

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Warunki przedpłaty:

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce: na okładce kop. 10, na papierze koło rowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya Medycyny. — Biuro ogłoszeń Ungra, Wierzbowa 8. — Dom Handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie-Przedmieście 53. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. — W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna № 6.

Adres Redaktora: Krak. - Przedm. № 7.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły, załatwić można codziennie u Wydawcy od 9—10 rano

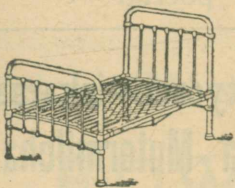
OGŁOSZENIA.

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-KA

W WARSZAWIE

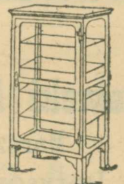
Fabryka ul. Ciepła Nr. 12.



Łóżko szpitalne

Magazyny

WARSZAWA, ul. Grzybowska Nr. 19.
PETERSBURG, ul. Morska Nr. 15.
MOSKWA, ul. Wielka Łubinka, d. Tow.
Ubezp. „Rosja“.



Szafa żelazna oszklona do instrumentów chirurgicznych.

poleca PRZEDMIOTY DO NOWOCZESNYCH URZĄDZEŃ SZPITALI, SAL OPERACYJNYCH ORAZ GABINETÓW LEKARSKICH. a mianowicie:

Łóżka żelazne z materacami metalowymi różnych typów, szafki nocne, stoły chirurgiczne i ginekologiczne, taborety stałe i wykręcane, szafy oszklone hermetycznie i stoliki do narzędzi chirurgicznych, fotele do operacji ocznych i usznych, irygatory, podstawy i umywalnie pedałowe z flaszkami do płynów, nosze ręczne i na kółkach, lektyki do przewożenia chorych z miasta do szpitala, fotele na kółkach dla chorych i t. p.

wszystkie przedmioty pod względem wykończenia nie ustępują wyrobom zagranicznym.

Wielki wybór powyższych przedmiotów posiadamy na składzie Grzybowska 19.

Ceny niskie—Katalogi ilustrowane gratis franco na żądanie.

Instytut szczepienia ospy

D-ra STĘPNIEWSKIEGO

Warszawa, Złota Nr. 28. Telefonu 3765.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Gillard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 3,000,000 franków. Biuro centralne St. Fons, Lyon.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY

Produkty farmaceutyczne



do USYPIANIA i znieczulania miejscowego.

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy
Salol, Salicylaty: sodu, metylu, amylu. Pyrazolina, Metylen-Blau med. Rezorecyna med. Hydrochinon, Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

Sprzedaż w rurkach szklanych i metalowych, i w rurkach z przedziatką. (Liter. na żądanie gratis i franco)

RONCEGNO

Naturalne źródło arseno-żelaziste.

Znane i używane do kuracji od 1856.

Stosowane z najlepszym wynikiem i stale przez cały rok i do kuracji domowej we wszystkich krajach, zalecane przez liczne powagi lekarskie przy niedokrewności, blednicy, chorobach krwi, malarji z jej następstwami, w chorobach skóry, nerwów i kobiecych, chorobie Basedow'a etc.

☞ Dostać można we wszystkich aptekach. ☞

BAD RONCEGNO (stac. kolei Valsugana) 535 M. n p. m.

Kąpiele mineralne i inne najnowsze urządzenia kąpielowe Grand Hotel des Bains, pierwszorzędny, 200 pokoi i salonów, wszelki komfort. Duży cieniasty park. Aromatyczne powietrze, wolne od pyłu. Muzyka kąpielowa. Wszystkie sporty letnie

Temperatura w lecie przeciętnie 18—22°

☞ Sezon kąpielowy od 20 maja do 15 paźdź. ☞

Prospekty przez dyrektora kąpielową RONCEGNO, Tyrol południowy.

D-r Michał Przyrembel
choroby chirurgiczne, praktykuje przez sezon w Ciechocinku.

Dr- Franciszek DOBIJA
MARIENBAD „Weisser Schwan”

Warszawski Zakład Ginekologiczny
Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, 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 t. d.

D-r Leon Kopff
ordynuje w **KRYNICY**
jak dawniej.

Dr. Med. J. Maciejewski
ordynuje od 1-go Maja do Października
W KISSINGEN
„VILLA ELSA”.

D-R FRANCISZEK CHŁAPOWSKI
ordynuje jak w zeszłych latach
i w tym sezonie w **KISSINGEN**
(Bawarya)
PRINZREGENTENSTRASSE 1.

Apiol D-rów JORET i HOMOLLE

reguluje najlepiej menstruację. Doza od 2—4 kapsulek—0,20 dziennie leczy:

Amenorrhoe (zatrzymanie się miesiączki).
Dysmenorrhoe (bolesne miesiączkowanie).
Ménorrhagie (zbyt obfitą miesiączkę).

Dla uniknięcia niepomysłnych skutków zapisywać:

„Apiol D-rów Joret i Homolle”.

Próby wysyłają się P. P. lekarzom bezpłatnie.

WIELKI WYBOR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko

Pracownia analityczno-lekarska
D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

W Szczawnicy—Willa „Alma”

ordynuje w sezonie letnim.

D-r Edward Żuliński

zimą ordynujący w **MERANIE**.

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatorium codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

CACODYLAT SODY CLIN

ZWIĄZEK ORGANICZNY ARSZENIKU.

KROPLE CLIN

ZAWIERAJĄCE CACODYLAT SODY.

W 5 kroplach zawiera się 0,01 cacodylatu sody.

PIGUŁKI CLIN

ZAWIERAJĄCE CACODYLAT SODY.

W każdej pigułce znajduje się 0,01 cacodylatu sody.

RURKI STERYLIZOWANE CLIN

zawierające *cacodylat sody* dla *wstrzykiwań podskórnych*, w dwojaki sposób zażywanych:
0,05—0,10 na 1 centm. kub. rozezynu.

SPOSÓB PRZYJMOWANIA: CACODYLAT SODY bierze się po 0,05—0,10 centigr. na dobę.

ZASTOSOWANIE: Niedokrwistość, malarya, choroby gruczołów limfatycznych, choroba cukrowa, choroby skórne, blednica.

CLIN & COMAR, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

927

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych
oraz Fabryka Pastylek egzystująca od 1855 r.

EDWARDA TREUTLERA

w Warszawie, Nowy-Świat Nr. 60.

p o l e c a

Tabulettae Extr. Casear. sagr. fl. a 1,0
" Colae a 0,3
" Ferratini a 0,5
" Haematogeni a 0,5
" Haemoglobini a 0,3
" Haemogalloli a 0,25

Tabulettae Haemoli a 0,25
" Nitroglycerini a $\frac{1}{100}$ grm.
" Ovarini a 0,3 i 0,5
" Saccharini a 0,06
" Stypticini a 0,05
" Thyreoidini a 0,06-0,1 i 0,50

Tabulettae Chinosoli a 1,0, Hydrarg. corrosiv. a 0,5 i 1,0. Johimbini hydr. Spiegel a 0,005. Extr. Casear. Sagr. sicc. a 0,5
Obduc. cacao Extr. Hydrast. Canad. sicc. a 0,25 Obduc. cacao Ferratini 0,1c. Fowleri Sol Gtt. i Obduc. cacao.

Salit

(Ester bornylosalicowy). Działa skutecznie jako środek zewnętrzny szczególnie przy bólach reumatycznych i neuralgicznych, występujących po zaziębieniu, przy gościecu stawowym, reumatyzmie mięśniowym i nerwobólu kulszowym. Mięszanina równych ilości salitu i oliwy wciera się 1 lub 2 razy dziennie w ilości 1—2 łyżeczek od kawy w skórę miejsc chorobowo zmienionych. — Salit jest bardzo tani.

Collargol

Przy sprawach septycznych (posocznica, gorączka płożowa— i jako prophylactum przy porodach—, endokarditis, wąglika etc) w roztworze do wstrzykiwań w żyły lub w odbytnicę, jako „Unguentum Credé” do weterań.—Do leczenia ran w postaci tabletek i. t. p

Acoïn

Doskonały miejscowo znieczulający środek dla chirurgów, okulistów i dentystów. Pięć razy tańszy od kokainy, przytem działa silniej i znacznie dłużej jak kokaina i jest wolny od trującego działania kokainy.

Próby i literaturę dostarcza Chemiczna Faryka von Heyden, Radebeul-Drezno lub przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

W reumatyzmie

dnie, podagrze

ischias, lumbago

porażeniach

najlepiej kąpać się w kąpielach z dodatkiem

Soli borowinowej MATTONI'EGO

czas trwania kąpeli, ciepłotę i ilość dodatku

oznacza lekarz

ZDUMIEWAJĄCE WYNIKI już po kilku kąpielach

Sól Borowinową Mattoni'ego można dostać we wszystkich aptekach, składach aptecznych i handlach wodami mineralnymi.

Prywatny Zakład Ginekologiczny
O-ra Czesława Stankiewicza
Warszawa, Złota 3.

Urządzenia ściśle aseptyczne. Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny — Pracownia chemiczno-drobnowidzowa. Wylęgarka (couveuse). Pokoje wykwinie meblowane. Winda hydrauliczna Otis. — Przyjmowane są: chore ginekologiczne, (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacji) oraz ciężarne. Nazwisko pacjentki, na mocy ustawy zakładu może pozostać w zupełnej tajemnicy. — **Opieka lekarska:** właściciel zakładu mieszkający przy zakładzie i lekarze asystenci. Na miejscu stała akuszerka i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka. — Cena pobytu z leczeniem od 2 rubli dziennie. Za operacje i porody opłata stosownie do umowy. Poród i 10 dni pobytu na sali wspólnej (2 łóżka) Rb. 40. Dla osób niezdolnych poleconych przez Szanownych kolegów, ustępstwa do 50%.

Poliklinika. Informacje na miejscu i listownie. **TELEFONU NR. 1846**

Sirolin
„Roche“

Przyjemnego zapachu i smaku — syrop, idealna forma leczenia krezotem.

Protylin
„Roche“

trwały preparat fosforanu białka. Skuteczniejszy od dotychczasowych organicznych i nieorganicznych preparatów fosforu i kwasu fosforowego.

ulfosot-
syrop
Roche“

Pozbawiony właściwości trujących krezotów w postaci syropu, odpowiedni w praktyce u błędnych i w kaszlu.

Thiocol „Roche“

jest pochodnią, guajakolu zajmuje pierwsze miejsce w terapii krezotowej; działanie przeciwgruźlicze zostało doświadczalnie stwierdzone w pracowni prof. Tavela w Bernie, zaś tysiączne spostrzeżenia kliniczne potwierdzają leczniczą wartość preparatu.

Wyższość: Thiocol posiada tę wyższość nad innymi preparatami krezotów resp. guajakolu, że rozpuszcza się całkowicie w wodzie, jest absolutnie bezwonny, nie drażni zupełnie błon śluzowych i wysysa się znakomicie.

Wskazania: Gruźlica płuc i krtani, przeważnie w okresie początkowym przewlekłej bronchitis chirurg. gruźlica (kości, gruczołów etc.) Na szczególną uwagę zasługuje stosowanie Thiocolu jako środka przeciw rozwolnieniu, przeważnie w przewlekłych biegunkach.

Sposób użycia: w dawkach po 2—3 gr. pro die, w proszkach po 0,5 lub w roztworach wodnych z syropem, smak poprawiającym. Szczególniej poleca się tabletki Thiocolu po 0,5. Przy biegunkach 3 razy dziennie 0,5, najlepiej pod postacią tabletek.

Jedyni fabrykanci: F. Hoffmann-La Roche et C-ie.

Fabryka chemiczno-farmaceutycznych produktów.
 Bazylea (Szwajcaria), Grenzach (Baden).

Sirol
„Roche“

najlepszy, bezwonnypreparat zastępujący jodoform.

Asterol
„Roche“

Preparat Hg, rozpuszczalny w wodzie nie ścina białka, nie drażni nie niszczy narządów

Thigenol
„Roche“

Syntetyczny preparat siarki z 100% org. związ. siarki. Bezwonny preparat i zastępuje Icthyol.

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

T. XXXII.

Jeżeli trawimy w roztworze bardzo stężonym, t. j. zawierającym dużo białka w stosunku do kwasu i pepsyny, to otrzymamy wiel-

ką ilość paranukleiny 12—16% z zawartością fosforu 0,6—1%.

Jeżeli zaś trawienie odbywa się w roztworze, zawierającym mało białka, a dużo kwasu i pepsyny, albo jeżeli trawienie trwa bardzo długo, to paranukleina wydziela się w ilości nieznacznej 4—8%, a zawartość fosforu dochodzi do 6%.

Powyższe wyniki świadczyłyby, że w paranukleinie jest jądro, obfitujące w fosfor, i zależnie od długości trawienia, a szczególnie od jego mocy (rozcieńczenie, dużo zacieru) jądro to coraz więcej traci białka i staje się coraz obfitsze w fosfor.

Chcieliśmy podobne doświadczenia przeprowadzić w celu zbadania, czy siarka zachowuje się tak samo; czy paranukleina, tracąc z czasem białko przez trawienie i stając się coraz mniejszą cząstką całego sernika, traci jednocześnie siarkę, czy też skupia ją na sobie? Czy jądro paranukleiny więcej obfituje w siarkę, niż cały sernik i t. p.

W tym celu trawiliśmy różne ilości sernika, którego zawartość siarki dokładnie nam była

znana, w coraz innych warunkach i badaliśmy ilości siarki w roztworze kazeozy i w paranukleinie.

