

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 26.

Warszawa d. 29 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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie 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. Wysłuchowa metoda określania ciśnienia i wartość jej praktyczna. Podał dr W. Ettinger. — O oddzielaniu i zgęszczaniu antytoksyny błoniczej podali dr Jerzy Brunner i dr fil. S. N. Pinkus. (Dokończenie). — O ciąży śródmiaższowej. Napisał A. Karczewski. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 31. — Ewald, Nerwowa kolka wątrobową. 32. — A. W. Mayo Robson. O wrzodzie dwunastnicy. 33. — Moszkowicz. W sprawie rozpoznania zamknięcia światła tętna w zgorzeli stopy. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr W. Ettinger. — Sur la méthode auscultative de détermination de la pression du sang. 2) Dr Georges Brunner et le Dr ès-sciences S. N. Pinkus. — Sur l'isolement et la condensation de l'antitoxine diphtérique. 3) 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 W. Ettinger. — Ueber auskultative Methode der Blutdruckmessung. 2) Dr Georg Brunner und Dr Phil. S. N. Pinkus. — Ueber die Isolierung und Kondensation des Diphtherie - Antitoxins. 3) A. Karczewski. — Ueber interstitielle Schwangerschaft.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału Doc. dra med. Wł. Janowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

WYŚLUCHOWA METODA OKREŚLANIA CIŚNIE- NIA I WARTOŚĆ JEJ PRAKTYCZNA.

Podał

Dr Witold Ettinger.

Asystent oddziału.

Do różnych metod określenia ciśnienia, zaproponowanych i wprowadzonych w użycie na zachodzie, mianowicie palpacyjnej STRASBURGER'a, graficznej JANEWAY - MABING - SAH-

L'ęgo oraz wibracyjnej, głównie ostatnimi czasami opracowywanej przez Henryka v. REOKLINGHAUSEN'a oraz ERLANGER'a i HOOLLER'a, przybyła w końcu 1905 r. nowa, a mianowicie wysłuchowa, zaproponowana przez KOROTKOWA w Petersburgu na posiedzeniu naukowym wojskowego szpitalu. Akad. Wojsk.-Lekar. d. 20 List. 1). Badania swe prowadził KOROTKOW w sposób następujący. Po założeniu na część środkową ramie-

1) Korotkow. Izwiestja Imperatorskoj Wojeunno-Medicinskoj Akademii 1905 r. T. XII, grudzień, Nr. 4, str. 395. Doniesienie tymczasowe.

nia mankietu przyrządu RIVA - Rocci, podnosił ciśnienie znacznie po nad spodziewaną normę. Przy następnej powolnej opadaniu rtęci w manometrze wysłuchiwał tętnicę ramieniową za pomocą, jak pisał, dziecinnej słuchawki. Po spadku ciśnienia do pewnej wysokości słyszeć krótkie tony, dowodzące przechodzenia części fali krwi pod mankiem RIVA - Rocci; te więc tony uważał za odpowiadające ciśnieniu maksymalnemu, czyli systolicznemu krwi. Przy dalszym opadaniu rtęci w manometrze występują „skurczowe szmery uciskowe“, a potem następuje okres drugich tonów, po których z kolei wszystkie zjawiska słuchowe znikają. Ten ostatni moment odpowiada chwili, w której krew przechodzi już przez tętnicę ramieniową swobodnie, a więc określa ciśnienie t. zw. minimalne, czyli rozkurczowe krwi. Doświadczenia na zwierzętach dowiodły słuszności powyższego twierdzenia. Pierwsze tony, odpowiadające ciśnieniu krwi skurczowemu, występują przy ciśnieniu o 10 – 12 mm. większem, niż to, przy którym można już tętno wyczuć w tętnicy promieniowej. Powstawanie pierwszych tonów Korotkowa tłumaczył rozlepianiem się ścian naczyń przy przechodzeniu przez nie pierwszych kropli krwi. Przeciw zdaniu temu obszernie oponował, na tem samym posiedzeniu, Bożowski, który uważał, że obydwa tony, wysłuchiwanie przy doświadczeniu Korotkowa, powstają i są przeprowadzone z serca.

Po miesiącu (26 XII. 1905) Korotkow zrobił w tem samym zebraniu ²⁾ drugie doniesienie tymczasowe w celu wykazania miejscowego pochodzenia tonów i szmerów w naczyniach przy stopniowym zmniejszaniu ich zaciskania zzewnątrz. Korotkow przerobił swoje doświadczenia na wypreparowanej tętnicy udowej (*art. femoralis*). Przekonał się przytem, że przy wlewaniu do *art. iliaca* roztworu soli po-

wstają w *arteria femoralis* takie same tony i szmery, jak u człowieka przy zmniejszaniu zaciskania tętnicy ramieniowej. Twierdzi więc ponownie, że spostrzegane przez niego objawy wysłuchowe powstają wskutek rozlepiania ścian naczyń przez stopniowo coraz obficiej dopływającą krew.

W dyskusji prof. M. YANOVSKY nie zgadzał się z Korotkowem, że tony powstają wskutek rozlepiania się ścian tętnicy, był jednak, wraz z Korotkowem, zdania, że pochodzenie tych tonów jest miejscowe. Sądzi, mianowicie, że ściany naczyń, które, wskutek zaciśnięcia go mankiem, stało się niedrożnem, znajdują się w stanie zupełnego rozluźnienia. Pierwsza napływająca fala krwi silnie ścianę tę napręża i powoduje powstanie tonu, który przy dalszym rozluźnieniu mankieta RIVA-Rocci przechodzi w szmer t. zw. uciskowy. Szmer ten znika, gdy ciśnienie w mankiecie staje się bardzo bliskiem do rozkurczowego, wskutek czego słyszeć znówu ton.

Następne badania podług sposobu Korotkowa prowadził w klinice wspomnianego YANOVSKY'ego D. KRYŁOW ³⁾ i ⁴⁾. Rozróżnia on przy badaniu sposobem Korotkowa objawy typowe i nietypowe.

W typowych uznaje on trzy okresy: pierwszym jest chwila wystąpienia pierwszych tonów; drugim przyłączenie się do nich szmeru, trzecim chwila wystąpienia tonów, które są, w porównaniu z pierwszymi tonami, głuchsze. TONY te stopniowo słabną, wreszcie znikają.

W przypadkach nietypowych mogą zachodzić następujące kombinacje:

³⁾ Kryłow D. O. Ob opredielenji krowianowo dawlenia po słuchowomu sposobu Korotkowa. Izwiestja Wojenno Mediciuskoj Akademji. 1906. Tom XIII, Nr. 2, 3 i 4.

⁴⁾ Kryłow O. D. Kliničeskija nabludenia nad izmieneniami krowianowo dawlenia pod wlianiem kofeina u sierdecznych bolnych s razstrojstwom kompensacii. Dysertacija na stopień doktora medycyny. Str. 178, r. 1906.

²⁾ Korotkow. Izwiestja Wojenno-Mediciuskoj Akademii 1906 Nr. 2 (T. XII) str. 254.

1. Wysłuchują się same tony, szmerów zaś nie słyszać wcale.

2. Brak okresu drugich tonów, tak że objawy kończą się okresem szmerów.

3. Czasami, ale to bardzo rzadko, słyszeć od początku do końca same tylko szmery.

4. Przy niemiarowości tętna tony słyszeć w nieregularnych odstępach; niekiedy niektórych z nich nie słyszać wcale, czasami zaś słyszeć w okresie szmerów jednocześnie i tony, domieszane bez porządku do szmerów.

5. Czasami, przy tętnie dwubitnem, słyszeć podwójne tony.

6. Czasami—przy niedostateczności zastawek aorty—słyszeć okres 3-i, t. j. drugich tonów, aż do opadnięcia rtęci w manometrze do zera.

Przy nakładaniu mankietu RIVA-ROCCI na przedramię KRYŻOW słyszał najczęściej tylko tony, bez szmerów, które występowały wyjątkowo i były bardzo krótkie.

Do wysłuchiwania KRYŻOW nie używał zwykłej słuchawki, lecz fonendoskopu. Twierdzi on, że tony w okresie trzecim, t. j. drugie, są słabsze od słyszanych w okresie pierwszym. Wszystkie objawy wysłuchowe, stwierdzone przy badaniu metodą KOROTKOWA, uważa, zgodnie ze zdaniem swego nauczyciela M. YANOVSKY'ego, za będące pochodzenia miejscowego, twierdząc słusznie, że, gdyby odnośne tony były przeprowadzone od serca, to byłyby najgłośniejsze przy swobodnym dopływie krwi do tętnicy ramieniowej, t. j. bez jej zaciśnięcia, co, jak wiadomo, miejsca nie miewa.

Zdaniem jego, tony w okresie pierwszym powstają w tętnicy ramieniowej wskutek tego, że napływająca fala krwi szybko wyprowadza ścianę naczynia ze stanu zupełnego rozluźnienia, w którym znajdowała się przy zaciśnięciu jej światła, w stan napięcia, i to znacznego, dlatego, że dopływająca krew znajduje w zaledwie tylko drożnem naczyniu bardzo znaczną przeszkodę do odpływu. Podobne tłumaczenie jest

zgodne z ogólnem zdaniem fizyologów (LANDOIS'a), którzy twierdzą, że samoistne tony mogą w naczyniach powstać tylko wtedy, jeżeli napięcie tętnic z bardzo słabego wzmacnia się szybko i znacznie w chwili przesuwania się fali tętna.

