

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 27.

Warszawa d. 6 Lipca 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. Metz 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. Badania doświadczalne nad alkaliznością krwi i zatruciem kwaśnem. Podał A. Landau.—O ciąży śródmiaższowej. Napisał A. Karczewski. (Dokończenie).—Wysłuchowa metoda określania ciśnienia krwi i wartość jej praktyczna. Podał dr W. Ettinger. (Dokończenie).—Streszczenia i wyciągi. 34.—E. L. Kenyon. Leczenie jankania. 35.—Dr E. V. Segura. O polipach śluzowych jamy nosogardzieliowej i ich siedlisku w zatocze szczękowej. —Krytyka i bibliografia. F. Malinowski. Tryper (rzeżączka) ostry i chroniczny u mężczyzny i kobiet. —Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) A. Landau.—Etudes expérimentales sur l'alcalinité du sang et l'intoxication acide. 2) A. Karczewski.—Sur la grossesse interstitielle. 3) Dr W. Ettinger.—Sur la méthode auscultative de détermination de la pression du sang.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) A. Landau.—Experimentelle Untersuchungen ueber Alkalescens des Blutes und Säureintoxication. 2) A. Karczewski. — Ueber interstitielle Schwangerschaft. 3) Dr W. Ettinger. — Ueber auscultative Methode der Blutdruckmessung.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dra med. T. Dunina w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Badania doświadczalne nad alkaliznością krwi i zatruciem kwaśnem.

Doniesienie II ¹⁾. O wpływie alkali na zasadowość krwi normalnej i przy zatruciu kwaśnem „endogen“.

Podał

Anastazy Landau.

asystent oddziału.

Rzecz czytana w Tow. Lek. War., na pos. d. 28 V. 1907 r.

Jakkolwiek podawanie alkali oddawna

stosowane jest w medycynie wewnętrznej w celu podniesienia oddziaływania zasadowego krwi i soków ustroju, to jednak dotychczas nie jesteśmy pewni, czy środek ten prowadzi do zamierzonego celu.

Do ostatnich bowiem czasów brak nam badań odnośnych zarówno na ludziach, jak i na zwierzętach. Doświadczeń FREUDBERG'a ²⁾, który u ludzi po wprowadzeniu niedużych ilości kwasów i alkali znajdował nieznaczne zmiany alkalizności krwi, nie można uważać za przekonywające, ponieważ autor posiłkował się

¹⁾ Doniesienie I patrz Gazeta lekarska 1905. NN. 8, 29 i 31 i Arch. f. Exper. Pathol. n. Pharm. Tom 52.

²⁾ Freudberg. Virch. Archiv. Tom 125, str. 566.

zbyt wadliwą metodyką. HAMBURGER³⁾ u konia po dożylnym zastrzyknięciu 2 litrów izotonicznego roztworu Na_2SO_4 z 1% kwasem siarczanym, ew. z 0,2% ługiem sodowym stwierdził nieznaczne zmniejszenie *resp.* podniesienie alkaliczności surowicy. RAIMONDI⁴⁾ przy parodniowym podawaniu królikom węglanu sodu znajdował nieznaczne wzmożenie zawartości CO_2 we krwi, o ile badano ją w $1\frac{1}{2}$ —do godziny po ostatniej dawce alkaliu, już po upływie 12 godzin ilość dwutlenku węgla we krwi wracała do normy. Jeżeli do przytoczonego dodamy, iż Magnus LEVY⁵⁾ w dwu przypadkach lekkiej cukrzycy nie widział żadnego wpływu dwuwęglanu sodu na alkaliczność krwi, a w dwu przypadkach śpiączki cukrzycowej alkaliczność krwi gwałtownie spadała pomimo podawania alkaliu, to właściwie wyczerpiemy całą literaturę interesującego nas przedmiotu.

W badaniach moich, których wyniki omówimy szczegółowo poniżej, usiłowałem na drodze doświadczalnej rozstrzygnąć kwestyę, czy powiększenie alkaliczności krwi jest rzeczą wogóle możliwą, czy też jest to tylko ogólnik, powtarzany *in verba magistri* za GARROD'em, który, jak wiadomo, alkalia wprowadził do terapii skazy moczanowej, wychodząc z założenia, iż obniżenie alkaliczności krwi powoduje wytwarzanie się złożeń kwasu moczowego. W danym jednak razie miałem na myśli wcale nie dnę, dla której acydoza pozostała dotychczas niczem nieopartą hipotezą, lecz zatrucie kwaśne, którego istnienie obecnie jest faktem niezaprzeczonym, a mianowicie acydozę w cukrzycy. Główne zagadnienie badań obecnych sformułować się daje w następujących słowach:

3) Hamburger. Osmotischer Druck u. Ionenlehre. Tom I str. 328.

4) Raimondi. Ann. univers. di medicina e chirurgia. 1884. Cyt. według Pathologie d. Stoffwechsels. v. Noorden. Berlin. 1907. Tom II str. 675.

5) Magnus Levy. Die Oxybuttersäure u. ihre Beziehung zum Coma diabeticum. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Tom 42.

czy przy doświadczalnym zatruciu kwaśnem pochodzenia „endogen“ alkalia są w stanie podnieść zasadowość krwi, ewent. utrzymać ją na poziomie normalnym? Odpowiedź na pytanie powyższe wykaże, o ile racjonalne jest zwalczanie acydozy przy pomocy wprowadzania zasad, zakresli granice tego leczenia w acydozie cukrzycowej oraz wytlomaczy, dlaczego jest ono zazwyczaj bezskuteczne w śpiączce diabetycznej.

Badania swoje, podobnie jak ogłoszone w r. 1905, przeprowadziłem na królikach, u których zatrucie kwaśne wywoływałem dwojako: w jednej seryi doświadczeń sprowadzałem je nagle przez podskórne zastrzykiwanie fosforu, w drugiej zaś—powoli przez głodzenie. Pomijając szybkość powstawania, acydoza, tworząca zatrucie P, różni się znacznie od występującej przy głodzeniu. Acydoza fosforowa zależna jest od toksycznego rozpadu białka i tłuszczu, od niedostatecznie utlenionych produktów tego rozpadu o charakterze kwaśnym (kwas mleczny, kwasy amidowe), acydozę zaś głodową wywołuje przeważnie kwas siarczan, wytworzony z utlenienia siarki, zawartej w cząsteczce białkowej, oraz w nieznacznym stopniu kwas fosforowy, powstający jako jeden z produktów hydrolizy ciał nukleinowych. Produkcja tych kwasów jest jednak ograniczona i ściśle odpowiada rozpadowi białka. Przy głodzeniu królików prócz kwasów siarczanego i fosforowego prawdopodobnie wchodzi w grę jeszcze i inne pochodzenia organicznego, jak np. ciała acetonowe, ale, jak tego dowodzą badania HALPERNA i moje⁶⁾ nad zawartością acetonu w naczyniach, udział ich w wytwarzaniu acydozy u królików jest chyba nieznaczny.

Metodyka badania krwi była w obecnych doświadczeniach identycznie ta sama, co w ogłoszonych poprzednio. Do tamtej przeto

6) Medycyna. 1906, i Zeitsch. f. exper. Pathol. u. Ther. Tom III, 1906.

pracy ¹⁾ odsyłam czytelnika po szczegóły metodyki, a tutaj przypomnę tylko jej główne zasady: oznaczałem alkaliczność całkowitą krwi i osocza metodą ZUNTZ-LOEWY'ego (miareczkowanie z $\frac{1}{20}$ N kwasem siarczanym z lakmoidem jako indykatozem), następnie alkaliczność mineralną krwi i osocza metodą KRAUS'a (lakovanie krwi eterem, strącanie białka krwi i osocza nasyconym roztworem siarczanu amonu i miareczkowanie odbiałzonego filtratu), określałem stosunek osocza do krążków krwi metodą braci BLEIBTREU i później obliczałem alkaliczność organiczną krwi, osocza oraz wszystkie rodzaje alkaliczności krążków. Prócz tego określałem zawartość N we krwi i osoczu metodą KJELDAHL'a i przy pomocy formuły BLEIBTREU'a obliczałem N krążków. W tablicach wprowadziłem jedno tylko uzupełnienie, a mianowicie zasadowość organiczną obliczałem nie tylko w stosunku do 100 ctm. sz. krwi, *resp.* osocza i krążków, lecz jeszcze w stosunku do 1 grm. N. Obliczanie to, zaproponowane przez RZĘTKOWSKIEGO ²⁾, ułatwia niezmiernie oryentowanie się, czy i w jakim stopniu alkaliczność organiczna zależna jest od zawartości białka.

Przechodzimy obecnie do szczegółowej analizy otrzymanych wyników.

Pierwsza serya doświadczeń — to króliki zdrowe. Dostawały one dziennie 4 grm. węglaanu sodu w 2% roztworze, z czego jedną połowę wlewałem do żołądka, a drugą zastrzykiwałem pod skórę. Z rozmysłem nie operowałem większymi dawkami alkalii, by otrzymać warunki, zbliżone do tych, z jakimi spotykamy się u człowieka. 4 grm. Na_2CO_3 dziennie to przy wadze naszych królików wynosi prawie 2 grm na kilo wagi, a więc dla człowieka wagi 60 kilo wyniosłoby to 100—120 grm.; wprowadzenie zaś chociażby tej ilości człowiekowi stanowi, jeżeli nie rzecz niemożliwą, to w każdym razie niezmier-

nie trudną. Sodę króliki dostawały w przeciągu 4 dni z rzędu, w dzień upustu krwi była ona wprowadzana na godzinę przed doświadczeniem.