Paranukleinę zbieraliśmy na ważone sączki i przemywaliśmy stałą ilością (200 ctm.) kwasu solnego, poczem suszyliśmy i po zważeniu spalaliśmy w tyglu srebrnym sposobem LIEBIG'a.

Przed rozpoczęciem trawienia ważyliśmy kolby, zawierające sernik, pepsynę i kwas solny, a po skończonem trawieniu dolewaliśmy wody, aby doprowadzić do początkowej wagi.

Próby dla oznaczenia azotu i siarki braliśmy z roztworu kazeozy po całkowitem odsączeniu t. j. z płynu jednolitego.

Azot oznaczaliśmy sposobem KJELDAHL'a w $\frac{1}{10}$ części pierwotnego sernika, siarkę w $\frac{1}{4}$ części, t. j. braliśmy 50—200 ctm. sz. zależnie od tego, czy cały płyn stanowił 200 czy 1000 ctm. sz.

Sernik przyrządzaliśmy sami metodą HAMARSTEN'a z mleka krowiego albo kupowaliśmy od E. MERCK'a (*Caseinum purissimum*).

I szereg doświadczeń.

Sześć kolb, zawierających 95 ctm. sz. roztworu sernika w kwasie solnym (0,3%) i 5 ctm. sz. 10% pepsyny, trzymaliśmy w temp. 37—40°. Ilość azotu i siarki w roztworze: 0,294 N. 0,00634 gr. S.

Po 5 dniach	a)	0,3705 gr. Paranukleiny	0,00133 gr. S
		Odsącz	0,00590 gr. S
		"	0,147 gr. N
	b)	0,4819 gr. Paranukleiny	0,00272 gr. S
		Odsącz	0,00582 gr. S
		"	0,140 gr. N
Po 10 dniach	a)	0,2997 gr. Paranukleiny	0,00120
		Odsącz	0,00676 gr. S
		"	0,252 gr. N
	b)	0,3248 gr. Paranukleiny	0,00123
		Odsącz	0,00804 gr. S
		"	0,242 gr. N
Po 40 dniach	a)	0,3044 gr. Paranukleiny	0,00127 gr. S
		Odsącz	0,00586 gr. S
		"	0,256 gr. N
	b)	0,3443 gr. Paranukleiny	0,00166 gr. S
			0,245 gr. N

Mimo niewielkich ilości sernika, a tem samem i siarki, widzimy, że paranukleina ma mniej więcej tę samą zawartość bez względu na długość trawienia. Procent siarki waha się między 0,36% a 0,41%. Wprawdzie paranukleina po 40 dniach zawiera 0,41—0,48%, a po 10 dniach tylko 0,39—0,40%, ale wahania te są zbyt małe. Natomiast widać, że stosunkowo znacznie słabiej wzrasta zawartość odsączu w siarkę, niż w azot, i, jeżeli porównamy stosunek azotu do siarki w serniku, a potem w odsączu, to przekonamy się, że stosunek ten wzrasta w ciągu trawienia. N i S po 5 dniach 26, po 10 dniach 37, po 40 dniach 47.

II szereg doświadczeń.

Wszystkie próby wystawione były możliwie długo na działanie pepsyny w celu określenia wpływu rozcieńczenia i ilości enzymu.

1) 350 ctm. sz. bardzo rozcieńczonego roztworu sernika trawiono dotąd, dopóki objętość płynu nie zmniejszyła się do 220 ctm.

a) 0,1592 gr. paranukl. 0,00085 gr. S — 0,53% S

b) 0,1559 gr. „ 0,00097 gr. S — 0,62% S

Odsącz zawierał 0,00466 gr. siarki

2) 160 ctm. sz. rozcieńczonego sernika, mało pepsyny

Paranukleiny 0,045 gr. 0,0002 gr. siarki

Odsącz 0,008112 gr. S. 0,2672 gr. N

N : S = 32

3) 400 ctm. sz. bardzo rozcieńczonego roztworu sernika, dużo pepsyny — paranukleiny ślad.

Odsącz 0,00178% S — 0,00714 gr.

0,04235% N — 0,1694 gr. N

N : S = 23

4) 640 ctm. sz. bardzo rozcieńczonego sernika, mało pepsyny. Paranukleina waży 0,0034 gr.

Odsącz zawiera 0,063% N — 0,4232 gr.

0,001985 S — 0,0127 gr.

N : S = 33

Stosunek azotu do siarki w odsączu wahał się w dosyć ścisłych granicach.

III szereg doświadczeń.

Sernik, użyty do tych prób, poddany był bardzo długiemu oczyszczaniu, przyczem zawartość siarki zmalała. N : S = 127.

Do trawienia użyto 95 ctm. sz. roztworu sernika w kwasie solnym i 5 ctm. sz. 20% pepsyny.

Zawartość azotu wynosiła 0,366 gr.

siarki „ 0,002884

a) Po 20 godzinach 0,4285 gr. paranukleiny

odsącz 0,00244 gr. S

0,315 gr. N N : S = 129

Obliczona ilość siarki w paranukleinie 0,00044

b) Po 70 godzinach 0,2746 gr. paranukleiny

odsącz 0,00210 gr. S

0,3325 gr. N N : S = 158

Obliczona ilość siarki w paranukleinie 0,00078

c) Po 160 godzinach 0,2160 gr. paranukleiny

odsącz 0,00126 gr. S

0,354 gr. N : S = 201

Obliczona ilość siarki w paranukleinie 0,00112

Z doświadczenia tego wynika, że w miarę postępowania trawienia znika siarka z odsączu i wskutek tego stosunek azotu do siarki staje się coraz większy. Doświadczenie poprzednie nauczyło nas, że nawet przy najbardziej rozcieńczonych roztworach i przy silnem trawieniu paranukleina nie zawiera wiele więcej siarki, niż sernik, zatem o skupianiu siarki w paranukleinie nie może być mowy, raczej musimy przypuszczać, że siarka uchodzi w powietrze.

IV szereg doświadczeń.

Do tych prób użyliśmy czystego sernika od E. Merck'a, w którym oznaczyliśmy azot i siarkę. Do każdego doświadczenia użyto 4 gr. sernika, który zamieszano w 150 ctm. sz. kwasu solnego 0,5% pepsyny. Trawienie przerwano w pierwszych próbach zaraz po wydzieleniu się paranukleiny. Inne próby trzymano dłużej. Każde doświadczenie robiono podwójnie. Odparowaną przy trawieniu wodę dopełniano wodą destylowaną do pierwotnej ilości (kolby ważono na wadze z czułością 0,01 gr.).

Cały azot 0,5484 gr. N : S = 26,4
Cała siarka 0,02096 gr.

- 1) Po 48 godzinach a) Paranukleina 0,4661 — 0,00247 S — 0,53%
b) „ 0,4783 — 0,00226 — 0,47
a) Odsącz 0,01654 gr. S — 0,4872 gr. N
b) „ 0,01620 gr. S — 0,4914 gr. N
N : S = 29,4; 30,2

Siarka odsączu i paranukl. 0,01901; 0,01854

- 2) Po tygodniu a) Paranukleina 0,3250 gr. — 0,00161 — 0,49%
b) „ 0,3215 gr. — 0,00155 — 0,48%
a) Odsącz 0,01318 gr. S — 0,5040 gr. N
b) „ 0,01376 gr. S — 0,5025 gr. N
N : S = 38,2; 36,5

Siarka odsączu i paranukl. 0,01479; 0,01531

- 3) Po 2 tygodniach a) Paranukleina 0,3119 — 0,00236 — 0,76% S
b) „ 0,3058 — 0,00155 — 0,506% S
a) Odsącz 0,01596 gr. S — 0,5062 gr. N
b) „ 0,01624 gr. S — 0,5145 gr. N
N : S = 31,6; 31,6

Siarka odsączu i paranukl. 0,01832; 0,01779

- 4) Po 3 tygodniach a) Paranukleina 0,2485 — 0,00147 — S 0,59%
b) „ 0,2596 — — —
a) Odsącz 0,01254 gr. S — 0,4935 gr. N
b) „ 0,01572 gr. S — 0,4977 gr. N
N : S = 39,3; 31,6

Siarka odsączu i paranukl. 0,01401

Z doświadczeń tych wynika znowu, że w ciągu trawienia siarka znika. Widać to nie tylko po stosunku azotu do siarki, który w miarę trawienia wzrasta, ale i z samej siarki, znalezionej w odsączu i w osadzie. Wreszcie zawartość siarki w paranukleinie prawie zmianom nie ulega mimo długotrwałego trawienia.

(D. n)

Z kliniki chirurgicznej prof. KUZNIECOWA.

TRZY PRZYPADKI ZESZYCIA RAN SERCA

i

Teorya zszywania ran serca

na spoprzeżeniach własnych oparta.

Napisał

JAN BORZYMOWSKI

Ordynat. klin. chirurg. przy szpit. św. Ducha w Warszawie.

Według odczytu wypowiedzianego na ostatnim zjeździe
chirurgów Polskich w Krakowie
i w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 28).

2) **Oplućna** Wiemy dobrze, że ludzie zuakomicie znoszą rany klute, drążące do oplućny, a nie mające stałej komunikacji z atmosferą zewnętrzną. W klinice chirurgicznej szpitala św. Ducha w Warszawie miewamy rocznie po kilkanaście albo i więcej ran kłutych, drążących do klatki piersiowej, a jednak w ciągu 6 lat nie widziałem ani razu po tych ranach ropniaka oplućny, jakkolwiek nieraz były one powikłane ranami płuc i olbrzymimi wylewami do oplućny. Jeżeli zaś powikłania wymagały zabiegów chirurgicznych, wówczas zdarzały się w następstwie ropniaki (*empyematy*).

Na tej zasadzie ropne zapalenia oplućny po zszywaniu ran serca powinniśmy złożyć, jeżeli nie w zupełności, to w dużym stopniu na karb interwencji chirurgicznej.

Wychodząc z tego punktu widzenia, przychodzimy do wniosku, że należy dążyć do zszywania serca po za granicami oplućny, t. j. po za oplućną zdobyć dostęp do serca i wyciąć płat ze ściany klatki piersiowej.

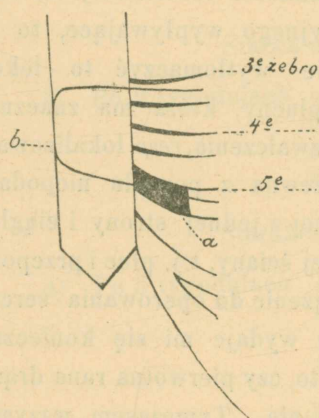
Być może, że warunek ten jest tylko czasowy, póki nie nauczymy się szyć oplućny, faktem jednak jest obecnie, że oplućny zaszyć dobrze nie umiemy, zapewne z powodu nadzwyczajnej jej cienkości i napięcia, i faktem jest również, że prawie zawsze po zeszyciu rany serca następuje ropne zapalenie oplućny, którego jednak prawie nigdy nie wywołuje rana kluta oplućny

sama przez się. Pouczający jest pod tym względem mój drugi przypadek (Kozubowicz), w którym przy operacji rozdarła się oplućna w dwóch miejscach, przy zewnętrznym końcu 5 lewej chrząstki żebrowej i przy odluszczeniu i rezekowaniu 4 chrząstki, w górnej części pola operacyjnego, i w tem ostatnim miejscu, niezwykle dla ropniaków oplućny, t. j. z przodu, w górnej części klatki piersiowej, pod lewym obojczykiem nastąpiło ograniczone zapalenie ropne, które wywołało konieczność rezekowania 3 lewego żebra z przodu.

Jeżeli w innych operacjach analogicznych, t. j. zakażonych *a priori*, w sąsiedztwie jam surowiczych mających miejsce, zachowujemy jaknajwiększą ostrożność, aby jam tych nie otworzyć, i staramy się bez sarkania pokonać wszelkie trudności techniczne, ze szczupłości pola operacyjnego wpływające, to naprawdę trudno sobie wytłomaczyć to lekceważenie względem oplućny, która ma znacznie gorsze warunki do zwalczania, *resp.* lokalizowania infekcji, niż otrzewna z powodu niepodatnej swej ściany kostnej z jednej strony i ciągłej ruchomości drugiej ściany, t. j. płuc i przepony. Z tych powodów dążenie do operowania serca poza jamą oplućny wydaje mi się koniecznem, bez względu na to, czy pierwotna rana drążyła przez oplućną, czy nie. Tymczasem wszystkie ogłoszone cięcia klatki piersiowej w celu dostania się do serca bynajmniej nie trzymają się ściśle granic oplućny, a raczej żadne w tym celu cięcie nigdy nie może trzymać się tych granic z powodu szczupłości miejsca, nie pokrytego oplućną, z przodu klatki piersiowej; miejsce to, obejmujące część chrząstek 4, 5 i 6 żebra lewego i przylegającą do tychże część mostka, zmniejsza się jeszcze przy wdechu i wogóle podlega znacznym wahaniom co do swoich granic; granicę np. przyczepu prawej oplućny widywałem przy lewym brzegu mostka, a nie na prawym, jak tego chcą wszystkie schematy książkowe. Część klatki piersiowej, nie pokryta oplućną, jest zbyt mała,

abyśmy mogli w jej normalnych granicach znaleźć dosyć miejsca do pozaopłucnowego dostępu do serca. Dlatego też należy granice te rozszerzyć przez odluszczenie opłucny, dostawszy się poprzednio do jamy klatki piersiowej (nie opłucny) przez miejsce, napewno nie pokryte opłucną.