W okresie drugim tony powstają w sposób analogiczny do powyższego, a towarzyszące im szmery zależą od wirów samej krwi, wytwarzanych przez jej przejście ze zwężonej przez mankiety RIVA-ROCCI części naczynia do części jego obwodowej o normalnej szerokości.

Dla powstawania powyższych zjawisk potrzebne jest pewne minimum światła naczynia, pewne minimum wielkości fali krwi, poniżej którego niema dostatecznego wstrząsu ścian tętnicy, oraz pewne minimum szybkości prądu krwi w zwężonem naczyniu. Normalna bowiem szybkość prądu krwi nie jest dostateczna do spowodowania takich drgań ścian naczyniowych, które byłyby zdolne do wytwarzania samoistnych tonów. Ponieważ z badań LANDOIS'a, CORRIGAN'a i innych wiadomo, że szybkość krążenia krwi, w naczyniach jest odwrotnie proporcjonalna do kwadratu średnicy światła naczynia, KRYŻOW więc przypisuje tej okoliczności wpływ decydujący na siłę tonów w okresie 3-im. Twierdzi on, mianowicie, że tony te są słabsze od słyszanych w okresie pierwszym dlatego, że, pomimo iż przepływająca wtedy fala krwi jest znacznie większa, co byśmy powinniśmy wzmacniać zjawiska wysłuchowe, jednakże znacznie już wtedy powiększone światło naczynia, wpływające na zmniejszenie szybkości prądu krwi, ma na zjawiska wysłuchowe wpływ o tyle decydujący, że powstające wtedy tony są słabsze i bardziej głuche od słyszanych w okresie pierwszym.

Okres znikania wszelkich objawów wysłuchowych zależy od zupełnego lub prawie zupełnego zniknięcia zwężenia naczynia, wskutek czego niema żadnego z powyższych danych do występowania samoistnych drgań jego ścian.

Przy zwiększonej twardości ścian naczyńowych, resp. zmniejszonej ich elastyczności, wszystkie objawy wysłuchowe występują wyraźniej, gdyż pod wpływem parcia krwi ponad zwężeniem tętnicy następuje gwałtowniejsze jej rozszerzanie się, a nadto samo ew. światło naczynia jest mniejsze, wskutek czego szybkość przesuwania się fali krwi, mająca tak wybitny wpływ na powstawanie drgań ścian naczyńowych, jest większa. Ponieważ więc na powstanie zjawisk wysłuchowych przy badaniu sposobem KOROTKOWA wpływają: stopień zwężenia naczyń, stan ich elastyczności, wielkość fali tętna i szybkość jej przesuwania się, zależna z kolei od tylko co wymienionej wielkości fali tętna, stałego dyastolicznego ciśnienia krwi w naczyniach, kalibru naczyń i od stopnia lepkości krwi, przeto, wskutek rozmaitego skombinowania się tych różnych warunków, występują objawy wysłuchowe nie typowe, powyżej wymienione.

Na zasadzie rozumowania i spostrzeżeń klinicznych KRYŁOW twierdzi, że, jeżeli objawy wysłuchowe nie są typowe, to wskazują na różny stopień niesprawności mięśnia sercowego; mianowicie, przy braku szmerów niedostateczność serca jest względna, przy braku zaś tonów i obecności samych tylko szmerów serce jest zupełnie słabe: brak wtedy dostatecznej ilości krwi i szybkości jej prądu, dostatecznych do wywołania tonów na drodze powyżej omówionej.

W olbrzymiej większości przypadków otrzymał on dla ciśnienia systolicznego za pomocą sposobu KOROTKOWA liczby nieco większe niż za pomocą „sposobu” RIVA-ROCCI⁴⁾. Czasami otrzymywane liczby były mniejsze od otrzymywanych sposobem RIVA-ROCCI, co zależy może, zdaniem jego, od różnego skombinowania się wyżej wymienionych przyczyn powstawania tonów przy badaniu sposobem KOROTKOWA.

⁴⁾ Kryłow nie tłumaczy bliżej tego wyrażenia; prawdopodobnie więc określał to ciśnienie systoliczne palcem. Dyastolicznego ciśnienia żadnym innym sposobem dla kontroli nie badał; przynajmniej go nie podaje.

Ponieważ w oddziale doc. dr Wł. JANOWSKIEGO, który sam pracuje nad kilkoma pytaniami, wymagającymi różnych systematycznych badań z dziedziny hemodynamiki klinicznej, używamy od 1½ roku wszyscy różnych metod określania ciśnienia krwi skurczowego i rozkurczowego, wskutek tego, zaraz po wyjściu początku pracy KRYŁOWA (w październiku roku 1906), doc. dr JANOWSKI zaproponował mi sprawdzenie wartości klinicznej metody wysłuchowej KOROTKOWA i porównanie otrzymanych przy tem wyników z danymi, otrzymywanymi bądź za pomocą metody graficznej JANEWAY-SAHLI'ego, bądź palpacyjnej STRASBURGER'a, bądź jednej i drugiej jednocześnie. Podjąłem się tego z chęcią.

Postępowanie nasze, ustalone w oddziale doc. W. JANOWSKIEGO już przy pierwszych paru badaniach, jest w szczegółach nieco różne od postępowania KRYŁOWA; dlatego streszczę je tu w kilku wyrazach. Przedewszystkiem tedy, w myśl zasady, przyjętej na naszym oddziale raz na zawsze, nie prowadzę odnośnych badań bez pomocnika. Przy takim bowiem postępowaniu, jak KRYŁOWA, przy którym prawa ręka trzyma fonendoskop, a lewa jednocześnie kieruje balonem manometru i notuje spostrzegane liczby, możliwe są duże błędy, wynikające bądź z trudności technicznych takiego postępowania, bądź z autosugestyi badacza, który sam obserwuje opadanie słupa rtęci w manometrze. W myśl więc zwyczaju, panującego w oddziale doc. W. JANOWSKIEGO, manometr stoi zawsze odwrócony swoją podziałką odemnie tak, że ja jej nie widzę, pomocnik zaś, który sam tylko tę podziałkę widzi, robi z początku ciśnienie tak wysokie, aż mu powiem, iż nie nie słyszę (t. z. Ueberdruck).

Do wysłuchiwania używam słuchawki ruchomej z płytką celluloidową (uproszczony fonendoskop, kosztujący około 2 rubli), którą stawiam na tętnicę ramieniową o 2—5 ctm poniżej mankietu RIVA-ROCCI. Pomocnik wtedy, manipulując lewą ręką koło śrubki manometru RIVA-

Rocci, ew. koło jego balonu, stopniowo opuszcza ciśnienie, w prawej zaś trzyma ołówek, którym, przy odnośnych moich sygnałach, zapisuje spostrzegane w tej chwili na manometrze liczby. Mianowicie, w chwili, gdy słyszę pierwszy ton, co do czego niema nigdy żadnej wątpliwości, mówię: „raz“; pomocnik notuje odnośną liczbę. Przy dalszem opadaniu rtęci w manometrze, następuje chwila, w której do wymienionego tonu dołącza się szmerek. Mówię wtedy: „dwa“; wysokość, na której stoi rtęć w manometrze, zostaje znowu zanotowana. Przy dalszem opadaniu rtęci szmer stopniowo się wzmaga, i to tak, że chwilami dominuje nad króciutkim tonem, a potem również słabnie, tak że następuje chwila, w której słyhać znowu tylko czysty ton, zazwyczaj dźwięczny, gwałtowny, a w każdym razie głośniejszy od słyszanego w pierwszym okresie. Mówię wtedy: „trzy“,—pomocnik znowu notuje odnośną wysokość słupa rtęci. Następnie ton ten, który często bywa wprost metaliczny, stopniowo głuźnie. Gdy staje się głuchym, mówię: „cztery“—wysokość słupa rtęci znowu przez pomocnika zostaje zanotowana. Jest to jedyny moment nieco trudniejszy do wskazania. Przekonaliśmy się jednak wielokrotnie, że różnice pomiędzy chwilami „cztery“,

wskazywane przez kilku kolegów, pracujących w naszym oddziale i badających dla kontroli tego samego chorego, wynoszą zaledwie parę do kilku milimetrów. Przy dalszem opadaniu słupa rtęci następuje chwila znikania wszelkich objawów wysłuchowych. Mówię: „pięć“, co zostaje znowu odnotowane. Badanie u tego samego chorego powtarzam zwykle 3 lub więcej razy i z otrzymanych dla każdego z 5 okresów liczb wyprowadzam dla każdego z nich przeciętną. Łatwo jest dojść do takiej wprawy, że otrzymywane przy kilku badaniach liczby, których nb. notujący je pomocnik nigdy mi nie mówi, różnią się od siebie zaledwie o 1—2 milimetry.

Ponieważ bezpośrednio przed zastosowaniem badania sposobem wysłuchowym określałem jednocześnie, jak mówiłem, ciśnienie systoliczne i dyastoliczne krwi za pomocą metody STRASBURGER'a i SAHLI'ego lub przynajmniej jedną z nich ⁶⁾, układałem więc otrzymane dla każdego przypadku liczby w tabliczkę podług wzoru, który dla przykładu przytaczam:

⁶⁾ Upoważniły mnie do tego otrzymane na naszym oddziale przez doc. dra W. Janowskiego wyniki badań porównawczych metodą Strasburgera i Sahli'ego, przeprowadzone w 300 przypadkach, wykazujące, że, poza małymi wyjątkami, obie te metody dają w przybliżeniu liczby jednoznaczne.