Analiza wyników liczbowych I-ej seryi doświadczeń (patrz tab. I i V na kon. artyk.) jest nieźmiernie pouczająca. Gdybyśmy wzięli pod uwagę tylko alkaliczność krwi we wszystkich jej rodzajach, musielibyśmy powiedzieć, iż w niej pod wpływem alkalii wybitniejsze zmiany nie zaszły. Otrzymaliśmy bowiem dla krwi dane, które w porównaniu z krwią królików, nieczem nietraktowanych ³⁾, wykazują różnice, leżące jeszcze w granicach błędów nieuniknionych (alkal. krwi królików Na_2CO_3 : całkowita 362, mineralna 180,2, organiczna 181,8; alkal. krwi królików normalnych: całkowita 372,5, mineralna 171,8, organiczna 200,7 mlg. NaOH w 100 ctm. sz.). Zupełnie inaczej rzecz się przedstawi, jeżeli zwrócimy się do osocza i krążków, albowiem wbrew wszelkim oczekiwaniom znajdujemy, iż zarówno alkaliczność osocza, jak i krążków uległa wzmoczeniu. Dotyczy to zwłaszcza osocza, dla którego wzmoczenie powyższe ujawnia się dość wybitnie we wszystkich rodzajach alkaliczności. Liczbowo przedstawia się ono jak następuje: 39 mlg. NaOH — dla alkaliczności całkowitej czyli powiększenie o przeszło 20%, 28 mlg. NaOH dla alkaliczności mineralnej czyli prawie o 20% i 10,7 mlg. dla alkaliczności organicznej (o 43%). Podniesienie alkaliczności krążków jest tylko nieznaczne (45 mlg. NaOH w 100 ctm sz.) i zależne jest wyłącznie od alkaliczności organicznej, gdyż mineralna nie uległa prawie żadnym zmianom. Powiększenie alkaliczności organicznej osocza nie mniej jaskrawo uwidacznia się przy obliczeniu jej w stosunku do azotu, u królików bowiem, traktowanych sodą, na 1 grm N osocza przypada 40 mlg. NaOH , gdy u królików zwykłych tylko 28 mlg. Dla krążków różnice te są znacznie mniejsze: u królików Na_2CO_3 1 grm. N krążków odpowiada 89 mlg. NaOH , u zwykłych zaś — 87.

(C. d. u.)

¹⁾ Anastazy Landau. Gazeta lek. 1905, NN. 28, 29 i 31 i Arch. f. exper. Path. n. Pharm. Tom 52.

²⁾ Rzętkowski. Pam. Tow. lek. Warsz. 1905. Zesz. 3 i Arch. f. exp. Path. n. Pharm. 1906.

³⁾ Patrz doniesienie I, tab. I L.

0 ciąży śródmiaższowej.

Napisał

A. Karczewski.

Non numerandae sunt, sed perpendendae observationes.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 26)

ENGSTRÖM (11), mając do czynienia z jamą niezakażoną, postąpił nieco inaczej. Po dokonaniu laparotomii stwierdził on, że górna część ciała macicy była zamieniona na twór chelboczący o bardzo cienkich ścianach. Naciąwszy ścianę przednią na długości 1,5 ctm., ENGSTRÖM spostrzegł błony jajowe, a palcem wyczuł płód. Rozszerzył przeto nacięcie, wydobyl płód martwy 9-iu ctm. długości i wyluszczył łożysko wraz z błonami płodowymi. Nie mogąc palcem, ani zgłębnikiem wysledzić otworu, łączącego jamę jajową z jamą maciczną, do ostatniej przez kanał szyi wprowadził zgłębnik i, wymacując nim w kierunku palca znajdującego się w jamie jajowej, odnalazł, a być może, sztucznie wytworzył otwór w prze-grodzie, oddzielającej jamę jajową od jamy macicy. Rozszerzywszy nieco ten otwór, ENGSTRÖM zaszył rozplataną ścianę maciczną trzypiętrowym szwem ciągłym z katgut. Ranę ściany brzusznej zamknął całkowicie. Chora po tej operacji szybko wyzdrowiała, lecz po upływie 8-iu tygodni miała jeszcze obrzmienie wrażliwe na ucisk w okolicy prawego rogu macicy.

TYTLER (61) wykonał operację wkrótce po pęknięciu worka płodowego. Po otwarciu jamy brzusznej obok wylewu krwi, znalazł on szczelinę długości około dwóch cali w dnie macicy po stronie prawej. Szczelina ta prowadziła do jamy kulistej, wypełnionej włóknikiem bez śladów jaja. Po oczyszczeniu jamy brzusznej TYTLER usunął przydatki prawostronne, a

szczelinę zamknął 4-ma szwami, zawijając nieco brzegi. Założywszy sączek, ranę brzuszną zamknął. Chora wyzdrowiała, lecz po sączku pozostała przetoka, która w kilka miesięcy po operacji nie była jeszcze zagojona.

Wycięcie legowiska płodu po raz pierwszy zalecone zostało w r. 1878-ym przez LEOPOLD'a (33), który propozycję swoją sformułował w słowach następujących: „Wobec niezawodnego niemal zejścia śmiertelnego ciąży śródmiaższowej, należałoby po otwarciu usunąć worek jajowy z warstwy mięsnej macicy przy pomocy cięcia kolistego, dokonanego poprzez mięśniówkę. Potem wypadaloby mocnymi szwami zamknąć ranę macicy. Nie ulega wątpliwości że wobec udoskonalonej techniki współczesnej, podobna próba jest zupełnie usprawiedliwiona i w poszczególnych przypadkach pomyślnych ma widoki powodzenia“.

W ciągu dwudziestu lat z górą nikt, o ile mogłem sprawdzić, nie odważył się zastosować w praktyce pomysłu LEOPOLD'a. Pomysł ten doczekał się urzeczywistnienia dopiero w r. 1899, jak tego dowodzi następująca wzmianka, zamieszczona w sprawozdaniach Towarzystwa położniczo-ginekologicznego w Berlinie pod datą 10-go listopada. „KOBLANCK demonstrował dwa okazy ciąży śródmiaższowej z pierwszego miesiąca, uzyskane przez operację, po pęknięciu kąta macicy. Obie chore wyzdrowiały. W drugim przypadku po przecięciu jajowodu wycięto róg macicy i z powrotem wszczepiono jajowód zupełnie niezmienny“.

W ostatnim sześcioleciu sposób, zalecony przez LEOPOLD'a, znalazł dość licznych zwolenników, do których należą: GUÉRARD (16), WASTEN (62), STATZER (56), WIMMER (70), HOLST (23), WEINBRENNER (67), WAGNER (64) i KANNIGIESSER (25). Wszyscy oni, zgodnie z poleceniem LEOPOLD'a, wykonali wycięcie legowiska płodu w kształcie klina lub lejka i zaszyli szczelnie ranę w macicy; większość usunęła przytem odpowiednie przydatki maciczne.

Wynik tego sposobu operowania był pomyślny. Wszyscy bowiem autorowie pomienieni z wyjątkiem WEINBRENNER'a osiągnęli wyzdrowienie, a HOLST nawet, w rok po operacji, doczekał się u swej chorej porodu prawidłowego. Co się zaś tyczy WEINBRENNER'a, to autor ten zastosował wycięcie klinowate w przypadku sposoczenia worka płodowego ciąży śródmiaższowej. Pomimo tego że podczas operacji z worka wylała się posoka cuchnąca, WEINBRENNER zaszył ranę w macicy i całkowicie zamknął ranę brzuszną. Chora zmarła trzeciego dnia po operacji wskutek zatrucia gnilnego.

Zpośród zabiegów okaleczających w ciąży śródmiaższowej stosowano dotąd przeważnie odjęcie nadpochwowe [LEOPOLD (34), ROSENTHAL (47), BECKMANN (4), NEUGEBAUER (66), STEFFECK (58), KYNOCH (31), DELAGÉNIÈRE (8), WASTEN (62)], wyjątkowo zaś całkowite wyluszczenie macicy [MURET (41)]. O technice tych operacji, jako o rzeczy znanej powszechnie, mówić nie będę. Zaznaczę tylko, że odjęcie nadpochwowe wykonywano w sposób dwojaki, t. j. z zewnątrzotrzewnowem i wewnątrzotrzewnowem traktowaniem szypuły. Co się zaś tyczy całkowitego wyluszczenia macicy, to MURET wykonał je w ten sposób, który zwykle bywa stosowany w razie mięśniaków macicy. Pomienione operacje dokonane zostały w późniejszym nieco okresie ciąży, przeważnie w końcu 4-go miesiąca. Dały one wynik pomyślny; z wyjątkiem bowiem KYNOCH'a, który stracił chorą trzeciego dnia po operacji wskutek krwotoku z kikuta macicy, wszyscy pozostali autorowie otrzymali zejście pomyślne.