W tym celu proponuję zrobić cięcie nasamprzód wzdłuż 5 lewej chrząstki i wyrezekować około 2 ctm. tejże tuż przy mostku, aby zdobyć sobie tyle miejsca, ile potrzeba dla wprowadzenia wskaziciela do jamy klatki piersiowej, nie pokrytej opłucną (patrz rys. XIII). Jakkolwiek według podręczników



Rysunek XIII.

anatomii 5 lewa chrząstka jest wolna od opłucny, jednakże rezekcję nawet powyżej określonej części tej chrząstki należy wykonywać ostrożnie, aby nie zranić w zewnętrznym kącie rany opłucny. Po wyrezekowaniu *lege artis* przylegającej do mostka 5 lewej chrząstki, w dnie rany pod chrząstką mamy twardą napiętą tkankę, w której skład wchodzi: ochrzęstna, *fascia endothoracica*, włókna mięśnia trójkątnego mostka i naczynia sutkowe z prawej strony, a ewentualnie bardzo blisko z lewej strony — opłucna. Zrobiwszy nie duży otwór w dnie rany nożem

w kierunku żebra, wprowadzamy weń wskaziciel i wchodzimy do luźnej tkanki preperikardyalnej, rozszerzając jednocześnie otwór palcem i w ten sposób na tępo odsuwając w prawo naczynia sutkowe i w lewo opłucną. Palec ma wówczas przed sobą osierdzie i może dokładnie zbadać stan jego napięcia i znaleźć w nim otwór, jeżeli rana pierwotna drażyła przez przestrzeń, niepokrytą opłucną.

W ten sposób pierwszy akt naszej operacji, rezekcja chrząstki 5 żebra, służy nam jednocześnie do celów rozpoznawczych, w zupełności nie narażając chorego; to znaczy, że w razie wątpliwych możemy z czystym sumieniem wykonać ten rękoczyn w celu rozpoznawczym i w razie nieznaalezienia ani otworu w osierdziu, ani krwi i skrzepów w niem zaszyć ranę, i chory nic na tem nie ucierpi, przeciwnie zaś, gdybyśmy w razie wątpliwym od razu rozpoczęli operację jakimkolwiek dotąd opisanem cięciem i *eo ipso* szeroko otworzyli opłucną, to nawet przy najlepszym zejściu, nie znalazłszy rany w sercu ciężkobyśmy obarczyli swoje sumienie, narażając w ten sposób chorego na śmiertelne niebezpieczeństwo.

Przekonawszy się o istnieniu rany serca, przystępujemy do drugiego aktu operacji, do odluszczenia opłucny od okolicy projektowanego płatu, aby w ten sposób z jednej strony mieć możliwość wykrojenia płatu, dającego dostateczny dostęp do serca, a z drugiej — zagwarantować sobie pozaopłucnową drogę do serca na całej przestrzeni płatu. Akt ten wymaga ogromnej ostrożności i bardzo delikatnego dotknięcia, ponieważ opłucna łatwo się rozrywa, o czym zaraz przekonywa nas syk wciąganego do opłucny powietrza, a raz rozerwana przy wszelkich próbach zaszywania rozrywa się jeszcze bardziej. Prawą opłucną odsuwamy wprawo, zachodząc nieco palcem wprawo za prawy brzeg mostka, a lewą na wysokości 3 i 4 żebra do góry i następnie w lewo na 3, 4 i 5 żebry; zaczynać najlepiej od naciskania na osierdzie w miejscach, powyżej

wymienionych; osierdzie wówczas odsuwa się w tył i pociągą za sobą opłucną, mocno do jego boków przyczepioną.

3) Płat skórno-mięśniowo-kostny.

Po odluszczeniu opłucny przystępujemy do trzeciego aktu operacji, wycięcia płata skórno-mięśniowo-kostnego. Aby dostęp do wszystkich okolic serca był dostateczny, w skład płata naszego powinny wchodzić chrząstki 3 i 4 żebra, bo chrząstka 5 już poprzednio została wyrezekowana, oraz odpowiadająca tym 3 chrząstkom część mostka, za którą oraz wlewo i wprawo od której ukrywa się przeważna część serca. Chcąc wyciąć płat, należy zachować w podstawie jego jaknajwiększą liczbę naczyń i nerwów, co, zdaje się, najlepiej nam może zapewnić cięcie na wzór proponowanego przez FONTAN'a; cięcie to zachowuje w płacie wszystkie lewe międzyżebrowe naczynia i nerwy (patrz rys. XIII). Chcąc wykroić płat w ten sposób, należy przedłużyć pierwsze cięcie skórne, zrobione wzdłuż 5 lewej chrząstki (do rezeceki tejże) do prawego brzegu mostka poprzecznie, półkolem skrócić w górę po prawym brzegu mostka do wysokości 3 żebra i znowu półkolem przejść poprzecznie przez mostek na lewo na 3 lewą chrząstkę, którą przecinamy stosownie do odluszczonej od tyłu opłucny (patrz rys. XIII). Po linii cięcia skórniego kostnymi nożycami, a w razie potrzeby dłutkiem, wycinamy płat i odchylamy go na lewo, łamiąc przytem 4 chrząstkę; w skład tego płata wchodzi: 1) miejsce po wyrezekowanej chrząstce 5 żebra, 2) część mostka, odpowiadająca przyczepom 3, 4 i 5 żebra oraz 3) część 3 lewej chrząstki i 4 lewa, którą łamiemy podskórnice, odginając cały płat na lewo. Przed złamaniem 4 lewej chrząstki należy upewnić się, czy opłucna dostatecznie jest odsunięta od tejże, ponieważ w przeciwnym razie ostry odłamek żebra łatwo może ją rozerwać. Największy wymiar tego płata odpowiada mniej więcej najdłuższej

osi serca, która idzie prawie poprzecznie, z prawa i z góry na lewo w dół, również jak najdłuższa przekątna płata. Co do naczyń sutkowych, to nie widzę potrzeby krępowania się niemi; w drugim moim przypadku (Kozubowicz) żyła sutkowa dosyć żywo krwawiła, więc ją obkłułem, w trzecim zaś (Kulkowski) żadne z naczyń sutkowych nie krwawiło, chociaż były one w dwóch miejscach przecięte przy dobrem tętnie, prawdopodobnie dlatego, że wycinałem płat nożycami do gipsu, które mogły miażdżyć naczynia.

Co zaś do techniki odchylania płata na lewo z jednoczesnem złamaniem 4 chrząstki, to w trzecim swoim przypadku nie dość daleko odsunąłem opłucną, która w ten sposób znalazła się na linii złamania żebra i wskutek napięcia pękła na bardzo małej przestrzeni; otworek ten jednakże pomimo zaszycia rozrywał się coraz bardziej i pod koniec operacji miał już wymiar kilku centymetrów. 4 żebro przy odchylaniu płata zdaje się najchętniej pękać na miejscu złączenia chrząstki swej z kostną częścią żebra.

Powyżej opisany płat daje dostęp do wszystkich okolic serca, jak o tem przekonać się *in vivo* mogłem u mojego trzeciego chorego (Kulkowskiego), który miał dwie rany w sercu, i u którego po zaszyciu pierwszej rany badałem wszystkie okolice serca z przodu i z tyłu, szukając drugiej rany.

Zastrzedz jednak muszę, że dostateczność tego dostępu do serca dotyczy tylko ludzi zdrowych, z normalnem położeniem serca; w rozmaitych cierpieniach płuc, opłucny, wątroby i kiszek granice serca ulegają zasadniczym zmianom: niedawno robiłem sekcję na kilkunastoletnim chłopcu, zmarłym na *peritonitis* z masą ropni wątroby, u którego dolna granica serca okazała się na wysokości 4 żebra wskutek wysoko podniesionej przepony; w drugim znowu przypadku gruźlicy płuc i ropniaku lewej opłucny dostęp do serca był możliwy dopiero po

wycięciu ogromnej części lewego płuca, które z przodu całkowicie przykrywało i mocno w tył odsuwało serce.

III. Osierdzie i serce.

Po wycięciu i odchyleniu płata badamy palcem osierdzie i przy zranieniu tegoż od przodu, na miejscu, nie pokrytem opłucną, z łatwością znajdujemy w niem otwór, jeżeli, szukając, naciskamy palcem na dno pola operacyjnego — palec wówczas sam wpada w otwór. Osierdzie zwykle w tych razach nie jest głęboko, jak na sekcyach ulokowane, ponieważ jest wypełnione skrzepami i poniekąd niemi rozdęte; dlatego też i otwór znaleźć w niem jest łatwiej, niż na sekcyi, kiedy ono bezpośrednio przylega do serca, przy zranieniu zaś przez jamę opłucny stwierdzić w niem można obecność krwi i skrzepów.

Stwierdziwszy otwór w osierdziu albo też obecność w niem krwi, ewentualnie skrzepów, nabieramy przekonania o trafności rozpoznania naszego i przystępujemy do następnego aktu operacji, który pozwolę sobie nazwać uruchomieniem osierdzia (*mobilisatio pericardii*). Zabieg ten polega na odluszczeniu osierdzia od tylnej powierzchni mostka. Lwia część tej pracy już została przez nas w innym celu wykonana — dla izolowania płata, musimy ją jednak jeszcze dokończyć w ten sposób, aby żadna część przedniej ściany osierdzia nie była złączona z mostkiem i nie unosiła się nad sercem, jak namiot, a przeciwnie, aby osierdzie pokrywało bezpośrednio serce i leżało na niem poniekąd tak, jak czapka na głowie. Cel tego odluszczenia jest następujący:

1) Po zeszcyciu serca przy każdym tegoż ruchu musi następować tarcie nici, węzłów i rany o osierdzie.

Tarcie to może w wysokim stopniu sprzyjać rozpowszechnieniu się infekcyi, ewentualnie umiejscowionej w ranie serca i ligaturach, i wskutek mechanicznego drażnienia osierdzia zrobić je wrażliwszem na infekcyę. Jak zapobiedz temu tarcu, myślał zapewne nie jeden chirurg, co

zsywał serce. Uruchomienie osierdzia może zapobiedz tarcu, ponieważ serce, mając na sobie przyczepione wolne osierdzie, jak czapkę, będzie wykonywało wszystkie ruchy razem z niem, o ile ono będzie odluszczone, stosownie do amplitudy ruchów serca.

W ten sposób nie tylko uniknąć można tarcia, ale, co ważniejsze, dajemy jeszcze dobre warunki do zrostu rany serca i jej otoczenia z osierdziem, a zatem i do ograniczenia się infekcyi w razie istnienia tejże w ranie serca. Jakkolwiek nieznane mi są sekcyje zeszytych serc u osobników, którzy wyzdrowieli, *a priori* jednak przypuszczam, że gojenie się następować musi za pomocą *pericarditis adhesiva*, t. j. zrostu okolicy rany z osierdziem. Przypuszczam tak: a) na zasadzie przebiegu ran analogicznych, t. j. w jamie otrzewny, b) dlatego, że na sekcyach u wszystkich zwierząt z zeszytem sercem, następczem wyzdrowieniem i autopsją zawsze znajdowano zrost rany serca z osierdziem (NAPALKOW i inni); c) na zasadzie przebiegu drugiego mojego przypadku (Kozubowicz), w którym ligatura, nałożona szwem ciągłym na serce, zaczęła eliminować się na zewnątrz; rzecz naturalna, że wychodzenie ligatury z serca przez kompletnie zeszyte osierdzie mogło nastąpić tylko po poprzednim zroście tegoż z sercem.

2) Oprócz powyższego skutku, obszerne odluszczenie osierdzia daje nam możliwość dokładnego zeszcycia tegoż; w trzecim swoim przypadku (Kulkowski) nie dość dokładnie odluszczyłem osierdzie, wskutek czego było ono napięte i rozrywało się przy ściąganiu szwami, w drugim natomiast pomyślnym (Kozubowicz), w którym znacznie lepiej osierdzie było odluszczone, specjalnie uwagę moją zwróciło przy operacyi dobre dopasowywanie się brzegów osierdzia, chociaż wówczas nie zdawałem sobie jeszcze sprawy z przyczyny tego, nie mogłem być przeto autosugestyonowany.

3) Uruchomienie osierdzia ułatwia technikę operacyjną, ponieważ daje możliwość zrobienia pola operacyjnego płytszem przez ujęcie brzegów osierdzia KOCHER'owskimi szczypcami i zbliżenie całego osierdzia z sercem.

4) Uruchomienie osierdzia może pozwolić na dokonanie wszelkich operacji na sercu — pozaosierdziowo (ekstraperikardjalnie), t. j. na obszycie pola operacyjnego na sercu osierdziem, jak obszywamy otrzewną żołądek lub pęcherzyk żółciowy przed otwarciem tychże, lub na przykrycie osierdziem za pomocą szwu rany na sercu, jak przykrywamy siecią pole operacyjne w jamie otrzewny (*omentae grafting* — angielskich autorów). Operację tę na Zjeździe proponowałem nazwać kordio stomią, właściwsza jednak jest zaproponowana wówczas przez prof. KRYŃSKIEGO zmiana tej nazwy na

cordiopeksia, i dlatego tak ją będziemy nazywali. Celem kordyopeksji jest — odgraniczenie całej jamy osierdzia od pola operacyjnego na sercu *resp.* od umiejscowionej w niej infekcji.