N. porząd.	Data	Im. i nazw.	Rozpoznanie	Wiek	Rodzaj pulsu	Ciśnienie			Różnice	Uwagi
						Sahli	Strasb.	Korotkow		
1.	4. I. 1907	Dr G.	Zdrów	29	Norm.	max. 118 min 95	max. 120 mm. 90	122 108 95 93 90	Sahl +4 Str. +2 Sahl-5 Str. 0	Wszystkie okresy typowe i słyszalne wyraźne
2.	7. II.	Dm.	Zdrów	18	N.	max. 105 min. 78	max. 108 mm. 81	112 104 96 82 60	Sahl +7 Str. +4 Sahl-18 Str.-21	Dtto.

Badań podług tego typu przeprowadziłem 235. Odnosnych tablic w całości dla oszczędności miejsca nie przytaczam. Rozpatrzę je tylko grupami podług nasuwających się trzech głównych pytań do rozwiązania, a mianowicie: 1) jaka jest wartość praktyczna wysłuchowego sposobu określenia ciśnienia krwi systolicznego i dyastolicznego w porównaniu z metodą palpacyjną STRASBURGERA i graficzną JANEWAY - MANSING-SAHL'ego? 2) czy intensywność i trwanie wysłuchowych objawów stoi w jakimś związku z wielkością i szybkością tętna w danym przypadku? i 3) czy z braku pewnych okresów można wyprowadzić jakieś wnioski co do stanu działalności serca?

Poprzednio jednak omówię pokrótce, jak, zdaniem mojem, podzielanem przez doc. W. JANOWSKIEGO, należy tłumaczyć sobie powstawanie objawów wysłuchowych przy badaniu sposobem KOROTKOWA.—Wszystkie te objawy uważamy, zgodnie ze zdaniem KRYŁOWA, za powstające w samej tętnicy ramieniowej, t. j. za będące pochodzenia miejscowego, gdyż co do tego nie może być z wyżej omówionych powodów żadnej wątpliwości.

Również, zgodnie ze zdaniem KRYŁOWA-YANOVSKY'ego—sądzę, że tony w okresie pierwszym powstają wskutek gwałtownego przejęcia ściany tętnicy ze stanu zupełnego rozluźnienia w stan silnego napięcia pod wpływem pracy na nie silnej fali krwi powyżej miejsca zwężenia. Twierdzę jednak, że na tak znaczną siłę tych tonów, jaką słyszymy przy badaniu sposobem KOROTKOWA, wpływa niewątpliwie i w wysokim stopniu to, że wypełniony mocno powietrzem mankiety RIVA - ROCCI stanowi doskonały rezonator do powiększania wszelkich dźwięków.

Wzmocnia je też w dość wysokim stopniu używana przez nas ruchoma słuchawka z płytką celluloidową. Przynajmniej przy prowadzeniu tego samego badania z zastosowaniem zwyczajnej słuchawki, jak to ostatnio proponował

FELLNER na 24 zjeździe internistów niemieckich, 24/IV r. b., objawy wysłuchowe były daleko słabsze, tak że wymagały pewnego nabycia wprawy w zorientowaniu się w nich, podczas gdy przy naszym wysłuchiwanin wystarczy jednorazowe zdemontowanie metody, aby nauczyć się napewno i bez wahania wysłuchiwać wszystkie powyżej wymienione fazy.

Pozatem przy używaniu zwyczajnej twardej słuchawki badający może mimowoli ucisnąć zbyt silnie wysłuchiwaną tętnicę i wywoływać w ten sposób sztucznie szmer, czego przy zwykłym naszym badaniu nigdy być nie może. Przynaję jednak, na zasadzie porównawczego zbadania 16 przypadków, że liczby, otrzymywane przy wysłuchiwanin obydwoma słuchawkami, różnią się od siebie nieznacznie. Wykazuje to przytoczona tu dla przykładu tabliczka porównawcza.

I. T.O. Ruchoma słuchaw.	104, 94, 87, 79, 65
Zwyczajn. „	105, 98, 83, 75, 67
II. CD. Ruchoma słuchaw.	116, 106, 103, 85, 61
Zwyczajn. „	114, 105. 92, 79, 62

Co do okresu drugiego, zgadzam się również z KRYŁOWEM, że ton powstaje tu w sposób podobny, jak w okresie pierwszym, a szmer jest pochodzenia wirowego. W tym bowiem okresie nawet fala dyastoliczna krwi nie może się jeszcze przesuwac swobodnie przez zwężone łożysko tętnicy promieniowej. tak że, dostawszy się do wolnej jej części obwodowej, tworzy wiry, dające szmer. Zastrzegam się jednak ponownie, że rezonator, tworzony przez mankiety RIVA-ROCCI, wypełniony powietrzem, ma i w tym okresie wpływ decydujący na wyrazistość wysłuchiowanych tonów i szmerów. Przekonywa o tem najdowodniej doświadczenie z uciskaniem tętnicy ramieniowej palcami lub przepaską ESMARCH'a: słycać wtedy przy stopniowym rozluźnianiu ucisku zaledwie słabych kilka tonów. O rozróżnieniu w tych warun-

kach jakichkolwiek okresów nawet mowy być nie może.

Co do okresu 3-go, t. j. powstawania drugich tonów, to różnię się zasadniczo w zdaniu od KRYŁOWA. Mianowicie, KRYŁOW uważa te tony za słabsze i głuchsze od słyszanych w okresie pierwszym. Tymczasem spostrzeżenia, robione przezemnie, wykazują, że tony te (które oznaczam jako okres 3-ci) są zawsze bardzo głośne, czasami wprost metaliczne, a czasami, np. przy niedostateczności zastawek aorty, rażą swą nadzwyczajną siłą. Tylko w 24 przypadkach, a w 10% badanego materiału, tonów tych tak głośnych nie słyszałem i uważam to za rzecz patologiczną. Te tony okresu 3-go powstają, analogicznie do tonów okresu 1-go, dzięki wzmocnionemu drganiu ścian tętnicy, a są tak silne i głośne dlatego, że składają się na to wszystkie warunki, potrzebne do ich wyrazistości. A mianowicie, w okresie tym fala krwi, przedostająca się do tętnicy ramiennej, jest już duża, prawdopodobnie prawie równa się normalnej dla danego osobnika fali, światło zaś naczyń, które wtedy przepuszcza swobodnie tylko falę dyastoliczną krwi (złąd brak szmeru stenotycznego) jest jeszcze zbyt zwężone, by ściana jego mogła nie ulegać wzmocnionemu drganiu pod wpływem pracy na nią prawie normalnej fali krwi; powietrza zaś w mankiecie RIVA-ROCCI jest jeszcze dużo. Ponieważ zaś wzmoczenie normalnego drgania ścian naczyń, a więc i siła stwierdzanych odnośnych objawów wysłuchowych, zależą od ilości przesuwanej krwi i od szybkości jej przesuwania, a ta ostatnia z kolei zmienia się w stosunku wprost proporcjonalnym do kwadratu średnicy światła naczyń, mamy tu więc wszystkie warunki, potrzebne do spotęgowania zjawisk wysłuchowych, powiększanych nadto przez wypełniony jeszcze powietrzem mankiety RIVA-ROCCI.

Powyższe okoliczności przeważają w swoim znaczeniu tę, że naczynie stają się już w

tym okresie coraz drożniejszym, i powodują, że słyszane w tym okresie tony są rzeczywiście najgłośniejsze.—Dopiero w miarę dalszego wypuszczania powietrza z mankiety tony te głuchną—jest to nasz okres czwarty. Tu głuchnienie tonów zależy od tego, że 1) światło naczyń coraz bardziej zbliża się do normalnej swej średnicy, wskutek czego wpadająca doń fala tętna coraz mniej i mniej gwałtownie musi je rozszerzać; 2) nadto, z tego samego powodu, krew płynie w nim w tempie coraz wolniejszym, bliższym do normy i 3) rezonator w mankiecie RIVA-ROCCI staje się coraz mniej doskonałym wskutek ubywania w nim powietrza. W tym więc naszym okresie czwartym mamy te warunki, które KRYŁOW chce mieć zaraz po okresie drugim, przepuszczając okres 3, zdaniem moim, najefektowniejszy.—Okres piąty zależy od odwrotu stosunków krążenia krwi w tętnicy do normy.

(D n.).

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.

(Dokończenie. — Patz Nr 25).

Na tem niezmiernie ciekawem zjawisku oparliśmy tedy drugą połowę naszej metody. Spływająca zgęszczona antytoksyna może być zebrana prawie całkowicie, tak że w końcu na sączku powstają jedynie obfite kryształy siarczynu sodowego. Przez przemycie ich oziębiłą wodą osiągamy jeszcze pewną ilość (tym razem rozcieńczonej) antytoksyny, nadającej się do użytku.

Po wielu próbach określiliśmy, że najprędzemu tworzeniu się dużych kryształów na sączku sprzyja ciepłota około 6°C , zwłaszcza, gdy pobudzamy ich tworzenie się przez rzucenie na sączek kilku uprzednio już uformowanych kryształów. Przy oziębianiu zaś do 0° powstają bardzo drobne kryształiki, bardzo utrudniające spływanie antytoksyny.

Zresztą ciepłota 6° jest tą właśnie, którą osiągamy w lodowni, i tem samem cała procedura nie wymaga specjalnych urządzeń.

Otrzymana w sposób powyższy antytoksyna zgęszczona płynna, teoretycznie biorąc, zawierać winna ogólną liczbę jednostek antytoksycznych, zawartych w tej ilości osocza lub surowicy, z której dany produkt został uzyskany.