Zbyt szczupła liczba spostrzeżeń nie pozwala dotąd na ustalenie ścisłych wskazań do każdego z wyszczególnionych powyżej zabiegów operacyjnych. Na mocy zdobytego dotychczas doświadczenia można jedynie powiedzieć, że laparotomia w ciąży śródmiaższowej ma niezaprzeczoną wyższość nad operacjami pochwowymi. Zabiegi zachowawcze, dokony-

wane od strony jamy brzusznej w postaci usunięcia legowiska płodu, mogą być stosowane z powodzeniem we wczesnych okresach ciąży śródmiaższowej, umiejscowionej w dnie macicy, o ile jajo nie uległo zakażeniu. W ostatnim przypadku za odpowiedni zabieg zachowawczy można jedynie uznać postępowanie LAWSON TAIT'a, t. j. nacięcie worka płodowego w połączeniu z jego sączkowaniem i wszyciem w dołny kąt rany brzusznej. Zresztą zakażenie jaja stanowi wskazanie do zabiegów okaleczających, które nadto są zupełnie odpowiednie w późniejszych okresach ciąży śródmiaższowej, zwłaszcza umiejscowionej w ścianie bocznej. Decydując się na operację okaleczającą, osobiście zawsze oddałbym pierwszeństwo całkowitemu wyluszczeniu macicy nad odjęciem nadpochwowem, uznając bowiem pierwsze za wyborową metodę operacyjną.

LITERATURA.

- 1) BAART DE LA FAILLE. Ueber einen Fall von Graviditas tubo-uterina.—Monatschrift für Geburtskunde u. Frauenkrankheiten, Bd. 31, Ht. VI, 1868.
- 2) L. BANDL. Die Krankheiten der Tuben etc. Deutsche Chirurgie, Lief. 59, 1886.
- 3) M. BAUDELLOCQUE neveu. Observation d'un utérus présentant un canal dans l'épaisseur de l'une de ses parois.—Archives générales de médecine, Septembre, 1825, p. 410.
- 4) W. BECKMANN. Beitrag zur Graviditas interstitialis.—Zeitschrift für Geb. u. Gyn., Bd XXXVIII, s. 471, 1898.
- 5) C. G. CARUS. Lehrbuch der Gynäkologie, II Th., 1829.
- 6) P. CAZEAUX. Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, IV ed., 1853.
- 7) CZYZEWICZ. Dwa przypadki ciąży śródmiaższowej. — Przegląd Lekarski N. 38, 1904.

- 8) H. DELAGÉNIÈRE. De la grossesse tubo-utérine ou interstitielle. Deux observations.—Archives provinciales de chirurgie, T. XI, N. 5, 1902.
- 9) Z. DUKALSKI. Przypadek ciąży zamacicznej śródmiaższowej.—Gazeta Lekarska, N. 53, 1898.
- 10) A. EIERMANN. Fall von klinisch festgestellter Graviditas tubo-uterina (interstitialis).—Monatschrift für Geb. u. Gyn. Bd. V, Ht. I, 1897.
- 11) O. ENGSTRÖM. Ein Fall interstitieller Tubenschwangerschaft. — Centralblatt für Gyn. N. 5, 1896.
- 12) O. ENGSTRÖM. Ueber Schwangerschaft im unvollkommen entwickelten Horne eines Uterus bicornis unicollis.—Mittheilungen aus der gynaekologischen Klinik in Helsingfors, Bd. III Ht. 2, 1900.
- 13) O. ENGSTRÖM. Ueber Schwangerschaft in der einen Ecke der Gebärmutterhöhle. Mittheilungen aus der gynaekologischen Klinik in Helsingfors, Bd. IV, Ht. 3, 1903.
- 14) L. FRAENKEL. Ausgetragene Schwangerschaft im atretischen Uterus bicornis bicollis, zugleich ein Beitrag zur Diagnose derselben.—Monatschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XVIII. Ht. 2, 1903.
- 15) W. GRUDEW. Zur Histologie der Fallopia'shen Tuben. — Centralblatt f. Gyn. N. 10, 1897.
- 16) GUÉRARD. Wahre Graviditas interstitialis.—Centralblatt f. Gyn. Nr. 45, 1901.
- 17) HECKER. Beiträge zur Lehre von Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle.—Monatschrift für Geburtskunde u. Frauenkrankheiten, Bd. XIII Ht. II 1859.
- 18) C. E. HEDRICH. Geschichte einer Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle nebst Sectionsbefund und Bemerkungen. Archiv für medicinische Erfahrung im Gebiete der praktischen Medizin und Staatsarzneikunde, September, October, 1817.
- 19) HENLE. Grundriss der Anatomie des Menschen, 1901.
- 20) C. HENNIG. Die Krankheiten der Eileiter und die Tubenschwangerschaft, 1876.
- 21) HENNIG. Ueber Graviditas tubo-uterina. Gesellschaft f. Gynäkologie zu Leipzig, 372 Sitzung am 19 November 1888.—Centralblatt f. Gyn. Nr. 12, 1889.
- 22) M. HOFMEIER. Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von der ektopischen Schwangerschaft. — Verhandlungen der physikalisch – medicinischen Gesellschaft zu Würzburg. N. F. XXVIII Band, N. 4, 1894.
- 23) M. v. Holst. Ein Fall von „interstitieller Gravidität“ geheilt durch Operation.—Münchener med. Wochenschrift, N. 10, 1903.
- 24) JUNGE. Fall von Graviditas tubo-uterina. — Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Bd. XXVI, Ht. 4, 1865.
- 25) KANNEGIESSER. Fall von interstitieller Tubenschwangerschaft. — Bericht aus der gynaekologischen Gesellschaft zu Dresden. Sitzung am 22 Juni 1905.—Zentralblatt f. Gyn. N. 3, 1906.
- 26) H. A. KELLY. Operative Gynecology. Vol. II, London 1902.
- 27) Fr KOŚMIŃSKI. Kilka uwag o ciąży śródmiaższowej.—Przegląd Lekarski N. 39 i 40 1897 i Monatschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 6, N. 5.
- 28) KRULL. Vier Fälle von Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus.—Archiv. f. Gyn. Bd. 62, Ht. 3, 1901.
- 29) A. KUSSMAUL. Von dem Mangel, der Verkümmern und Verdopplung der Gebärmutter, 1859.
- 30) O. KÜSTNER. Die ectopische Schwangerschaft. — Müller's Handbuch der Geburtshilfe. Bd. II, 1889.
- 31) I. C. KYNOCH. Interstitial pregnancy. Edinburgh obstetrical Society, May 12-th 1897. The British Medical Journal, May 22, 1897.
- 32) LAWSON TAIT. A case of intersti-

tial tubal pregnancy succesfully treated by abdominal section. — The Lancet, January 13, 1894.

33) G. LEOPOLD. Zur Lehre von der Graviditas interstitialis. — Archiv f. Gynaekologie XIII Bd., Ht. III 1878.

34) G. LEOPOLD. Beiträge zur Graviditas extrauterina. — Archiv f. Gynaekologie Bd. 58, Ht. 1899.

35) P. LEQUEUX. De la grossesse angulaire et de ses rapports avec les grossesses ectopiques. — Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, Tome X, N. 5, 1906.

36) MAINZER. Bericht aus der Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzung von 13 März 1903. — Zentralblatt f. Gyn. N. 20, 1903 i Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XLIX, 1903.

37) MARTIN. Bericht ueber die Verhandlungen f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzung von 13 Februar 1885. — Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XI, Ht. 2.

38) A. MARTIN. Die Krankheiten der Eileiter 1895.

39) A. MARTIN. Zur Kenntniss der Tubarschwangerschaft. — Monatschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. V, Ht. I, 1897.

40) MICHOLITSCH. Zur Aetiologie der Tubarschwangerschaft. — Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XLIX Bd. s. 42, 1903.

41) M. MURET. De la grossesse interstitielle. — Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, Tome VI, N. 1, 1902.

42) E. OPITZ. Ueber die Ursachen der Ansiedlung des Eies im Eileiter. — Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XLVIII, 1903.

43) I. POPPEL. Ein Fall von Graviditas tubo-uterina. — Monatschrift f. Geburtskunde u. Frauenkrankheiten Bd. XXXI, Ht. 2—3 1868.

44) POZZI. Traité de Gynécologie 1897.

45) F. RECKLINGHAUSEN. Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus—und Tubenwandung, 1896.

46) N. I. ROOSWINKEL. Over tubo-uterine Graviditeit, Leiden 1896. Frommel's Jahresbericht 1898.

47) J. ROSENTHAL. Przypadek ciąży zamacicznej śródściennnej. — Gazeta Lekarska N. 41—42, 1896.

48) ROSENTHAL. Ein Fall intramuraler Schwangerschaft. — Centralblatt f. Gyn. N. 51, 1896.

49) A. ROUTIER. Latéroflexion droite ayant fait croire à une grossesse extra-utérine. — Annales de Gynécologie et d'Obstetrique, T. LV, Fevrier 1901.

50) F. SCHAUTA. Lehrbuch der gesammten Gynäkologie 1896.

51) G. SCHICKELE. Die Schwangerschaft in einem Uterus-divertikel. — Beitrage zur Geb. u. Gyn. Bd. VIII, Ht. 2 1904.

52) W. SCHMITT. Drey Wahrnehmungen von Schwangerschaften ausserhalb der Gebärmutter. — Beobachtungen der Kais-Königl. medicinisch-chirurgische Josephs Academie zu Wien I Bd. 1801.

53) K. SCHRÖDER. Lehrbuch der Geburtshülfe. Achte Auflage, 1884.

54) P. SEGOND. Grossesse utérine prise pour une grossesse extrautérine grace à la fixation de l'utérus gravide en lateroversion gauche etc. — Annales de Gynécologie et d'Obstetrique, Tome LV, Fevrier 1901.

55) H. SIMON. Die Graviditas tubo-uterina sive interstitialis. Inaugural Dissertation 1885.

56) M. W. STATZER. Ein Fall von geplatzter interstieller Schwangerschaft durch Operation geheilt. — Wiener klin. Wochenschrift N. 27, 1903. Zentralblatt f. Gyn. N. 44, 1903.

