernym rozwoju połów macicy, która, wskutek niespojenia się przewodów MUELLER'a w górnej części, jest rozdwojona powyżej szyi. Niedorozwinięty czyli szczątkowy róg macicy łączy się zazwyczaj z rogiem lepiej rozwiniętym przy pomocy taśmowej szypuły, zwanej powrózkiem łączącym (*Verbindungsstrang*) lub kawałkiem pośrednim (*Zwischenstück*). Róg szczątkowy bywa jednolity lub posiada jamę. W ostatnim przypadku jama rogu szczątkowego bywa połączona z kanałem szyi macicznej przy pomocy wąskiego przewodu, przebijającego kawałek pośredni, lub też bywa całkowicie od dołu zamknięta, pozostając jednak w połączeniu z odpowiednim jajowodem. Skoro w rogu szczątkowym zagnieździ się jajo zapłodnione, zmiany, zachodzące w macicy dwuróżnej, nadają jej niejaki podobieństwo do macicy, w której rozwinęła się ciąża śródmiaższowa. Podobieństwo to jednak jest dość powierzchowne. Polega ono głównie na tem, że w obu tych postaciach ciąży nieprawidłowej wiąż obły jest położony z boku worka płodowego. Poza tem trudno jest odnaleźć w nich cechy wspólne. Zarówno ukształtowanie zewnętrzne, jak i stosunki wewnętrzne są tu zupełnie odmienne. Tak np. odchylenie dna, znamionujące ciążę śródmiaższową w bocznej ścianie macicy, nie istnieje w ciąży w rogu szczątkowym, co wobec rozdwojenia macicy i luźnego zazwyczaj połą-

czenia obu jej połów jest rzeczą zupełnie zrozumiałą. Nadto nowsze spostrzeżenia potwierdziły słuszność zasady, na której BAART DE LA FAILLE usiłował oprzeć rozpoznanie ciąży w rogu szczątkowym. Tak np. KRULL (28), który w roku 1901-ym opisał 4 przypadki tej ciąży, operowane w klinice drezdeńskiej, we wszystkich stwierdził istnienie powrózkowatej szypuły, łączącej ciężarny róg szczątkowy z rogiem lepiej rozwiniętym w okolicy wewnętrznego ujścia macicy. ENGSTRÖM (12), w swej monografii, opartej na jednym spostrzeżeniu własnem i na 70-iu przypadkach, zebranych z literatury, twierdzi, że odróżnienie ciąży w rogu szczątkowym od ciąży w śródmiaższowym odcinku jajowodu zwykle bywa łatwe; istnienie bowiem dość cienkiego kawałka pośredniego pomiędzy workiem płodowym a lepiej rozwiniętą częścią macicy od razu wyjaśnia sprawę.

Więcej nierównie trudności rozpoznawczych nastęrcza ta postać ciąży nieprawidłowej, w której jajo rozwinęło się w komorze szczątkowej macicy dwukomorowej. Na tę postać ciąży niewiele dotychczas zwracano uwagi głównie, jak się zdaje, z tego powodu, że przypadków odpowiednich piśmiennictwo liczy bardzo mało. Zanim przystąpię do opisu tej postaci i do jej porównania z ciążą śródmiaższową, pozwolę sobie w kilku słowach wyjaśnić, co należy rozumieć przez komorę szczątkową.

Macicą dwukomorową nazywamy taką wadę rozwojową, w której prawidłowo odbyło się spojenie obu przewodów MÜLLER'a, lecz nie nastąpił w swoim czasie zanik ścian, odpowiadających płaszczyźnie spojenia. Wskutek tego zewnętrzny kształt macicy jest prawidłowy, lecz wewnątrz posiada ona przegrodę, ustawioną w płaszczyźnie strzałowej i rozdzielającą jamę maciczną na dwie komory. Jeśli przytem jedna połowa macicy została powstrzymana w rozwoju, to odpowiednia komora może się przedstawiać w postaci kanału, przebiegającego w kierunku podłużnym wśród jednej z bocznych ścian maci-

cy. Tego rodzaju kanał, ślepo zakończony u dołu, a komunikujący u góry z jajowodem, nazywamy zamkniętą połową macicy dwukomorowej lub po prostu komorą szczątkową ¹⁹⁾.

Dotychczas znane są w piśmiennictwie zaledwie 3 spostrzeżenia ciąży w zamkniętej połowie macicy dwukomorowej, mianowicie: RLEDINGER'a ²⁰⁾, WERNER'a (69) i FRAENKEL'a (14). Wśród apostrzeżeń powyższych najbardziej typowym wydaje mi się przypadek WERNER'a, który pozwolę sobie przytoczyć tu w streszczeniu.

Przypadek ten dotyczył kobiety 26-io letniej, która odbyła jeden poród prawidłowy, a w 5 lat potem powtórnie zaszła w ciążę. W 2½ miesiąca po zajściu nastąpił umiarkowany krwotok w połączeniu z objawami podrażnienia otrzewny. W końcu ciąży chora przez kilka dni miała bóle porodowe, poczem wkrótce ruchy płodu całkowicie ustały. W przypuszczeniu ciąży zamacicznej z donoszonym płodem martwym wykonano operację, podczas której, po otwarciu jamy brzusznej i rozklejeniu zrostów ukazał się guz o powierzchni gładkiej, po części nieco sinawo przeświecający, po części zabarwiony na szaroczerwono. Na powierzchni przedniej z lewej strony w połowie wysokości guza znajdował się normalny jajowód z jajnikiem. Na 5 cm. ku dołowi od przyczepu jajowodu wychodził lewy wiąz obły. Po nacięciu ściany przedniej znaleziono płód donoszony, zmacerowany oraz łożysko, usadowione na ścianie przedniej. Przy sondowaniu macicy od dołu zgłębnik nie wchodził do worka płodowego; można tu było wykazać wyraźną przegrodę. Połowa ciężarna tak przerosła drugą połowę, że ostatnia czyniła wrażenie zgrubienia w ścianie worka płodowego. Ponieważ worek płodowy był tak obszer-

nie połączony z macicą, odpowiedniemi więc cięciem poprzecznem odjęto go razem z górnym odcinkiem macicy. Okazało się potem, że dolny biegun worka płodowego sięgał do połowy macicy nieciężarnej i w stosunku do niej był położony nalewo i ku przodowi. Prawe zupełnie prawidłowe przydatki znajdowały się tuż poniżej miejsca odjęcia. Z boku przyczepu jajowodu wychodził prawy wiąz obły.