5) Oprócz powyższego, uruchomienie osierdzia daje możliwość wykonania pewnego ucisku na ranę serca za pomocą wytamponowania następczego przestrzeni pomiędzy mostkiem i osierdziem, co również nie małe może mieć znaczenie tak w sprawie przedostawania się infekcji z rany serca do jamy osierdzia przez przyspieszenie zrostów pomiędzy sercem i osierdziem, jako też w sprawie zabezpieczenia odpływu wydzieliny z tyłu płata kostno-mięśniowego oraz zapobieżenia zbyt rychłemu przyrostowi osierdzia do mostka.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

JOH. PETRUSCHKY

Tuberkulina Koch'a i stosowanie jej u ludzi.

Streścił

Stanisław Łagowski.

Z wprowadzonych przez KOCH'a preparatów tuberkuliny pozostały dotychczas w użyciu dwa, które zasadniczo różnią się od siebie co do sposobu ich otrzymywania.

1) Tak zwana „dawna“ tuberkulina KOCH'a otrzymuje się przez wyparowanie podłoża odżywczego (bulionu z 5% roztworem gliceryny, na którego powierzchni znajdują się bogate hodowle laseczników gruźliczych) do 10 części jego objętości.

2) „Nowa tuberkulina“ przedstawia glicerynowy wyciąg wysuszonych i na mąkę zmielonych laseczników gruźliczych.

Pierwszy z tych preparatów używa się i dzisiaj jeszcze zarówno do celów rozpoznawczych, jako też i leczniczych, drugiego zaś używamy li tylko do celów leczniczych.

Użycie do celów rozpoznawczych.

Za użyciem tuberkuliny w tym celu najbardziej przemawia fakt, że osobniki, dotknięte zakażeniem gruźliczem (czy to ludzie, czy też zwierzęta), są bez porównania o wiele wrażliwsze na trujące działanie tuberkuliny, niż osobniki zdrowe. Gdy u chorych gruźliczych już minimalne dawki tuberkuliny, takie, które wahają się w

granicach od $\frac{1}{10}$ części miligrama do 1 centygrama, wywołują wybitne objawy zatrucia, to ludzie zdrowi są na nie, a nawet na daleko wyższe dawki, zupełnie niewrażliwi.

Objawy zatrucia u chorych gruźliczych przy podskórnych zastrzykiwaniach tuberkuliny są następujące.

1) W miejscu zastrzyknięcia po upływie 6 do 12 godzin zjawiają się objawy zapalenia (*calor, rubor, tumor, dolor*), zazwyczaj w stopniu bardzo umiarkowanym. Objawy te w ciągu 1 do 2 dni ustępują bez ropy (nb. przy aseptycznym zabiegu).

2) Temperatura ciała po upływie 6 do 24 godzin podnosi się o kilka dziesiątych lub też o cały jeden lub kilka stopni, w zależności od wysokości dawki i od indywidualnej wrażliwości chorego. W ciągu 1 do 2 dni spostrzegamy powolny spadek temperatury do normy lub też poniżej normy. Krzywa temperatury przedstawia albo pojedyncze wzniesienie (odeczyn jednodniowy), albo też wzniesienie podwójne (o wiele wyraźniejszy odeczyn następuje, przypadający na jeden z najbliższych dni po zastrzyknięciu). *Febris continua* w ciągu dłuższego czasu nie bywa nigdy uwarunkowana działaniem samej tuberkuliny, ale zawsze prawie zależy od współudziału innych czynników, mianowicie, od zakażeń wtórnych.

3) Widoczne dla oka ognisko gruźlicze: w wilku, w gruźlicy stawów i t. d., w ciągu 6 do 48 godzin po zastrzyknięciu wykazują przekrwienie czynne, a przy odeczynie silniejszym nawet objawy zapalenia, których skutkiem bywa częściowa zgorzel tkanek, zajętych gruźlicą.

4) Pod względem ogólnego stanu zdrowia chorzy, w razie silnego odeczynu, uskarżają się na bóle głowy, rozbicie, brak apetytu; w razie zaś słabego oddziaływania zjawia się tylko lekka gorączka bez żadnych zaburzeń w ogólnym stanie zdrowia. („Łagodna postać odeczynu“).

Występowanie powyżej przedstawionego obrazu objawów zatrucia po zastrzyknięciu mniej niż 10 miligramów tuberkuliny stanowi poważny dowód naukowy, że w ciele poddanej próbie osoby mamy jakieś ognisko gruźlicze. Jeżeli obraz ten nie jest zupełny, lub też objawy nie są zbyt wyraźne, zaleca się powtórzenie próby po paru dniach za pomocą tej samej lub nieco większej dawki.

Doniosłe znaczenie posiada fakt, że nie można nigdy od razu wyrobić sobie należytego zdania o stopniu wrażliwości osobników, dotkniętych gruźlicą, na trujące własności tuberkuliny, ponieważ wrażliwość ta bywa u nich nader rozmaita. Przy użyciu w tym celu tuberkuliny bezwarunkowo pożądane jest, byśmy próbę rozpoczęli od takiej dawki, od której żadną miarą nie powinniśmy oczekiwać silnego odeczynu. SPENGLER i autor, niezależnie jeden od drugiego, wyprowadzili ze swych doświadczeń zasadę, by za taką dawkę poczytywać 1 decimiligram (0,1 mg.). Korzyści tego rodzaju postępowania są duże.

1) Osoby, u których dawka 0,1 mg. wywołuje już wyraźny odeczyn, nie są nadal poddawane owemu, wcale nieobojętnemu, działaniu tuberkuliny.

2) U osób, u których 0,1 mg. nie wywołuje jeszcze wyraźnego odeczynu, dawka ta posłużyć nam może jednocześnie jako „injeckya kontrolująca“, t. j., może ona rozstrzygnąć pytanie, czy czasami akt zastrzyknięcia sam przez się nie wywołuje u tych osób gorączki lub bólu (jak to się zdarza u niektórych np. histeryczek).

3) To na pozór żadnego odeczynu nie dające zastrzyknięcie częstokroć bywa powodem zwiększonego dopływu krwi do chorych tkanek (co spostrzegać można było w wilku), a przez to tkanki owe stają się o wiele wrażliwsze na nowe następujące zastrzyknięcie. Przy powtórnej przeto zastrzyknięciu tej samej dawki, jaka za pierwszym razem nie wywołała żadnego odeczynu, otrzymamy zupełny obraz objawów zatrucia.

Ztąd wniosek, by u ludzi próbę tuberkulinową podejmować zawsze nie przez jedno tylko pojedyncze zastrzyknięcie (jak to ma miejsce u bydła), lecz przez cały szereg następujących po sobie zastrzyknięć.

Do próby tuberkulinowej używa autor szeregu następujących dawek.

Dawka I	—	0,1 miligrama
„ II	—	0,5 „
„ III	—	2,0 „
„ IV	—	5,0 „
„ V	—	10,0 „

Pomiędzy jednym a drugim zastrzyknięciem 1 do 2 dni powinny pozostawać wolne

od zastrzyknięć, a w ciągu tego czasu należy zwracać szczególną uwagę na zachowanie się temperatury ciała. Jako warunek konieczny wymaganiem jest, by osobnik na kilka dni przed rozpoczęciem próby podczas wielokrotnie dokonywanego mierzenia temperatury jego ciała wykazywał stale zupełny stan bezgorączkowy.

Co rozumieć należy pod stanem bezgorączkowym, o tem autor w kilku słowach nadmienia, że względu, że mamy niezbite dowody na to, że w zachowaniu się „krzywej“ temperatury ciała zachodzą znaczne różnice indywidualne. Dobrze przeto będzie zawsze u mającej być poddaną próbie osoby owe „indywidualne krzywe“ uprzednio ściśle oznaczyć, mierząc temperaturę w ciągu wielu dni co 2 lub co 3 godziny. Temperaturę wtedy uważać należy za normalną, jeżeli nie przekracza ona 37,5° — w ustach, 37,2° — pod pachą, a 37,8° — w kiszce stolcowej; różnica zaś pomiędzy najwyższą a najniższą temperaturą nie jest nigdy większa, niż 1° C. U osób, u których różnica ta bywa nieco większa (skutkiem silniejszych rannych zwolnień i wyższych popołudniowych nasileń) podejrzывать należy zawsze postępującą naprzód sprawę gruźliczą. U tego rodzaju osób próbę tuberkulinową trzeba odłożyć lub też przystępować do niej z jaknajwiększą ostrożnością, zalecając chorym położyć się na ten czas do łóżka (najlepiej w jakimkolwiek zakładzie leczniczym). U osób z zupełnie normalną temperaturą ciała można bez obawy próby dokonać ambulatoryjnie, nakazując im, w razie podwyższenia się temperatury, położyć się do łóżka i w łóżku dopilnowywać odczynu.

U tych osób, u których stan sił bardzo podupada, lub temperatura ciała wykazuje nieprawidłową „krzywą“, należy z próbą zaczekać, dopóki nie nastąpi polepszenie sił i temperatury. Gdy to nie nastąpi, lub też gdy pojawi się wyraźna gorączka, należy próby absolutnie zaniechać.

Tu podaje autor wzór rozpoznawczej próby tuberkulinowej.

Data	Zastrzyknięcie	Temperatura			
		godz. 10	godz. 1	godz. 4	godz. 7
4. VI.		36,6°	36,9°	37,1°	36,7°
5. „		36,4°	36,8°	37,0°	36,9°
6. „	Tub. 0,1 mg.	36,5°	36,9°	37,0°	36,8°
7. „		36,3°	36,8°	36,9°	36,6°

8. VI.		36,6°	36,8°	37,0°	36,5°
9. „	Tub. 0,5 mg.	36,4°	36,9°	36,9°	36,8°
10. „		36,5°	37,0°	37,1°	37,0°
11. „		36,9°	36,8°	36,7°	36,5°
12. „	Tub. 2,0 mg.	36,4°	36,9°	36,9°	36,8°
13. „		36,9°	37,6°	38,6°	38,1°
14. „		37,2°	37,3°	37,5°	36,9°
15. „		36,7°	36,5°	36,7°	36,2°

Po tym typowym odczynie próbę tuberkulinową można uważać za ukończoną. Jeżeli zaś u jakiegokolwiek silniejszego chorego zechcemy wszelkich wątpliwości się pozbyć, to po upływie 2 do 3 dni, gdy odczyn ustąpi, możemy tę samą dawkę jeszcze raz powtórzyć. Wtedy otrzymywać będziemy odczyn o wiele silniejszy.

16. VI.	Tub. 2 mg.	36,4°	36,8°	36,9°	36,6°
16. „		37,0°	38,4°	39,2°	38,6°
18. „		37,4°	37,6°	37,7°	36,6°

Odczyn miejscowy, na miejscu zastrzyknięcia, bywa tu zazwyczaj nie tak silny, jak za pierwszym razem, natomiast zaburzenia w ogólnym stanie zdrowia są o wiele silniejsze.

Do rozstrzygnięcia pytania, „czy w danym przypadku mamy rozpocząć postępowanie lecznicze“, jeden typowy odczyn najzupełniej wystarcza. Później jednak, po ukończeniu kuracji, można podjąć następczą próbę tuberkulinową. Gdy na widoku mamy leczenie tuberkuliną, to stosując coraz większe dawki, otrzymywać będziemy coraz wyraźniejsze odczyny. Odczyny te pod względem rozpoznawczym usuną wszelkie wątpliwości. By być zupełnie zrozumiałym, podaje autor kilka przykładów pozornego odczynu, t. j. odczynu, który nie zależy od działania tuberkuliny.

27. III.		36,0°	37,3°	36,9°	37,2°
28. „	Tub. 1 mg.	35,9°	37,4°	37,4°	39,6°
29. „		39,2°	39,9°	40,1°	40,3°
30. „		39,9°	40,1°	40,2°	39,8°
31. „		39,2°	39,8°	38,9°	38,2°
1. IV.		38,0°	37,6°	38,1°	37,2°

Do zastrzyknięcia bezpośrednio dołącza się tu zazwyczaj wstrząsający dreszcz! Tego rodzaju zachowanie się temperatury stanowi dowód, że u danej osoby rozwija się ostra choroba (angina, influenza lub t. p.), której końcowy okres wylegania przypadł akurat na samą chwilę za-

strzyknięcia. Odczyn nie byłby nigdy tak prędki i tak silny i tak długotrwały. Badając chorego starannie, można zawsze owego zbiegu okoliczności uniknąć.

2. VII.		36,0°	36,6°	36,9°	36,7°
3. „	Tub. 2 mg.	36,1°	36,4°	36,8°	36,9°
4. „		36,6°	36,8°	37,0°	37,1°
5. „		36,0°	36,4°	36,7°	36,5°
6. „		37,1°	38,4°	38,5°	38,2°
7. „		38,9°	39,2°	38,6°	38,0°
8. „		37,5°	38,0°	38,4°	37,9°
i t. d.					