Biorąc atoli pod uwagę pewną — niewielką zresztą — stratę antytoksyny, którą przepojony został sączek, oraz tej, która wraz z albuminą została odsączona, nie możemy się dziwić pewnemu zmniejszeniu liczby jednostek antytoksycznych, uzyskanych w naszej metodzie. Strata ta w każdym razie w zupełności wyrównana jest, a nawet suto pokryta dzięki temu, że, pracując z osoczem, otrzymujemy zeń wszak około 2 razy więcej materiału antytoksycznego, aniżeli zwykle z surowicy. Zresztą nie sądzimy, aby nawet niewielka strata antytoksyny mogła obniżyć wartość przetworu naszego, którego cechą jest wszak wysoka wartościowość i względnie mała zawartość białka.

Sila antytoksyczna naszego przetworu jest w stosunku odwrotnie proporcjonalnym do jego ilości; im wilgotniejszy jest osad antytoksyny, zebrany na sączku, im wcześniej rozpoczynamy oziębianie tego osadu, tem większa jest ilość antytoksycznego ekstraktu i tem mniejsza jest jego siła. Doświadczenie w tej sprawie pouczy, jak należy postępować, aby otrzymać najwłaściwsze wyniki.

Określenia siły zgęszczonej antytoksyny dokonaliśmy pięciokrotnie i uzyskaliśmy liczby następujące.

I. Krew z upustu 37, 15. III. 1906.

Sila surowicy i osocza 650 IE.

Z 250 ctm. sz. krwi otrzymano 56 ctm. ekstr. antytoksycznego o sile > 1200 IE i < 1500 IE (określano metodą starą EHRLICH'a).

II. Krew konia N. 42, 25, III. 1906.

Sila surowicy i osocza 225 IE.

Z 200 ctm. sz. osocza otrzymano około 50 ctm. ekstraktu o sile > 700 IE (metoda stara EHRLICH'a).

III. Krew serya V, 4. II. 1906.

Sila surowicy i osocza 175 IE.

Z 100 ctm. n. osocza otrzymano 20 ctm. sz. zgęszczonej antytoksyny o sile 800 IE (metoda stara EHRLICH'a).

IV. Surowica 6498 A. Parke, Davis & C.

Sila 250 IE.

Z 50 ctm. surowicy otrzymano 17 ctm. ekstraktu o sile 650 IE (metoda nowa EHRLICH'a).

V. Surowica 6498 A. Parke, Dawis & C.

Sila 250 IE.

Ze 125 ctm. surowicy otrzymano 26 ctm. sz. ekstraktu o sile 735 IE (metoda nowa EHRLICH'a).

Zgęszczona antytoksyna nasza przedstawia się w postaci płynu nieco gęstszego od surowicy, prawie zupełnie przezroczystego, z lekką jedynie opalescencyą. Płyn ten jest bardzo trwały i przechowuje się w chłodnem miejscu bez zmiany.

Badanie siły jednego z naszych preparatów wykryło, że po 4 miesiącach nie uległa ona zupełnie zniszczeniu. Antytoksyna nasza zawiera około 6% bezwodnego siarczanu sodu, który uważać należy jako fizjologicznie obojętny, o czem zresztą przekonaliśmy się dwukrotnie, zastrzykując ludziom wodny roztwór tej koncentracji; wsysanie następowało niezwłocznie, bez najmniejszego bólu. Antytoksyny naszej nie zastrzykiwaliśmy ludziom, gdyż otrzymywaliśmy ją w warunkach, nie dających zupełnej rękojmi aseptyki, nie wątpimy jednak, że w

przysadzaniu przetworu naszego sposobem fabrycznym, w instytutach, specjalnie do tego celu przeznaczonych, aseptyka z latwością da się osiągnąć, i przetwór bez odkażania następnego da się zastosować w terapii. W razie gdyby to było pożądané, można przez krótkotrwałą dyalizę usunąć z przetworu siarczany sodowy. Czy na tej drodze nie dałoby się osiągnąć jeszcze większe zgęszczenie i oczyszczenie antytoksyny przez oddzielanie dyalizowanego przetworu od powstających przy tem niewielkich osadów białka, o tem obecnie nie powiedzieć nie możemy, gdyż kwestya ta jest przedmiotem dalszych badań naszych, w każdym razie obecnie twierdzić możemy, że osiągnęliśmy przetwór antytoksyczny, przekraczający siłą swoją wszystkie dotychczasowe przetwory, że antytoksyna nasza zawiera tylko część białkowych substancji krwi, że umożliwia ona uzyskanie wysokiego stopnia odporności biernej, i że otrzymywanie jej jest łatwe i pewne.

Z powyższego opisu wynikają wskazówki do przeróbki krwi według naszej metody, pragnąc jednak wyjaśnić ją we wszystkich szczegółach, przytoczymy wierny protokół ostatniego doświadczenia z dnia 2 stycznia r. b.

W dniu oznaczonym, o godzinie 2 po południu, zmieszano w kolbie 125 ctm. sz. surowicy przeciwbłoniczej firmy Parke, Davis & C. (N. 6498) o sile określonej 250 IE z 125 ctm. wody destylowanej, rozgrzano mieszaninę do 32° C (w naczyniu z wodą) i dodano 50,0 bezwodnego miążkiego siarczanu sodowego; sól rozpuściła się niebawem przy lekkim mieszaniu; ilość płynu wynosiła 260 ctm. sz.

Kolbę, zatkaną watą, wstawiono do cieplarki o t° 32° C. Zauważymy mimochodem, że siarczany sodowy w danej koncentracji powstrzymuje rozwój bakterji nawet w ciepłocie oznaczonej.

Dnia następnego, 3. I, o godzinie 6 rano zaczęto przesączać zawartość kolby, w której dokładnie zaznaczył się podział na osad i płyn

przezroczysty. Przesączenie odbywało się w tym samym termostacie, gdyż w ciepłocie pokojowej mogłoby nastąpić wykrystalizowanie się soli z rozpuszczeniem części osadu.

Do filtrowania posilkowaliśmy się sączkiem szklanym z kranem u dołu; w sączku umieszczaliśmy krążek szklany z dziurkami, a pod nim krążek z bibuły większych nieco rozmiarów, tak że krążek szklany przyciskał obwodową część sączka papierowego do ścian lejka.

W ten sposób osiągamy większą powierzchnię filtrującą i możliwość rozłożenia osadu na większej przestrzeni, co, jak przekonaliśmy się, znakomicie sprzyja dalszej części procedury. Lejek pokryliśmy płytką szklaną i umieściliśmy nad kolbą w celu dokładnego zebrania przesączu.

Do godziny 2-iej i minut 30 po południu zebrano 194 ctm. przesączu, na filtrze zaś pozostał osad obfity i nieco płynu. Dla przemycia osadu na sączek wlano (oddzielnymi porcjami) 100 ctm. sz. ogrzanego do 32° 20% wodnego roztworu siarczanu sodowego i przesącz zbierano dalej.

Do godziny 11-iej wieczorem tego samego dnia zebrano jeszcze 118 ctm. sześciennych przesączu, a leżący na sączku osad był jeszcze dość wilgotny, aczkolwiek więcej przesączu z siebie nie wydawał; chwilę tę uważamy za koniec aktu przesączania.

Obliczenie.

Przesączono: 260 ctm. sz. płynu pierwotnego
100 " " roztworu

Razem 360 ctm. sześć.

Zebrano: 194 ctm. sz. pierwotnego przes.
118 ctm. sz. późniejszego przes.

Ogółem 312 ctm. sz.

Tak więc część płynu w ilości 48 ctm. sz. pozostała na sączku w postaci osadu.

O godzinie 11-ej wieczorem umieszczono lejek wraz z osadem nad małym naczynkiem mierniczym w lodowni ($t^{\circ} 6^{\circ}, 5^{\circ} \text{C}$) i na powierzchni osadu w kilku miejscach ułożono kryształy iglaste siarczanu sodowego (otrzymane podczas jednej z poprzednich krystalizacji) w celu pobudzenia prawdziwej krystalizacji.

Niebawem rozpoczęło się rozpuszczanie osadu wraz z tworzeniem kryształów i do podstawionego naczynia zaczęła spływać gęsta antytoksyna.

W dniu 4/I lejek prawie zupełnie się opróżnił z osadu, i pozostały w nim prawie same kryształy. Wieczorem tego samego dnia zmierzono ilość wydzielonej antytoksyny. Okazało się, iż było jej 26 ctm. sz. (Ekstrakt A.). Kran w lejku zamknięto i na kryształy wlano około 60 ctm. sz. bardzo zimnej wody destylowanej, poczem przyrząd ponownie wstawiono do lodowni.

Następnego dnia (5/I) wieczorem otworzono kran w lejku i zebrano płyn do podstawionej kolbki. Płynu tego było 65 ctm. sz. (opłuczyny B.).

Na sączku powstały jeszcze liczne dobrze uformowane kryształy, których jednak ponownie nie przemywano. Następnego dnia rozpoczęto określanie siły otrzymanych płynów; posilkowaliśmy się jadem błoniczym firmy Parke, Davis & C., którego L + dawka wynosiła ściśle 0,320; dawkę tę ustaliliśmy dokładnie za pomocą „Test—Serum“ EHRLICH'a z Frankfurtu.

Do określeń użyliśmy 16 świnek wagi około 250,0.

Wyniki były następujące:

Przesącz pierwszy = 4 IE w 1 ctm. sz.

Ekstrakt A = >725 i <750 IE w 1 ctm. sz., a więc około 735 IE.