57) CH. E. STEELE. Case of intramurale pregnancy resulting in missed labour. — The British med. Journal, Nov. 18, 1882.

58) STEFECK. Bericht aus der Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzung von 13 Februar 1903. — Zentralblatt f. Gyn. N. 2, 1903.

59) TESTUT. *Traité d'anatomie humaine* 1901.

60) A. TROCZEWSKI. Cięża śródmiaższowa.—*Ginekologia* N. 2, 1904.

61) P. TYTLER. Ruptured interstitial tubal pregnancy treated by suture of the fissure.—*The British med. Journal*, June 12, 1897.

62) ULESKO-STROGANOWA. Die anatomischen Veränderungen des Eibettes bei der extrauterinen, interstitiellen Schwangerschaft.—*Monatschrift f. Geb. u. Gyn.* Bd. XV. Ht 5, 1902.

63) VELPEAU. *Traité complet de l'art des accouchements*, 1836.

64) A. WAGNER. Ueber die interstitielle Tubargravidität auf Grund von drei selbstbeobachteten Fällen.—*Archiv f. Gyn.* Bd. 78, Ht. 2 1906 i *Zentralblatt f. Gyn.* N. 17, 1905.

65) W. WALDEYER. *Das Becken* 1899.

66) M. WARSZAWSKI. Przypadek ciąży zamacicznej śródmiaższowej prawej. *Kronika Lekarska. Zesz.* 19, 1897.

67) WEINBRENNER. Ueber interstitielle Schwangerschaft. *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn* Bd. LI, Ht. 1, 1904.

68) WERTH. Ueber Extrauteringravidität. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie, X Versammlung zu Würzburg* 3—6 Juni, 1903.

69) I. WERNER. Ueber Gravidität in der verschlossenen Hälfte eines Uterus bilocularis.—*Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynaekologie* Bd. IX, Ht. III 1905.

70) WIMMER. Bericht aus der Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. in Wien. Sitzung am 22 April 1902.—*Zentralblatt f. Gyn.* N. 2 1903.

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

WYSLUCHOWA METODA OKREŚLANIA CIŚNIE- NIA KRWI I WARTOŚĆ JEJ PRAKTYCZNA.

Podał

Dr Witold Ettinger.

Asystent oddziału

(Dokończenie — Patrz Nr. 26).

Przechodząc do zebranego przeze mnie materiału o wysłuchowej metodzie KOROTKOWA, zaznaczam na wstępie, że na 235 przeprowadzonych badań—200 razy słyszałem wszystkie powyżej omówione fazy; w pozostałych 35 przypadkach objawy wysłuchowe były nietypowe, a mianowicie: w jednym przypadku (zwężenie lewego ujścia żylnego i niedostateczność zastawki dwudzielnej) słyhać było stale tylko szmer, a właściwie brakowało pierwszych 4 okresów wysłuchowych, gdyż wysłuchiwanie szmeru nie odpowiadało nawet typowemu okresowi 2-mu, w którym słyhać ton i szmer. Cztery razy, a mianowicie po 2 razy u chorego ze zwężeniem lewego ujścia żylnego i niedostatecznością zastawki dwudzielnej i u cierpiącego na zapalenie mięśnia sercowego, przy objawach jego wyczerpania, brakowało okresu 2, 3 i 4. Dwanaście razy brakowało okresu 2 i 3. Dotyczyło to 2 razy chorego z wyczerpaniem mięśnia sercowego przy zwężeniu lewego ujścia żylnego i niedostateczności zastawki dwudzielnej, 8 razy osobników ze stwardnieniem tętnic, zapaleniem mięśnia sercowego i osłabieniem jego działalności, a dwa razy osobników zakażonych (raz tyfus brzuszny i raz zapalenie płuc) ze znacznym osłabieniem działalności serca. Raz brakowało okresu 3 i 4. Było to u chorego na ciężki tyfus powrotny, nazajutrz po spadku ciepłoty. Dwa razy u ostatniego rodzaju chorych, również po spadku ciepłoty, brakowało

tylko okresu 4. Pięć razy nie można było określić fazy 5, co znaczy, że objawy wysłuchowe nie ustawały aż do opadania rtęci w manometrze do 0. Wszystkie te przypadki dotyczyły chorych z niedostatecznością zastawek aorty. W trzech przypadkach niedostateczności zastawek aorty nie można było stwierdzić ani pierwszej, ani piątej fazy, gdyż 1-sza była powyżej podziałek na manometrze, a 5 ta nie występowała nawet przy spadku rtęci do zera. Wreszcie w 7 spostrzeżeniach brakowało okresu trzeciego. Z nich wszystkie dotyczyły przypadków wyczerpania mięśnia sercowego, a mianowicie—3 wskutek zapalenia mięśnia sercowego, 3 w przebiegu dyskompensacji przy zwężeniu lewego ujścia żylnego i 1 w przebiegu dyskompensacji przy niedostateczności zastawki dwudzielnej i zwężeniu lewego ujścia żylnego. Dla ścisłości dodaję, że w 7 spostrzeżeniach wysłuchiwałem chorych z tętnem niemiarowem, i że niemiarowość tę można było dokładnie wysłuchiwać.

Co do porównania wartości liczb, otrzymanych przy pomocy metody wysłuchowej, z liczbami, otrzymanymi dla ciśnienia systolicznego (t. zw. maksymalnego) oraz dyastolicznego (t. zw. minimalnego) podług metody palpacyjnej i graficznej, to materiał nasz przedstawia się, jak następuje:

A) Ciśnienie systoliczne krwi (będziemy tu stale oznaczali Mx) można było określić 232 razy z fazy pierwszej, a w trzech przypadkach niedostateczności zastawek sercowych Mx nie dało się w sposób wysłuchowy określić, gdyż znajdowało się powyżej skali manometru.

1) Z pomiędzy wspomnianych 232 określeń — 207 razy Mx podług KOROTKOWA było średnio o 16 mm. wyższe od Mx, określonych palpacyjnie i graficznie, przyczem granice odnośnych wahań wynosiły od 1 mm. do 30 mm., a w 2 określeniach (*arteriosclerosis*) doszły do 61 mm. Wynika z powyższego, że w olbrzymiej

większości przypadków metoda wysłuchowa jest daleko czulsza dla określenia Mx, niż palpacyjna i graficzna. Jest to rzecz zrozumiała, gdyż z powodu większej doskonałości zmysłu słuchowego od zmysłu czucia daleko mniejsza ilość krwi potrzebna jest dla stwierdzenia wysłuchowego drgań naczynia, niż dla wykazania palcem, *resp.* tętnopisem, że drobna fala krwi już się przesuwają.

2) Sześć razy Mx podług KOROTKOWA ściśle odpowiadało Mx, określonego palpacyjnie i graficznie.

3) W 9 przypadkach Mx, określone wysłuchowo, wypadło nieco, a mianowicie średnio 6 mm., poniżej Mx, określonego graficznie lub palpacyjnie.

4) Wreszcie w 10 przypadkach Mx wysłuchowe było wyższe od Mx graficznego, a niższe od Mx palpacyjnego lub też odwrotnie. Trudno wytłomaczyć zjawisko to ściśle. Zaznaczam jednak, że przypadki ostatnich 2 grup dotyczyły przeważnie osobników ze stwardnieniem naczyń, dla których doskonałość metody graficznej i zwłaszcza palpacyjnej może czasem ulegać zakwestyonowaniu.

Cały powyższy materiał, dotyczący Mx, rozgrupowałem szczegółowo podług tablic dla osobników zdrowych (17) i dla różnych stanów chorobowych, w których swoje badania prowadziłem, a mianowicie: wad serca 34 spostrzeżenia, *akinesis cordis* 30, zapalenie nerek 21, arteriosklerozy 27, poza tem gruźlica (40), zapalenie płuc (30), tyfus brzuszny, powrotny i różne inne cierpienia. Po szczegółowem jednak rozpatrzeniu tych tablic otrzymaliśmy stosunki procentowe tak jednolicie podobne do omówionych powyżej przy sumarycznem rozpatrywaniu całego materiału, że odnośnych liczb nie podaję dla uniknięcia powtórzeń.

B) Co się tyczy określenia metodą wysłuchową ciśnienia dyastolicznego, t. zw. minimalnego krwi (nadal będziemy je oznaczali dla

skrócenia przez Mm), to materiał nasz przedstawia się, jak następuje:

1) 130 razy Mm wysłuchowe, t. j. 5-ta faza, wypadło poniżej Mm, określonego palpacyjnie i graficznie lub jedną z tych metod. Ponieważ przypadki te zbiegały się z tymi, w których Mx wysłuchowe wypadło powyżej Mx palpacyjnego i graficznego, na ogół więc biorąc, wysłuchowa metoda określenia ciśnienia krwi wykazuje najczęściej większe ciśnienie tętna ($PD = Mx - Mm$), niż wszystkie inne metody. Dotyczy to prawie w jednakowej mierze zarówno osobników zdrowych, jak i różnych stanów chorobowych. Przeciętna liczba milimetrów rtęci, o które Mm wysłuchowe znajdują się poniżej Mm innych metod, wynosi 13,2 mm., przy czem granice odnośnych wahań wynoszą od 1 mm. do 38—48, a nawet 62 mm. Przeciętna tych wahań dla poszczególnych grup wynosi: dla zdrowych i wad organicznych serca 8 mm. rtęci, dla gruźlicy płuc 8,5, dla tyfusów 11,2 mm., dla infekcyjnych zapaleń płuc i opłucny 14,5 mm., dla przypadków wyczerpania mięśnia sercowego, zwapnienia naczyń i zapalenia nerek po 17,7, mm., a dla różnych innych stanów chorobowych 16 mm.