W tym drugim przypadku odczyn typowy minął znacznie wcześniej, zanim ukazała się gorączka. Trwanie gorączki przez dłuższy przeciąg czasu, niż przez dwa dni, i podnoszenie się jej tego rodzaju, że na pierwszy jej dzień przypada wzniesienie się temperatury łagodne, gdy na dni następne wzniesienie o wiele silniejsze, wszystko to świadczy przeciw odczynowi.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

100 M. WAGNER. W sprawie leczenia wrzodu żołądka.

Przy leczeniu wrzodu żołądka, szczególnie po obfitych krwawieniach żołądkowych, najważniejszą rzeczą jest bezwzględny spokój tak całego ciała, jakoteż specjalnie żołądka. Osiąga się to przez leżenie chorego w łóżku oraz wstrzymanie dowozu wszelkich pokarmów *per os* w ciągu pierwszych dni po krwotoku, następnie zaś przez zastosowanie ścisłej diety mlecznej. Podczas pierwszych kilku dni po krwotoku pozwalamy choremu łykać małe kawałki lodu celem ugасzenia pragnienia i wywołania skurczu żołądka, odżywianie zaś chorego skutecznia się za pomocą ławatyw odżywczych. Dyeta mleczna, i to wyłączna, znajduje zastosowanie dopiero po upływie kilku dni, przyczem podajemy choremu w odstępach parogodzinnych małe porcje mleka, które nie powinny przewyższać, nawet w 4 — 6 tygodniu, 250 gm. podawanych co 2 — 3 godziny. Stopniowo dodajemy do mleka odvary mączne albo żółtka, a po 4 tygodniu białe mięso, drobno siekane. Na czerwone mięso pozwalamy dopiero po 6 tygodniu, po czem stopniowo dodajemy rozmaite jarzyny. Obok tej diety chory dostaje du-

że dawki bizmutu (10 — 15—20), który pokrywa powierzchnię wrzodu, chroniąc go od podrażnień i przyczyniając się tem samem do uspokojenia bólów i gojenia wrzodu. Bizmut podajemy również w późniejszych okresach choroby, gdy nanowo występują bóle lub obfite wytwarzanie się kwasu.

Zasady powyższe, szczególnie dotyczące ścisłej diety mlecznej, uznane zostały przez większość autorów i stosowane są powszechnie. Jeden tylko LENHARTZ odstąpił od tego szablonu, gdyż na bardzo obfitym materiale przekonał się, że podawanie chorym z wrzodem żołądka od samego początku cierpienia bogatego w substancje białkowe pożywienia daje nierównie lepsze wyniki. Za punkt wyjścia posłużyły LENHARTZ'owi następujące rozważania.

Przy nadkwaśności soku żołądkowego, która najczęściej występuje u osób nerwowych, spostrzegamy najlepsze wyniki przy stosowaniu obfitującego w białko pożywienia, przez co nadmiar kwasu solnego zostaje związany i zarazem usunięte zostają odbijania kwaśne i bolesne uczucie ucisku w okolicy żołądka. Zdanie, jakoby substancje białkowe wzmacniały wytwarzanie się

kwasy solnego, uważać należy za niedowiedzione (RIEGEL). Tak samo, jak w stanach nerwowych żołądka, rzecz się ma u dziewcząt chłorowych z zaburzeniami żołądkowymi, polegającymi na kwaśnych odbijaniach, gniceniu w dołku i bólu po jedzeniu, — objawach, które często dają powód do rozpoznania, niezawsze słusznego, wrzodu żołądka. Od czasu, jak RIEGEL zwrócił uwagę na częste występowanie nadkwaśności w blednicy, wiemy, że wzmiankowane dolegliwości zależą dość często jedynie od istniejącej nadkwaśności bez wrzodu. Uczyniono przytem spostrzeżenie, że powyższe dolegliwości nie zawsze lub bardzo powoli ustępują przy stosowaniu ostrożnej i wyłącznej diety mlecznej, przeciwnie, istniejąca już często blednica pogarsza się, zaburzenia żołądkowe wzmagają się, tak że stale uciekać się wypada do leków takich, jak bizmut, *magnesia carbon.*, *natrium carbon.* i t. d. Wszyscy ci chorzy leczeni byli w oddziale LENHARTZ'a już od pierwszego dnia po wstąpieniu do kliniki za pomocą obfitego i bogatego w białko pożywienia, przy czem już po kilku dniach spostrzegano szybkie zmniejszenie, najczęściej nawet zupełne zniknięcie zaburzeń żołądkowych. Z leków stosowano jedynie żelazo celem zwalczania blednicy. Stan ogólny chorych, jak również zawartość we krwi hemoglobiny, poprawiały się bardzo szybko, o wiele szybciej, niż przy stosowaniu diety mlecznej. Przez stosowanie skoncentrowanego białkowego pożywienia unikało się również przeładowania płynami żołądka, co jest tu bardzo ważne. Wiadomo, jak często mamy do czynienia u chorych małopokrwistych z osłabieniem serca (rozszerzenie komór serca, obrzęki). Leczenie tych stanów za pomocą dobrego odżywiania i ograniczenia dowozu płynów ma znaczenie pierwszorzędne, jak o tem codzienne doświadczenie nas poucza.

W przeważnej większości przypadków wrzód okrągły żołądka przebiega z nadkwaśnością. Nadmierne wydzielanie kwasu solnego przeszkadza gojeniu się wrzodu. MATTHES w doświadczeniach swych spostrzegał szybkie gojenie się sztucznie wywołanych, nawet większych defektów błony śluzowej żołądka, gdy zaś codziennie wprowadzał zwierzęciu do żołądka roztwór kwasu solnego, gojenie nie następowało. Również pamiętać należy, że blednica, małopokrwistość i stany osłabienia wywołują usposobienie

do powstawania wrzodu żołądka. Okoliczność ta zaznaczona już przez LEUBE'go, dowiedziona została na drodze doświadczalnej przez QUINCKE'go, DAETTWYLER'a i SILBERMANN'a: sztucznie wywołane u psów wrzody żołądka rychło się goją, podczas gdy po wywołaniu ogólnej małopokrwistości sprawa gojenia się wrzodu u nich znacznie się przewleka.

Po jednokrotnem lub kilkakrotnem krwawieniu żołądkowem często występuje silna małopokrwistość, a nawet zapaść. Jeśli chorym takim dawać będziemy w ciągu pierwszych kilku dni wyłącznie lód i łatwywy odżywczy, a w dalszym ciągu, często przez kilka tygodni, niedostateczne pożywienie (1½ — 2 litry mleka), to sztucznie podtrzymywać będziemy stan głodzenia, który bynajmniej nie przyczynia się do gojenia wrzodu. Częstszymi, a zwłaszcza większymi dawkami mleka należy unikać, gdyż przy podawaniu 3 litrów, t. j. niezbędnej dla utrzymania wagi ciała ilości mleka, występuje przepełnienie i rozciągnięcie żołądka, które szkodliwie działa na sprawę gojenia wrzodu i łatwo powodować może ponowne krwawienie. W każdym razie przez długi czas trwa znaczne osłabienie, a szczególnie ciężka małopokrwistość, skutkiem czego okres gojenia się wrzodu nadmiernie przedłuża się.

Opierając się na powyższych danych, LENHARTZ już od szeregu lat stosuje u chorych z wrzodem żołądka, a szczególnie u tych, którzy na krótko przedtem mieli krwawienie żołądkowe, pożywienie, obfite w białko, celem zwalczania nadkwaśności i ciężkich stanów małopokrwistości. Przytem okazało się, że nigdy nie spostrzega się żadnych szkodliwych następstw, przeciwnie, zupełne i stałe ustąpienie bólów stanowi prawidłowo przy tem leczeniu, jak również zupełne, a w każdym razie o wiele szybsze zagojenie się wrzodu, niż przy zwykłej stosowanej metodzie. Wyniki LENHARTZ'a oparte są na materiale dużym, obejmującym 60 przypadków krwawiących wrzodów żołądka.

Bezwzględny spokój stanowi także przy tym sposobie leczenia najważniejszy warunek. Chory pozostaje w łóżku zwykle przez jakie 4 tygodnie, a w ciągu pierwszych 2 tygodni po krwotoku nawet stolce i mocz oddaje w łóżku. Niezmiernie ważnem jest uspokoić chorego, gdy ten jest zatrwożony i zaniepokojony. Pęcherz z lodem, położony na okolicę żołądka, przeszkadza

wzdęciu tegoż, wywołuje skurecz żołądka i zmniejszenie powierzchni owróżdzenia, uspakaja również istniejący ból. W dniu krwawienia chorzy otrzymują łyżkami mleko z lodu do 200 — 300 ccm. i 1 — 2 — 3 rozbite świeże jajka w ciągu 24 godz. Prócz tego stosuje się 2 — 3 razy dziennie, a po ciężkich i powtarzających się krwawieniach nawet częściej, azotan bizmutu po 2,0 na dawkę w zawiesinie (nigdy przez zgłębnik) z wodą. W razie potrzeby podajemy i następnych dni bizmut. Podczas gdy dawniej dawano w dniu krwawienia i w 1 — 2 dni po niem tylko żółtka, obecnie chory otrzymuje od samego początku całkowite surowe, ochłodzone na lodzie jaja, bite albo zmieszane z winem (łykami). Przy takim postępowaniu natychmiast albo najwyżej po 1 — 3 dniach wymioty i bóle ustępują, gdyż nadmiar kwasu solnego zostaje związany. Właśnie po ciężkich krwotokach oraz silnych bólach żołądka autor spostrzegał najlepsze wyniki przy takim żywieniu chorych. Ilość mleka zostaje z każdym dniem zwiększona o jakie 100 ccm., z każdym dniem dodaje się również o jedno jajko więcej, tak że w końcu 1 tygodnia chory dostaje 800 ccm. mleka i 6 — 8 jaj dziennie. Na tej ilości poprzestajemy, bacząc szczególnie, ażeby chory nie otrzymywał mleka więcej nad 1 litr dziennie. Stosownie do danego przypadku podajemy od 3 — 8 dnia po ostatnim krwawieniu, prócz oznaczonych wyżej ilości mleka i jaj, skrobane surowe mięso wołowe, w ciągu pierwszych 2 dni 35 gm. *pro die*, w kilku małych porcjach, zaprawione jajkiem, później 70 gm. i stopniowo coraz więcej. Po upływie 2 tygodni chorzy znoszą już rozgotowany dobrze ryż i kaszę oraz sucharek, a po 3 — 4 tygodniach pokarmy mieszane, które winny jeszcze być podawane w stanie rozdrobnionym. Mięso przytem otrzymuje chory już nie surowe, lecz zlekką pieczone albo dobrze rozgotowane, a zjarzyn unikamy tych, które wywołują wzdęcie. Zaleca się chorym dokładne przeżuwanie wszystkich pokarmów, szczególnie zaś mięsa. Bizmut stosuje się w większej części przypadków tylko podczas pierwszych 10 dni (3 razy dzien. po 1 — 2 gm.), później zaś, najczęściej w opłatkach, po 1,0. Prócz tego bardzo prędko zaczynamy stosować żelazo, najlepiej w postaci pigulek BLAUD'a, które w początku (6 — 8 — 10 dni po krwawieniu) podajemy utłuczone. Często stosuje się obok żelaza także arsen

w postaci pigulek azyatyckich. Morfina i inn-środki kojące okazały się zbyteczne.

Powyzszą dyetę chorzy doskonale znoszą. Krwawienia żołądkowe zdarzają się, jak wiadomo, przy najściślejszej dyecie LEUBE'go dość często, prawie w 20 przyp. na 100. Przy obecnej zaś dyecie LENHARTZ spostrzegał wszystkiego 4 przypadki z krwawymi wymiotami (na 60). O szybkim ustaniu bólów była już mowa wyżej. Wyleczenie następuje znacznie prędzej: na 60 chorych 52 wypisało się w zupełnie dobrym stanie już w ciągu pierwszych 2 miesięcy leczenia szpitalnego. Stan ogólny chorych oraz skład krwi poprawiały się bardzo szybko. Co się tyczy trwałości wyników, to w znacznej większości przypadków chorzy wolni byli od wszelkich dolegliwości przez wiele lat.

Jeśli postępowanie LENHARTZ'a okazało się tak pożytecznem w przypadkach wrzodu żołądka, przebiegających z krwawieniem, to, rozumie się, w przypadkach bez krwawienia okaże się ono również skutecznem.

(München. med. Wochenschr. Nr. Nr. 1 i 2 1904 r.).

S. P.

101. BÖNNIGER. Wpływ soli kuchennej na trawienie żołądkowe.

Wiadomo już oddawna, że sól kuchenna wywiera wpływ na wydzielanie soku w żołądku. Podczas gdy przedtem sądzono, że sól pobudza sekrecję, cały szereg autorów dowiódł, że kwasność soku znacznie się obniża. W jaki sposób obniżanie to do skutku dochodzi, zdania są podzielone. REICHMAN sądzi, że główną rolę gra tu zwiększone przesiekanie płynu do żołądka, mniejsze zaś i wogóle wątpliwe znaczenie ma spotęgowane wydzielanie śluzu. SCHÜLE upatruje miejscowy wpływ soli na błonę śluzową żołądka, rozcieńczeniu zaś przypisuje małe znaczenie. Ztąd widać, że wpływ soli kuchennej na żołądek nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniony.