Na mocy danych powyższych WERNER przyszedł do wniosku, że w danym przypadku miał on do czynienia z ciążą donoszoną w niedorozwiniętej zamkniętej połowie macicy dwukomorowej. Komory były tu rozdzielone grubą, jednolitą, nieskanalizowaną przegrodą. Podczas gdy jedna z tych komór wykazywała stosunki normalnej jamy macicznej, druga była rozciągnięta przez ciążę donoszoną; ściany jej po części były cieńsze, niż ściany normalnej macicy ciężarnej. Nie miała ona żadnego połączenia z szyją lub z pochwą. Od zewnątrz nie istniało zakłębnięcie pomiędzy obu połowami. W całości macica niczem się nie różniła (wyjawszy miejsce wyjścia przydatków na różnej wysokości) od prawidłowej macicy ciężarnej.

Zastanawiając się nad sprawą odróżnienia ciąży w zamkniętej połowie macicy dwukomorowej od ciąży śródmiaższowej, WERNER zaznacza odmienne jakoby ukształtowanie macicy w początkowych okresach tych dwóch postaci ciąży nieprawidłowej (wypuklenie całego boku macicy w pierwszej postaci, rozdęcie kąta jajowodowego w ostatniej), dodaje jednak, że różnica ta wkrótce się zaciera. W obu rzeczonych postaciach ciąży odbywa się obrót dna, czyli występuje cecha rozpoznawcza RUGE'go. Za rzecz cenną dla odróżnienia ciąży w komorze szczątkowej WERNER uznaje wadliwy rozwój przydatków po stronie ciężarnej, główny jednak kładzie nacisk na właściwości przegrody, oddzielającej worek płodowy od jamy macicznej, oraz na stan doczesnej w worku płodowym. Przegroda pomieniona, zdaniem WERNER'a, w ra-

¹⁹⁾ RECKLINGHAUSEN (45), jak to już wyżej zaznaczyłem, wypowiedział przypuszczenie, że kanał w bocznej ścianie macicy, opisany przez BAUDELOQUE'a, jest właśnie taką komorą szczątkową.

²⁰⁾ RIEDINGER: Ein Fall von Schwangerschaft in der geschlossenen Hälfte eines Uterus bilocularis (Wiener Klin. Wochenschrift 1889 s. 859 (cyt. według WERNER'a (69)).

zie ciąży w komorze szczątkowej jest całkowita (jeżeli, naturalnie, nie nastąpiło przedziurawienie pod wpływem rozciągania przez rozwijające się jajo), podczas gdy w ciąży śródmiaższowej zawsze istnieć powinien, choć nie zawsze łatwo daje się odszukać, kanał, stanowiący końcowy kawałek macicznego odcinka jajowodu. Co się tyczy doczesnej, to zgodnie z POPPEL'em. WERNER twierdzi, że w ciąży śródmiaższowej brak doczesnej prawidłowej w worku płodowym, natomiast w ciąży w komorze szczątkowej może się ona rozwinąć, a więc obecność doczesnej przemawia na korzyść ostatniej postaci. Wogóle jednak WERNER przyznaje, że odróżnienie ciąży w zamkniętej połowie macicy dwukomorowej od ciąży śródmiaższowej jest rzeczą trudną, a czasem nawet niemożliwą.

Nie mniej trudności nastręcza odróżnienie ciąży śródmiaższowej w dnie macicznym od ciąży w uchylku macicy. Przez ostatnią rozumieć należy taką ciążę, w której jajo zagnieżdżyło się w zagłębieniu jamistem, umiejscowionem w dnie macicy.

Za przykład podobnej ciąży służyć może przytoczone przeze mnie na wstępie spostrzeżenie STEELE'a, które jednak z powodu pobieżnego opisu nie daje nam dokładnego wyobrażenia o tej postaci ciąży. Znacznie większą ścisłością odznacza się opis przypadku, ogłoszony w ostatnich czasach przez SCHICKELE'go (51). Przypadek ten dotyczył kobiety 29-io letniej, która w 25-ym roku życia odbyła pierwszy poród przedwczesny i w pogoju ciężko chorowała. Po upływie roku drugi poród prawidłowy. W kwietniu 1903 r. po raz trzeci zaszła w ciążę. W połowie stycznia 1904 r. wystąpiły lekkie bóle

porodowe, i od tego czasu ruchy płodu ustały. Dnia 5-go marca wstąpiła do kliniki w Strasburgu, gdzie znaleziono położenie poprzeczne przy otwartem na palec ujściu; powyżej ujścia wewnętrznego stwierdzono obecność strzępów cuchnących. Po rozmaitych próbach wydobyto płód przez pociąganie za nóżkę. Po porodzie stwierdzono duże lewostronne i małe prawostronne pęknięcie macicy. Tegoż dnia śmierć.

Na seceyi obok pęknięcia macicy i objawów zapalenia otrzewny stwierdzono stosunki następujące: worek płodowy był usadowiony na macicy i połączony rozległymi zrostami z otoczeniem, dał się jednak wyluszczyć w całości. Macica była wielkości prawidłowej, worek płodowy miał 25 ctm. długości i 17 szerokości, grubość ściany macicznej wynosiła przecięciowo około 1 ctm., ściana zaś worka płodowego miała grubość rozmaita—od 4—5 mm. do grubości papieru. Jama maciczna łączyła się z jamą worka płodowego przy pomocy otworu wielkości 5-io markówki. Brzegi tego otworu były nieco zgrubiałe (*wulstig*), wystające ku wewnątrz.

Na powierzchni zewnętrznej, w miejscach wolnych od zrostów, widać było wyraźnie przejście otrzewny macicznej na ścianę worka płodowego. Przydatki były niezmiennione, przebieg ich prawidłowy; przyczepiały się one na jednakowej wysokości do dna macicy. Położenie więzów obłych było również prawidłowe. Badanie mikroskopowe wykazało tu i owdzie obecność gładkich włókien mięsnych w worku płodowym.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