2) W 18 przypadkach Mm wysłuchowe, t. j. 5 faza, odpowiadało ściśle Mm, określone-mu graficznie lub palpacyjnie.

3) W 71 przypadkach wszystkie objawy wysłuchowe ustawały (faza 5) przy wyższym stanie rtęci w manometrze, niż je wykazało Mm graficzne lub palpacyjne, czyli że Mm wysłuchowe znajdowało się powyżej tych ostatnich. Zorientowanie się wtedy w wielkości PD ($Mx - Mm$), określonego wysłuchowo, było trudne, gdyż w jednych przypadkach wypadło ono poniżej PD podług innych metod, a w innych znacznie powyżej. Średnia liczba milimetrów, o którą Mm wysłuchowe znajdowało się powyżej Mm palpacyjnego lub graficznego, wynosiła 10,4, przy granicy wahań od 1 mm. do 35

mm. Wytiomaczenie tego zjawiska na razie nie wydaje mi się możliwym.

4) W 8 badaniach słyhać było okres 4 aż do opadnięcia rtęci do 0, tak że minimum określić się wcale nie dało.

5) Wreszcie 8 razy Mm wysłuchowe wypadło powyżej Mm graficznego lub odwrotnie, co, analogicznie do zdania swego, wypowiedzianego przy ocenie Mx, położyć muszę na karb nieuniknionych błędów w ostatnich 2-ch metodach badania.

Przy ogólnikowym porównywaniu Mm, określonego wysłuchowo w Mm, otrzymanem palpacyjnie i graficznie, zaznaczyć muszę, że na 235 badań—188 razy określiłem okres Mm wysłuchowo z fazy piątej, znajdującej się bardzo blisko Mm graficznego lub palpacyjnego; że poza tem 39 razy ciśnieniu dyastolicznemu, określone-mu palpacyjnie lub graficznie, odpowiadała w przybliżeniu faza czwarta wysłuchowa, podczas gdy faza piąta znajdowała się znacznie poniżej Mm. graficznego i palpacyjnego, w 8 zaś przypadkach określenie wysłuchowe Mm, było, jak powiedziałem (sub 4), niemożliwe z powodu, iż nie było w nich wcale okresu piątego.

Ostatecznym więc wnioskiem naszym praktycznym jest, że metoda wysłuchowa KOROTKOWA nadaje się bardzo dobrze do określenia ciśnienia systolicznego krwi, przechodząc w swej czułości wszystkie inne znane. Ta nadmierna jej czułość jest tak wielka, że w przypadkach daleko posuniętej niedostateczności zastawek aorty nie pozwala nawet, przy obecnie używanych skalach manometru RIVA-ROCCI (do 260 mm.), na ściśle określenie Mx.

Co do ciśnienia dyastolicznego, to, zdaje się, że metoda KOROTKOWA określa je, jak widać z powyższego materiału, dokładniej od innych metod w znacznej większości przypadków, a mianowicie poniżej Mm palpacyjnego i graficznego. W pewnej jednak części materiału (około 30%) metoda wysłuchowa okre-

ślenia ciśnienia dyastolicznego przedstawia te same wątpliwości, co i inne używane dotąd metody.

W szczególności zaś muszę się zastrzedz, że wysłuchowa metoda określenia ciśnienia krwi nadaje się najmniej w przypadkach daleko posuniętej niedostateczności zastawek aorty. W tych bowiem właśnie przypadkach Mx nie da się określić z powodu, iż znajduje się zbyt wysoko, Mm zaś nie da się również wyrazić w liczbach z powodu, iż okres wysłuchowy 4-y, a nawet 3-ci, trwają tu aż do opadnięcia rtęci w manometrze do 0.

Przechodzimy do odpowiedzi na drugie interesujące nas pytanie — o związku między objawami wysłuchowymi KOROTKOWA i szybkością tętna. Wszystkie te objawy są najbardziej wyraziste w tętnach najszybszych, a więc przede wszystkim przy niedostateczności zastawek aorty. Po zatem, porównyując ze sobą klinicznie i według współczynnika doc. JANOWSKIEGO ¹⁾ z jednej strony szybkość tętna w odnośnym przypadku, z drugiej zaś wyrazistość objawów wysłuchowych KOROTKOWA, doszliśmy do wniosku, że ta ostatnia jest tem większa, im szybkość tętna jest znaczniejsza. Jest to dla nas jednym z dowodów więcej, że wyrazistość objawów wysłuchowych KOROTKOWA zależy od stopnia drgań, w jakie zostają przez napływającą krew wprawione naczynia. Rzecz jasna bowiem, że stopień drgań ścian naczyń jest tem większy, im większa jest szybkość tętna w odnośnym przypadku. Sądzę, że ta sama okoliczność, mianowicie zwiększona szybkość tętna, stwierdzona przez doc. JANOWSKIEGO u 60% arteriosklerotyków, jest jednym z dwóch powodów, dla których u tego rodzaju chorych objawy wysłuchowe KOROTKOWA występują bardzo wyraźnie. Drugim z tych powodów jest, jak słusznie KRYŻOW zaznaczył (l. c. p. 131), zgrubienie samych ścian naczy-

niowych, dzięki któremu zwiększa się gwałtowność ich rozszerzania się pod naporem fali krwi i szybkość przesuwania się tej ostatniej dzięki pewnemu zwężeniu światła naczynia. Jesteśmy nawet zdania, że na zasadzie wielkiej wyrazistości objawów wysłuchowych KOROTKOWA u osobników względnie młodych można nawet powziąć podejrzenie o istniejącej hipertonii naczyń, które to podejrzenie, rzecz prosta, dopiero dalsze zbadanie chorego powinno bliżej uzasadnić.

Co się tyczy związku pomiędzy działalnością serca a obecnością, *resp.* wyrazistością poszczególnych faz KOROTKOWA, to na zasadzie dotychczasowego swego materiału zaznaczyć muszę, co następuje:

Z pomiędzy 28 przypadków niedomogi serca z dusznością i obrzękami brakowało 9 razy okresu 3-go, t. j. tego, dla którego powstania potrzebna jest pewna, dość znaczna wielkość fali tętna, czyli siła skurczu serca, oraz pewna dość znaczna szybkość jej przesuwania się. Wynika ztąd, że brak trzeciego wysłuchowego okresu jest jednym z dowodów, przemawiających za osłabieniem czynności serca. Z pomiędzy tych przypadków w 2 brakowało nadto okresu wysłuchowego 2-go i 4-go, a w 4 tylko 2-go. Dotyczyły one ciężkich przypadków niedomogi serca. Jesteśmy więc zdania, że brak samego okresu trzeciego (czysty ton) dowodzi osłabienia mięśnia sercowego, a jednoczesny jeszcze brak faz drugiej i czwartej dowodzi, iż osłabienie to doszło do znacznego stopnia. Udało mi się przytem stwierdzić w 2 przypadkach powrót trzeciej fazy wysłuchowej przy poprawie działalności serca, w 2 innych stwierdziliśmy znikanie okresu wysłuchowego 2 i 3 przy pogorszeniu działalności serca u osobników, u których przedtem przy lepszej działalności serca słychać było wyraźnie wszystkie fazy wysłuchowe, a nadto stwierdziliśmy nagłe zniknięcie okresu 2 i 3 u pneumonika z nagłym osłabieniem mięśnia sercowego na dzień przed śmiercią.

¹⁾ W. Janowski. Współczynnik szybkości tętna. *Gazeta Lekarska* r. 1907, N. 8—10.

Fakt, iż przy ciężkich objawach zaburzeń sprawności serca z dusznością i obrzękami, dowodzącymi zwolnionego obiegu krwi, znikają pewne okresy wysłuchowe KOROTKOWA, jest dla nas jednym z dowodów, że dla normalnego występowania wszystkich fenomenów KOROTKOWA potrzebna jest, obok pewnej siły drgania naczyń, i normalna szybkość prądu krwi. Drugim z takich dowodów klinicznych jest fakt, że u ciężkich anemików, u których, jak wiadomo, krew krąży szybciej, stwierdzaliśmy objawy wysłuchowe KOROTKOWA bardzo wyraźne. (Ciekawem byłoby, z powodu przypuszczalnych odwrotnych wyników, zbadanie w tym kierunku osobników z *polycythæmia cum splenomegalia*). Za dowód, że do powstania fenomenów KOROTKOWA potrzebne jest pewne dość znaczne minimum szybkości krążenia krwi, KRYŁOW słusznie przytacza fakt, że w tętnicy promieniowej fenomeny KOROTKOWA słychać niewyraźnie. Nie tylko bowiem wielkość fali w tętnicy promieniowej jest mniejsza, niż w tętnicy ramieniowej, ale nadto szybkość krążenia w niej krwi jest, jak wiadomo, mniejsza dlatego, że ogólna suma światła naczyń obwodowych jest większa, niż światło tętnicy ramieniowej.

W ostatniej chwili wyszła praca GRAN-

STREMA⁸⁾, który, stosując wysłuchową metodę KOROTKOWA u osobników z tętnem dwubitnem, przekonał się, na równi z KRYŁOWEM, że można u niektórych z nich wysłuchiwać dykrotyczne szmery i tony. W tym ostatnim względzie nie wypowiadam jeszcze swego sądu. GRANSTREM sądzi, że wysłuchowe stwierdzanie fali dykrotycznej jest ważnym dowodem ośrodkowego jej pochodzenia, gdyż: 1) szmery i tony dwubitne słychać prawie zawsze poniżej mankietu RIVA-ROCCI, a rzadko kiedy, i to bardzo słabo, powyżej jego. 2) następnie, kierunku fali dwubitnej dowodzi sam fakt wysłuchiwania szmeru dwubitnego, dla którego powstania potrzebne jest pewne zwiększenie szybkości przesuwania się fali krwi, które to zwiększenie nie byłoby możliwe, gdyby fale dwubitne szły dośrodkowo, wreszcie 3) brak pulsu dwubitnego w tętnicy promieniowej u osobników, u których można wysłuchiwać tony i szmery dwubitne.