Autor doświadczenia swe wykonywał nad psem, któremu sposobem PAWŁOW'a nałożył mały wtórny żołądek. Po 24 godzinnem głodzeniu pies otrzymał za pomocą zgłębnika 500 ctm. mleka, do którego dodano 500 ctm. roztworu soli kuchennej określonego stężenia. Do kontroli służyły doświadczenia, w których do 500 ctm. mleka dodawano tyleż wody lub roztworu cukru gronowego, którego stężenie cząsteczkowe w

przybliżeniu równało się roztworowi soli. Otrzymane przez autora cyfry dowodnie wykazują, że sól kuchenna bardzo silnie hamuje wydzielanie soku. Hamowanie to jest jeszcze silniejsze, niż dla cukru. Że cukier zmniejsza wydzielanie soku żołądkowego, dowiódł już CLEMM. Sposób, w jaki odbywa się to hamowanie czynności wydzielniczej żołądka, wynika dość jasno z doświadczeń autora. Sądzić należy, że dzieje się to na drodze odruchowej, przyczem podrażnione zostają zakończenia nerwów czuciowych w błonie śluzowej żołądka, nie zaś tak, jak sądził SCHÜLE, przez miejscowe oddziaływanie na śluzówkę żołądka: to ostatnie jest wyłączone, gdyż duży i mały żołądek są zupełnie od siebie oddzielone.

Co się tyczy własności wydzielanego soku żołądkowego, to kwaśność jego jest bardzo wysoka, wahając się między 136 a 154. Obniżenia kwaśności soku żołądkowego za pomocą soli kuchennej doświadczalnie ustalić nie można było. Siła trawienna tego soku jest wyborna. Stężenie cząsteczkowe soku okazuje silne wahania zupełnie niezależne od koncentracji mleka i każdorazowych doń dodatków.

Czy otrzymane przez autora wyniki można przenieść na człowieka? Autor odpowiada na to pytanie twierdząco. Kilka doświadczeń, wykonanych nad człowiekiem zdrowym, dało podobne wyniki. Obniżenie kwaśności soku żołądkowego jest bardzo znaczne, jeśli do próbnego śniadania dodamy 7 grm. soli kuchennej. Dodatek 4 grm. nie wywiera, zdaje się, jeszcze żadnego wpływu. Ilość soku przytem nie zwiększa się, a w jednym przypadku znacznie nawet zmniejszyła się. Dodatek roztworu cukru gronowego do śniadania próbnego wywołuje znaczne zwiększenie ilości płynu, co spostrzegamy nawet przy małych (15 gm.) dawkach cukru, zmniejszenie zaś kwaśności soku w tych przypadkach jest bardzo nieznaczne. Ta własność cukru zależy naturalnie od tego, że roztwór hipertoniczny obficie przyciąga wodę. Cukier nadto bezpośrednio upośledza sprawność ruchową żołądka, czego o soli kuchennej, która łatwo wchłania się, powiedzieć nie można.

Cukier wprowadzony został, jak wiadomo, przez STRAUSS'a do terapii nadkwaśności. Ponieważ sprawność ruchowa żołądka przy nadkwaśności jest często upośledzona, to cukier,

przedłużający przebywanie pokarmu w żołądku, może okazać tylko wpływ szkodliwy. Na pierwszeństwo zasługuje tu sól kuchenna, gdyż obok silnie hamującego wpływu na sekrecję ruchów żołądka nie upośledza. Autor radzi przy nadkwaśności brać sól wkrótce po posiłku. Sól kuchenna okazuje jeszcze inny wpływ na trawienie żołądkowe: hamuje ona peptonizację białka. Zdaniem autora, okoliczność ta zależy głównie od osmotycznych własności roztworów soli, dzięki czemu substancje białkowe tracą wodę i ściągają się. Doświadczenia, dotyczące hamującego działania soli i cukru gronowego na trawienie pepsynowe, autor wykonał z sokiem żołądkowym psa, do którego dodano równych ilości rozmaicie stężonych roztworów. Wyniki, otrzymane przez autora, potwierdzają dane NIRENSTEIN'a i SCHIFF'a.

Podwójnie hamujące działanie soli kuchennej na trawienie białka w żołądku czyni zeń środek terapeutyczny nieco wątpliwy. Wystrzegać się należy w każdym razie silnego solenia potraw.

Dane powyższe nie przemawiają przeciw stosowaniu źródeł solankowych (siarczan sodu hamuje trawienie pepsynowe w silniejszym jeszcze stopniu, niż NaCl), gdyż dobroczynne działanie solanek jest faktem ustalonym. Zależy to jednak od sposobu ich stosowania, gdyż solanki przyjmuje się zrana naczczo, a pokarmy dopiero po opuszczeniu żołądka przez te wody.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 2. 1904).

S. P.

103. WEICHARDT. O toksynach wywołujących zmęczenie (Ermuedungstoxine) i ich antytoksynach. Pierwsze doniesienie.

Pierwszy szereg doświadczeń autora wykazał, że surowica krwi ciepłokrwistych zwierząt, w której przedewszystkiem szukano wytworów toksycznych zmęczonego ustroju zwierzęcego, nie okazuje bynajmniej zwiększonej jadowności. Z tych doświadczeń można było wyprowadzić wnioski, że albo przy zmęczeniu toksyny wogóle nie wytwarzają się, albo też że we krwi szybko zostają zubożnione przez odtrutki, skutkiem czego nie mogą zostać wykazane za pomocą doświadczeń ze wstrzykiwaniem takiej surowicy (do jamy otrzewnej, do żył, podskórnie) nawet bardzo wrażliwym zwierzętom. Po tych doświadczeniach autor przystąpił do szukania toksyn w różnych narządach zmęczo-

nych zwierząt, a przedewszystkiem w mięśniach. Za pomocą rozcierania mięśni zwierząt zmęczonych z fizyologicznym roztworem soli kuchennej autor otrzymał bezgnilny płyn, który, będąc wstrzyknięty zwierzętom tegoż gatunku, wywołuje śmierć po 20 — 40 godzinnym okresie utajenia, podczas gdy także sama ilość płynu, otrzymanego z mięśni zwierząt niezmęczonych, bardzo rzadko tylko śmierć wywołuje. Otrzymane w ten sposób toksyny zmęczenia wrażliwe są na ciepło: już po 2 godzinnem ogrzewaniu do 56° C. stają się nieczynne. Przy staniu toksyczność tych produktów w ciągu pierwszych 48 godzin wzrasta, później zaś stopniowo się zmniejsza. Po 8 dniach pomimo przechowania pod toluolem w lodowni toksyczność płynu najczęściej zupełnie znika. Pewne składniki toksyny, mianowicie wywołujące zmęczenie, są mniej trwałe, niż składniki, śmierć wywołujące. Okoliczność, że bezgnilny sok mięśniowy silnie zmęczonych zwierząt jest początkowo prawie całkowicie toksyczności pozbawiony, a dopiero naziutrz toksycznym się staje, prowadzi do wniosku, że powstające przy zmęczeniu wytwory przemiany materii nie są jeszcze same przez się toksynami, lecz stają się niemi dzięki fermentacyjnej sprawie trawienia, uwarunkowanej działaniem soków ustrojowych. Autorowi udało się tę sprawę trawienia w zupełnie bezgnilnych mięśniach zmęczonych zwierząt przy 37° przyspieszyć do tego stopnia, że wyciśnięte z ciepłych mięśni osocze okazuje już po kilku godzinach pełną toksyczność. Mięśniom zwierząt, pozbawionych krwi, zbywa na antytoksynach, które ustawicznie do wozi krążąca krew. Odtrutki te ciągle zubożniają powstające stopniowo toksyny.

W dalszych doświadczeniach udało się autorowi drogą wewnątrzotrzewnowych zastrzyków toksycznego soku mięśniowego zmęczonych zwierząt otrzymać u królika surowicę antytoksykacyjną. Surowica ta zubożnia w próbce, jak i w ustroju, toksyny zmęczenia. Otrzymana

przez autora swoiście działająca antytoksyna jest w przeciwieństwie do toksyny bardzo trwała. Doświadczenia autora wykazały, że antytoksyna przechodzi przez ścianę żołądka, tracąc przytem bardzo mało na swej sile.

O dalszych swych doświadczeniach, dotyczących omawianych toksyn i antytoksyn, autor niebawem doniesie.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 1. 1904).

S. P.

103. RULLMANN. O uśmiercaniu łaseczników gruźliczych w ogrzanem mleku.

Niedawno temu W. HESSE i Th. SMITH doszli na mocy swych badań do wniosku, że pasteryzacja mleka w ciągu 20 min. przy 60° C. i przy ciągłym poruszaniu mleka wystarcza do zabicia zawartych w niem łaseczników gruźliczych. Prace tych autorów wymagały koniecznego sprawdzenia, co też RULLMANN uczynił. Badania autora wykazały, że do zabicia łaseczników gruźliczych nie wystarcza nietylko podana przez H. i S. ciepłota, lecz nawet ogrzewanie mleka do 65° C. przez godzinę nie jest pod tym względem pewne. Dopiero ogrzewanie do 65° C. w ciągu godziny przy ciągłym poruszaniu mleka uważać należy, na mocy całego szeregu badań autora, za zupełnie pewne i wystarczające, tembardziej że do swych doświadczeń autor umyślnie używał dużych ilości jadowitych prątków gruźliczych w środowisku śluzowem. Mleko, ogrzane do 68° C. i później szybko ostudzone, nie różni się smakiem wcale lub też bardzo mało od mleka surowego. Ciepłota powyższa nie zmienia przytem wcale zawartości białka i lecytyny w mleku, nie oddziaływa szkodliwie na enzymy, co następuje już przy ogrzaniu do 69° C. lub wyżej.

Zaznaczyć należy, że wyniki autora pozostają w zupełnej zgodzie z podaniami przez FORSTER'a liczbami.

(München. med. Wochenschr. 1904. Nr.12)

S. P.

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

Szanowny Redaktorze!

W pracy „o porażeniu astenicznem“ (Medycyna Nr. 24 i n.) kol. W. STERLING poświęca kilka uwag poglądom moim na istotę omawianego przez siebie cierpienia a także i choroby PARKINSON'a, dla których wraz zniektórymi innemi nozograficznymi jednostkami zaproponowałem niedawno nazwę „myoz“, chcąc tem uwydatnić, że mamy tu może do czynienia z pierwotnemi czynnościowemi zaburzeniami układu mięśniowego. Ten mój pogląd, który zresztą tylko w postaci przypuszczenia wypowiedziałem, nie zyskał aprobaty kol. STETLINGA z następujących powodów: 1) „choroby PARKINSON'a nikt dzisiaj oprócz chyba GAUTHIER'a nie uważa za cierpienie mięśniowe“, 2) „przypuszczeniu (memu) zbywa na wszelkiej faktycznej podstawie“ i 3) „trudno uwierzyć, ażeby wogóle można było jakkolwiek cierpienie nerwowe wytłomaczyć sobie zmianami wyłącznie w układzie mięśniowym“:

Na trzy te zarzuty pozwolę sobie krótko odpowiedzieć.

Ad 1). Oprócz GAUTHIER'a mogę wymienić cały szereg autorów, którzy w mniej lub więcej stanowczy sposób wypowiedzieli się na korzyść mięśniowej teorii choroby PARKINSON'a bądź to na zasadzie spostrzeżonych zmian anatomicznych, bądź to na zasadzie teoretycznych rozumowań. Pomijając starsze prace SKODY, LEYDEN'a, SOTT'a i in.¹⁾, zwrócę uwagę na pracę SCHWENN'a (Beitrag zur Pathogenese der Paralysis agitans. Deut. Arch. f. Klin. Med. 1901), który, opierając się na spostrzeżonych przez siebie zmianach w mięśniach i na analizie całego obrazu klinicznego zajmującego nas tu cierpienia, stanowczo twierdzi, że patogenезу jego szukać należy

w układzie mięśniowym. Tak samo LEYDEN i GOLDSCHIEDER (Die Erkrankungen des Rückenmarks. 2-te Aufl. 1903. str. 145) są zdania, „że sztywność mięśniowa w *paralysis agitans* uwarunkowana jest prawdopodobnie zmianami w samych mięśniach“ (die Muskelstarre bei Paralysis agitans dürfte durch eine Veränderung der Muskelsubstanz selbst bedingt sein). JOLLY (Handbuch der praktischen Medicin Bd. 4. 1899 str. 865) też przyznaje, że „nie można odrzucić hipotezy, która w mięśniach upatruje siedlisko całej choroby“ (die Hypothese, dass der eigentliche Krankheitsprocess in den Muskeln sitzen könne ist nicht gleich von der Hand zu weisen). I STRÜMPFEL w ostatnim (z 1904 r.) wydaniu swego podręcznika wskazuje na to, że opisanemi w chorobie PARKINSON'a rozmaitemi zmianami w układzie nerwowym nie można wytłomaczyć obrazu klinicznego tego cierpienia, i dodaje, że nasuwają mu się wątpliwości, czy choroba P-son'a jest wogóle chorobą układu nerwowego, i czy nie jest ona czysto mięśniowem cierpieniem (vielleicht ist die Krankheit ein rein muskuläres Leiden). Bardziej kategorycznie wystąpił prof. SCHIEFFERDECKER w niezmiernie ciekawej i bardzo poważnej pracy (Beiträge zur Kenntnis der Myotonia congenita, der Tetanie mit myotonischen Symptomen, der Paralysis agitans u. einiger anderer Muskelkrankheiten etc. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1903 r.). Autor ten — profesor anatomii — twierdzi na zasadzie bardzo szczegółowo przeprowadzonych badań, że choroba P-son'a jest cierpieniem wyłącznie mięśniowem bez udziału układu nerwowego. (Praca SCHIEFFERDECKER'a wogóle zawiera dużo danych, które pośrednio świadczą na korzyść mojej hipotezy o myozach).