29. ZUELZER. W kwestyi leczenia dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale).

Celem przerwania napadu dychawicy oskrzelowej stosujemy najczęściej zastrzykiwanie morfiny. Fakt szkodliwe działanie morfiny na ustrój jest jednak tak już znany szerokiej publiczności, że chory tylko w ostateczności, niejako pod groźbą zaduszenia się, zgadza się na zastosowanie tego środka. Przedtem jednak zwykle próbuje rozmaitych środków domowych w postaci proszków do kadzenia, cygaretek i t. d., które częstokroć przynoszą mu pewną ulgę. Od pewnego czasu cieszy się wielkiem uznaniem amerykański środek TUCKER'a. Jest to brunatny, przyjemnie pachnący płyn, który wdycha się przy pomocy prostego rozpylacza. Badanie tego środka wykazało, że główne jego części składowe stanowią atropina i azoton sodu (*natrium nitrosum*). 100 gm. płynu zawiera 1 gm. atropiny. Burroughs, Welcome et Co wprowadzili do handlu tańszy przyrząd rozpylający. Jako płyn do rozpylania służy następujący roztwór: *atropini sulfur*. 0,15, *natrii nitrosi* 0,6, *glycerini* 2,0, *aq. destill.* ad 15,0. *M. D. in vitro fusco*. Pożyteczne działanie wszystkich tych płynów polega na zawartości w nich atropiny, która przy zastosowaniu wewnątrz - tchawicowem okazuje takie samo działanie, jak i przy zastosowaniu podskórnem. Pewniejszy jednak skutek otrzymujemy przy zastrzykiwaniu podskórnem atropiny. RIEGEL wykazał, że 1 miligram atropiny, zastrzyknięty pod skórę, b. prędko przerywa napad dychawicy.

BIERMER określił napad dychawicy, jako ostre rozdęcie płuc. Rzeczywiście też znajdujemy to stale w czasie napadu astmatycznego. Powstawanie napadu zależne jest prawdopodobnie od kilku czynników, gdyż rozdęcie płuc, silne przekrwienie i obrzmienie błony śluzowej oskrzeli trudno jest przypisać jednej jakiegokol-

wiek przyczynie. Pewny i dla wytłomaczenia działania atropiny ważny jest fakt, że doświadczalnie przez podrażnienie nerwu błędnego udaje się wywołać skurcz mięśni oskrzelowych oraz rozdęcie płuc. Podrażnienie nerwu błędnego stanowi b. ważny objaw napadu astmatycznego, i ono też przedewszystkiem warunkuje duszność. Bezpośredniego udziału tego nerwu w napadzie dowodzi wrażliwość jego na ucisk z jednej albo obu stron. Jako dowód, że objawy nieżytowe odgrywają drugorzędną rolę w powstawaniu duszności, przytoczyć można fakt, że przy przewlekłym rozdęciu płuc (nerwica n. błędnego), w którym wogóle brak objawów nieżytych, mamy również do czynienia z silną dusznością. Dowodzi tego również przypadek ostrego rozdęcia płuc, opisany przez ZUELZER'a w r. 1905. Granice płuc były znacznie obniżone, ale przy wysłuchiowaniu nie dało się stwierdzić żadnych rzężeń. Tony serca czyste, silne. Tętno 60. Prawy n. błędny bardzo wrażliwy na ucisk.

Chora dotknięta była silną dusznością, która rozwinęła się stopniowo w ciągu 24 godzin. Od kilku dni chora nie miała wypróżnień, co dawniej nie zdarzało się z nią. Miało się więc do czynienia z typową postacią rozdęcia płuc, opisaną przez autora: opuszczenie granic płuc, zwolniona czynność serca, wrażliwość nerwu błędnego na ucisk stanowiły 3 objawy, które składały się na obraz nerwicy nerwu błędnego. Obraz chorobowy zupełnie przypominał napad dychawicy oskrzelowej, z tą jednak różnicą, że brakło rzężeń świszczących. Zastrzyknięcie 1 mgm. atropiny położyło po upływie 15 min. kres napadowi. Prawdopodobną przyczyną podrażnienia n. błędnego było w tym przypadku zaparcie stolca. Okrężnica na całym przebiegu była wrażliwa na ucisk. Po kilku ławatywach i ponownem zastrzyknięciu atropiny usunięte zostały ostatnie resztki duszności

i chora od owego czasu jest zupełnie zdrowa.

Bardzo prawdopodobnem jest, że podobne przypadki ostrego rozdęcia płuc zdarzają się nierzadko, a wiele z nich, być może, uchodzi za napady dychawicy sercowej. Badanie jednak tętna wystarcza, ażeby odrzucić myśl o związku napadu z zaburzeniem w czynności serca.

Pierwszeństwo zastrzykiwań atropiny przed iniekcjami morfiny nie wymaga dowodzenia. Już b. ważna jest możliwość stosowania naprzemian morfiny i atropiny celem zwalczania napadów dychawicy oskrzelowej. Obawa, jaką względem atropiny przez długi czas żywiono, powinna ustąpić wobec doświadczeń, zdobytych przy leczeniu atropiną niedrożności kiszek.

Stosuje się tu bez poważniejszych zaburzeń 3 mgm. i więcej atropiny. U osobników notorycznie hysterycznych, które, jak wiadomo, często źle znoszą atropinę, należy być ostrożnym z atropiną i albo stosować ją *in refracta dosi*, albo też kombinować odrazu z morfiną.

Metoda iniekcji, dzięki ścisłemu dawkowaniu, ma niezaprzeczone pierwszeństwo przed wzięwaniami.

Ostatnimi czasy niektórzy starają się zastąpić atropinę przez niejadowitą cumydrinę. Doświadczenia jednak z tym środkiem są jeszcze b. skąpe.

(Die Ther. d. Gegenwart, Z. 9, wrzesień 1906)

S. P.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Rzadki preparat tłuszczaka okazał dr Boas na posiedzeniu Towarzystwa internistów berlińskich; przypadek ten zasługuje na uwagę nie tylko ze względu na swoją rzadkość, lecz i dlatego, że tłuszczak sam oddzielił się od kiszek. Przebieg choroby przedstawia się, jak następuje. Mężczyzna 55-letni doznaje sporadycznie bólów w brzuchu, które często osiągały takiego nasilenia, że energiczne nawet środki kojące nie były w stanie ich uśmierzyc. Badanie, prócz obrzmienia śledziony, nie wykryło innych objawów chorobowych. Leczenie wodą karlsbadzką nie przyniosło choremu żadnej ulgi; przeciwnie, stan jego pogorszył się znacznie. Pewnego dnia chory wśród napadu gwałtownych bólów poczuł, że coś mu się oberwało w brzuchu, a wkrótce potem został wydalony z kałem guz, który właśnie stanowi przedmiot demonstracji. Już na pierwszy rzut oka guz nie robi wrażenia nowotworu złośliwego; istotnie, badanie drobnovidzowe potwierdziło to przypuszczenie, gdyż okazał się tłuszczakiem. Do dziś w literaturze można było