Na zakończenie składam serdeczne podziękowanie doc dr W. JANOWSKIEMU, na którego oddziale i pod którego kierunkiem wykonana została niniejsza praca.

⁸⁾ GRANSTREM E. A. K woprosu o centralnom ili periferiezeskom naprawlenii dikroticzeskoj wołny. Izwiestja Imperatorskoj Wojenno-Medicinskoj Akademii r. 1907. N 5. p. 421. Tom. XIV.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

34. E. L. KENYON. Leczenie jąkania.

Mechanizm mowy opiera się na szczególnego rodzaju przystosowaniu, na mocy którego słup powietrza, zawarty w drogach oddechowych, pod wpływem ciśnienia od strony jego zamkniętej szybko wypierany ku zewnątrz, natrafiając w pewnych określonych miejscach drogi swej w wymienionym kierunku na swoiste przeszkody—przedstawianie się swoje u miejsc tych w znamienny zaznacza sposób.—Przeszkody owe mieszczą się bądź to w krtani, gdzie polegają na przy-

stosowaniu się (koaptacyi) wiązań głosowych, bądź też powstają w jamie ustnej, gdzie zależą od rozmaitego ustawienia i stosunku względem siebie zębów, warg, języka i podniebienia. Każde z takich ustawień *resp.* przeszkód, modyfikujących sposób przedstawiania się prądu powietrza, sprzyja wytwarzaniu swoistego dźwięku—wszystkie zaś razem—wszelkich zasadniczych dźwięków mowy. Każdy oddzielny dźwięk powstaje w ten sposób, że pobudka nerwowa, t. j. z mózgu, biegnie jednocześnie do wszystkich

grup mięśniowych, w sprawie tej zainteresowanych; na pobudkę tę klatka piersiowa odpowiada ciśnieniem na wspomniany wyżej słup powietrza, krtani oraz więzadła głosowe naleyście się ustawiają, podniebienie miękkie układa się w ten sposób, że oddziela jamę ustną od nosowej, język zaś dotyka podniebienia w określonym miejscu i ustawieniu.

W powstawaniu tak złożonych ruchów każdy dział (organ) mechanizmu mowy musi działać zgodnie, t. j. w natychmiastowej harmonii z pozostałymi.

Rzecz cała, aczkolwiek mowa opiera się na niezmiernie zawilej i subtelnej assocyacji czynności oddzielnych grup mięśniowych, odbywa się bez współudziału świadomości—automatycznie.

Jeśli przeto wskutek określonej przyczyny zajdzie jakaś niedokładność lub wahanie w czynności którejkolwiek z wymienionych grup mięśniowych, a więc jeśli ogólna zgodność w czynności mięśni tych zostanie zakłócona, wówczas i sama czynność naleyście odbywać się nie może.

Na tej to właśnie zasadzie objaśnia się jąkanie. Mając zazwyczaj w podłożu swem ustrój nerwowy, a więc względnie łatwo ulegający wyprowadzeniu z równowagi, jest ono właśnie wyrazem funkcjonalnego zaburzenia w owej gładkiej i szybkiej czynności właściwej zawiłemu mechanizmowi mowy. Zaburzenie owo znajduje równoważnik swój w wadliwej koordynacji różnych grup mięśniowych, udział w czynności mówienia biorących. Najczęściej nie dopisują dźwięki krtaniowe, *resp.* nie dobywają się z należyłą siłą i wyraźnością. Ztąd niepewność, wahanie. Wysiłki, jakie osobnik, wadą dotknięty, czyni celem przywrócenia szwankującej harmonii, kończą się wreszcie po pewnej walce bądź to dobytciem zasadniczego dźwięku, bądź to okazują się daremnymi. Trudność w wytwarzaniu dźwięków krtaniowych najczęściej rację swoją znajduje w niedostatecznej sile kompresyjnej klatki piersiowej albo też w wadliwym sposobie oddychania. Z drugiej strony kurcz (spazm) mięśniowy, zwłaszcza już oddawna się zaznaczający, znamioną tu odgrywa rolę, a jeśli jest silny i uparty, to chwilowo czynność mechanizmu mowy zupełnie tamuje. Siła i upartość

spazmu takiego zależne są od mylnie—celem samopomocy—skierowanych wysiłków dotkniętego wadą—skutkiem czego sam on bezwiednie przyczynia się do nawykowego, że tak rzec—nagromadzenia w niektórych mięśniach nadmiernej energii nerwowej.

W narządach obwodowych mowy u jąkałów nie daje się stwierdzić jakichkolwiek bądź nieprawidłowości, któreby im miały być właściwe. O ile jednak nieprawidłowości tu jakie istnieją, mogą one potęgować wadę, już (jąkanie) istniejącą—u małych dzieci zwłaszcza z istniejącem już podłożem nerwowem nieprawidłowość taka może grać rolę czynnika, sprzyjającego spotęgowaniu istniejącej już niekiedy lekkiej niekoordynacji, t. j. dającemu pohop jej powstawaniu. Bądź jak bądź, istota wpływu nerwowego w rozwoju wady pozostaje często niejasną. Wiadomem tylko jest, że w większości przypadków ma się tu do czynienia z osobnikami o temperamencie nerwowym, a więc łatwo poddającymi się rozmaitym wrażeniom i wpływom, a zwłaszcza wpływowi sugestyi *resp.* autosugestyi. Owo uczucie pewnego rodzaju towarzyskiej niepewności, obawy, jakich osobniki młode, wrażliwe nieraz doświadczają, sprzyja zwracaniu większej na siebie uwagi—spotęgowaniu się samowiedzy, ta zaś ostatnia w stosunku do półświadomej czynności fizyologicznej staje się często czynnikiem, wywołującym rozstrój (zaburzenie), przykładem czego może być choćby ów sposób chodzenia po scenie wobec publiczności—osobnika do sceny nie nawykłego.

W leczeniu jąkania, jeśli już pominąć kwestyę usunięcia nieprawidłowości (zmian) miejscowych, tyjących się języka, podniebienia, gardzieli, krtani, o ile te w danym przypadku by istniały i o ile mogłyby ujemnie wpływać na swobodę ruchów tych organów, *resp.* na czynność mowy, głównie trzeba mieć na względzie przyuczenie dotkniętego wadą do należytego posługiwania się swym narządem oraz poddania się pewnego rodzaju dyscyplinie celem zwalczenia zakorzenionej wady, *resp.* nawyku. Chory taki przeto powinien być dokładnie obznajmiony z mechanizmem albo raczej techniką mowy, *resp.*, ze sposobami powstawania wady, a względnie i ze sposobami jej usunięcia. Zdobyte wiadomości muszą niezwłocznie znaleźć zastosowanie praktyczne, to zaś ostatnie winno

wytrwalej podlegać samokontroli. Mechanizm więc mowy chorego, o ile to tylko jest możliwe, musi być usunięty z pod wpływu półświadomości, a oddany całkowicie, że tak rzec, pod wyłączny zarząd samowiedzy. Mowa tedy przestaje dlań być czynnością automatyczną, a staje się funkcją w najdrobniejszych szczegółach świadomą, kierowaną wolą.

Mając na względzie towarzyszącą zazwyczaj wadzie omawianej i potęgowaniu się tejże sprzyjającą niedostateczną czynność (kompresyjność) klatki piersiowej—należy pacjenta pouczyć, jak się ma posługiwać odpowiednimi mięśniami, by niedokładność usunąć, a tem samem i osiągnąć należyty stopień ciśnienia wspomnianego wyżej słupa powietrza w klatce piersiowej, tak ważną w mechanizmie mówienia odgrywającą rolę.—Nadto często niezbędnem się okazuje zwiększenie pojemności klatki, czemu drogą odpowiedniego trenowania nieraz w zupełności zadość uczynić się udaje—tu też pilną należy zwracać uwagę na regulowanie aktu oddychania, *resp.* ilości powietrza niezbędnego dla funkcji mowy.

Nadto wypada tu jeszcze mieć na względzie pewne właściwości indywidualne, domagające się też odrębnego traktowania, do takich np. należy ten rodzaj jąkania, jaki w znacznej mierze zależnym się okazuje od nadmiernej szybkości w wypowiedaniu się; w przypadkach takich wypadnie „nadmówność“ taką miarkować, wyrabiając w chorym należyte „poczucie tempa“. W przypadkach silnego kurczu (spazmu) mięśniowego należy mieć na oku należyty rozdział nadmiaru energii nerwowej, dotąd jakoby nagromadzającej się w pewnej—właśnie spazmem dotkniętej grupie mięśniowej.—Jąkający się stopniowo—o ile zapanował nad swoim narządem mowy i baczy, by czynność tegoż była prawidłowa, — przestaje się jąkać — wadliwa czynność automotyczna ustępuje miejsca mowie prawidłowej, opartej na świadomości, pomimo to jednak nierzadko się zdarza, że osobnik taki pod wpływem zapomnienia się, wzruszenia, nieuwagi i t. p. znów poczyną się jąkać—dlatego to właśnie jeszcze przez długi bardzo czas po ustąpieniu wady czuwać on nad sobą winien, t. j. dotąd, dopóki drogą świadomej czynności osiągnięta poprawa nie oddziała na funkcję wchodzących t w grę elementów nerwowych

tak, że świadoma owa *resp.* poprawna mowa stanie się jaka taka automatyczną.