GAUTHIER nie jest więc wcale tak osamotniony, jak twierdzi kol. STERLING, owszem znajduje się w dość licznej i wcale przyzwoitej to-

¹⁾ Por. BYCHOWSKI. O chorobie Parkinson'a. Medycyna. 1894.

warzystwie, do którego mógłbym zaliczyć i MOEBIUS'a (Neurologische Beiträge Heft 5) i in.

Ad 2) Jak już zaznaczyłem, nie uważałem nigdy istnienia myoz za zjawisko, zupełnie dowiedzione. Mówiłem o nich z zastrzeżeniem. Ale nie mogę się zgodzić z wyrokiem kol. STERLINGA, że hipotezie tej zbywa zupełnie na faktycznej podstawie²⁾. Ponieważ inkryminowaną pracę moją ogłosiłem tylko po niemiecku (Ein Fall von recidivirender doppelseitiger Ptose mit myasthenischen Erscheinungen in den oberen Extremitäten. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1902), pozwolę sobie w krótkich wyrazach wyłożyć tu zasadniczą jej myśl.

Powolywałem się przedewszystkiem na bardzo złożoną budowę włókna mięśniowego, która, jak wiadomo, inaczej się przedstawia podczas spokoju, a inaczej podczas pracy. Z punktu widzenia teoretycznego można przypuścić, że zmiany w architektonice segmentu mięśniowego, a zwłaszcza w stosunku substancji anizotropowej do izotropowej, mogą spowodować zaburzenia w czynności samego mięśnia. Do spostrzeżenia tych zmian u człowieka obecna nasza technika jest niewystarczająca (Por. wyżej przytoczoną pracę SCHIFFERDECKER'a), ale to bynajmniej nie wyłącza ich istnienia. Wszak i w t. z. nerwicach przypuszczamy istnienie jakichś przejściowych trudnych do uchwycenia, „molekularnych” zmian, jakkolwiek o zachodzących w elementach nerwowych podczas ich czynności zmianach jeszcze bardzo mało wiemy (ciekawe badania LUXENBURG'a i innych są mi, ma się rozumieć, znane). Nie przeszkadza to jednakże mówić o neurozach. Powolywałem się także na energiczną przemianę materii, która zachodzi w mięśniach podczas jego czynności (zmiana odczynu i t. d.) Przejściowe lub stałe zaburzenia w tej przemianie tak samo przyczynić się muszą do zaburzeń w czynności. Z doświadczeń DÜZIG'a, naprzykład, wiemy (Wassergehalt und Organfunction. Pflügers Archiv für Physiologie T. 87), że mięśnie, które pozbawione zostały pewnej części za-

wartej w nich wody, dają podczas skurczu większe t. z. Latenzstadium, niż normalnie (analogiczny stosunek znalazł MENDELSON w chorobie PARKINSON'a). Przypominam także doświadczenia SYDNEY RINGER'a i HARRINGTON'a (On the nervous or muscular origin of certain spastic conditions of the voluntaries muscles. Lancet. 1884), którym między innemi udawało się otrzymywać u żab objawy t. zw. myotoniczne po wstrzykiwaniu w mięśnie roztworów soli, sodu i fosforu (wpływ nerwów był usunięty za pomocą curare). Za pomocą weratryny (BÖHM) można znowu w mięśniach wywołać jakby „myasteniczny” stan. Nie mogę tu w przygodnej notatce całego odnośnego materiału przedstawić, ale i z tego, co dotychczas powiedziałem, zdaje się, dostatecznie widać, że przypuszczenie swoje opierałem na zjawiskach znanych i dobrze zbadanych. Zresztą wcale nie mówiłem, że istnieją „daleko poważniejsze dowody” (cudysłów kol. STERLINGA) do przyjmowania myoz, aniżeli neuroz. Viel leicht mit viel grösserem Recht (może z większą słusznością) napisane jest u mnie. A uważałem, że dowiedzione morfologiczne, chemiczne zmiany w mięśniach podczas jego czynności, czego o elementach nerwowych powiedzieć nie można, upoważniają mnie poniekąd do takiego wniosku. Niema tu wcale żadnych „tajemnic”, jak się wyraża kol. STERLING.

I teraz po kilkoletniem zastanowieniu się nad całą tą sprawą nie podjąłbym się stanowczej i zwycięskiej obrony, ale przyznaję się, że klinika i literatura coraz więcej dowodów mi dostarczają. Układ mięśniowy, jak to dawno już się na to skarżył ZENKER, bywa zbyt mało przez patologię — a zwłaszcza ogólną — uwzględniany. Traktują go — słowa DOZE'go — jako „tissu desherité” (wydziedziczoną tkankę). Ale w ostatnich czasach coraz więcej przybywa faktów, świadczących o roli mięśni w wielu cierpieniach „czysto nerwowych”.

W 4 przypadkach choroby BASEDOW'a, które zbadał ASKANAZY (Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1898) zawsze znajdował on zmiany swoiste w mięśniach. Tak samo LANGHANS (Virchow's Archiv) opisuje zmiany w mięśniach w kretynizmie, a RINDFLEISCH (D. Zeitschrift f. Nervenheilk. Bd. 25) w miękkiej płasawicy (chorea mollis) — bez zmian w układzie nerwowym.

²⁾ Zgadzam się natomiast z kol. STERLINGIEM, że wobec istnienia już w neurologii terminu „myosis” dla innych celów — nazwa moja nie jest szczęśliwie wybrana. Szło mi oczywiście o analogię do neuroz. Jest to zresztą kwestja podrzędna i na każdą inną nazwę, która wyrażałaby sobą istotę rzeczy, z góry chętnie się zgadzam.

Zasadniczy błąd polega, zdaje się, na tem, że każde zaburzenie, które się objawia w sferze ruchu, przyzwyczailiśmy się uważać za cierpienie układu nerwowego. Mnie zaś się wydaje, że mięśnie posiadają w organizmie i pewną własną autonomię, nie zależną zawsze od układu nerwowego. Potwierdzają to także z punktu widzenia embryologicznego znane spostrzeżenia LEONOWEJ nad anencefalią, gdzie pomimo zupełnego braku przednich rogów i nerwów obwodowych poprzecznie prążkowane mięśnie były zupełnie dobrze rozwinięte.

Dla wszelkich zaburzeń w tej autonomii bądź to przejściowych, bądź to stałych, proponuję ogólną nazwę myoz. Nie są to więc wcale cierpienia nerwowe, lecz mięśniowe. *Eo ipso* i 3 zarzut kol. STERLINGA upada.

Hipotezie o myozach można rzeczywiście robić poważne zarzuty, ale zarzuty kol. STERLINGA do nich zaliczone być nie mogą.

Z wysokim szacunkiem i głębokim poważaniem.

Bychowski

27. VI. 1904.

Na replikę kol. BYCHOWSKIEGO odpowiadam jaknajkrócej. Przyznaję chętnie, że oprócz GAUTHIER'a i inni autorowie jeszcze przyjmują mięśniowe pochodzenie choroby PARKINSON'a: nie chodzi tu bynajmniej o to, czy pogląd ten ma nie jednego, czy kilku przedstawicieli, lecz o to, czy ma on dzisiaj ogólny kredyt w nauce. Co się tyczy LEYDEN'a i GOLDSCHNEIDER'a, to zdanie ich, że, „sztywność mięśniowa w *paralysis agitans* uwarunkowana jest prawdopodobnie zmianami w samych mięśniach” — nie przemawia bynajmniej na korzyść przypuszczenia kol. B. Nie chodzi tu zupełnie o to, czy zmiany w układzie mięśniowym w cierpieniu tem istnieją, lecz czy dowiedzione jest, że występują one pierwotnie; to samo powiedzieć można o cytowanych przez kol. B. badaniach ASKANAZI'ego nad chorobą BASEDOW'a.

Tyle co do pierwszego punktu, który wogóle związany jest z całą sprawą dość luźno. Co się tyczy punktu drugiego, powiedziałem, że hipotezie kol. B. zbywa na danych faktycznych, kol. zaś na zarzut ten odpowiada, że „z punktu widzenia teoretycznego przypuścić można, że zmiany w architektonice segmentu mięśniowego

a zwłaszcza w stosunku substancji anizotropowej do izotropowej mogą powodować zaburzenia w czynności samego mięśnia: dla spostrzeżenia tych zmian obecna nawet technika jest niewystarczająca, ale to nie wyłącza istnienia tych zmian”. To chyba nie są dane faktyczne. Kol. B. przytacza szereg prac, stwierdzających zmiany chemiczne w mięśniu podczas jego pracy (DUGIG'a, HARRINGTON'a, MENDELSON'a etc). Sądzę, że wobec znanych i popularnych prac MOSS'a i VERWORN'a można było sobie oszczędzić tego trudu. Ale czyż stwierdzenie pewnych zmian w chemizmie mięśnia podczas jego pracy jest dowodem, że zmiany te mogą wywoływać całokształt choroby myastenui lub choroby PARKINSON'a i odwrotnie, czy jest to dowodem, że zjawiska myasteniczne zależą wyłącznie od zmian w chemizmie mięśniowym? Sądzę, że pomimo obfitych cytów hipotezie kol. B. zbywa na danych faktycznych.

Kol. B. przytacza doświadczenia BÖHM'a, który za pomocą weratryny wywoływał w mięśniach „jakby myasteniczny stan” (?). Na to odpowiedzieć można, że KOLLARITS znajdował typową MyaR w urazowych sprawach mózgu, nowotworach mózgowia i *encephalitis*.

Lecz najdziwniejszą stroną repliki kol. B. stanowi zmiana frontu wobec poprzednio zajmowanego stanowiska. Zasadniczą cechą hipotezy jego było przyjęcie istnienia „cierpienia mięśniowych *sine materia*”, tak „jak istnieją cierpienia nerwowe *sine materia*”. Ponieważ jednak dla wzmocnienia poglądu o mięśniowym pochodzeniu porażenia astenicznego i drżączki porażennej trzeba było zebrać materyał, stwierdzający zmiany w układzie mięśniowym w tych cierpieniach — powstały pewne nieporozumienia: z jednej strony my ozy czyli cierpienia mięśniowe *sine materia* — zupełnie analogiczne do *neuroz* — z drugiej zaś strony zmiany anatomiczne w tych myozach! Dla uratowania sytuacji ucieka się autor jeszcze do jednej hipotezy: „mnie się wydaje — mówi on — że mięśnie posiadają w organizmie pewną własną autonomię, nie zależną zawsze od układu nerwowego... dla wszelkich zaburzeń w tej autonomii — proponuję ogólną nazwę myoz”. Więc myozy to już nie są „cierpienia mięśniowe *sine materia*”, lecz zaburzenia w autonomii mięśniowej, bądź to stałe”. Pomijając już wyrażenia „autonomia —

nie zawsze zależna" oraz „zaburzenia w autonomii", które nie dobrze oddają myśl autora, sądzę, że pogląd o autonomii układu mięśniowego oparty jest na bardzo kruchych podstawach (przypadek anencefalii z dobrze rozwiniętymi mięśniami), w każdym zaś razie nie tak niewzruszonych, ażeby na zasadzie jego można było powiedzieć: „eo ipso upada i trzeci zarzut" (opierający się właśnie na przypuszczeniu niezmiernie ścisłej zależności cierpień mięśniowych od układu nerwowego).

Pozwolę sobie wreszcie zauważyć, że kol. B. w replice swojej nie tylko „wykłada zasadni-

czą myśl pracy swojej", drukowanej po niemiecku, lecz że przerabia, dopełnia, sztukuje ją - wreszcie dość zasadniczo ją zmienia, zupełnie o tej metamorfozie nie nadmieniając. Już sam fakt ten bardzo jest wymowny. Kol. B. uważa, że zarzuty moje nie są poważne i jednocześnie mówi: „i dzisiaj nie podjąłbym się stanowczej i zwycięskiej obrony tej sprawy". Słaba to musi być sprawa, skoro jej jedyny szermierz nie podjąłby się stanowczej i zwycięskiej jej obrony!

Inowłódz. 3. VII. 94.

Wł. Sterling.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LITTEN opisuje przypadek jednoczesnego istnienia dwóch nowotworów złośliwych różnorodnych u kobiety 73-letniej. Oprócz mięsaka brzuszego *chorioidae* istniał rak pęcherzyka żółciowego. (D. M. Z. 1 — 1904).

= Zarówno fakty anatomiczne, jakoteż, wnioski fizyologiczne nasuwają myśl o ścisłym związku pomiędzy cierpieniami przewodu żółciowego wspólnego a trzustką. Przewód żółciowy i trzustkowy, przebiegając krótką drogę bezpośrednio obok siebie, przebijają ścianę dwunastnicy i kończą się wspólnym ujściem. Kamień, zatykający przewód żółciowy, może tedy łatwo zamknąć także przewód trzustkowy. Gdy wydzielina trzustki nie może do kiszki się wylać, wówczas drobnoustroje z dwunastnicy dostają się do trzustki i powodują zapalenie tejże. Również wydzieliny zatykające przenikać mogą w miąższ tego gruczołu i szerzyć tu zniszczenie. OPIE zebrał 32 przypadki, w których uszkodzenia trzustki oraz zgorzel towarzyszyły kamicy żółciowej. W jednym przypadku kamień utorował sobie drogę do przewo-

du trzustkowego i spowodował ropienie. (N Y Med. Jour. 5 — 1903).

= Aspiryna ma niepoślednie znaczenie w leczeniu gorączki u suchotników i nie ustępuje pod tym względem piramidonowi. Jednakże THIEME ostrzega przed stosowaniem aspiryny u chorych skłonnych do krwiotłucia. W jednym przypadku Th. przekonał się o pomyslnym jej wpływie w wysiękowym zapaleniu opłucny, jak również w gościecu stawowym. RĘZA zaleca aspirynę przeciw bólom porodowym w dawkach 1 — 4 grm.