znaleźć zaledwie 45 podobnych spostrzeżeń, i tylko w 26 przypadkach została ogłoszona historia choroby; lecz samowolne oderwanie się tłuszczaka kiszek należy do rzeczy niezmiernie rzadkich, gdyż opisano takie zejście cierpienia tylko 6 razy. Zazwyczaj tłuszczaki kiszek spotykano w dolnych częściach przewodu pokarmowego, najczęściej w kieszce grubej. Rozwijają się one dwójako: albo wychodzą z powierzchni kiszek i rozwijają się w kierunku jamy brzusznej; albo, wychodząc z tkanki podśluzowej, wypełniają światło kiszek i dochodzą często do znacznej wielkości. Ostatnie właśnie tłuszczaki zasługują na uwagę z tego względu, że często stają się przyczyną wgłobienia jelit lub zamknięcia światła jelit. Tłuszczak przedstawiony był umocowany na szypule, mógł więc podczas napadu silnych bólów oderwać się od swego podłoża, a jednocześnie przyczyniać się do objawów kolki kiszki, na którą cierpiał chory. Należy przypuszczać, że kuracya karlsbadzka przyczyniła się do wydzielenia się tłuszczaka, dzięki pobudzeniu ruchów robaczkowych

jelit. Po oderwaniu się tłuszczaka bóle natichmiaś ustały, i chory od tego czasu cieszy się zupełnem zdrowiem.

Przypadek obojniactwa rzekomego przedstawił dr Rosiński na posiedzeniu towarzystwa leczenia naukowego w Królewcu.

Rzecz dotyczyła 21-letniej dziewczyny, która zgłosiła się do lekarza z powodu stałego braku miesiączki i słabego rozwoju gruczołów piersiowych, na co zwróciła uwagę i rodzina. Badanie dało wynik następujący. Wygląd ogólny chorej przypomina raczej typ męski, niż kobiecy; sutki obwisłe, miękkie, pozbawione tkanki gruczołowej, lecz z dosyć obfitym rozwojem tłuszczu. Narządy płciowe zewnętrzne—kobiece, prawidłowo i dobrze rozwinięte, aczkolwiek z wyraźnym przerostem lechtaczki, niezbyt jednak znacznego stopnia. Wargi większe nie przylegają do siebie, jak to bywa w warunkach zwykłych; wargi mniejsze rozwinięte słabo; wzgórek łonowy nie wydatny i uwłosiony słabo; wejście do pochwy i błona dziewicza rozwinięte prawidłowo; rozmiary pochwy nie wydają się zmniejszone, natomiast można łatwo stwierdzić zupełny brak macicy i przydatków, tylko na szczycie sklepienia udaje się wymacać twarde, zbite ciało, wielkości ziarna grochu. Co się tyczy popędu płciowego, to chora zaznacza, że miewa pobudzenia płciowe, skierowane do płci męskiej. Ponieważ w danym przypadku istnieje zupełny brak gruczołów nasiennych, to orzeczenie naukowe o rodzaju płci nie da się ściśle rozwiązać. Ze względów praktycznych należy chorą zaliczyć do płci żeńskiej, ponieważ jest ona zdolna do stosunków płciowych, które może spełniać, jak każda kobieta.

Ciekawy pogląd na powstawanie, szerzenie się i rozpoznawanie duru brzuszego wygłosił prof. CURSCHMANN na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Lipsku. W mieście tem, podobnie jak i w innych, dur brzuszny w pewnych miesiącach roku występuje nagminnie. Największa liczba zachorowań przypada na miesiące: sierpień, wrzesień i październik, najmniej zaś zachorowań bywa od miesiąca marca do maja. Co do etiologii, to mówca twierdzi, że zarażenie się durem brzuszny następuje przez polknięcie zarazka najczęściej z pro-

duktami spożywczymi. Oddzielne przypadki tego cierpienia są zbyt rozsiane po rozmaitych dzielnicach miasta, trudno więc przypuścić, by istniał inny sposób przenoszenia zarazka. Oddosobnianie chorych dotychczas nie było stosowane, zresztą prelegent uważa je za zbyt bezużyteczne, ponieważ dur brzuszny jest prawie niegroźny dla innego rodzaju chorych. Śmiertelność bywa zwykle nieznaczna i nie przewyższa 0,4%.

Z drugiej strony jednak personel szpitalny, a więc dozorcynie i dozorczy, opiekujący się takimi chorymi, są narażeni na poważne niebezpieczeństwo, zwłaszcza, jeśli nie zachowują drobiazgowej czystości rąk i ubrania. Z powyższego wynika, że pawilony oddzielne dla chorych na dur brzuszny są niepotrzebne, nie więc dziwnego, że przez czas długi nie było ich i w Lipsku, postępy jednak prusaków na polu higieny, a jednocześnie nieprzyjemności, grożące ze strony władz, zmusiły CURSCHMANN'a do podjęcia sprawy budowy takich pawilonów i w Lipsku. W celu ułatwienia rozpoznawania choroby mówca podaje metodę łatwą do wykonania nawet dla lekarza praktyka. Polega ona na tem, że lasecznik EBERTH'a posiada zdolność szybkiego rozwoju na podłożu z żółci. Wystarczy więc do próbówki, zawierającej parę cmt. sz. jałowej żółci, dodać około 2 grm. krwi osobnika chorego: laseczniczki rosną na takim podłożu znakomicie i rozmnażają się nader szybko. Obecność lub brak aglutynacji łatwo rozwiąże zagadkę.

Jedno z posiedzeń towarzystwa lekarskiego w Giessen wypełnił odczyt dra KROEMER'a o leczeniu gorączki połogowej, zawierający zwięzły przegląd spraw gorączkowych u położnic. Należy ściśle odróżniać choroby gorączkowe u położnicy od prawdziwej gorączki połogowej, która zawsze zależy od zakażenia ogólnego rodzącej. Śmiertelność ogólna po porodach prawidłowych przy ścisłem przestrzeganiu zasad antyseptyki nie przenosi 10 — 15% i stanowi ogół przypadków zarówno z chorobami narządów płciowych, jak i zależnych od innych zgoła powikłań. Na czystą zaś gorączkę połogową umiera nie więcej, niż 7,5% rodzących. Na liczby poprzednie składa się wiele przypadków gorączki rezorpcyjnej, gdzie samozatrucie gra większą rolę, niż zakażenie. W