Co do rokowania, to należy mieć na uwadze czas trwania wady—a pod tym względem jąkanie nie może stanowić wyjątku z powszechnie przyjętego pravidła, że im wada jaka więcej jest zakorzeniona, starsza, *resp.* dziedziczna, tem też i trudniej daje się usunąć. Znamienne rolę w rokowaniu odgrywa charakter i temperament chorego — im więc dany osobnik odznacza się większą wytrzymałością, im odporniejszym okazuje się w przejściach życiowych, im śmieiej drogę w życiu sobie toruje, tem wytrwalszym okaże się on i w przeprowadzeniu swojego leczenia i tem samem większe ma widoki pozbycia się omawianej wady. Odwrotnie, poprawa bywa o wiele trudniejsza u osobników charakteru słabego.—Leczenie wymaga tu o wiele dłuższego czasu, ciągłej zachęty oraz podkrzepiania woli. Wpływy, ujemnie na ustrój oddziaływające—jakie przeciążenie pracą, nadmierna praca umysłowa, ciężkie warunki życiowe i t. p., rokowanie pogarszają.

Leczenie wady powinno być przedsięwzięte niezwłocznie, t. j. z chwilą spostrzeżenia pierwszych jej oznak—a więc winno być niejako zapobiegawcze. Wada w takich razach daje się zazwyczaj usunąć łatwo, a tem samem oszczędza leczonemu wielu cierpień, przykrości i zawodów życiowych w wieku późniejszym. Rozumie się samo przez się, że leczenie osobników młodszych, zwłaszcza dzieci według podanego wyżej planu winno być dostosowane do wieku oraz rozwoju umysłowego osobnika.

Wogóle, zdaniem autora—jąkanie się w większości przypadków daje się usunąć, a niemal we wszystkich znacznie poprawić.

(Medical Record Nr. 1858.—1906 r.)

F. Gr.

— Dr E. V. SEGURA. O polipach słuzowych jamy noso-gardzielowej i ich siedlisku w zatoce szczękowej.

Autor zbija rozpowszechnione bardzo zdanie, że polipy noso-gardzielowe biorą swój początek w sąsiedztwie tylnych wylotów nosowych albo też tylnych odcinków muszel. Dzięki mozolnym badaniom i po długich usiłowaniach doszedł autor do wniosku, że rzeczywiste źródła i prawdziwy punkt przyczepu polipów słuzowych znajduje się w zatoce szczękowej. Ta

okoliczność też tłumaczy niemożność odnalezienia miejsca przyczepu polipa po jego usunięciu. Badanie anatomo-patologiczne polipów ustaliło, że są to twory natury zapalnej, a nie śluzaki, ponieważ nie zawierają mucyny.

Ogólnie przypuszczają, że polipy nosogardzielowe bywają w liczbie pojedynczej; na poparcie tego twierdzenia zwolennicy jego przytaczają fakty częstego braku nawrotów. Dzieje się to podług autora prawdopodobnie wskutek małej średnicy *ostium maxillare*, nie przepuszczającego nowotworu do jam nosowych; przy operacjach, dokonywanych przez autora *per fossam caninam*, zatoka szczękowa często bywała zapełniona większą lub mniejszą liczbą tworów polipowatych. Naturalnie, odpowiednio do zmiany poglądów na miejsce pochodzenia polipów i przyczepu szypuły, zmodyfikowana być powinna i technika operacyjna. Jeżeli nowotwór posiada odnogi w przednich częściach jam nosowych, to należy je usunąć za pomocą zimnej pętli, a wtedy przewód średni stanie się dostępniejszym dla dalszych manipulacji. Następnie za pomocą haczyka LANGE'go przenikamy wgląd przewodu, starając się dotrzeć do szypuły i zaczepić o nią; wtedy, wykonywając haczykiem szereg ruchów wirowych w kierunku z góry na dół i *vice versa*, zrywamy szypułę, a polip siłą własnego ciężaru spada do jamy ustnej. Niekiedy, gdy polip jest małych rozmiarów, szypuła opiera się trakeji, i cały polip

zostaje wciągnięty do przedniej części jamy nosowej; ułatwia to po części zadanie operującego: chwytą się natenczas polip za pomocą pincety tępej i kończy się ekstrakcją, albo też zazwyczaj operujący ucieka się do pomocy zimnej pętli.

Oto cały rękoczyn; nawet gdy podejrzewamy obecność dużej liczby polipów w zatoce, musimy się zadowolić tą operacją. Dopiero, gdy spostrzeżemy nawroty cierpień, albo, gdy wystąpią objawy natury ogólnej, jakoto częste bóle głowy, uczucie naprężenia na wysokości kości policzkowej, wtedy autor pozwala na poważniejszą interwencję, mianowicie *per fossam caninam*. O ile po operacji *per vias naturales* chory nie wymaga żadnego szczególnego leczenia, o tyle po operacji *per fossam caninam* pacjent wymaga pewnego zachodu; w zatoce po dokonanej operacji należy pozostawić wążki pasek gazy, którego jeden koniec musi przechodzić przez *ostium maxillare*. Pasek ten usunąć możemy przez nos po upływie 24—48 godzin. Na zakończenie autor przytacza 6 operowanych przez siebie przypadków polipów śluzowych, z których 3 z powodu nawrotów operował *per fossam caninam*.

(Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1906 Nr 50).

Leon Spielrein.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA

FELIKS MALINOWSKI.

Tryper (rzeźączka) ostry i chroniczny u mężczyzn i kobiet. Warszawa, 1906 r.

Od czasu, kiedy Krówczyński wydał swe „Leczenie trypra ostrego i przewlekłego“ (które to wydawnictwo, rawiasem mówiąc, od lat kilkunastu jest wyczerpane), nie mieliśmy w Królestwie ani jednego podręcznika, traktującego o rzeźączce. Nie bacząc na liczny zastęp

lekarzy, poświęcających się wenerologii, nie bacząc na specjalny szpital, rozporządzający bogatym i obfitującym w najrozmaitsze przypadki materiałem, nie znalazł się człowiek, któryby ciężkie zadanie, jakim jest niewątpliwie napisanie podręcznika naukowego, zechciał wziąć na swe barki.

Nie tu jest miejsce na roztrząsanie, ile w tem winy naszej, a ile okoliczności zewnętrznych, od nas niezależnych, wśród których na pierwszym miejscu należy postawić brak swojskiej uczelni wyższej, stanowiącej ognisko, ze-

środkowujące wszystkie lepsze siły naukowe— a przede wszystkim rozbudzające szlachetną ambicję— faktem jest, że praca kol. MALINOWSKIEGO wypełniła dotkliwą lukę w naszym piśmiennictwie lekarskim, gdyż całe pokolenie lekarzy wiadomości swoje czerpało z podręczników cudzoziemskich, oryginalnych lub tłomaczonych.

We wstępie znajdujemy rozdział o znaczeniu społecznem trypra, co dowodzi szerokiego poglądu autora na swoją pracę, krótki rys historyczny i wreszcie rozdział, poświęcony wszechstronnemu i drobiazgowemu opisowi dwinki NEISSER'a. W rozdziale tym uwydatnił kol. M. najnowsze zdobycze wiedzy w tej dziedzinie, czego wyrazem może być np. przytoczenie nauki o gonotoksynach. Po szczegółowym opisie budowy cewki męskiej przechodzi autor do opisu ostrej rzeżączki cewki

przedniej i tylnej, stając w wyborze metod i leków na nowoczesnem stanowisku. Zalety te uwydatniają się jeszcze jaskrawiej w rozdziale, traktującym o leczeniu rzeżączki przewlekłej, w którym dość szczegółowo podaje autor wszystko, co się tyczy endoskopii, i szeroko uwzględnia leczenie mechaniczne za pomocą „rozszerzadeł oplukujących“, leczenie elektrolizą, temperaturą i t. d. Bardzo dużo miejsca poświęca autor powikłaniom rzeżączkowym, poczynawszy od zapalenia żołądki, kończąc na rzeżączkowych przerzutach. Rzeżączka kobieca też dość dokładnie jest opracowana.

Liczne rysunki ozdabiają książkę, wprost wytwornie wydaną. Rażą jedynie niektóre drobne usterki językowe — jak np. „odnosić na karb“ i niefortunne spolszczanie terminów łacińskich—w rodzaju „pseudoabscesów“ lub „balanitów“.

Wiadomości bieżące.

— Petersburskie Oto - laryngologiczne Towarzystwo powzięło inicjatywę zwołania 1-o w Rosyi zjazdu specjalistów w chorobach uszów, krtani i nosa. Zjazd ma się odbyć w końcu grudnia 1908 roku.

— „Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy P. zawiadamia kolegów, jadących na Zjazd do Lwowa, że przed samym Zjazdem pewna liczba członków Stowarzyszenia zwiedzi Piaskową Skalę i Ojców, skąd koźmi pojedzie do Krakowa (17 kilometrów). Wyjazd z Warszawy 18 lipca na noc kuryerem. Życzący wziąć udział w wycieczce zechcą zapisać się w biurze Stowarzyszenia Lekarzy P.—Wierzbowa 9.

— Składki na pomnik M. NENCKIEGO (spis 3).