Opłuczyny B = 150 IE w 1 ctm. sz..

Obliczenie wyników metody wypadła jak następuje.

Użyto 125 ctm. sz. surowicy o sile 250 IE — 31250 IE.

Otrzymano z niej:

1) 26 ctm. sz. ekstraktu antytoksycznego o sile 735 IE	19110 IE
2) 65 ctm. sz. opłuczyny o sile 150 IE	9750 IE

Ogółem 28860 IE

Strata wynosi 7,7%.

Zawartość białka w ekstrakcie (A) i opłuczynach (B) określaliśmy dokładnie według metody KJELDAHL'a dla porównania z ilością białka w surowicy i otrzymaliśmy liczby następujące:

S u r o w i c a 6498 (250 IE).

1 ctm. sz. zawiera 15,932 milgr. $N=0,09956$ białka (faktor 6,25), a więc w s u r o w i c y 1000 IE mieści się w 0,39824 białka.

E k s t r a k t A.

1 ctm. sz. zawiera 22,4 miligr. $N=0,1400$ białka, w ekstrakcie więc antytoksycznym 1000 IE mieści się w 0,1904 białka.

O p ł u c z y n y B.

1 ctm. sz. zawiera 5,25 milgr. $N=0,0328$ białka, w opłuczynach więc 1000 IE mieści się w 0,2187 białka.

Z powyższego wynika, że zgęszczona antytoksyna nasza zawiera 2 razy mniej białka, aniżeli surowica; jeżeli przypomnimy, że zawiera ona prawie wyłącznie globulinową część surowicy z wyłączeniem innych składników, to wartość jej staje się, zdaniem naszym, oczywistą.

Z punktu widzenia masowej produkcji do obróbki nadaje się przeważnie szczawianowe osocze, które po odpipetowaniu należy zmieszać z równą ilością 15% roztworu siarczanu sodowego i, po oddzieleniu osadu, zbierającego się bardzo prędko, poddać tej samej procedurze, którą opisaliśmy dla surowicy.

0 ciąży śródmiaższowej.

Napisał

A. Karczewski.

Non numerandae sunt, sed perpendendae observationes.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 25).

Z powodu wymienionych powyżej powikłań autorowie społecznie zgodnie uznają ciążę śródmiaższową za sprawę niebezpieczną, wobec której wdanie się chirurgicznie jest zupełnie usprawiedliwione. Zabiegi operacyjne, zalecone w celu *leczenia* kobiet, dotkniętych ciążą śródmiaższową, są dość różnorodne. Do worka płodowego starano się dotrzeć zarówno od strony pochwy, jak i od strony jamy brzusznej, przyczem bądź ograniczano się do usunięcia jaja płodowego, bądź też dokonywano mniej lub więcej obszernych okaleczeń w postaci częściowego lub całkowitego wycięcia macicy.

Wśród zabiegów zachowawczych, dokonywanych od strony pochwy, wspomnieć przede wszystkim należy o poronieniu sztucznym. Zwolennikami tego sposobu leczenia są przeważnie ci autorowie (BECKMANN, KOŚMIŃSKI, WAGNER), którzy uznają istnienie ciąży jajowodowo-maciczej, jako swoistej odmiany ciąży śródmiaższowej. Wychodząc z założenia, że w pomienionej odmianie natura sama dąży do wydalenia jaja przez rozszerzone ujście jajowodowe, starają się oni dopomóc w tem naturze. Dopomaganie owo, jak poucza KOŚMIŃSKI na przykładach z praktyki własnej, polega na tem, że kanał szyi macicznej rozszerza się stopniowo przy pomocy gazy jodoformowej (ewentualnie balonika kauczukowego), a następnie wydobywa się płód i łożysko palcami lub przy pomocy narzędzi. Zastosowawszy ten sposób w dwóch przypadkach ze skutkiem po-

myślnym, KOŚMIŃSKI twierdzi, że „przerwanie ciąży śródmiaższowej i usunięcie jaja płodowego drogami naturalnymi jest w odpowiednich przypadkach postępowaniem najwięcej się zalecającem“.

Chcąc przystosować twierdzenie powyższe do współczesnych naszych zapatrywań na istotę odmiany jajowodowo-maciczej, za „odpowiednie“ czyli nadające się do rzeczonoego sposobu leczenia należałoby uznać te przypadki, w których worek płodowy okazuje skłonność ku pęknięciu do jamy macicznej. Dotychczas jednak, niestety, nie udało się wykryć żadnych zgola objawów klinicznych, które skłonność ową mogłyby nam ujawnić. Lecz nie dość tego. Wobec wyluszczonej powyżej trudności rozpoznania klinicznego ciąży śródmiaższowej trudno jest oprzeć się podejrzeniu, czy w przypadkach domniemanej ciąży śródmiaższowej, uleczonych przez wywołanie poronienia sztucznego, nie miano czasem do czynienia z ciążą w kącie macicy, której przebieg najniepotrzebniej przerwano. Że podobne podejrzenie jest usprawiedliwione, dowodzi powyżej wzmiankowany przypadek KELLY'ego, który nauczony tem jednym doświadczeniem, zachował się całkiem wyczekująco wobec 6 innych przypadków podobnych z najlepszym skutkiem dla chorej i jej płodu.

Doświadczenie jednak, zdobyte przez KELLY'ego, nie powstrzymało go od doradzania takiego sposobu postępowania, który niewiele się różni od powyżej opisanego „dopomagania naturze“. Według tego autora, „jeżeli ciąża śródmiaższowa zostanie rozpoznana przed pęknięciem, ostrożne usiłowania, polegające na rozszerzeniu szyi i użyciu zgłębnika, powinny być dokonane w celu otwarcia ściany worka do jamy macicznej“. Zamiast zgłębnika zalecano również użycie noża, którym po rozszerzeniu kanału szyi nacina się przegrodę, oddzielającą jamę jajową od jamy macicznej, i przez wytworzoną w ten sposób szparę wy-

dobywa się płód oraz łożysko. WEBSTER ²⁴⁾, utrzymuje, że podobna operacja wielokrotnie już była stosowana w praktyce.

BECKMANN (4), zastanawiając się nad wartością rzeczzonej operacji, zaznacza, że nastrocza ona nielatwe do przezwyciężenia trudności i możliwa jest do zastosowania jedynie w ciągu pierwszych dwóch, a najwyżej trzech miesięcy ciąży. Pomimo powiększenia jamy macicznej wykonanie w niej rękoczynów odpowiednich jest wielce utrudnione z powodu jej wydłużenia i rozwoju worka płodowego w kierunku ku górze. Grubość przegrody, oddzielającej jamę jajową od jamy macicznej, nie może być na-przód określona. Z cięcia zaś poprzez grubą przegrodę łatwo może powstać obfity krwotok, zwłaszcza wtedy, kiedy do niej przyłączone jest łożysko. Podczas odluszczenia łożyska również może nastąpić krwawienie, trudne do zatamowania. Wreszcie manipulowanie w macicy może pociągnąć za sobą pęknięcie worka płodowego do jamy brzusznej z następczym krwotokiem wewnętrznym, którego niebezpieczeństwo staje się groźnem zwłaszcza wtedy, kiedy łożysko przyczepia się do ścienniejszej ściany, zwróconej ku jamie brzusznej.

Dowodzeniom powyższym nie można odmówić słuszności. Jeżeli zaś do wyszczególnionych trudności technicznych dodamy jeszcze trudność rozpoznania ciąży śródmiaższowej, to oczywistą stanie się rzeczą, że pomienione zabiegi operacyjne, zmierzające do usunięcia jaja od strony jamy macicznej, nie mogą liczyć na rozpowszechnienie pomimo pomyślnych rzekomo wyników.

Drugi sposób dotarcia do worka płodowego od strony pochwy polega na kolpokeliotomii, która, według BECKMANN'a, zasługuje na polecenie szczególnie w tych przypadkach, w których ciąża jest wczesna, worek płodowy nieuszkodzony, a w otoczeniu jego niema zrostów. Zdaniem BECKMANN'a, poprzez szparę, zrobioną

w przednim lub, co lepiej, w tylnym sklepieniu można wyłonić macicę, naciąć worek płodowy, opróżnić go z zawartości i zaszyć z powrotem, po uprzednim przedrenowaniu do jamy macicznej lub do zagłębienia DOUGLAS'a. Sposób ten, który BECKMANN uznaje za swój pomysł oryginalny, nie był przezeń wypróbowany w praktyce. O możliwości jego zastosowania można jedynie sądzić na zasadzie analogii z ciążą jajowodową, w której podobny sposób był już stosowany ze skutkiem pomyślnym. Na rok bowiem przed ogłoszeniem pracy BECKMANN'a, MARTIN (39) opisał przypadek, w którym obok prawostronnej torbieli jajuika istniała ciąża jajowodowa lewostronna. MARTIN wykonał przednie nacięcie pochwy, podwiązał naprzód torbiel prawostronną wraz z jajowodem, a następnie wydobyl cały jajowód lewy i przekonał się, że koniec jego brzuszny i odcinek przymaciczny były zupełnie prawidłowe, w średniej zaś części jajowodu istniało zgrubienie 3-ch ctm. długości i 1 ctm. szerokości. Przeświecała tu zawartość sinawo-czarna poprzez błyszczącą, napiętą, lecz zresztą na pozór niezmienną ścianę jajowodu. Dla MARTIN'a stało się oczywistem, że była to reszta rozwiniętego w jajowodzie jaja. Założywszy podwiązkę tymczasową na kreskę jajowodu, MARTIN rozplatał jajowód na całej długości wspomnianego zgrubienia, wydobyl bez trudu stary skrzep krwi z kanału jajowodu, zaszył szparę w jajowodzie szwem ciągłym i usunął wreszcie podwiązkę z kreski jajowodu, Zgłębnik, wprowadzony do kanału jajowodu wykazał, że pozostał on drożnym. Chora wyzdrowiała bez zaburzeń.