przypadkach tak zwanego zakażenia pochodzenia wewnętrznego (zamożatrucie Ahlfeld'a) ustrój chorej albo sam sprzyja przenoszeniu się złośliwych ziarenkowców *od locum minoris resistentiae*, albo też pochwa, znajdując się w stanie patologicznym, utraciła zdolność samodzielnego oczyszczania się. Po zatem ważną rolę grają zakażenia mieszane, a zwłaszcza wieńców. W każdym bądź razie ta znikomo mała liczba podobnych przypadków staje się niejako potwierdzeniem reguły ogólnej, według której gorączki połogowej da się zupełnie uniknąć, o ile przestanie istnieć sam czynnik, wywołujący ją t. j. zakażenie zewnętrzne. W klinikach, urządzonych należycie, posiadających dobrze wyszkolony personel, prawdziwa gorączka połogowa stanowi bardzo rzadkie zjawisko. Do takich zakładów od czasu do czasu przybywają chore na gorączkę połogową z prowincyi. Klinika lipska, na przykład, posiada oddział dla chorych zakaźnych, w którym czasem mieszczą się całe serye odnośnych chorych, pochodzących z tej samej okolicy. Przebieg choroby tych chorych bywa nawet zupełnie jednakowy; a więc poród był prawidłowy; zaburzenia w okresie łożyskowym; łożysko wydobyła akuszerka; w okresie połogowym albo obfite krwawienia, albo cuchnące odpływy z pochwy. Przy oglądaniu części pochwowej macicy spotyka się przeważnie biegun dolny łożyska zmartwiałego, sterczący z szeroko rozwartych warg macicznych. W tych więc przypadkach pozostawiony kawałek łożyska utworzył most, po którym przedostały się drobnoustroje, zakażając zdrowe tkanki. Leczenie tego rodzaju chorych odbywa się w sposób następujący. Po ostrożnem obmacaniu części łożyska, w razie potrzeby, usuwa się resztki za pomocą szerokiej tępej łyżki i przemywa się raz jeden jamę macicy wyskokiem. Następnie 1 lub 2 razy dziennie stosuje się wziernik ssący KROEMER'a w celu wytworzenia zastoiny. Ten zabieg wytwarza miejscową leukocytozę, a więc powstaje wał gra-

niczny z ciałek białych wokół ogniska zakażenia. Jednocześnie podaje się chorej 1 — 4 grm. *Natr. nucleinici* i wlewania 500 — 600 grm. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, a prócz tego wstrzykuje się surowicę przeciwpaciorkowcową. Nawet w zakażeniach mieszanych używa się zwykle surowicy MENZER'a, której pierwsza dawka wynosi 20 — 50 ctm. sz., następnie zaś 10 — 20 ctm. Oprócz tego dla wywołania skurczu macicy i zapobiegnięcia wysysaniu się toksyn chora dostaje przetwory sporyszu lub chininę. Gdy sprawa chorobowa nie ogranicza się na macicy, to przy najlżejszych objawach rozszerzania się zakażenia należy uciec się do zabiegów chirurgicznych; w razie *thrombophlebitis purulenta* wykonywa się podwiązanie żył, najlepiej wszystkich czterech odchodzących pni żylnych; jeżeli zakażenie szerzy się za pomocą naczyń chłonnych, otwiera się wysięki; w przypadku zapalenia otrzewny — stosuje się przepłukiwanie i sączkowanie jamy brzusznej; na koniec, w przypadkach bardzo rzadkich, jeżeli zakażenie objęło całą macicę (*Myometritis, Metritis dissecans*), wykonywa się całkowite usunięcie macicy. Rokowanie przy takich operacjach jest więcej, niż wątpliwe, dlatego też należy dążyć wszelkimi siłami do uniknięcia tych ciężkich okresów chorobowych. Rozpoznanie różniczkowe częstokroć bywa bardzo trudne. Mówca nadmienia o trzech chorych, które z powodu ropnicy w okresie połogowym zostały umieszczone w oddziale chorych gorączkujących. Wszystkie trzy zachorowały nagle wśród silnych dreszczów. Otóż u pierwszej okazała się *pneumonia gelatinosa* LAENNECK'a i gruźlica prosówkowa, druga chora cierpiała na zapalenie miedniczek nerkowych; u trzeciej na koniec stwierdzono prawdziwą gorączkę połogową z objawami świeżego zapalenia wsierdza. Dwie ostatnie chore wyzdrowiały.

(D. n.).

Ś. p. prof. Henryk Jordan¹⁾.

Przemówienie dra J. Jaworskiego na posiedzeniu w d. 31 maja r. b. sekcji ginekologiczno - akuszerskiej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Działalność JORDANA, jako lekarza praktyka akuszerza i ginekologa, jako profesora, nauczającego początkowo akuszerki, następnie uczniów medycyny i lekarzy, jako klinicysty, wreszcie jako autora licznych prac specjalnych z działu położnictwa i chorób kobiecych, działalność ta, z natury rzeczy, z tytułu dziedziny specjalnej gałęzi wiedzy lekarskiej, jaką sekcyja nasza i przez zebranie dzisiejsze reprezentuje, działalność ta jest ściśle i organicznie z pracą naszą związana, z nami zespolona.

JORDAN, jako kierownik kliniki, jako nauczający, nie hołdował tyle modnej dzisiaj zasadzie wśród pewnych profesorów, przekształcania szpitala na pracownię patologii doświadczalnej lub instytut farmakologiczny, lecz drogą stałego, metodycznego rozbioru materiału klinicznego z uczącymi się kształcił ich w nauce położnictwa i chorób kobiecych, wdrażał w postępowanie lecznicze. Wychodząc z założenia, iż ogromna większość kobiet rodzących obywa się bez pomocy lekarskiej, a tylko korzysta z pomocy akuszerki, uczynił zadość gwałtownej potrzebie i dla nich właśnie napisał „Podręcznik Położnictwa“.

JORDAN dał więc w rękę akuszerkom książkę niezbędną, odpowiednią, której przedtem nie posiadały. JORDAN tym sposobem znakomicie przyczynił się do postępu, do uregulowania pomocy położniczej.

Podręcznik Położnictwa JORDANA, następnie już i dla uczniów medycyny pisany, do r. 1904 doczekał się aż 5-ciu wydań. Licząc tylko od 4 do 5-ciu tysięcy na każde wydanie, osiągamy liczbę 20-paru tysięcy egzemplarzy, jakie w ciągu głównie ostatnich lat kilkunastu rozeszły się wśród uczących się położnictwa.

Przez swój podręcznik JORDAN, jako profesor, odniósł sukces duży, bardzo duży.

Każdy nowy nakład Podręcznika Położnictwa JORDANA był dlań nowym dowodem uznania jego działalności pedagogicznej.

Ostatnio przed paru tygodniami nakładem Stowarzyszenia do wydawania dzieł lekarskich wyszła część nowego dzieła, napisana przez H. JORDANA ze współudziałem jego ucznia i przyjaciela, docenta S. DOBROWOLSKIEGO. Jest niem — Podręcznik Położnictwa dla uczniów i lekarzy. Książka ta przedstawia się bardzo poważnie i zdaje się, iż skutecznie współzawodniczyć będzie pośród naszych lekarzy z podręcznikami cudzoziemskimi.