(D. M. Z. 3 — 1904).

= Bardzo rzadkie są przypadki rodzenia się dzieci z rozwiniętymi zębami. Zwykle ma się tu do czynienia z chrząstkami, dającymi się łatwo usunąć palcami i będącymi odsznurowanymi zarodkami zębów. Znane są niektóre przypadki przedwczesnego zębowania w historii: Ryszard III, Mirabeau, Mazarini, i Ludwik XIV. MARER znalazł u 16-dniowego dziecka dwa zęby sieczne, wystające na 2 mm. ponad dziąsłem, siedzące mocno w żuchwie. Dolna po-

wierzchnia języka była pokryta owrzodzeniami. (Allg. Wien. med. Zg. 48 — 1903).

= Pod mianem „inoskopia“ opisuje Jousset metodę wykrywania drobnoustrojów, specjalnie laseczników gruzliczych, w płynach surowiecznych. Zwykle sposoby badania bezpośredniego często zawodzą, ponieważ bakterie zostają zamknięte w szybko tworzących się skrzepach włókniaka. Po sztucznym strawieniu dobrze wymytych skrzepów (*pepsin.*

1 — 2,0; *Ac. mur.*, *Glycer. aa* 10,0; *fluornatrii* 3,0; *Aq.* 1000) w ciągu 2 — 3 godzin, poddaje się je następnie centryfugowaniu i bada się osad w zwykły sposób na laseczki. J. znalazł we wszystkich badanych 23 wysiękach opłucny laseczki gruzlicze (u 17 chorych nie było podejrzenia gruzlicy). Z 12 wysięków otrzewny J. znalazł je 8 razy. (Sem. med. 21. 1. 1903. — Arch. de Med. exp. 2. 1903. — Centrbl. f. Bakt. 17. 18. 1903.) P.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 9 b. m. w szpitalu na Czystem odbył się konkurs na wakującą posadę ordynatora oddziału oftalmicznego w tymże szpitalu po ustąpieniu kol. Zygmunta KRAMSZTYKA. Z pomiędzy dwóch kandydatów pierwszeństwo otrzymał kol. Leon FEINSZTEJN, i on też przedstawił będzie władzom wyższym do zatwierdzenia na tej posadzie. Podczas tego ostatniego konkursu zauważyliśmy, że po części zostały usunięte niektóre braki i niedokładności o których w swoim czasie pisaliśmy w naszym czasopiśmie również z powodu odbytego w szpitalu na Czystem konkursu na posadę ordynatora oddziału chorób nerwowych. Przedewszystkiem wybór sędziów konkursowych dla ostatniego konkursu odbywał się drogą balotowania z urny, a nie za pomocą zwykłego wyznaczania przez p. przewodniczącego na konkursie. Powtórę, po wypowiedzeniu się panów sędziów co do oceny wyników badania chorych i wypowiedzianych odczytów przez każdego ze stających do konkursu kandydatów, nastąpiło głosowanie jawne. Mamy nadzieję, że przy następnych konkursach zachowa-

ne nadal będą nowowprowadzone ulepszenia, które wszak tylko mają na celu jedno, aby mógł być zagwarantowany jaknajsprawiedliwszy wybór pomiędzy współubiegającymi się na daną posadę kandydatami.

— „Przeglądu chirurgicznego“ wyszedł Zeszyt III tomu V i zawiera: 1) D-r L. KARWACKI — Serodyagnostyka spraw zakaźnych. 2) D-r Prof. A. ROSNER — Appendicitis w położnictwie i ginekologii. 3) D-r W. GARSZYŃSKI — Przyczynek do operacyjnego leczenia biodra szpotałego (*coxa vara*).

— Na dziekana wydziału lekarskiego Wszechnicy Jagiellońskiej na rok przyszły wybrano prof. JORDANA.

— Między 15 a 20 października r. b. odbędzie się w Paryżu zjazd poświęcony higienie mieszkań. Sekcje zjazdu są następujące: 1) mieszkania miejskie; 2) mieszkania wiejskie; 3) mieszkania dla robotników; 4) mieszkania do wynajęcia z meblami; 5) higiena budynku szkolnego; 6) higiena mieszkań na okrętach.



Fabryki Farb

DAWNIEJ

Friedr. Bayer & C-o., Elberfeld.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie Juljusz WARSZAWSKI Warszawa, Złota 32.

Aspiryn

Antirheumaticum i Analgeticum. Najlepiej zastępuje salicylaty. Smak przyjemny kwaskowaty; prawie zupełnie pozbawiony działania ubocznego.

Daw. 1 gr. 3—5 dziennie

Mezotan

nowy ester salicylowy do miejscowego leczenia reumatycznych chorób.—Zastępuje olejek gaultheriowy; prawie bez zapachu i łatwo się wsysa. Stos.: zmieszany z oliwą 3 razy dziennie wcierać.

Veronal

nowe hypnoticum. Wyróżnia się silnem i pewnem działaniem, wolne od szkodliwego ubocznego działania. Bezwonne, pr wie bez smaku. Sre dnia da w 2a 0,5—0,75—1 gr. w go rącym płkynie rozpuszcz przyjm

Heroin hydrochl.

Wyśmienite sedativum przy wszelkich cierpieniach dróg oddechowych, zastępuje morfinę i kokainę, łatwo rozpuszczalne w wodzie, nie drażni. Daw. dla dorosł. 0,003—0,005 gr. 3—4 razy dziennie, dla dzieci 0,0005—0,0025 gr. 3—4 razy dziennie.

Helmitol

nowy ulepszony antyseptyk pęcherza wsk.: Cystitis, Pyelitis, Phosphaturia, —Urethritis gonorrhoeica posterior, ropnie cewki.

Daw.: 1 gr. 3—4 razy dziennie.

Salophen

Specyfik przy bólu głowy, influenzy, ostrym reumatyzmie stawów.

Dawka 1 gr. co 2—3 godziny.

Protargol

Organiczny preparat srebra do leczenia trypra i ran, jak również w chorobach oczu. Wybitne bakterycydyczne własności przy najmniejszym podrażnieniu.

Somatoza

Wybitny środek wzmacniający dla chorych gorączkujących, osłabionych, rekonwalescentów. W wysokim stopniu pobudza apetyt. Dorosłym 6—12 gr. dziennie, dzieciom 3—6 gr. dziennie.

Europen

Specj. wskaz.: mała chirurgia Ulcus molle, Papul mad. Zastępuje jodoform, posiada zapach przyjemny. Stosow.: czysty lub z capor. pulvaa p. mieszanym lub jak masę 5—10%

Tannigen

Nieszkodliwy derywat taniny. Działa skutecznie przy rozwolnieniu i katarach żółdkowo-kiszkowych, specjalnie u dzieci. Dawka 0,25—0,5 gr. 6 razy dziennie.

Żelazo-Somatoza

Skuteczny środek wzmacniający przy Chlorozie i Anemii. Zawiera żelazo w połączeniu organicznem i w postaci łatwo wsysającej się. Bez smaku, łatwo rozpuszczalne. Pobudza apetyt, nie działa zamykająco.

Citarin

Pochodna formaldehydu rozpuszczająca kwas moczowy, nowy środek przeciw typowej podagrze Dawka: 2 g. trzy do czterech razy dziennie (w pierwszym dniu częściej).

Theocin-Natr. acetic.

działa pewno, łatwo rozpuszczalne. Dawka 0,3—0,5 gr. 3—4 razy dziennie, rozpuszczone po obiedzie

Silne środki moczopędne przy najczęstszych objawach wodnej puchliny. Zaleca się silnie pobudzać z początku diurezę zapomocą theocin-natr. aceticum i następ. możliwie długo ją podtrzymywać zapom. agurinu.

Agurin

Theobromino natium aceticum. Dawka: 1 gr. 3—4 razy w opłatku lub w wodzie mętowej.

Creosotal-Duotal

Preparaty kreozotu wolne od żrącego i trującego działania przeciw gruźlicy. Bronchitis Tyfus.

Phenacetyna, Piperazyna, Lycetol, Jodothyryna, Salol.

N A Ł E C Z Ó W

Zakład leczniczy cały rok otwarty.

W sezonie letnim kąpiele żelaziste i błotne, hydro- i elektroterapia, masaż, gimnast.

Całkowite utrzymanie wraz z leczeniem od 4 rubli dziennie.

Prospekty na żądanie gratis i franco.

Centralna Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

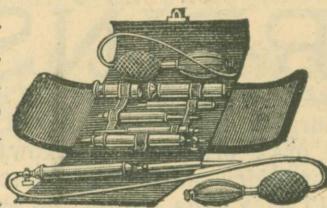
Adres telegraficzny
Orthopédie — Paris.

E. HARAN, 12, Rue Lacépède, Paris.

Główny dostawca dla ministerstw francuskich, szpitali cywilnych i wojskowych, ciał lekarskich etc.

Narzędzia do dyssekcji i autopsji. Różne rozpylacze, Termokautery. Szpryki Pravaz'a. Szpryki Roux'a. Szpryki do wstrzykiwań surowicy, wyjąłowić się dające. Kompletne trusy. Narzędzia okulistyczne, do tracheotomii, laryngoskopijne etc.

Narzędzia do dróg moczowych, do kruszenia kamieni, ginekologiczne, akuszeryjne, amputacyjne, resekcyjne i trepanacyjne. Aspirator Potain'a. Igły Reverdin'a. Pudełka metalowe i różne sterylizatory. Stoły operacyjne zwykłe i złożone etc.



LECZENIE PRZEPUKLIN. Bandaże lecznicze, paski dla kobiet, przyrządy kauczukowe, moczowe dla obojga płci, poduszki dla chorych, sondy, suspensory, irygatory, strzykawki, przyrządy do wierań.

Fabryka pończoch na żyłaki, najbardziej zalecanych przez lekarzy.

Przyrządy i gorsety ortopedyczne przeciw wszelkim ułomnościom.

Sztuczne kończyny górne, opatentowane, umożliwiające wszelkie ruchy dowolne.

Sztuczne nogi oraz drewniane.

Przyrządy na złamania — kule i rylenki. Sterylizatory do płynów odżywczych, zamykane za pomocą ciśnienia powietrza z opatentowanym izolatorem.

Katalogi ilustrowane wysyła się na żądanie franco.

PRZEGLĄD LEKARSKI

wychodzi trzydziesty ósmy rok w KRAKOWIE.

co soboty, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku (in quarto). Mając na względzie potrzeby lekarzy praktycznych, zamieszcza Przegląd lekarski w swoich łamach:

Artykuły oryginalne z klinik, szpitali krajowych i zagranicznych z zakresu wszystkich gałęzi nauki lekarskiej. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych prac podręczników. III. Wyciąg i streszczenia prac oryginalnych, w kraju i zagranicą. IV. Zapiski lecznicze i nowe leki. V. Sprawozdanie ze zjazdów lekarskich. VI. Felieton zajmujący się ważnymi sprawami, dotyczącymi stanu lekarskiego medycyny publicznej. VII. Korespondencje. VIII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. IX. Wiadomości bieżące.

Jako organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich zamieszcza Przegląd lekarski Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lek. krakows. i wszystkich sekcji Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Jako organ obu izb lekarskich (wschodnio i zachodnio-galicyjskiej) ogłasza sprawozdania z posiedzeń wydziału i pełnych posiedzeń izbowych i tym sposobem, obok artykułów treści ściśle naukowej, informuje czytelnika o najważniejszych sprawach, cały stan lekarski obchodzących.

Przez zaprowadzenie okładki oddzielono część redakcyjną od inseratów.

Wszystkie prace umieszczone w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne, jakoteż nieoryginalne są płatne

Cena w Galicyi rocznie 8 ztr. 80 f., w Królestwie Pol. Cesarstwie rocznie 7 rubli. Nadsyłać najlepiej wprost do Adminisr. ul. Podwale 9. Biuro redakcyi: Basztowa 4. Red. główny: D-r August Kwaśnicki

GINEKOLOGIA

pismo poświęcone chorobom kobiecym i położnictwu wychodzi w Warszawy co miesiąc w zeszytach objętości 4 arkuszy druku.

Przedpłata roczna Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Redaktor Dr. Czesław Stankiewicz.

Adres Redakcyi: Złota 3, w Warszawie.

ZESZYT OKAZOWY NA ŻĄDANIE.

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

Miesięcznik poświęcony dentystyce i chorobom jamy ustnej

Warunki przedpłaty:

w Warszawie rocznie rb. 4, półrocznie rb. 2. Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie rb. 5, półrocznie rb. 2 kop. 50.

Redaktor i wydawca Dr. Dzierżawski.

SKŁAD

WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy aptece

FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
Faschingen i Selters.

APTEKA i SKŁAD

Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMĄ

D-ra T. HEINRICHA

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr 473b, nowy II.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.



Wstrzykiwania podskórne wyjalowione w zatopionych ampulkach z zawartością

Natrium Kakodylicum 0,05 in 1 c. c.

Natrium Kakodylicum 0,075 in 1 c. c.

Natrium Kakodylicum 0,1 in 1 c. c.

ORAZ

Dragées Arsykodyles (Ferr. Kakodylic. 0,025).

Od 1 do 4 pigulek dziennie.

przygotowała

Apteka E. GESSNERA

w Warszawie.