Z powyższego wynika, że propozycja BECKMANN'a nie może być poczytana za pomysł oryginalny. Co najwyżej, można ją uznać za przystosowanie znanego sposobu operowania ciąży jajowodowej do ciąży, umiejscowionej w macicznym odcinku jajowodu. O ile sposób ten okaże się praktycznym w tem nowem zastosowaniu, przyszłość dopiero okazać może,

²⁴⁾ Cyt. według BECKMANN'a (4).

gdyż dotychczas nikt jeszcze nie poszedł za radą BECKMANN'a.

Rozmyślenia teoretyczne nad sposobami leczenia ciąży śródmiaższowej nasunęły również BECKMANN'owi pomysł wyluszczenia macicy przez pochwę wraz z workiem płodowym. Ten sposób postępowania BECKMANN zaleca stosować w tych przypadkach, w których ściana worka płodowego jest tak cienka, iż podczas usuwania jaja grozi jej poszarpanie, uniemożliwiające zeszyte dokładne. W piśmiennictwie z lat ostatnich ogłoszono kilka przypadków, operowanych w myśl propozycji, uczynionej przez BECKMANN'a. Tak np. MURET (41) wspomina, że POTHERAT dokonał całkowitego wyluszczenia macicy ze skutkiem pomyślnym. Piqué wyciągnął ztąd wniosek, że ciąża śródmiaższowa nadaje się do interwencji od strony pochwy. Według WEINBRENNER'a (67), DELANNAY, przypuszczając, że ma do czynienia z mięśniakiem, wykonał również z powodzeniem wyluszczenie całkowite macicy przez pochwę.

Rozważając rzeczony sposób operowania, MURET twierdzi, iż podczas dokonywania hysterektomii w przyszłości nieraz jeszcze zdarzy się wypadkowe wyluszczenie macicy wraz z workiem płodowym ciąży śródmiaższowej. By jednak obrać drogę pochwową z planem, z góry powziętym, należałoby przedewszystkiem mieć możność rozpoznania uprzedniego ciąży śródmiaższowej. Do rozpoznania zaś tej ciąży laparotomia często bywa warunkiem niezbędnym.

Zgodnie z twierdzeniem powyższem na otwarcie brzucha w przypadkach domniemanej ciąży śródmiaższowej zapatrywać się należy jako na laparotomię próbną, przedsiębraną

przedewszystkiem w celach rozpoznawczych. Dopiero po ustaleniu rozpoznania operujący do-raznie decyduje, jaka metoda ma być w danym razie zastosowana, czyli innemi słowy, czyni odpowiedni wybór wśród zachowawczych i o-kaleczających sposobów operowania. Wybór ten, jak poucza dotychczasowa kazuistyka, zależy od właściwości danego przypadku, a po części od osobistych upodobań operatora.

Jeżeli pominąć próbę DELAGÉNIÈRE'a, który za przykładem KELLY'ego po dokonaniu laparotomii bezskutecznie usiłował opróżnić worek płodowy od strony jamy macicznej, to można sprowadzić zachowawcze sposoby operowania ciąży śródmiaższowej od strony jamy brzusznej do dwóch typów: usunięcia samego jaja i wycięcia całego legowiska płodu.

LAWSON-TAIT (32) w r. 1894-ym pierwszy usunął resztki jaja, uległego sposoczeniu, przez nacięcie ściany macicznej. Autor ten, przekonawszy się po otwarciu brzucha o istnieniu ciąży śródmiaższowej, zrobił naprzód nakłócie próbne, które wykazało obecność cieczy posokowatej w worku płodowym. Wobec tego rozszerzył otwór nakłucia i usunął dużą ilość ciekących skrzepów krwi, zmieszanych z resztkami płodu i łożyska. Jeden kawałek łożyska był mocno przyczepiony do ściany. Po oddzieleniu tego kawałka powstał obfity krwotok, który został zatamowany przez ucisk gąbką. LAWSON TAIT oczyścił jamę worka płodowego i wprowadził do niej sącze szklany, a ranę²⁵⁾ zamknął szwem. Wyzdrowienie nastąpiło bez powikłań.

(D. n.).

25) Prawdopodobnie część górną rany ściany brzusznej.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

31. EWALD. Nerwowa kolka wątrobowa.

O kolce wątrobowej pochodzenia nerwowego mówiono już oddawna (STOKES, ANDRAL, FRERICHs, FUERBRINGER, PARISER i in.). Pod względem częstości napadów, sposobu ich powtarzania się oraz umiejscowienia bólów nie wyróżnia się ona wcale od kolki w kamicy żółciowej. Pewne znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze posiada stosunek tych napadów do miesiączki, ich typ naprzemienny, jednocześnie występowanie innych objawów nerwowych, neurastenicznych lub histerycznych. W wielu przypadkach kolkę tę wywołują pewne podrażnienia, jak wyskok, przyprawy korzenne, tytoń. W większości przypadków nie występuje ani żółtaczką, ani obrzmienie wątroby. Nie daje się również stwierdzić powiększenie pęcherzyka żółciowego w czasie napadu, ani szmer tarcia. Pomimo długoletniego nieraz trwania cierpienia nie występują zwykle żadne miejscowe objawy zapalne. Wreszcie swoiste, skierowane przeciw kamicy leczenie, szczególnie zaś woda Karlsbadzka, nie tylko pozostaje bez wpływu, lecz działa nawet wprost szkodliwie. Poprawa lub wyzdrowienie następuje po środkach wzmacniających, skierowanych przeciw nerwowości.

EWALD przez długi czas zachowywał się sceptycznie wobec podobnej „nerwowej kolki wątrobowej”, gdyż ze strony internistów brak potwierdzenia jej przez autopsję, ze strony zaś chirurgów mamy pojedyncze przypadki, w których rozpoznano kolkę wskutek kamicy żółciowej, na stole zaś operacyjnym nie znajdowano ani kamieni, ani też żadnych zmian anatomicznych. Wobec tego zasługuje na uwagę niedawno przez EWALD’a spostrzegany przypadek, dotyczący 30 letniej, b. nerwowej kobiety, która od dłuższego czasu cierpiała na niezmiernie silne i częste napady kolki w okolicy pęcherzyka żółciowego, której towarzyszyła bolesność z prawej strony kręgosłupa w bliskości ostatniego kręgu grzbietowego i pierwszego lędźwiowego. Napady kolki by-

ły do tego stopnia silne, że w ciągu ostatnich kilku miesięcy musiano chorej 2 razy dziennie zastrzykiwać morfinę. Odżywianie chorej wskutek niedostatecznego przyjmowania pokarmu znacznie podupadło. Przy badaniu nie znaleziono ani powiększenia wątroby, ani bolesności. Pęcherzyk żółciowy nie był wy-czuwalny, tylko okolica jego była bolesna przy ucisku. W jamie brzusznej żadnego guza nie znaleziono. Ze strony serca, płuc i nerek nie było żadnych zmian. Żółtaczką nie było, a mocz był zupełnie wolny od barwiników żółciowych. W obrazie chorobowym uderzało długie trwanie napadów oraz brak wszelkich przerw między nimi obok niemożności stwierdzenia jakichkolwiek zmian w drogach żółciowych. Stan chorej stał się wreszcie rozpaczliwym i wymagał koniecznie interwencji chirurga, zwłaszcza, gdy próba podziałania na chorą przez sugestię i hipnozę pozostała zupełnie bez skutku. Na stole operacyjnym nie znaleziono żadnych zmian ani w pęcherzyku żółciowym, ani w przewodach żółciowych, o ile one były dostępne badaniu. Rana operacyjna zagoiła się *per primam*, ale bóle trwały w dalszym ciągu pomimo sugestyi chorej, że po operacji bóle ustaną. Musiano dalej zastrzykiwać chorej morfinę, a zaburzenia trawienne pozostały bez zmiany. Dopiero 9-go dnia po operacji nastąpił zwrot w stanie chorej. Bóle stopniowo zaczęły się zmniejszać, tak że morfinę można było stosować rzadziej i w mniejszych dawkach. Stan ogólny chorej zaczął się poprawiać, i chora wkrótce wyzdrowiała.

Jaki był wpływ operacji w danym przypadku, trudno powiedzieć. Pozostało niewyjaśnionem, czy miało się do czynienia jednak z sugestją pooperacyjną, czy też wywołana przez operację zmiana stosunków ciśnienia i napięcia w okolicy bolesnej wytworzyła pewne zmiany warunków odżywiania naczyń i nerwów tej okolicy, czy wreszcie zabieg miał wogóle jakikolwiek wpływ na

wyzdrowienie. Faktem jednak jest, że operacja nie działała w sensie demorfinizacji chorej, gdyż morfina odstawiona była dopiero po ustaniu bólów, nie zaś odwrotnie.

(Die Therapie der Gegen. Z. 9, wrzes. 1906).