JORDAN, zajmując najpierwszą i najdawniejszą w Polsce katedrę położnictwa i ginekologii, świadomy był swych obowiązków nie tylko względem uczących się, lecz i względem nauki polskiej. Rozumiał on, że katedra to jedno z ognisk wiedzy specjalnej, że wszystko, co nauka położnictwa i ginekologii w tej dziedzinie wytwarza, nie może być obce, że ciągle dążenie naprzód jest nieodzownym warunkiem i miarą postępu.

JORDAN, pragnąc podobać zadaniu temu, otacza się od początku swej kariery naukowej ludźmi ruchliwymi, zdolnymi, których nie tylko umie sobie dobrać, lecz potrafi w nich wszczepiać zamiłowanie do wiedzy specjalnej, do pracy naukowej.

Tam tylko — Sz. koledzy — wiedza specjalna krzewić się i budować może, gdzie zdobyła jakiegokolwiek punkty oparcia, wokoło których gromadzić się mogą rozliczne i indywidualne wysiłki pracowników.

Takim punktem oparcia była katedra położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiellońskim, było nim także umiejętne zorganizowanie narad gromadnych przez JORDANA w Towarzystwie Ginekologicznym Krakowskim, a w najwyższym stopniu jednak tym punktem oparcia był sam JORDAN.

Nie mam zasady w tem miejscu podkreślać zasług JORDANA, jako wielkiego obywatela. Pod tym względem postać JORDANA jest olbrzymia, a stała się wprost historyczną. Lecz imię Jego i dla nauki polskiej, specjalnie zaś dla nauki położnictwa i ginekologii, trwale zapisane zostało i wspólnie z działalnością praktyczną na tem polu będzie na zawsze chlubą i ozdobą społeczeństwa naszego i piśmiennictwa krajowego.

¹⁾ Ś. p. prof. Henryk Jordan urodził się w Przemyślu w r. 1842, wydział lekarski ukończył w r. 1869 na Wszechnicy Jagiellońskiej, w roku 1881 habilitował się na docenta położnictwa i chorób kobiecych, w roku 1895 zaczął wykładać przedmioty te w charakterze profesora zwyczajnego, po śmierci zaś prof. Małdrowicza objął klinikę ginekologiczno-położniczą. Zmarł w Krakowie w d. 18 maja r. b.

Wiadomości bieżące.

Świetna Redakcyo!

— Prosimy uprzejmie o łaskawe umieszczenie następującej notatki:

„Komitet gospodarczy X Zjazdu Przyrodników i Lekarzy polskich otrzymał zawiadomienie, że delegatem Akademii Umiejętności w Krakowie na tenże Zjazd został wybrany dr Kazimierz KOSTANECKI, profesor anatomii Wszechnicy Jagiellońskiej.

Akademii Umiejętności w Zagrzebiu zastępować będzie dr Gustaw JANEČEK, profesor chemii i dziekan wydziału filozoficznego Wszechnicy w Zagrzebiu.

Towarzystwo Leśne galicyjskie zamianowało swoim delegatem na Zjazd p. Stanisława Sokołowskiego, profesora krajowej szkoły Lasowej—we Lwowie, Towarzystwo higieniczne we Lwowie prezesa swego dra Ferdynanda OBTUŁOWICZA“.

Z wysokiem poważaniem

Stanisławski, sek. gł.

— S e k c y a m e d y c y n y w e w n ę t r z n e j. Gospodarz sekcji prof. dr. Antoni Gluziński (Piekarska 14). Sekretarz dr. Witold Ziembicki (Bielowskiego 6).

I. Tematy główne:

1) Dyagnostyka czynnościowa sprawności serca (ref. kol. Janowski i Rzętkowski z Warszawy).

2) Organoterapia w chorobach wewnętrznych (ref. kol. Latkowski i Szurek z Krakowa).

II. Dla wspólnego posiedzenia z sekcją chirurgiczną wybrano temat:

Gruźlica narządu moczowego i rodneg (ref. kol. A. Gluziński i L. Rydygier).

III. Wykłady zgłoszone dotychczas:

Karwacki (Warszawa). Serodyagnostyka gruźlicy.

Sterling (Łódź). a) O rokowaniu w gruźlicy płuc. b) Rola tuberkuliny w leczeniu gruźlicy płuc.

Lidmanowski (Zagórów). O wewnętrznem leczeniu niedrożności kiszek.

Sokołowski (Warszawa). Temat zastrzeżony z dziedziny chorób zakaźnych.

M. Flaum (Warszawa). O postaciach utajonych zapalenia wyrostka robaczkowego, b) temat zastrzeżony.

S. Bronowski (Warszawa). Modyfikacja wskazań lekarskich w stosunku do obecnych poglądów w medycynie.

Wretowski (Warszawa). O inoskopii.

Fr. Rajkowski (Ciechanów, Kr. Polskie). Pożytek stosowania sondy żołądkowej w praktyce prywatnej.

Pisek (Lwów). O leczeniu miażdżycy tętnic.

Oddz. wewn. II. (żeński) szpitala powszechnego we Lwowie (prym. prof. dr. Wiczkowski).

1) Wiczkowski, M. Selzer i Gittelmacher-Wilenko. Próba zastosowania reakcji biochemicznych dla celów klinicznych.

2) Domański i Gittelmacher - Wilenko. Doświadczenia z surowicą przeciwgruźliwą Marmorka.

3) M. Selzer i Gittelmacher-Wilenko. O badaniu sprawności mięśnia sercowego.

4) M. Selzer. Przyczynę do nauki o tętnu.

5) Wiczkowski. Wykład z dziedziny hematologii (Przyczynę eksperymentalny).

Klinika chorób wewnętrznych we Lwowie

(dyr. prof. dr. A. Gluziński).

1) Gluziński. a) Ciężka postać niedokrwistości a gruźlica. b) Nephritis achlorica.

2) Marischler. Wpływ diety bezchłorowej na czynność nerek.

3) Rencki. Polycythaemia—w ogólności; b) Polycythaemia rubra myelopathica.

4) Balabayder. a) O zachowaniu się czynności żołądka po upływie dłuższego czasu od dokonanej gastroenterostomii przy wrzodzie żołądka. b) Stosunek kamicy żółciowej i jej powikłań, na podstawie materiału sekcyjnego i klinicznego z ostatnich lat 10.