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich oraz komitet pomnika podają do wiadomości, że na pomnik M. Nenckiego wpłynęły w dalszym ciągu, a to od 3 do 15 czerwca b. r. następujące datki: od Dyrekcyi Banku zaliczkowego (Lwów) 100 kor.; na listę

p. mag. farm. Leona Różyckiego (Warszawa) p. L. Różycki 50 k., p. Wanda Różycka 12.50, razem 62 k. 50 gr.; od p. prof. dr lgn. Baranowskiego (Warszawa) 50 k.; od p. dra Józefa Berlinerblaua (Warszawa) 32 k. 31 gr.; na listę p. dr fil. Maks. Reichera (Sosnowice): p. M. Reichera 20 k., p. dr fil. M. Wołkowiec 2 rb., p. A. Wołkowiec 2 k. 50 gr., p. dr fil. B. Zdanowski 1 rb., p. dr. fil. A. Likiernik 10 k., p. Z. Toeplitz 4 rb. 50 kop., razem 51 koron 50 gr.; na listę 1 (dodatkowo): p. dr. W. Mazurkiewicz (Lwów) 5 k., p. sł. med. Fr. Czubalski 1 k., p. sł. fil. S. Stein 1 k., razem 7 kor.; od p. dr. Miecz. Soltysika (Lwów) 10 k., od p. dr Fr. Chłapowskiego (Poznań) 20 k.—Na listę p. dr M. Lebensbauma (Warszawa): Dr M. Lebensbaum 3 rb., p. dr Maks. Flaum 3 rb., razem 6 rb.; od Tow. lekarskiego w Krakowie 50 k.; od c. k. galicyjskiego Tow. gospodarskiego 100 k.

Składki przyjmuje dalej sekretarz W. g. Zjazdu, a skarbnik komitetu pomnika, docent. dr Adam Szulislowski (Lwów, Jagiellońska 8).

ZMARLI. W dniu 3 b. m. zmarł w 73 roku życia ś. p. profesor dr Henryk HOYER, Sekretarz stały Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Obszerniejszy życiorys pełnego zasług dla prawdziwej nauki męża podamy w jednym z następnych numerów naszego czasopisma.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG, Koniuszennaja 19/8.
Telefon № 233-81.

LONDYN
(Anglia).

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

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

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

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

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie literaturę ze swej specyalności i cenniki.

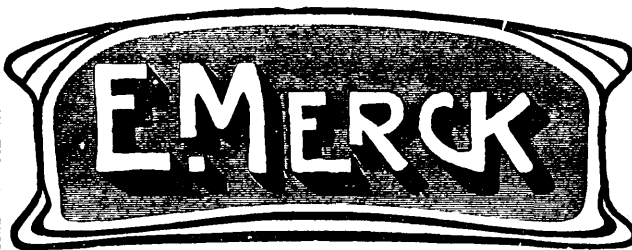
Glycosal

Tropacocain

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 H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwniepalny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrin

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

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

RP. Olinia 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

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

Bromiplin 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. bromipliny 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. Działanie w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodiplin 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. Jodipliny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodiplin 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. Jodipliny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzęsawiczny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

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

Veronal

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

Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

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

Tannoform

Środek ściągający, przeciwniepalny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym 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.**



Opatentowany

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

Niezawodny.

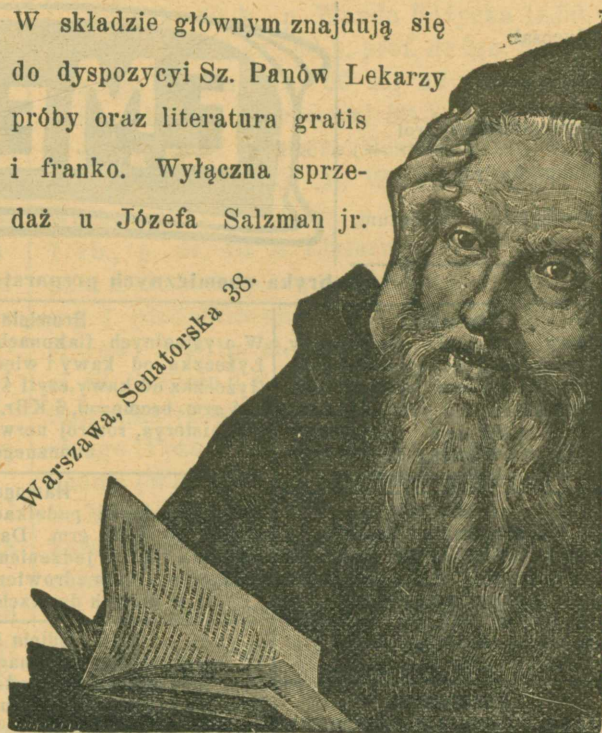
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wornicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“ stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

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

Dnia 14 marca 1904 roku.

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

Warszawa, Senatorska 38.



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

D-r Antonio Maggiorani

Xeroform

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

Collargol

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

Creosotal

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

Novargan

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

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Drezno;

lub przedstawiciel na Królestwo Ludwik Freider, Warszawa.

Sezon kuracyjny letni W Instytucie Wód Mineralnych w Ogrodzie Saskim.

Wejście przez Ogród Saski lub przez Kantor Graniczna 14.

Telefon № 422.

Codziennie od godz. 6-ej do 10-ej zrana wydawane są:

Wody mineralne sztuczne w źródłowych temperaturach.

Wody naturalne świeżego czerpania, doprowadzone do odpowiedniej temperatury.

Serwatka lecznicza na sposób tyrolski przygotowana.

Cienisty ogród, obszerna kolumnada, służąca do przechadzki w czasie niepogody, koncerty poranne.

Kąpiele mineralne: Cieplickie, Ciechocińskie, Kissingeńskie, Soleckie, Tenczyńskie, Buskie, Wiesbadeńskie z kwasem węglanym i inne wydaje się w Zakładzie Kąpielowym przy Instytucie i do domów.

Zamówienia z prowincyi załatwia się szybko i akuralnie.

UWAGA: Zakład od Kuracyuszów żadnego wpisowego nie pobiera.

D-r Józef Liebeskind

ordynuje jak w roku ubiegłym w MARIENBADZIE

„Haus Kronprinz“.

D-r J. KOŁĄCZKOWSKI

ordynuje od 27 lat stale w Szczawnicy i prowadzi wodolecznictwo z pensjonatem. Oddzielny park 20 morg dla pensjonariuszy. Urządzenia nowoczesne. Ceny przystępne. Zarząd.

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA**
Własność państwowa francuska*Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisuje użyć Wód.***VICHY CÉLESTINS**Naboleć kołdka,
pochłona,

dolegliwości wkrzysach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Naboleć wątroby i organów sółt wydziałajacych.

VICHY HOPITALNaboleć kołdka i
kiazekWytworzy ze soli naturalnej oczyszczonej
z wód.**PASTILLES VICHY-ÉTAT**

Mozolac trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydajace wyjednej chwili wodę
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.**D-ra B. Löwensteina****FOSMOZA**

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.

Podagrę, Kamienie nerkowe i Reumatyzm
leczą skutecznie**Sole Musujące Lityny**
Le Perdriel

[Sels de Lithine Effervescent Le Perdriel].

Dzięki działaniu leczniczemu na
diatezę artrytyczną przewyższają
wszelkie inne środki rozpuszczają
ce kwas moczowy. Kwas węglany
wydzielający się z Lityny *in statu*
nascendi zapewnia jej działanie.Korek-miarka odpowiada 15 cen-
tigr. *Soli czynnej.*Zwracać uwagę i żądać firmy Le Perdriel
w celu uniknięcia bezskutecznych nie-
czystych i źle dozowanych podrabiań.

Le PERDRIEL, 11 Rue Milton, PARIS.

i we wszystkich aptekach.

**BAUME BENGUÉ****WYLECZENIE ZUPEŁNE****PODAGRY**
REUMATYZMU
NEWRALGII

Dr. BENGUE, Właściciel Apteki

47, Rue Blanche, w Paryżu

CENA: 1 r. 20 k.

Skład główny: Józef Salzman jr.,
Warszawa, Senatońska 38.**ARHOVIN****D-ra Horowitz'a**Doskonały preparat do wewnętrznego
i zewnętrznego leczenia**Rzeżączki****PROPHYLAKTICUM** przeciw rzeżączko-
wemu zapaleniu stawów. Do użytku wewnątrz.**Capsul Arhovini** po 0,25, po 1 do 2 kaps., 3 do
6 razy dziennie. Do użytku zewnątrz. **Arhovini 1,0—**
5,0 ol. oliv 100,0 do iniekcji i tamponów, a także w po-
staci **bacilli** i **globulae** Arhovin jest do nabycia we
wszystkich aptekach w kapsułkach po 30 i 50 szt. a tak-
że jako płyn oryginalny.**PYRENOL****D-ra Horowitz'a**Specificum przeciw Pertussis, Asthma
bronchial i Influenza.Środek wybitny Antireumatyczny, wpły-
wający na zmniejszenie gorączki i rozpuszcze-
nie śluzu.Sposób użycia: od 0,1—0,5 dla dzieci, od 0,5—1,
dla dorosłych, 3 do 4 razy dziennie z mlekiem lub wodą
w proszkach, tabletkach, jako mikstura z **Sir.Rubi Idaci**
lub **Aq. Menthae**. Do nabycia w aptekach.—Literaturę
o preparatach naszych wysyłają na żądanie.**E. Koch i W. Borman, Chmielna 18, Warszawa.****Goedecke i S-ka, Fabr. Chem. w Lip**