S. P.

32. A. W. MAYO ROBSON. O wrzodzie dwunastnicy.

Stosunek częstości wrzodu dwunastnicy do wrzodu żołądka przedstawia się, jak 1:2. Dziwnem jest, że $\frac{3}{4}$ wszystkich przypadków przypadają na płeć męską; wręcz przeciwny stosunek zachodzi w przypadkach wrzodu żołądka. Niepewność i niestałość objawów tego cierpienia sprawiają, że niekiedy wrzód dwunastnicy lata całe uważany bywa za niestrawność, dnę, neurozę, kolkę żółciową, zapalenie wyrostka robaczkowego i t. d. Wrzód żołądka dotyczy najczęściej osobników w wieku średnim, aczkolwiek autor operował chorych w 16 roku życia i starszych nad 70 lat. Bóle chorzy umiejscawiają nieco powyżej i na prawo od pępka; występują one w 3—4 tyg. po jedzeniu, a niekiedy w nocy, na co R. szczególnie zwraca uwagę. Ponieważ bóle zależą od obecności kwaśnego soku żołądkowego, przeto niektóre pokarmy, wiążące kwas powyższy, na razie ból ten łagodzą. Bóle, przeważnie ściśle umiejscowione, niekiedy jednak promieniują ku stronie prawej, naprowadzając na przypuszczenie kolki żółciowej lub zapalenia pęcherzyka żółciowego. Napady bólów i okresy zupełnego spokoju zmieniają się kolejno. Objawami, ułatwiającymi poniekąd zrobienie rozpoznania, są nadkwaśność żołądka, napięcie prawego mięśnia prostego, wtórna rozstrzeń żołądka, wychudnięcie chorego, lekka żółtaczka, kwaśne odbijanie, palenie w dołku. Wrzód dwunastnicy niekiedy przez czas dłuższy przebiega bezobjawowo, i jako pierwszy objaw występuje wówczas ciężki krwotok kiszkowy lub przedziurawienie. Każdy niemal wrzód dwunastnicy od czasu do czasu daje krwawienia, które wszakże częstokroć przebiegają skrycie, ponieważ nigdy nie towarzyszą im wymioty krwawe. R. operował kilku chorych na wrzód dwunastnicy w stanie najwyższej anemii; z tych chorych żaden nie był zauważył krwi w wymiocinach lub stolcu.

Co się tyczy leczenia w przypadkach przedziurawienia dwunastnicy, to zdaniem R. wczesna operacja daje wyniki niezłe, o ile polega na wgłobieniu i obszyciu owrzodzenia, a nie jedynie na tamponacji jamy brzusznej.

Zabliźnianie wrzodu dwunastnicy doprowadzić może do rozstrzeni żołądka, jak również do przewlekłego zastojów żółci i soku trzustkowego. Tak, w jednym przypadku R. zrobił rozpoznanie klepsydrowatego przewężenia żołądka, podczas gdy operacja wykryła, że miano tu do czynienia z rozstrzeni żołądka oraz z kolosalnem rozcięciem poziomego odcinka dwunastnicy, spowodowanem zbliźnowiałem owrzodzeniem; dwunastnicę oddzielał w przypadku tym od żołądka zachowany częściowo odźwiernik. Trzykrotnie operował R. w przypadkach raka dwunastnicy, dających kliniczny obraz zwężenia odźwiernika. Związek wrzodu dwunastnicy z rakiem R. uważa za nieprawdopodobny, choćby ze względu na częstość wrzodu w stosunku do raka.

Chirurgiczne leczenie wrzodu dwunastnicy daje wyniki bardzo zachęcające, podczas gdy terapia wewnętrzna rzadko kiedy prowadzi do wyleczenia doszczętnego.

Zabiegiem najodpowiedniejszym w przypadkach cierpienia omawianego jest zdaniem R. *gastroenteroanastomosis posterior*; z 66 przypadków autora, operowanych tą metodą, a nie powikłanych przedziurawieniem, żaden nie zakończył się śmiercią. Szczególny nacisk autor kładzie na ułożenie operowanego w pozycji nawpół siedzącej, przypisując jej wpływ pomyślny na oddech, serce, czynność żołądka, a w razie zapalenia otrzewny skutkiem przedziurawienia,—na ułatwienie odpływu wysięku do miednicy; prócz tego należy starannie unikać wszelkiego zaziębnienia, nakładając choremu przed operacją specjalne ciepłe ubranie.

Na 155 zebranych przez R. przypadków laparotomii wskutek przedziurawienia wrzodu dwunastnicy zmarło 103 (66% śmiertelności). Przypadki, operowane w ciągu pierwszych 24 godzin, dają 37% śmiertelności, wszystkie zaś późniejsze 83%. Podczas zabiegu pierwotnego, kiedy stan chorego bywa zazwyczaj bardzo ciężki, R. nigdy nie robi zespolenia żołądka z kiszka, odkładając operację tę do

chwili pomyślniejszej. Jamę miednicy stale drenuje za pomocą sączka, przeprowadzonego przez cięcie powyżej spojenia łonowego.

(British. medic. journ. 1907, Febr. 2).

Aleksander Wertheim.

33. Moszkowicz. W sprawie rozpoznania zamknięcia światła tętnic w zgorzeli stopy.

Kwestya, kiedy i na jakiej wysokości należy odjąć kończynę dolną, dotkniętą zgorzelą, dotychczas jeszcze pozostaje sporną. Nie posunęły jej też naprzód szczegółowe badania anatomiczne nad etiologią zgorzeli stopy, wyświetlające stosunek objawu tego do cukrzycy, do miażdżycy tętnic właściwej oraz do t. z. kulenia przestankowego, któremu towarzyszy nadmierne bujanie błony wewnętrznej.

Niska amputacja daje wyniki dobre tam, gdzie zamknięcie światła tętnicy również znajduje się nisko; w przeciwnym razie niepodobna uniknąć zgorzeli płata, a nawet całego kikuta. Podczas gdy jedni widują przeważnie przypadki niskiego zamknięcia światła i miewają dobre wyniki po niskiej amputacji, innym ta sama metoda daje jaknajgorsze rezultaty. Ażeby nie być zależnym od trafu, należałoby przed operacją określić wysokość, na jakiej zamknięte jest światło naczyń, zasilających kończynę. W tym celu zalecano staranne badanie tętna; GUSSENBAUER stosował nawet sfigmograf; dalej obserwowano i uważano prognostycznie za rozstrzygające krwawienie z kikuta amputacyjnego. Tymczasem liczni badacze stwierdzają jednogłośnie, że nawet w tych przypadkach, gdzie z ziejącej tętnicy udowej nie wypływa ani jedna kropla krwi, odżywianie kikuta okazuje się nieraz wystarczającym. Dlatego też potrzeba nam sposobu, pozwalającego stwierdzić, że w danym przypadku istnieje jeszcze to *minimum* krążenia, które wystarcza, ażeby kończyna nie uległa zgorzeli. Sposób ten polega na obserwowaniu czynnego przekrwienia, które występuje na kończynie po chwilowej przerwie w krwioobiegu. Jeżeli na kończynę nałożyć opaskę elastyczną na 5 minut, a potem opaskę zdjąć, wówczas, w razie dostatecznego krążenia, na bladej skórze natychmiast występuje silne przekrwienie. Inaczej rzecz się ma u osobników, dotkniętych mniej

lub więcej znacznem zwężeniem tętnic, dającem takie objawy, jak mrowienie, sinica, kulenie przestankowe, zgorzel. Tu przekrwienie jest słabsze i rozlewa się daleko wolniej, ogarniając stopniowo części, położone najniżej. Niekiedy przekrwienie bardzo szybko dochodzi do pewnego miejsca, poczem już to zatrzymuje się, już też postępuje bardzo powoli. W ten sposób otrzymujemy obraz, który rzuca się w oczy w tych zwłaszcza przypadkach, gdzie, jak np. w zgorzeli stopy, całe większe terytoryum wyłączone jest z krwioobiegu. Do tej samej kategorii należy zjawisko, spostrzegane na bliznach i ich otoczeniu: jeżeli okolicę dawnej blizny operacyjnej poddać energicznemu tarcu, np. przez mycie eterem i wyskokiem, wówczas bezpośrednie otoczenie blizny oraz ta ostatnia pozostaje biała, a skóra pozostała, dzięki czynnemu przekrwieniu, przybiera barwę czerwoną.

Nie wdając się w istotę przekrwienia czynnego, które jedni uważają za następstwo porażenia naczyń, inni czynią zależnem od przyczyn czysto mechanicznych, t. j. od wzmożonego i raptownego dopływu krwi, musimy uznać za pewnik, że przekrwienie dotyczy naczyń najdrobniejszych oraz włosowatych. Gdzie nie ma dopływu krwi z większych naczyń, tam przekrwienie nie występuje, aczkolwiek może zupełnej przerwy w krwioobiegu jeszcze niema; o ile jednak przekrwienie występuje wyraźnie, możemy być pewni, że odżywianie tkanek jest wystarczające. Ponieważ przekrwienie czynne dostępne jest dla oka jedynie na skórze, należało jeszcze przekonać się, jaki jest stosunek hyperemii skóry do krwioobiegu w warstwach głębszych. Rzecz prosta, że jedynie długi szereg spostrzeżeń klinicznych i wyniki operacyjne mogłyby dostarczyć dowodu na poparcie twierdzenia, że istotnie granica przekrwienia czynnego odpowiada miejscu zamknięcia światła tętnicy, i, że operując na terytoryum, wyraźnie przekrwionem, z pewnością unikniemy zgorzeli kikuta. Tymczasem zaś autor stosunki te starał się wyświetlić za pomocą doświadczeń na trupach. Doświadczenia te przeprowadzał on w ten sposób, że w rozmaitych miejscach podwiązywał tętnice kończyny dolnej i powyżej podwiązki wstrzykiwał do tętnicy rozczyn

jakiegokolwiek barwnika anilinowego, przenikającego do najdrobniejszych naczyń. Wyniki tych doświadczeń były nader pouczające.