5) Czernecki. a) Hemoliza a hemoglobinurya. b) Mięsak przewodu pokarmowego.

6) Franke. a) Doświadczenia nad wpływem i różnicą działania tuberkuliny ludzkiej i bydłowej na narządy krwiotwórcze. b) O zaburzeniach czynności serca wskutek złożeń w przewodnictwie podniet między przedsionkami a komorami serca.

7) Grek i Reichenstein. Zachowanie się ciałek białych krwi w razie obecności tasiemca w przewodzie pokarmowym u człowieka.

8) Löw. O fermentacji kołowej, głównie przy złozeniach czynności chemicznej żołądka.

9) Sabatowski. a) Dalsze spostrzeżenia nad rozpoznawczym znaczeniem lewulozuryi pokarmowej. b) Wyniki badania czynności mięśnia sercowego.

10) W. Ziembicki. a) Unaczynienie wzrostka robaczkowego. b) Kliniczne znaczenie współczynnika rozpuszczalności wodorotlenku miedziowego w moczu.

11) Dr J. Polak (Warszawa). O brukach miejskich.

12) Tenże. Rola rządu, zarządów miejskich i inicjatywy prywatnej w szerzeniu zdrowotności.

13) Dr S. Dzierzgowski (Petersburg). O biologicznym czyszczeniu wody kanałowej.

14) Inż. J. Pinkus (Praga). O nowoczesnym usuwaniu i zużytkowaniu stałych odpadków miejskich.

15) Dr J. Kadyi (Jasło). Wzorowy szpital na prowincyi.

16) Prof. Dr J. Nowak i dr. Szymanowski (Kraków). Jakie typy bakterji gruźliczych znachodzą się w ludzkim organizmie i jak często.

17) Dr L. Bier (Kraków). Rozszerzanie się gruźlicy w miastach galicyjskich.

18) Dr A. Kondratowicz (Żyrardów). O higienie szkolnej.

19) Dr I. Walczyński (Tarnów). O zadaniach lekarzy szkolnych.

20) Dr I. Tehórzniński (Warszawa). Kąpiele dzieci w szkołach miejskich w Warszawie.

21) Tenże. Stan sanitarny lokali 200 szkół miejskich w Warszawie w ostatnim trzechleciu.

22) Dr Władysław Żenczykowski (Warszawa). Warunki sanitarne lokali szkolnych i stan fizyczny młodzieży prywatnych szkół średnich w Warszawie.

23) Dr W. Knappe (Warszawa). Warunki sanitarne lokali szkolnych i stan fizyczny młodzieży szkół „Macierzy szkolnej“ w Warszawie.

24) Dr I. Krysiński (Warszawa). Warunki sanitarne lokali szkolnych i stan fizyczny młodzieży szkoły przemysłowców w Warszawie.

25) Dr J. Kelichen (Warszawa). Szkoły i zakłady wychowawcze dla dzieci na umyśle upośledzonych.

26) Dr Stan. Kopeczyński (Warszawa). Znaczenie higieniczno-wychowawcze systematycznych oględzin lekarskich młodzieży szkolnej.

27) Dr Wł. Chodecki i dr St. Kopeczyński (Warszawa). Z higieny domowej ucznia.

28) Prof. B. Błażek (Stryj). Nauka jedno i dwurazowa.

29) Tenże. Przerwy szkolne i ich znaczenie zdrowotne.

30) M. Aleksandrowiczówna (Lwów). Plan naukowe szkół żeńskich w Galicyi.

31) Dr M. Janelli (Lwów). Rezolucye w sprawie lekarzy szkolnych i referentów sanitarnych w Radach szkolnych.

32) Dr S. Rossberger (Jarosław). Środki doraźne przeciwko niedomogom higienicznym, szkół naszych.

— Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Na posiedzeniach publicznych wygłoszone będą następujące wykłady:

I. Posiedzenie ogólne:

1. Dr. Władysław Biegański (Częstochowa): „O współczesnej filozofii przyrody“.

2) R. Dw. Prof. dr. Ludwik Rydygier (Lwów): „Zagajenie w sprawie akcji przeciw-rakowej“.

II. Posiedzenie ogólne:

1) Prof. dr. Stanisław Rothert (Odessa) „O nowoczesnej ewolucji poglądów na sprawę sposobów odżywiania się organizmów roślinnych“.

Komitet gospodarczy otrzymał zawiadomienie, że delegatem Uniwersytetu w Zagrzebiu na X-ty Zjazd przyrodników polskich został wybrany dr. Gustaw Janeczek, profesor chemii i dziekan wydziału filozoficznego.

Jako delegat lekarzy polskich w Chicago, przybędzie na Zjazd do Lwowa dr. W. J. Sieminiowicz.

XXI. Sekcja medycyny publicznej przedkłada dotychczasowy wynik pracy organizacyjnej.

Gospodarze: Radca dworu Dor. Józef Merunowicz (Namiestnictwo), Prof. Dr. Paweł Kučera (zakład higieny Piekarska 52).

Sekretarz: Dr. Napoleon Gąsiorowski (Namiestnictwo).

Tematy główne:

I. Zaopatrywanie osad ludzkich we wodę ze szczególnem uwzględnieniem masteczek i wsi.

Referenci: Prof. dr. Stanisław Zaleski (Petersburg). Prof. dr. Odon Bujwid (Kraków). R. D. dr. Józef Merunowicz (Lwów).

Koreferenci: Dr. Jan Walczyński (Tarnów). Nadr. budow. inż. Roman Ingarden (Lwów). Inż. Marcin Maślanka (Lwów).

II. Śmiertelność niemowląt (wspólnie z XIII sekcją pedyatryczną).

Referenci: R. D. dr. J. Merunowicz (Lwów). Ogólny pogląd na obecny stan śmiertelności niemowląt. Prof. dr. Jan Raczynski (Lwów) Przyczyny. Dr. Stanisław Serkowski (Łódź). Sposoby zapobiegania.

III. Epidemiologia duru brzuszego w świetle najnowszych badań.

Referent: Prof. dr. Paweł Kučera (Lwów).

IV. Produkcja, przechowywanie i sprzedaż środków spożywczych.

Referent: Insp. dr. Leonard Bier (Kraków).

Koreferent: Dr. Jan Walczyński (Tarnów).

V. Szerzenie się i zwalczanie gruźlicy.

Referenci: Dr. Alfred Sokołowski (Warszawa). Dr. Wilhelm Pisek. (Lwów).

VI. O potrzebie organizacyi zjazdów higienistów polskich.

Referent: Dr. Józef Polak (Warszawa).

Koreferent: R. san. dr. Zdzisław Lachowicz (Lwów).

Jedno posiedzenie odbędzie się wspólnie z XXVI sekcją wychowania fizycznego dla omówienia tematu:

Stan obecny higieny szkolnej w Polsce.

Dotychczas zgłoszono następujące wykłady:

1) Prof. dr O. Bujwid (Kraków). Stosowanie zapobiegawcze niektórych surowic i szczepionek.

2) Dr T. Żeleński (Kraków). Próby ochrony niemowlęcia w Krakowie.

3) Dr G. Turczyński (Jarosław). Kilka uwag w sprawie polepszenia stosunków prostytucyi.

4) Dr J. Opieński (Żółkiew). O zwalczaniu epidemii błonicy.

5) Dr St. Serkowski (Łódź). Zadanie i organizacya „Kropki mleka“.

6) Tenże St. Serkowski (Łódź). O wentylacyi chemicznej,

7) Inż. J. Kruszewski (Łódź). Buddyzacya wody i mleka.

8) Dr Stanisław Bartoszewicz (Warszawa). Sposoby określenia laseczników tyfusowych w wodzie.

9) Tenże. O nowym sposobie konserwowania pokarmów.

10) Tenże. Związki dezynfekujące z odpadków naftowych.

ZAMIĄST ŻELAZA!

ZAMIĄST TRĄNU

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Daje wysmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym 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 borowego 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 gruzliczych

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 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura napoju!); dla starszych dzieci 1—2 łyżki deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżki 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.

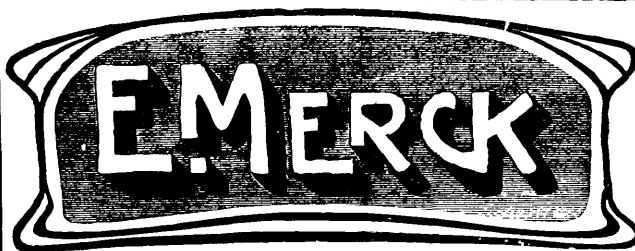
Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



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

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

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

Perhydrol

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

Paranaphrin

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

Zelatyna sterylizowana

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

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

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

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, 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, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

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

Antithyreoïdin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstoci puls 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 przeciw padaczkowemu, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieprzyrostowy, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

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

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.

N A Ł Ę C Z Ó W

Zakład leczniczy cały rok otwarty.

W sezonie bieżącym gruntownie ulepszone i znacznie powiększone łaźienki do kąpiei żelazistych i błotnych. Kąpiele słoneczne. Leżalnia. Własna kuchnia dyetetyczna. Mleko Miecznikowa. Mleko gazowane i pasteuryzowane. Kefir. Hydro- i elektro-terapia. Masaż. Gimnastyka. Ścisły nadzór lekarski. Poczta i telegraf na miejscu.

Prospekty gratis i franco. Dyrektor zakładu d-r A. PUŁAWSKI. Konsultami i asystentami. Dozorczyńni chorych.

RADYKAŁNE DZIAŁANIE

Kremu **CAZIMI** METAMORPHOSA



Patent
Angielski.



Źródło
Piękności.

BY ROYAL LETTERS PATENT.

Do nabycia we wszyst. składach mat. apt. perfumerjach, aptekach, oraz u fryzjerów.

BEZWARUNKOWO NISZCZĄCEGO
PIĘGI, PŁAMY, WĘGRY I
ZMARSZCZKI NA TWARZY.

Krem niedawno demonstrowany był wobec licznej publiczności na wystawie, oraz w różnych punktach Petersburga. Powodzenie Kremu **CAZIMI** wywołało mnóstwo naśladownictw i falsyfikatów, wobec czego, w celu uchronienia się od tychże żądać należy na **WEWNĘTRZNEJ** stronie

słoika podpisu *CaZimi* i rysunku „**ŹRÓDŁO PIĘKNOSCI**“, zatwierdzonego przez Depart. Handlu i Manuf. za № 4683.



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat ziarnisty Robin'a

Glicerofosfat wapnia i sody. Stosowany w szpitalach paryskich.
WZMACNIAJACY SYSTEM NERWOWY.

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

Dla dotkniętych cukrową chorobą wyrabia się w formie pastylek.
Sprzedaż w aptekach.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant
Władysław Hoffmann

Warszawa, Erywańska 5. Telefonu Nr. 2114.

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

BAD KREUZNACH

Sezon od 1 maja do 30 września.

Silne radioaktywne źródła lecznicze, zawierające Jod-Brom i Lithion. Wszystkie nowoczesne środki lecznicze i doskonałe sanitarne urządzenia.

Wskazania: choroby kobiet i dzieci, żoły, krzywica, choroby skóry, choroby serca, dna i gościec. Wysyła łągu Kreuznachskiego.

Prospekty gratis i franko za pośrednictwem dydekoyi kąpielowej.

D-r Wacław Kraszewski

b. ordynator szpitala we Włocławku
ordynuje w bieżącym sezonie w Wysowej (Galicja)
jako lekarz zakładowy.

D-r L. TANNENBAUM

ordynuje przez lato jak zawsze w CIECHOCINKU.

V

D^{-RA} HAWRANKA

Sanatorium dla chorych na płuca W ZAKOPANEM

Pod kierunkiem D^{-ra} Zdzisława Czaplickiego

Otwarte cały rok.

Leczenie klimatyczne, dyetetyczne, tuczące. Zabiegi wodolecznicze.

Na żądanie tuberkulin. Centralne ogrzewanie, wodociąg z zimną i gorącą wodą, łazienka i t. p.

Prospekty na żądanie franko.



D-ra B. Löwensteina F O S M O Z A

Przyjemny i racjonalny pokarm dla:

Dzieci, Matek, Rekonwalescentów i Starców
Fosmoza zapewnia prawidłowy rozwój

krwi, kości i mięśni.

Niezbędny pokarm dla dzieci w okresie ząbkowania i rośnięcia.

Cena pudełka Rb. 1.

Dostać można w aptekach i składach aptecznych.

Skład fabryczny Bracka 4, telef. 25.33.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształ Nowo-karlsbadzkie kryształ Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, dialezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody sełcerskiej: Pić należy łykając z przerwami parominutowymi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Bad OEYNHAUSEN (WESTFALJA)

godzina za Hannowerem, 5 godzin za Berlinem
Podczas lata ordynuje Porta str. 1.
D-r Stanisław JANTA-POŁCZYNSKI.

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia D-ra K. DOBRSKIEGO

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

Warszawski Zakład Ginekologiczny Marszałkowska 45.

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