1. Przedewszystkiem nastrzyknięto tętnicę udową powyżej t. głębokiej uda, poczem wystąpiło wyraźne marmurkowate zabarwienie skóry; równocześnie okazało się, że skóra w obrębie mięśni pośladkowych, zasilanych oczywiście przez gałązki t. podbrzusnej, pozostaje niezabarwioną.

2. Podwiązywano t. podkalanową, nastrzykując jednocześnie t. udową na wysokości kanału HUNTER'a. Zabarwienie kończy się wyraźnym rąbkim poniżej rzepki.

Doświadczenia na goleni robiono, nastrzykując stale t. podkolanową.

1. Po podwiązaniu t. piszczelowej przedniej bezpośrednio po przebicciu przegrody międzymięśniowej — pomiędzy mięśniem piszczelowym przednim i rozginającym palce długim — występowało zabarwienie całej goleni aż do palców, z wyjątkiem niewielkiego odcinka w sąsiedztwie cięcia, obnażającego tętnicę; brak zabarwienia w tem miejscu tłumaczy się przecięciem licznych gałązek skórnych. Wogóle podwiązanie tętnicy piszczelowej przedniej zupełnie nie wpływa ujemnie na krwiobieg goleni, a to dzięki liczным zespoleniom gałązek jej z gałązkami t. piszczelowej tylnej.

2. Również po podwiązaniu t. piszczelowej tylnej w dole podkolanowym poniżej pnia t. piszczelowej przedniej — innemi słowy po podwiązaniu wspólnego pnia t. piszczelowej tylnej i t. strzałkowej — zastrzyknięcie t. podkolanowej wywołuje całkowite zabarwienie goleni. Fakt ten potwierdza spostrzeżenie kliniczne i badanie odjętych kończyn, dowodzące, że w zgorzeli stopy stale spotykamy zamknięcie światła obu tętnic piszczelowych.

3. Podwiązanie obu tętnic piszczelowych sprowadza całkowitą przerwę w krwiobiegu w części goleni i na całej stopie. W tym

wypadku granica zabarwienia sięga o 1—2 ctm. poniżej miejsca podwiązania tętnicy.

Doświadczenia powyższe pouczają, że miejsce zatkania tętnicy istotnie odpowiada granicy czynnego przekrwienia, wywołanego sztucznie za pomocą opaski elastycznej. Dalsze doświadczenie kliniczne pokaże, czy wystarczy operować w ściśle oznaczonych tą drogą granicach, czy też, powodując się ostrożnością, lepiej będzie odjąć kończynę o 5—10 ctm. powyżej granicy przekrwienia.

Określanie miejsca zamknięcia światła odgrywa pewną rolę i w tych przypadkach, gdzie chorzy w żadnym razie nie zgadzają się na odjęcie kończyny: tu za pomocą przekrwienia czynnego można przynajmniej od czasu do czasu stwierdzać, czy i jakie postępy robi obliteracja naczyń. Nie ulega wątpliwości, że taka demonstracja *ad oculos* chorego zmian, zachodzących w krwiobiegu jego kończyny, prędzej i skuteczniej przekonywa go o potrzebie operacji, niż inne objawy, zwłaszcza ze strony nerwów czuciowych, towarzyszące niedokrwieniu. Badania odnośnie przeprowadził SCHLESINGER, do którego pracy autor odsyła czytelnika.

W końcu podaje opis 2 operowanych przez siebie przypadków, w których badanie anatomiczne tętnic kończyn odjętych w zupełności potwierdzało dane, otrzymane za pomocą sztucznego przekrwienia czynnego. Doświadczenia swoje M. robił też u kilku chorych na t. zw. chorobę RAYNAUD'a, dotkniętych zwężeniem tętnic.

Metodę swoją autor zaleca szczególnie jako środek rozpoznawczy we wczesnych okresach miażdżycy, w tych zwłaszcza przypadkach wątpliwych, w których chorzy skarżą się na nieokreślone dolegliwości i sensacje w kończynach dolnych, i gdzie cierpienie uważane bywa niekiedy za zylaki, histeryę, stopę płaską lub chorobę stawów.

(Mittheilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XVII, Z. 1 i 2).

Aleksander Wertheim.

SPROSTOWANIE. W I zeszyte r. 1907 „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“, w ogłoszeniach tematów do nagrody konkursowej z funduszu imienia dra Walentego KOCZOROWSKIEGO, pod Nr. 13, wydrukowano przez pomyłkę drukarską „Badanie trawienia żołądkowego u starców“. Powinno zaś brzmieć: „Badanie trawienia żołądkowego u ssawców“.

p. o. Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego W. Kosmowski.

ZAMIĄST ŻELAZA!

ZAMIĄST TRANU

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

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

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

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

Absolutny brak laseczników gruźliczych

zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D^{ra} HOMMELA**. —

Dawki dobowe:

Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

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

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

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

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop bromatnm.



Surowica antydyftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menzer'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfniadiagnosticon —
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 gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiąższowego.

Paranephryn

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 przeciwnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

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

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 1 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.

Antithyreoidin Möbius

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

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym.

Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromallin

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

Stypticin. Zapisuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz. krwot. miesiaczk., krwot., przy zatrzymanej mles., obfite miesiaczkowe 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 łazienki 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 dr A. PUŁAWSKI. Konsultanci i asystenci. Dozoreczyni chorych.



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat ziarnisty Robin'a

Glicerofosfat wapnia i sody. Stosowany w szpitalach paryskich.

WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY.

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

Dla dotkniętych cukrową chorobą wyrabia się w formie pastylek.

Sprzedaż w aptekach.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant

Władysław Hoffmann

Warszawa, Erywańska 5. Telefonu Nr. 2114.

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

Nowo-karlsbadzka kuracja 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, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej: Pić należy łykając z przerwami parominutowymi.

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

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Libuszyne kąpiele w Bechyni (Czechy).

Źródła zawierające żelazo arsen i lithium. Kąpiele mineralne, igliwiowe, elektryczne, parowe, kwasowęgłowe, borowinowe, rzeczne. Hydropatya. Masaż. Stosują się w chorobach nerwowych, ko-biecych wysiękach, reumatyzmie, artretyzmie, anemii. Szczegółowe prospekty odwrotną pocztą.



EUCHININA
Niegorzka chinina.

SALOCHININA
Uśmierzający ból.

ARISTOCHINA
Zmniejszający gorączkę.

CHINAFENIN
Środek zmniejszający gorączkę i uśmierzający ból.

PREPARATY LIGOSINA

CHININA LIGOSINOWA **NATR. LIGOSINOWY**
Antyseptyczna. przeciw rzeżączce.

Próby i literaturę wysyła się P. p. Lekarzom bezpłatnie.

EUNATROL

żółciopędny.

VALIDOL

Wzmacniające, przeciwhisteryczne i na żołądek.

UROSIN

Przeciw pedogrze i skazie moczowej.

FORTOIN

Przeciw bieguncie.

DIMAL

Proszek antyseptyczny do przesywywania ran.

BAD HALL

(Górna Austria).

NAJSTARSZA PIERWSZORZĘDNA

SOLANKA JODOWA

Wykwintne kąpiele i nowoczesne urządzenia kuracyjne. Masaż, kuracje zimną wodą, światło elektryczne i kąpiele dwukomorowe, inhalacje podług najnowszych systemów. Cudowne położenie w przedgórach Alp, rozległe parki, teatr, muzyka kuracyjna, koncerty, bale. Eleganckie hotele i mieszkania prywatne. Pensjonaty dla dorosłych i dla dzieci.

Stacja kolei Kremsthal i Steyrthal. Z Wiednia via Steyr lub Linz (wagony direct) 6 godzin, z Passau i Salzburga via Wels-Unterrohr 3½ godzin.

Informacje i prospekty wysyła Zarząd krajowych Zakładów kuracyjnych w Bad Hall.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22)
telefon 73-46 albo 44-83

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 góściec. Wysyłka ługu Kreuznachskiego.

Prospekty gratis i franko za pośrednictwem dydekoy kanielowai

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

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

D-r Józef Liebeskind

ordynuje jak w roku ubiegłym w MARIENBADZIE „Haus Kronprinz“.

Warszawski Zakład

DLA ZBOCZEŃ MOWY

oraz cierpień jamy noso-gardzielowej dla stałych i przychodzących chorych

D-ra Ołtuszewskiego

Piękna 13.

Zakład przyjmuje również na stałe pomieszczenie dzieci upośledzone umysłowo ze zбочenia-mi mowy.

Po długoletniej działalności jako specyali-sta w Berlinie, praktykuje w lecie w

Bad Reichenhall

D-r FRANCISZEK ROSENFELD

specjalista

chorób nosa, gardła i płuc. (Haus Düschl).

D-r J. KOŁĄCZKOWSKI

ordynuje od 27 lat stale w Szczawnicy i prowa-dzi wodolecznię z pensjonatem. Oddzielny park 20 morg dla pensjonariuszy. Urządzenia nowo-czesne. Ceny przystępne. Zarząd.

D-r St. Benedykt Kwiatkowski

b. i-szy asyst. Kliniki Lekarsk. Un. Jag.

ordynuje jak dawniej od 1-go maja do 30 wrze-snia w MARIENBADZIE, Stadt Hamburg.